

A DINÂMICA DA TRANSFERÊNCIA (1912)

TÍTULO ORIGINAL: "ZUR DYNAMIK DER
ÜBERTRAGUNG". PUBLICADO PRIMEIRAMENTE
EM *ZENTRALBLATT FÜR PSYCHOANALYSE*
[FOLHA CENTRAL DE PSICANÁLISE], V. 2, N. 4,
PP. 167-73. TRADUZIDO DE *GESAMMELTE
WERKE* VIII, PP. 364-74; TAMBÉM SE ACHA
EM *STUDIENAUSGABE, ERGÄNZUNGSBAND*
[VOLUME COMPLEMENTAR], PP. 157-68.
ESTA TRADUÇÃO FOI PUBLICADA
ORIGINALMENTE EM *JORNAL DE PSICANÁLISE*,
SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICANÁLISE
DE SÃO PAULO, V. 31, N. 57, PP. 251-8,
SETEMBRO DE 1998; ALGUMAS DAS
NOTAS DO TRADUTOR FORAM OMITIDAS
NA PRESENTE EDIÇÃO.

A “transferência”, um tema quase inesgotável, foi recentemente abordado de modo descritivo por W. Stekel nesta *Zentralblatt*. Desejo agora acrescentar algumas observações que levem a entender como surge necessariamente a transferência numa terapia analítica e como ela chega a desempenhar seu conhecido papel no tratamento.

Tenhamos presente que todo ser humano, pela ação conjunta de sua disposição inata e de influências experimentadas na infância, adquire um certo modo característico de conduzir sua vida amorosa, isto é, as condições que estabelece para o amor, os instintos que satisfaz então, os objetivos que se coloca.¹ Isso resulta, por assim dizer, num clichê (ou vários), que no curso da vida é regularmente repetido, novamente impresso, na medida em que as circunstâncias externas e a natureza dos objetos amorosos acessíveis o permitem, e que sem dúvida não é inteiramente imutável diante de impressões recentes. Nossas observações mostraram que somente uma parte desses impulsos que determinam a vida amorosa perfaz o desenvolvimento psíquico; essa parte está dirigida para a realidade, fica à disposição da personalidade consciente e constitui uma porção desta. Outra parte desses impulsos libidinais foi detida em seu desenvolvimento, está separada tanto da personalidade consciente como da realidade, pôde expandir-se apenas na fantasia ou permaneceu de todo no inconsciente, de forma que é desconhecida para a consciência da personalidade. Aquele cuja necessidade de amor não é completamente satisfeita pela realidade se voltará para toda pessoa nova com expectativas libidinais,* e é bem provável que as duas porções de sua libido, tanto a capaz de consciência quanto a inconsciente, tenham participação nessa atitude.

É perfeitamente normal e compreensível, portanto, que o investimento libidinal de uma pessoa em parte insatisfeita, mantido esperançosamente em prontidão, também se volte para a pessoa do médico. Conforme nossa premissa, tal investimento se apegará a modelos, se ligará a um dos clichês presentes no indivíduo em questão ou, como podemos também dizer, ele incluirá o médico numa das “séries” que o doente formou até então. Combina

com os laços reais com o médico o fato de nessa inclusão ser decisiva a “imagem paterna” (para usar a feliz expressão de Jung).² Mas a transferência não se acha presa a esse modelo, pode também suceder conforme a imagem da mãe, do irmão etc. As peculiaridades da transferência para o médico, em virtude das quais ela excede em gênero e medida o que se justificaria em termos sensatos e racionais, tornam-se inteligíveis pela consideração de que não só as expectativas conscientes, mas também as retidas ou inconscientes produziram essa transferência.

Sobre essa conduta da transferência não haveria mais o que dizer ou cismar, se dois pontos de especial interesse para o analista não permanecessem inexplicados. Em primeiro lugar, não entendemos por que a transferência, nos indivíduos neuróticos em análise, ocorre muito mais intensamente do que em outros, que não fazem psicanálise; em segundo lugar, continua sendo um enigma que a transferência nos apareça como *a mais forte resistência* ao tratamento, enquanto fora da análise temos que admiti-la como portadora da cura, como condição do bom sucesso. Pois observamos — e é uma observação que pode ser repetida à vontade — que, quando as associações livres de um paciente falham,³ a interrupção pode ser eliminada com a garantia de que no momento ele se acha sob o domínio de um pensamento ligado à pessoa do médico ou a algo que lhe diz respeito. Tão logo é feito esse esclarecimento, a interrupção acaba, ou a situação muda: a cessação dá lugar ao silenciamento do que ocorre ao paciente.

À primeira vista parece uma imensa desvantagem metodológica da psicanálise o fato de nela a transferência, ordinariamente a mais forte alavanca do sucesso, tornar-se o mais poderoso meio de resistência. Olhando mais atentamente, porém, ao menos o primeiro dos dois problemas é afastado. Não é correto que durante a psicanálise a transferência surja de modo mais intenso e desenfreado que fora dela. Em instituições onde os doentes de nervos são tratados não analiticamente, observam-se as maiores intensidades e as mais indignas formas de uma transferência que beira a servidão, e também o seu

inequívoco matiz erótico. Uma observadora sutil como Gabriele Reuter mostrou isso quando ainda não se falava em psicanálise, num livro notável que deixa transparecer as melhores percepções da natureza e da origem das neuroses.⁴ Essas características da transferência não devem, portanto, ser lançadas à conta da psicanálise, mas atribuídas à neurose mesma. O segundo problema continua de pé.

Esse problema — a questão de por que a transferência nos surge como resistência na psicanálise — devemos agora abordar. Vejamos a situação psicológica do tratamento. Uma precondição regular e indispensável de todo adoecimento neurótico é o processo que Jung designou adequadamente como *introversão* da libido.⁵ Ou seja: diminui a porção da libido capaz de consciência, voltada para a realidade, e aumenta no mesmo grau a porção afastada da realidade, inconsciente, que ainda pode alimentar as fantasias da pessoa, mas que pertence ao inconsciente. A libido (no todo ou em parte) tomou a via da regressão e reanimou as imagens infantis.⁶ A terapia analítica segue-a então, procurando achá-la, torná-la novamente acessível à consciência, pô-la a serviço da realidade. Ali onde a investigação psicanalítica depara com a libido recolhida em seus esconderijos, uma luta tem de irromper; todas as forças que causaram a regressão da libido se levantarão como “resistências” ao trabalho, para conservar esse novo estado de coisas. Pois se a introversão ou regressão da libido não fosse justificada por uma determinada relação com o mundo exterior (nos termos mais gerais: pela frustração da satisfação) e não fosse adequada para o momento, não poderia em absoluto efetuar-se. Mas as resistências que têm essa origem não são as únicas, nem mesmo as mais fortes. A libido à disposição da personalidade sempre estivera sob a atração dos complexos inconscientes (mais corretamente, das partes desses complexos que pertencem ao inconsciente), e caiu na regressão porque a atração da realidade havia relaxado. Para libertá-la, essa atração do inconsciente tem que ser superada, isto é, a repressão dos instintos inconscientes e de suas produções, desde então constituída no indivíduo, tem que ser eliminada. Disso vem a parte

maior, bem maior da resistência, que frequentemente faz a doença persistir, mesmo quando o afastamento da realidade perdeu sua justificativa momentânea. A psicanálise tem de lidar com as resistências das duas fontes. A resistência acompanha o tratamento passo a passo; cada pensamento, cada ato do analisando precisa levar em conta a resistência, representa um compromisso entre as forças que visam a cura e as aqui descritas, que a ela se opõem.

Seguindo um complexo patogênico desde sua representação no consciente (seja evidente, na forma de sintoma, seja bastante discreto) até sua raiz no inconsciente, logo se chega a uma região em que a resistência vigora tão claramente que a associação seguinte tem de levá-la em conta e aparecer como compromisso entre as suas exigências e as do trabalho de investigação. É então, segundo nossa experiência, que surge a transferência. Quando algo do material do complexo (do conteúdo do complexo) se presta para ser transferido para a pessoa do médico, ocorre essa transferência; ela produz a associação seguinte e se anuncia mediante sinais de resistência como uma interrupção, por exemplo. Dessa experiência inferimos que essa ideia transferencial irrompeu até à consciência antes de todas as outras associações possíveis *porque* satisfaz também a resistência. Algo assim se repete inúmeras vezes no curso de uma análise. Sempre que nos avizinhamos de um complexo patogênico, a parte desse complexo capaz de transferência é empurrada para a consciência e defendida com enorme tenacidade.⁷

Após sua superação, a dos outros componentes do complexo não traz maior dificuldade. Quanto mais tempo dura uma terapia analítica, e quanto mais claramente o analisando reconhecer que apenas distorções do material patogênico não o protegem de ser revelado, mais conseqüentemente ele se serve do tipo de distorção que claramente lhe oferece as maiores vantagens, a distorção pela transferência. Essas circunstâncias tendem para uma situação em que afinal todos os conflitos têm que ser decididos no âmbito da transferência.

Assim, a transferência na análise sempre nos aparece, de imediato, apenas como a mais poderosa arma da resistência, e podemos concluir que a

intensidade e a duração da transferência são efeito e expressão da resistência. O mecanismo da transferência é explicado* se o referimos à prontidão da libido, que permaneceu de posse de imagos infantis; mas só chegamos ao esclarecimento de seu papel na terapia se abordamos os seus vínculos com a resistência.

Por que a transferência se presta assim admiravelmente a servir como meio de resistência? Seria de crer que a resposta a essa pergunta deve ser fácil. Pois é claro que a confissão de todo desejo proibido é especialmente dificultada, quando deve ser feita à própria pessoa à qual ele diz respeito. Tal imposição leva a situações que parecem quase inviáveis no mundo real. É precisamente isso o que pretende alcançar o analisando, quando faz coincidir o objeto de seus impulsos afetivos com o médico. Uma reflexão mais atenta mostra, porém, que esse aparente ganho não pode trazer a solução do problema. Uma relação de terno e dedicado afeto pode, pelo contrário, ajudar a vencer todas as dificuldades da admissão. Em condições reais análogas costuma-se dizer: “Na sua frente não me envergonho, a você posso falar tudo”. A transferência para o médico poderia igualmente facilitar a confissão, não se compreendendo por que a dificulta.

A resposta a essa questão, que repetidamente colocamos aqui, não será obtida mediante mais reflexão, mas pelo que se aprende na investigação das resistências transferenciais da terapia. Nota-se, por fim, que não é possível entender o uso da transferência para a resistência, se pensamos tão só em “transferência”. É preciso resolver-se a distinguir uma transferência “positiva” de uma “negativa”, a transferência de sentimentos ternos daquela hostil, e tratar diferentemente os dois tipos de transferência para o médico. A transferência positiva decompõe-se ainda na dos sentimentos amigáveis ou ternos que são capazes de consciência, e na dos prolongamentos destes no inconsciente. Quanto aos últimos, a psicanálise mostra que via de regra remontam a fontes eróticas, de maneira que temos de chegar à compreensão de que todos os nossos afetos de simpatia, amizade, confiança etc., tão proveitosos na vida, ligam-

se geneticamente à sexualidade e se desenvolveram, por enfraquecimento da meta sexual, a partir de anseios puramente sexuais, por mais puros e não sensuais que se apresentem à nossa autopercepção consciente. Originalmente só conhecemos objetos sexuais; a psicanálise nos faz ver que as pessoas que em nossa vida são apenas estimadas ou respeitadas podem ser ainda objetos sexuais para o inconsciente dentro de nós.

A solução do enigma é, portanto, que a transferência para o médico presta-se para resistência na terapia somente na medida em que é transferência negativa, ou transferência positiva de impulsos eróticos reprimidos. Se “abolimos” a transferência tornando-a consciente, apenas desligamos da pessoa do médico esses dois componentes do ato afetivo; o outro componente, capaz de consciência e não repulsivo, subsiste e é o veículo do sucesso na psicanálise, exatamente como em outros métodos de tratamento. Até então admitimos de bom grado que os resultados da psicanálise se basearam na sugestão; mas deve-se entender por sugestão aquilo que, juntamente com Ferenczi,⁸ nela encontramos: a influência sobre um indivíduo por meio dos fenômenos de transferência nele possíveis. Nós cuidamos da independência final do paciente ao utilizar a sugestão para fazê-lo realizar um trabalho psíquico que terá por consequência necessária uma duradoura melhora da sua situação psíquica.

Pode-se ainda perguntar por que os fenômenos de resistência da transferência surgem somente na psicanálise, e não num tratamento indiferenciado, por exemplo, em instituições. A resposta é: eles se mostram também ali, mas têm de ser apreciados como tais. A irrupção da transferência negativa é até mesmo frequente nas instituições. Tão logo o doente cai sob o domínio da transferência negativa, ele deixa a instituição sem ter mudado ou tendo piorado. A transferência erótica não age tão inibidoramente em instituições, pois ali, como na vida, é atenuada, em vez de revelada. Manifesta-se bem nitidamente como resistência à cura, porém; não ao tirar o doente da instituição — pelo contrário, ela o retém lá —, mas ao mantê-lo afastado da vida. Pois para a cura não

importa se o doente internado supera essa ou aquela angústia ou inibição; interessa é que também na realidade de sua vida ele se livre delas.

A transferência negativa merece uma apreciação mais detalhada, que não pode ser feita nos limites deste trabalho. Nas formas curáveis de psiconeuroses ela se acha ao lado da transferência afetiva, com frequência dirigida simultaneamente à mesma pessoa — para esse fato* Bleuler cunhou a feliz expressão “ambivalência”.⁹ Tal ambivalência de sentimentos parece normal até uma certa medida, mas um alto grau de ambivalência dos sentimentos é sem dúvida uma peculiaridade dos neuróticos. Na neurose obsessiva, uma precoce “separação dos pares de opostos” parece ser característica da vida instintual e representar uma de suas precondições constitucionais. A ambivalência nas inclinações afetivas é o que melhor explica a capacidade de os neuróticos porerem suas transferências a serviço da resistência. Quando a capacidade de transferência torna-se essencialmente negativa, como nos paranoicos, acaba a possibilidade de influência e de cura.

Mas em toda essa discussão apreciamos, até aqui, apenas um lado do problema da transferência; é necessário voltar nossa atenção para outro aspecto do mesmo tema. Quem teve a impressão correta de como o analisando é lançado para fora de suas reais relações com o médico assim que cai sob o domínio de uma formidável resistência de transferência, como ele então se permite a liberdade de ignorar a regra psicanalítica básica, a de que se deve informar de maneira acrítica tudo o que vier à mente, como esquece os propósitos com que iniciou o tratamento, e como nexos e conclusões lógicas que pouco antes lhe haviam feito enorme impressão se lhe tornam indiferentes — esse terá necessidade de explicar tal impressão a partir de outros fatores que não os mencionados aqui, e eles não se acham distantes, afinal: resultam novamente da situação psicológica em que a terapia colocou o paciente.

Na busca da libido que se extraviou do consciente penetramos no âmbito do inconsciente. As reações que obtemos trazem então à luz algumas das características dos processos inconscientes que chegamos a conhecer pelo estudo

dos sonhos. Os impulsos inconscientes não querem ser lembrados como a terapia o deseja, procurando, isto sim, reproduzir-se, de acordo com a atemporalidade e a capacidade de alucinação do inconsciente. Tal como nos sonhos, o doente atribui realidade e atualidade aos produtos do despertar de seus impulsos inconscientes; ele quer dar corpo* a suas paixões, sem considerar a situação real. O médico quer levá-lo a inserir esses impulsos afetivos no contexto do tratamento e no da sua história, a submetê-los à consideração intelectual e conhecê-los** segundo o seu valor psíquico. Essa luta entre médico e paciente, entre intelecto e vida instintual, entre conhecer e querer “dar corpo”, desenrola-se quase exclusivamente nos fenômenos da transferência. É nesse campo que deve ser conquistada a vitória, cuja expressão é a permanente cura da neurose. É inegável que o controle dos fenômenos da transferência oferece as maiores dificuldades ao psicanalista, mas não se deve esquecer que justamente eles nos prestam o inestimável serviço de tornar atuais e manifestos os impulsos amorosos ocultos e esquecidos dos pacientes, pois afinal é impossível liquidar alguém *in absentia* ou *in effigie*.

1 Este é o momento de nos defendermos da injusta objeção de que teríamos negado a importância dos fatores inatos (constitucionais), por ressaltarmos as impressões infantis. Uma tal objeção deriva da estreiteza da necessidade causal das pessoas, que, contrariamente à configuração habitual da realidade, quer se satisfazer com um único fator causador. A psicanálise manifestou-se bastante acerca dos fatores acidentais da etiologia e pouco a respeito dos constitucionais, mas somente porque pôde contribuir com algo novo para aqueles, enquanto sobre estes não sabia mais do que o que geralmente se sabe. Nós nos recusamos a estabelecer em princípio uma oposição entre as duas séries de fatores etiológicos; supomos, isto sim, uma regular colaboração de ambas para produzir o efeito observado. *Δαίμων και Τυ'χη* [Disposição e Acaso] determinam o destino de um ser humano; raramente, talvez nunca, apenas um desses poderes. Só individualmente será possível avaliar como se divide entre os dois a eficácia etiológica. A série na qual se arranjam as magnitudes variáveis dos dois fatores também terá seus casos extremos. Segundo o estágio de nosso conhecimento, estimaremos de modo diverso a parte da constituição ou da experiência em cada caso individual, mantendo o direito de

modificar nosso juízo conforme a mudança em nossa compreensão. Aliás, pode-se ousar ver a constituição mesma como o precipitado das influências acidentais sobre a infinita série dos antepassados.

* "Expectativas libidinais": *libidinöse Erwartungsvorstellungen* — nas versões estrangeiras consultadas durante a elaboração desta encontramos: *representaciones libidinosas* (trad. L. Lopez-Ballesteros y de Torres. *Obras completas* II. Madri: Biblioteca Nueva, 3ª ed., 1973, p. 1648), *representaciones-expectativa libidinosas* (trad. José L. Etcheverry. *Obras completas* XII. Buenos Aires: Amorrortu, 4ª reimpressão da 2ª ed., 1993, p. 98), *un certain espoir libidinal* (trad. Anne Berman. *La technique psychanalytique*. Paris: PUF, 5ª ed., 1975, p. 51), *libidinal anticipatory ideas* (James Strachey. *Standard edition*, v. XII. Londres: Hogarth Press, 1958, p. 100), *libidineuze verwachtingsvoorstellingen* (Wilfred Oranje. *Nederlandse Editie, Klinische Beschouwingen* 4. Amsterdã: Boom, 1992, p. 74). Optamos por usar apenas "expectativa" para traduzir *Erwartungsvorstellung*, por entender que a palavra já compreende "ideia" ou "representação"; seria estranho falar de "representações ou ideias expectantes".

2 *Wandlungen und Symbole der Libido* Transformações e símbolos da libido], 1911, p. 164.

3 Quero dizer, quando realmente cessam, e não, por exemplo, quando ele silencia em virtude de um banal sentimento de desprazer.

4 *Aus guter Familie* [De boa família], Berlim, 1895.

5 Embora várias manifestações de Jung levem a pensar que ele vê nessa introversão algo característico da *dementia praecox*, que não tem a mesma importância em outras neuroses.

6 Seria cômodo dizer que ela reinvestiu os "complexos" infantis; mas não seria justo. Justificável seria apenas "as partes inconscientes desses complexos". A natureza intrincada do assunto deste trabalho torna tentador o exame de vários problemas vizinhos, cujo esclarecimento seria de fato necessário, para que pudéssemos falar inequivocamente dos processos psíquicos que aqui se descreve. Tais problemas são: a delimitação recíproca da introversão e da regressão, o ajustamento da teoria dos complexos à teoria da libido, as relações do fantasiar com o consciente e o inconsciente, assim como com a realidade etc. Não preciso desculpar-me por haver resistido a essas tentações neste momento.

7 Do que não é lícito concluir, porém, que em geral o elemento escolhido para a resistência transferencial tem uma importância patogênica particular. Se, numa batalha pela posse de uma pequena igreja ou de uma propriedade, os soldados lutam com particular empenho, não precisamos supor que a igreja seja um santuário nacional, ou que a casa abrigue o tesouro do exército. O valor dos objetos pode ser puramente tático, existindo talvez durante uma batalha somente.

* "É explicado": *ist erledigt*. O verbo *erledigen* se traduz, em princípio, por "resolver, dar conta de, liquidar"; nas versões consultadas: *queda explicado, se averigua, on explique, is dealt with, is geliquideerd*.

8 S. Ferenczi, "Introjektion und Übertragung" [Introjeção e transferência], *Jahrbuch für Psychoanalyse*, v. I, 1909.

* "Fato": *Sachverhalt* — nas versões consultadas: *situación, estado de cosas, état de choses, phenomenon, stand van saken*.

9 E. Bleuler, "Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien", *Aschaffenburgs Handbuch der Psychiatrie*, 1911; palestra sobre a ambivalência em Berna, 1910, referida em *Zentralblatt für Psychoanalyse*, v. I, p. 266. Para os mesmos fenômenos Stekel havia sugerido a designação de "bipolaridade".

* "Dar corpo": *agieren* — nas versões estrangeiras consultadas: *dar alimento, actuar, mettre en actes, put into action, ageren*.

** *Erkennen* — um verbo que admite vários sentidos ou nuances de sentido, como se vê pelas diferentes escolhas dos cinco tradutores a que recorremos: *estimar, discernir, apprécier, understand, onderkennen* ("reconhecer").

RECOMENDAÇÕES AO MÉDICO QUE PRÁTICA A PSICANÁLISE (1912)

TÍTULO ORIGINAL: "RATSCHLÄGE FÜR DEN ARZT BEI DER PSYCHOANALYTISCHEN BEHANDLUNG". PUBLICADO PRIMEIRAMENTE EM *ZENTRALBLATT FÜR PSYCHOANALYSE* [FOLHA CENTRAL DE PSICANÁLISE], V. 2, N. 9, PP. 483-9. TRADUZIDO DE *GESAMMELTE WERKE* VIII, PP. 376-87; TAMBÉM SE ACHA EM *STUDIENAUSGABE, ERGÄNZUNGSBAND* [VOLUME COMPLEMENTAR], PP. 169-80. ESTA TRADUÇÃO FOI PUBLICADA ORIGINALMENTE EM *JORNAL DE PSICANÁLISE*, SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICANÁLISE DE SÃO PAULO, V. 32, N. 58/59, PP. 427-36, NOVEMBRO DE 1999; ALGUMAS DAS NOTAS DO TRADUTOR FORAM OMITIDAS NA PRESENTE EDIÇÃO.

As regras técnicas que ofereço me resultaram de longos anos de experiência, depois de à própria custa encetar e abandonar outros caminhos. Logo se notará que elas, ou ao menos muitas delas, podem se resumir a um único preceito. Espero que sua observância poupe esforços inúteis aos médicos que exercem a psicanálise e lhes permita evitar alguma omissão; mas devo enfatizar que essa técnica revelou-se a única adequada para a minha individualidade. Não me atrevo a contestar que uma personalidade médica de outra constituição seja levada a preferir uma outra atitude ante os pacientes e a tarefa a ser cumprida.

a) A primeira tarefa com que se defronta o analista que atende mais de um paciente por dia lhe parecerá também a mais difícil. Ela consiste em reter na memória todos os inúmeros nomes, datas, detalhes de lembranças, pensamentos espontâneos e produções patológicas que um paciente traz durante o tratamento, no curso de meses e anos, e não confundi-los com material semelhante de outros pacientes, analisados antes ou no mesmo período. Quando temos que analisar diariamente seis, oito pacientes ou mais, a proeza mnemônica que isso implica despertará, nas demais pessoas, incredulidade, admiração ou até mesmo pena. De todo modo as pessoas estarão curiosas em relação à técnica que torna possível dominar tão grande material, e esperarão que ela recorra a meios especiais.

No entanto, essa técnica é bem simples. Ela rejeita qualquer expediente, como veremos, mesmo o de tomar notas, e consiste apenas em não querer notar nada em especial, e oferecer a tudo o que se ouve a mesma “atenção flutuante”, * segundo a expressão que usei. Assim evitamos uma fadiga da atenção, que certamente não poderíamos manter por muitas horas ao dia, e escapamos a um perigo que é inseparável do exercício da atenção proposital. Pois, ao intensificar deliberadamente a atenção, começamos também a selecionar em meio ao material que se apresenta; fixamos com particular agudeza um ponto, eliminando assim outro, e nessa escolha seguimos nossas expectativas ou inclinações. Justamente isso não podemos fazer; seguindo nossas expectativas,

corremos o perigo de nunca achar senão o que já sabemos; seguindo nossas inclinações, com certeza falsearemos o que é possível perceber. Não devemos esquecer que em geral escutamos coisas cujo significado será conhecido* apenas posteriormente.

Como se vê, o preceito de notar igualmente tudo é a necessária contrapartida à exigência de que o analisando relate tudo o que lhe ocorre, sem crítica ou seleção. Se o médico se comporta de outra maneira, desperdiça em boa parte o ganho que resulta da obediência à “regra fundamental da psicanálise” por parte do paciente. Para o médico, a regra pode ser formulada assim: manter toda influência consciente longe de sua capacidade de observação e entregar-se totalmente à sua “memória inconsciente”, ou, expresso de maneira técnica: escutar e não se preocupar em notar alguma coisa.

O que desse modo alcançamos satisfaz a todas as exigências durante o tratamento. Os elementos do material que já formam um nexo ficarão à disposição consciente do médico; outros, ainda não relacionados, caoticamente desordenados, parecem primeiro submersos, mas emergem prontamente na consciência, tão logo o paciente traz algo novo, ao qual aqueles podem se ligar e mediante o qual podem ter continuidade. Então recebemos do analisando, com um sorriso, o imerecido cumprimento por uma “memória extraordinária”, quando após bastante tempo reproduzimos um detalhe que provavelmente teria contrariado a intenção consciente de fixá-lo na memória.

Erros nesse processo de recordar sucedem apenas em momentos e circunstâncias em que somos perturbados pelo envolvimento pessoal (ver adiante), ficando muito aquém do ideal do analista, portanto. Mistura com o material de outros pacientes acontece raramente. Numa eventual disputa com o analisando, sobre ele ter ou não dito certa coisa, ou o modo como o disse, geralmente o médico está certo.¹

b) Não posso recomendar que se tomem muitas notas durante as sessões, que se redijam atas etc. Além da impressão desfavorável que isso causa em alguns pacientes, valem aqui as mesmas considerações que tecemos a respeito da atenção. Ao redigir notas ou estenografar, fazemos forçosamente uma seleção prejudicial do que ouvimos e ocupamos uma parte de nossa atividade mental, que teria melhor emprego se aplicada na interpretação do material. Pode-se admitir exceções a essa regra, sem qualquer objeção, no caso de datas, textos de sonhos ou conclusões isoladas dignas de nota, que facilmente são destacados do contexto e se prestam a um uso independente como exemplos. Mas também isso não costumo fazer. Redijo os exemplos à noite, de memória, após o trabalho; os textos de sonhos que me interessam, faço os pacientes registrar em após o relato do sonho.*

c) Tomar notas durante a sessão poderia ser justificado pela intenção de tornar o caso objeto de uma publicação científica. Algo que em princípio não se pode proibir. Mas deve-se ter em mente que protocolos exatos, num caso clínico psicanalítico, ajudam menos do que se poderia esperar. A rigor, ostentam a pseudoexatidão de que a “moderna” psiquiatria nos oferece exemplos notórios. Geralmente são cansativos para o leitor, e não conseguem substituir para ele a presença na análise. A experiência mostra que o leitor, se estiver disposto a crer no analista, lhe dará crédito também pelo pouco de elaboração que ele empreendeu no material; mas, se não pretender levar a sério a análise e o analista, ignorará também protocolos fiéis do tratamento. Este não parece ser o caminho para remediar a falta de evidência que se enxerga nos relatos psicanalíticos.

d) Um dos méritos que a psicanálise reivindica para si é o fato de nela coincidirem pesquisa e tratamento; mas a técnica que serve a uma contradiz, a partir de certo ponto, o outro. Não é bom trabalhar cientificamente um caso

enquanto seu tratamento não foi concluído, compor sua estrutura,* prever seu prosseguimento, de quando em quando registrar o estado em que se acha, como exigiria o interesse científico. O êxito é prejudicado, nesses casos destinados de antemão ao uso científico e tratados conforme as necessidades deste; enquanto são mais bem-sucedidos os casos em que agimos como que sem propósito, surpreendendo-nos a cada virada, e que abordamos sempre de modo despreconcebido e sem pressupostos. A conduta correta, para o analista, está em passar de uma atitude psíquica para outra conforme a necessidade, em não especular e não cogitar enquanto analisa, e submeter o material reunido ao trabalho sintético do pensamento* apenas depois que a análise for concluída. A distinção entre as duas atitudes não faria sentido se já tivéssemos todos os conhecimentos — ou pelo menos os essenciais — sobre a psicologia do inconsciente e sobre a estrutura das neuroses, que podemos adquirir no trabalho psicanalítico. Atualmente estamos ainda longe desse objetivo, e não devemos nos interditar os meios de testar o que até agora aprendemos e de acrescentar coisas novas a isso.

e) **Recomendo enfaticamente aos colegas que no tratamento psicanalítico tomem por modelo o cirurgião, que deixa de lado todos os seus afetos e até mesmo sua compaixão de ser humano, e concentra suas energias mentais* num único objetivo: levar a termo a operação do modo mais competente possível.** Nas circunstâncias de hoje, um afeto perigoso para o analista é a ambição terapêutica de realizar, com seu novo e discutido método, algo que tenha efeito convincente em outras pessoas. Isso não apenas o coloca numa disposição pouco favorável para o trabalho, como também o deixa inerte ante determinadas resistências do paciente, cujo restabelecimento depende em primeiro lugar, como se sabe, do jogo de forças dentro dele. **A justificação para se requerer tal frieza de sentimentos do psicanalista está em que ela cria as condições mais vantajosas para as duas partes: para o médico, a desejável proteção de sua**

própria vida afetiva; para o doente, o maior grau de ajuda que hoje podemos dar. Um antigo cirurgião teve por lema a seguinte frase: *Je le pensai, Dieu le guérit* [Eu lhe fiz os curativos, Deus o curou]. O analista deveria se contentar com algo assim.

f) É fácil ver para qual objetivo essas diferentes regras convergem. Elas pretendem criar, para o médico, a contrapartida da “regra fundamental da psicanálise” estabelecida para o analisando. Assim como este deve comunicar tudo o que sua auto-observação capta, suspendendo toda objeção lógica e afetiva que procure induzi-lo a fazer uma seleção, também o médico deve colocar-se na posição de utilizar tudo o que lhe é comunicado para os propósitos da interpretação, do reconhecimento* do inconsciente oculto, sem substituir pela sua própria censura a seleção a que o doente renunciou. Expresso numa fórmula: **ele deve voltar seu inconsciente, como órgão receptor, para o inconsciente emissor do doente, colocar-se ante o analisando como o receptor do telefone em relação ao microfone. Assim como o receptor transforma novamente em ondas sonoras as vibrações elétricas da linha provocadas por ondas sonoras, o inconsciente do médico está capacitado a, partindo dos derivados do inconsciente que lhe foram comunicados, reconstruir o inconsciente que determinou os pensamentos espontâneos do paciente.**

No entanto, se o médico for capaz de usar de tal forma seu inconsciente como instrumento na análise, ele próprio tem que satisfazer em grande medida uma condição psicológica. Ele não pode tolerar, em si mesmo, resistências que afastam de sua consciência o que foi percebido** por seu inconsciente; senão introduziria na análise um novo tipo de seleção e distorção, bem mais prejudicial do que a produzida pelo recurso à atenção consciente. Para isso não basta que ele próprio seja um indivíduo aproximadamente normal; pode-se exigir que ele tenha se submetido a uma purificação psicanalítica e tenha tomado conhecimento daqueles seus complexos que seriam capazes de perturbar a apreensão

do que é oferecido pelo analisando. Não se pode razoavelmente duvidar do efeito desqualificador dessas falhas próprias; a cada repressão não resolvida do médico corresponde, na expressão pertinente de Wilhelm Stekel, um “ponto cego” na sua percepção psicanalítica.

Anos atrás, dei a seguinte resposta à questão de como alguém pode tornar-se psicanalista: “Pela análise dos próprios sonhos”. Tal preparação basta para muitas pessoas, certamente, mas não para todos que querem aprender a analisar. Além disso, nem todos conseguem interpretar os próprios sonhos sem ajuda externa. Incluo entre os muitos méritos da escola psicanalítica de Zurique ter reforçado essa condição e tê-la fixado na exigência de que todo indivíduo que queira efetuar análise em outros deve primeiramente submeter-se ele próprio a uma análise com um especialista. Quem levar a sério este trabalho deveria eleger esse caminho, que promete várias vantagens; o sacrifício de franquear a intimidade a um estranho, sem que a enfermidade o obrigue a isso, é amplamente recompensado. A pessoa não apenas realiza muito mais rapidamente e com menor gasto afetivo a intenção de tomar conhecimento do que traz oculto em si mesma, como adquire na própria carne, por assim dizer, impressões e convicções que procura em vão nos livros e nas conferências. Por fim, deve-se apreciar também o benefício da duradoura relação espiritual que costuma se estabelecer entre o analisando e aquele que o guia.

Uma tal análise de alguém praticamente sadio permanecerá inconclusa, como é de se esperar. Quem estimar o valor do autoconhecimento e da elevação do autocontrole, adquiridos por meio dela, prosseguirá no exame analítico da própria pessoa em forma de autoanálise, e se contentará com o fato de que, tanto dentro de si como fora, sempre deve esperar encontrar algo novo. Mas quem, como analista, desdenhou a precaução de analisar a si mesmo, não apenas se vê castigado com a incapacidade de aprender mais que uma certa medida de seus pacientes, corre também um perigo mais sério e que

pode se tornar perigo para os outros. Ele facilmente cairá na tentação de projetar sobre a ciência, como teoria de validade geral, aquilo que em obscura percepção ele enxerga das peculiaridades de sua própria pessoa, carregando descrédito para o método psicanalítico e desencaminhando os inexperientes.

g) Acrescento mais algumas regras, em que passo da atitude do médico para o tratamento do analisando.

É sem dúvida atraente, para um psicanalista jovem e entusiasmado, colocar muito de sua individualidade, para arrastar consigo o paciente e elevá-lo acima dos limites de sua estreita personalidade. Seria perfeitamente admissível, e mesmo adequado para a superação das resistências ativas no doente, que o médico lhe oferecesse um vislumbre dos próprios defeitos e conflitos mentais, e lhe possibilitasse pôr-se em pé de igualdade, dando-lhe notícias confidenciais de sua vida. Pois uma confiança vale a outra, e quem solicita intimidade de outro deve dá-la em troca.

Mas na relação psicanalítica muita coisa transcorre de modo diferente do que se esperaria conforme a psicologia da consciência. A experiência não depõe a favor de uma técnica afetiva semelhante. Também não é difícil ver que com ela abandonamos o terreno psicanalítico e nos aproximamos do tratamento por sugestão. Consegue-se que o paciente comunique mais cedo e mais facilmente o que ele próprio já sabe, e o que resistências convencionais o fariam reter por algum tempo ainda. Quanto a pôr a descoberto o que é inconsciente para o doente, essa técnica não ajuda, apenas o torna ainda mais incapaz de superar resistências mais profundas, e em casos mais difíceis fracassa devido à insaciabilidade que foi despertada no paciente, que então gostaria de inverter a relação e acha a análise do médico mais interessante do que a sua. Também a resolução da transferência, uma das principais tarefas do tratamento, é dificultada por uma atitude íntima do médico, de sorte que o eventual ganho do início é mais que contrabalançado, afinal. Não hesito, portanto, em

rejeitar como defeituosa essa técnica. O médico deve ser opaco para o analisando, e, tal como um espelho, não mostrar senão o que lhe é mostrado. Na prática, é certo que nada se pode objetar quando um psicoterapeuta mistura um quê de análise com uma parte de influência por sugestão, para alcançar êxitos visíveis em tempo mais curto, tal como é necessário, por exemplo, em instituições; mas pode-se exigir que ele tenha dúvida acerca do que faz, que saiba que o seu método não é o da verdadeira psicanálise.

h) Outra tentação vem da atividade pedagógica que no tratamento psicanalítico recai sobre o médico, sem que haja intenção por parte dele. Dissolvendo-se as inibições ao desenvolvimento, ocorre naturalmente que o médico chegue à situação de indicar novas metas para as tendências* liberadas. É então compreensível que ele ambicione fazer algo extraordinário da pessoa em cuja libertação da neurose ele tanto se empenhou, e prescreva elevados objetivos para os desejos dela. Mas também aí o médico deveria se manter em xeque e orientar-se mais pela aptidão do paciente do que por seus próprios desejos. Nem todos os neuróticos possuem grande talento para a sublimação; de muitos podemos supor que não teriam adoecido, caso dispusessem da arte de sublimar seus instintos. Se os pressionamos demasiadamente para a sublimação e lhes tiramos as gratificações de instintos mais imediatas e cômodas, em geral lhes tornamos a vida ainda mais difícil do que eles a sentem. Como médicos devemos sobretudo ser tolerantes com as fraquezas do doente, temos de nos contentar em recuperar, ainda que seja para alguém de não muito valor, algo da capacidade de realização e de fruição. A ambição pedagógica é tão pouco adequada quanto a terapêutica. Há a considerar, também, que muitas pessoas adoecem precisamente na tentativa de sublimar seus instintos além do montante permitido por sua organização, e que naqueles capacitados para a sublimação este processo costuma se efetuar por si mesmo, tão logo as inibições são vencidas pela análise. Acho, portanto, que o esforço de regularmente

usar o tratamento analítico para a sublimação de instintos é sempre louvável, mas de modo algum aconselhável em todos os casos.

i) Dentro de que limites devemos buscar a colaboração intelectual do analisando no tratamento? É difícil afirmar algo de aplicação geral neste ponto. A personalidade do paciente é que decide em primeiro lugar. Mas de todo modo se deve observar cautela e reserva. É errado colocar tarefas para o analisando, dizer que ele deveria juntar suas lembranças, meditar sobre um determinado período de sua vida etc. Ele tem que aprender, isto sim — o que para ninguém é fácil admitir —, que com a atividade mental dessa espécie, com o esforço da vontade e da atenção não se resolve nenhum dos enigmas da neurose, mas somente através da observância paciente da regra psicanalítica que manda afastar a crítica ao inconsciente e seus derivados. De modo particularmente implacável devemos insistir nessa regra junto aos pacientes que praticam a arte de escapular para o âmbito intelectual no tratamento, e que então refletem bastante, às vezes sabiamente, sobre o seu estado, poupando-se de fazer alguma coisa para vencê-lo. Por isso não gosto que meus pacientes recorram à leitura de textos psicanalíticos; peço que aprendam na sua própria pessoa, e lhes garanto que desse modo saberão mais do que o que toda a literatura psicanalítica poderia ensinar-lhes. Mas reconheço que nas condições de um internamento em instituição pode ser muito vantajoso utilizar a leitura para preparar os analisandos e para produzir uma atmosfera de influência.

Desaconselho enfaticamente que se procure o apoio e a aquiescência de pais ou parentes, dando-lhes uma obra de psicanálise para ler, seja ela profunda ou introdutória. Essa medida bem-intencionada basta, via de regra, para fazer surgir prematuramente a natural — e, cedo ou tarde, inevitável — oposição dos parentes ao tratamento psicanalítico de um dos seus, de forma tal que o tratamento não chega a ter início.

Manifesto a esperança de que a progressiva experiência dos analistas levará em breve a um acordo quanto à técnica mais adequada para o tratamento dos neuróticos. Com relação ao tratamento de parentes, confesso minha perplexidade e deposito bem pouca confiança no seu tratamento individual.

* No original, *gleichschwebende Aufmerksamkeit*. Uma nota da *Standard* inglesa informa que, ao dizer que já usou a expressão, Freud alude provavelmente a uma passagem da "Análise da fobia de um garoto de cinco anos" (1909), e que há uma ligeira diferença entre as duas passagens. De fato, no texto do "Pequeno Hans" Freud usa *gleiche Aufmerksamkeit*, "mesma atenção", enquanto o adjetivo que agora emprega é também formado de *schwebend* (do verbo *schweben*, pairar). Strachey utiliza *evenly-suspended*, que parece ser a melhor versão (não considerando a holandesa, que pode usar um composto exatamente igual ao alemão: *gelijkzwevende*). A antiga tradução espanhola utiliza *flotante*, a nova, argentina, optou por *parejamente flotante*, e a antiga versão francesa acrescenta aspas ao adjetivo: "*flottante*".

* O verbo aqui usado por Freud, *erkennen*, pode significar "conhecer, reconhecer, discernir, perceber"; por isso as versões estrangeiras variam: *descubrimos*, *uno* [...] *discernirá*, *se révèle*, *recognized*, *onderkend* ("reconhecido").

1 Com frequência o analisando afirma já ter dito algo, enquanto podemos garantir, com tranqüila superioridade, que o está fazendo pela primeira vez. Então se verifica que o analisando já teve antes a intenção de dizê-lo, mas foi impedido por uma resistência ainda em ação. A lembrança de tal intenção é para ele indistinguível da lembrança de sua realização.

* "Faço os pacientes registrarem após o relato do sonho": *lasse ich von den Patienten nach der Erzählung des Traumes fixieren*. Essa oração não é totalmente clara. Por isso há divergências nas traduções consultadas: *hago que el mismo enfermo ponga por escrito su relato después de habérselo oído de palabra*, *hago que los pacientes mismos los fijen {por escrito}* [sic; entre chaves] *tras relatar el sueño*, *J'abandonne au patient le soin de fixer lui-même* [...], *I get the patient to repeat them to me after he has related them so that I can fix them in my mind*, *laak ik door de patiënten na het vertellen van de droom vastleggen*. O problema é duplo: o sentido do verbo *fixieren* (é registrar por escrito ou fixar na memória?) e o agente desse verbo (é o analista ou o paciente?). Os dois tradutores de língua espanhola concordam na primeira e na segunda opções, respectivamente (as palavras "por escrito", entre chaves, acham-se no texto da edição argentina). A tradutora francesa omite parte da oração, mas também vê o paciente como sujeito de *fixer*, e não especifica esse verbo mais que o original. A versão inglesa é a que mais discrepa: o analista "fixa na mente" o sonho que fez o paciente repetir. Para o tradutor holandês, está claro que a

tarefa cabe ao paciente, e o verbo que usa para verter *fixieren* é *vastleggen* (aparentado ao alemão *festlegen*), que significa "assentar, consignar". Um professor alemão — e professor de alemão — que consultei acha bastante provável o sentido de "registrar por escrito".

* "Compor sua estrutura": *seinen Aufbau zusammensetzen*. Alguns tradutores preferiram "reconstruir, reconstituir" para verter o verbo alemão: *reconstruir su estructura, componer su edificio, en reconstituer la structure, to piece together its structure, de loop ervan te construeren*. O significado literal de *zusammensetzen* é "colocar junto"; nada nele recomenda o recurso ao prefixo "re", em português. E lembremos do próprio título de um importante artigo técnico de Freud: "Construções na análise" (*Konstruktionen in der Analyse*, de 1937). Outro ponto passível de discussão, nesse trecho, é a versão de *Aufbau* por "estrutura". *Aufbau* pode significar também "construção, edifício, montagem, organização, carroceria (de automóvel)". Deve-se ter presente que a *Standard* inglesa emprega com relativa frequência o termo *structure*, para traduzir diversas palavras alemãs, e isso pode dar uma maior impressão de rigidez ou solidez das formações psíquicas do que a que o original nos transmite. É talvez significativo que a edição holandesa (a mais nova entre essas) use a palavra *loop* ("curso", equivalente ao alemão *Lauf*) para *Aufbau*.

* "Trabalho sintético do pensamento": no original, *synthetischen Denkarbeit*; nas traduções consultadas: *labor mental de síntesis, trabajo sintético del pensar, travail de synthèse, synthetic process of thought, synthetische denkarbeit*.

* "Energias mentais": *geistige Kräfte* — *energías psíquicas, fuerzas espirituales*, (omissão na tradução francesa), *mental forces, geesteskrachten*.

* "Reconhecimento": *Erkennung*, no original; nas versões estrangeiras consultadas: *descubrimiento, discernimiento, découvrir, recognizing, doorgronden* ["penetrar"]; ver nota sobre *erkennen* na p. 150, acima.

* "Percebido": novamente o verbo *erkennen*, agora no participípio — *descubierto, discernido, les perceptions, perceived, onderkend*.

* "Tendências": não traduz exatamente *Strebungen*, substantivo (atualmente não mais usado) do verbo *streben*, que significa "esforçar-se por, aspirar a, ambicionar"; os outros tradutores usam *tendencias, aspiraciones, pulsions, trends, strevingen*.

O INÍCIO DO TRATAMENTO (1913)

NOVAS RECOMENDAÇÕES SOBRE A TÉCNICA DA PSICANÁLISE I

TÍTULO ORIGINAL: "ZUR EINLEITUNG
DER BEHANDLUNG. (WEITERE RATSCHLÄGE
ZUR TECHNIK DER PSYCHOANALYSE I)".
PUBLICADO PRIMEIRAMENTE
EM *INTERNATIONALE ZEITSCHRIFT
FÜR ÄRZTLICHE PSYCHOANALYSE*
[REVISTA INTERNACIONAL DE
PSICANÁLISE MÉDICA], V. 1, N. 1, PP. 1-10.
TRADUZIDO DE *GESAMMELTE WERKE* VIII,
PP. 454-78; TAMBÉM SE ACHA EM
STUDIENAUSGABE, ERGÄNZUNGSBAND
[VOLUME COMPLEMENTAR], PP. 181-203.
ESTA TRADUÇÃO FOI PUBLICADA
ORIGINALMENTE NO *JORNAL DE PSICANÁLISE*,
SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICANÁLISE
DE SÃO PAULO, V. 29, N. 54, SETEMBRO
DE 1996, PP 153-70; O TEXTO FOI REVISADO
E ALGUMAS NOTAS DO TRADUTOR
FORAM OMITIDAS NA PRESENTE EDIÇÃO.

Quem desejar aprender nos livros o nobre jogo do xadrez logo descobrirá que somente as aberturas e os finais permitem uma descrição sistemática exaustiva, enquanto a infinita variedade de movimentos após a abertura desafia uma tal descrição. Apenas o estudo diligente de partidas dos mestres pode preencher a lacuna na instrução. As regras que podemos oferecer para o exercício do tratamento psicanalítico estão sujeitas a limitações parecidas.

Nas páginas que seguirei procurarrei reunir, para uso do analista praticante, algumas dessas regras acerca do início do tratamento. Entre elas estão determinações que podem parecer triviais, e que provavelmente o são. Para sua justificação vale dizer que são precisamente regras do jogo, que têm de retirar seu significado do contexto maior do jogo. Mas farei bem em designá-las como “recomendações” e em não reivindicar sua obrigatoriedade. A extraordinária diversidade das constelações psíquicas envolvidas, a plasticidade de todos os processos anímicos e a riqueza de fatores determinantes resistem à mecanização da técnica e permitem que um procedimento em geral correto permaneça eventualmente sem efeito, e que um outro, normalmente errado, conduza ao objetivo. Essas circunstâncias não impedem, porém, que se estabeleça uma conduta medianamente adequada para o médico.

Dei as indicações mais importantes para a escolha dos doentes em outro lugar,¹ alguns anos atrás. De modo que não as repetirei aqui; nesse meio-tempo elas tiveram a aprovação de outros psicanalistas. Mas acrescento que desde então me habituei, tratando-se de um doente que conheço pouco, a aceitá-lo de início provisoriamente, pelo período de uma ou duas semanas. Havendo interrupção nesse período, poupamos ao doente a dolorosa impressão de uma tentativa de cura fracassada. Fez-se apenas uma sondagem, para conhecer o caso e decidir se é apropriado para a análise. Não dispomos de uma outra espécie de prova além desse ensaio; conversas e perguntas durante a sessão, mesmo que frequentes e prolongadas, não poderiam substituí-lo. Mas esse ensaio preliminar já é o começo da análise, e deve seguir as regras da

mesma. Talvez se possa distingui-lo por deixarmos o paciente falar, sobretudo, e lhe darmos apenas os esclarecimentos que forem indispensáveis à continuação de sua narrativa.

O começo do tratamento com um período de prova de algumas semanas tem também uma motivação relacionada ao diagnóstico. Frequentemente, em face de uma neurose com sintomas histéricos ou obsessivos, mas não demasiadamente pronunciados e existindo há não muito tempo, ou seja, precisamente a forma que tenderíamos a ver como propícia para o tratamento, deve-se admitir a dúvida de que o caso talvez corresponda a um estágio preliminar do que se chama *dementia praecox* (“esquizofrenia”, segundo Bleuler; “parafrenia”, segundo a minha sugestão), e que mais cedo ou mais tarde venha a exhibir um quadro acentuado dessa afecção. Eu questiono que seja sempre possível fazer a distinção. Sei que há psiquiatras que hesitam bem menos no diagnóstico diferencial, mas pude me convencer que também erram com a mesma frequência. Ocorre que para o psicanalista o erro é mais funesto que para o assim chamado psiquiatra clínico. Pois este não empreende, seja num caso ou no outro, algo de realmente proveitoso; corre apenas o perigo de um erro teórico, e seu diagnóstico tem interesse apenas acadêmico. Já o psicanalista comete, num caso desfavorável, um desacerto prático, torna-se culpado de um gasto inútil e descredita seu procedimento terapêutico. Ele não pode manter sua promessa de cura caso o paciente sofra, não de histeria ou de neurose obsessiva, mas de parafrenia, e então tem motivos particularmente fortes para evitar o erro diagnóstico. Num tratamento experimental de algumas semanas, ele com frequência perceberá coisas suspeitas, que poderão levá-lo a não prosseguir com a tentativa. Infelizmente não posso afirmar que tal experiência permita via de regra uma decisão segura; é apenas mais uma boa precaução.²

Longas entrevistas antes do início do tratamento, uma terapia preliminar de outra espécie, assim como um conhecimento anterior entre o médico e o futuro analisando, têm nítidas consequências desfavoráveis, para as quais se deve

estar preparado. Pois fazem o paciente encarar o médico com atitude transferencial pronta, que o médico tem de primeiro descobrir lentamente, em vez de ter a oportunidade de observar a transferência nascer e crescer. Desse modo o paciente tem uma dianteira por algum tempo, algo que na terapia só lhe concedemos a contragosto.

Deve-se desconfiar de todos os que propõem adiar o começo do tratamento. A experiência mostra que depois do prazo combinado eles não aparecem, mesmo quando o motivo desse adiamento, isto é, a racionalização do propósito, parece irrepreensível para o não iniciado.

Dificuldades especiais ocorrem quando há vínculos sociais ou de amizade entre o médico e o paciente que ingressa na análise, ou entre suas famílias. O psicanalista a quem se pede que receba em tratamento a esposa ou o filho de um amigo, pode se preparar para o fato de que o empreendimento, não importando o resultado, vai lhe custar a amizade. E tem que fazer o sacrifício, se não arranjar um substituto confiável.

Leigos e médicos que ainda confundem de bom grado a psicanálise e um tratamento por sugestão costumam atribuir grande valor à expectativa que o paciente traz para o novo tratamento. Acham com frequência que não se terá muito trabalho com um doente que tem enorme confiança na psicanálise e está plenamente convencido de sua verdade e eficácia. Com um outro será mais difícil, pois ele se mostra cético e em nada acredita, até ver o resultado em sua própria pessoa. Mas na realidade essa atitude dos doentes tem importância mínima; sua temporária confiança ou desconfiança pouco significa, ante as resistências internas que servem de âncora para a neurose. Claro que a disposição confiante do paciente torna agradável o trato inicial com ele; nós lhe agradecemos por isso, mas o advertimos que sua prevenção favorável será destruída pela primeira dificuldade que surgir no tratamento. E ao cético diremos que a análise não requer confiança, que ele pode ser crítico e desconfiado como quiser, que não levaremos sua atitude à conta do seu julgamento, pois

ele não se acha em condição de formar um juízo confiável nessas questões; sua desconfiança é justamente um sintoma ao lado de seus outros sintomas, e não interferirá se ele apenas seguir conscientemente o que a regra do tratamento dele exigir.

Quem estiver familiarizado com a natureza da neurose, não se espantará de ouvir que mesmo alguém habilitado a praticar a psicanálise em outros pode se comportar como qualquer mortal e será capaz de produzir as mais fortes resistências, tão logo se torne ele mesmo objeto da análise. Então mais uma vez percebemos a dimensão psíquica profunda, e nada vemos de surpreendente no fato de a neurose se enraizar em camadas psíquicas em que a formação analítica não penetrou.

Pontos importantes no começo da terapia analítica são as estipulações a respeito de *tempo e dinheiro*.

No tocante ao tempo, sigo estritamente o princípio de contratar uma hora definida. Cada paciente recebe uma determinada hora de meu dia de trabalho; ela é sua, ele é responsável por ela, mesmo quando não a utiliza. Essa determinação, que em nossa sociedade é vista como natural para um professor de língua ou de música, pode parecer muito rígida, ou indigna da profissão, no caso de um médico. As pessoas tenderão a lembrar os numerosos acasos que podem impedir o paciente de a cada vez chegar ao médico na mesma hora, e pedirão que sejam levadas em conta as muitas doenças intercorrentes, que podem sobrevir no curso de um longo tratamento analítico. A minha resposta é: não há outra maneira. Com uma prática mais tolerante, as desistências “eventuais” se multiplicam de tal forma que o médico vê ameaçada a sua existência material. Na observância rigorosa dessa determinação, porém, verifica-se que impedimentos ocasionais não ocorrem absolutamente, e enfermidades intercorrentes são raras. Dificilmente nos vemos na situação de gozar um ócio de que nos envergonharíamos; podemos continuar o trabalho sem interrupções, evitando a experiência penosa e desconcertante de sempre ver surgir uma pausa de que

não temos culpa, quando o trabalho prometia se tornar particularmente importante e rico em conteúdo. Somente após exercer por alguns anos a psicanálise, em severa obediência ao princípio da hora contratada, é que nos persuadimos realmente da importância do fator psicogênico na vida cotidiana das pessoas, da frequência das “doenças escolares” e da insignificância do acaso. Havendo indubitáveis afecções orgânicas, que certamente não podem ser excluídas pelo interesse psíquico do paciente [em comparecer], eu interrompo o tratamento, considero-me autorizado a dar outro emprego à hora liberada, e aceito novamente o paciente, tão logo ele se restabeleça e eu tenha uma outra hora livre.

Trabalho com os pacientes diariamente, com exceção dos domingos e dias feriados, ou seja, normalmente seis vezes na semana. Para casos leves, ou continuação de tratamentos avançados, bastam três horas por semana. Fora isso, limitações de tempo não são vantajosas nem para o médico nem para o paciente; e no começo devem ser inteiramente rejeitadas. Até mesmo interrupções breves perturbam um pouco o trabalho; costumávamos falar, brincando, de uma “crosta da segunda-feira”, ao começar de novo após o descanso de domingo. No trabalho pouco frequente há o perigo de não acompanharmos o ritmo das vivências reais do paciente, de a terapia perder o contato com o presente e enveredar por caminhos secundários. Ocasionalmente encontramos doentes aos quais é preciso dedicar mais tempo que a média de uma hora, pois gastam a maior parte dessa hora para “degelar” e se tornar comunicativos.

Uma pergunta incômoda para o médico, que o doente lhe dirige logo no começo, é: “Quanto tempo vai durar o tratamento? Quanto tempo o senhor precisa para me livrar de meu sofrimento?”. Tendo proposto uma experiência de algumas semanas, escapamos de uma resposta direta a essa pergunta, ao prometer que depois do período experimental poderemos dar uma notícia mais segura. Respondemos quase como Esopo na fábula, quando o andarilho pergunta pela extensão do caminho e ouve a exortação: “Anda!”, que é explicada com a justificativa de que é preciso antes conhecer o passo do andarilho, para

poder calcular a duração de sua viagem. Esse expediente nos ajuda nas primeiras dificuldades, mas a comparação não é boa, pois o neurótico pode mudar seu andamento com facilidade, e fazer progressos muito lentos às vezes. A pergunta sobre a duração do tratamento é quase impossível de responder, na verdade.

A falta de percepção dos doentes e a insinceridade dos médicos se juntam para que as mais desmedidas exigências sejam feitas à análise, concedendo-lhe para isso um mínimo de tempo. Ofereço como exemplo os seguintes dados, da carta de uma senhora da Rússia, que há poucos dias recebi. Ela tem 53 anos de idade, vem sofrendo há 23 anos, há dez é incapaz de qualquer trabalho constante. “Tratamentos em várias clínicas de nervos” não conseguiram habilitá-la para uma “vida ativa”. Ela espera ser completamente curada pela psicanálise, sobre a qual leu alguma coisa. Mas seu tratamento já custou tanto à sua família que ela não poderia permanecer mais que seis ou oito semanas em Viena. Outra dificuldade está em que ela deseja, desde o início, “manifestar-se” apenas por escrito, pois tocar em seus complexos provocaria nela uma explosão, ou a deixaria “temporariamente muda”. Ninguém espera que se possa erguer uma pesada mesa com dois dedos, como um leve banquinho, ou construir uma casa grande no mesmo intervalo de tempo que uma palhoça, mas quando se trata de neuroses, que não parecem estar incluídas no conjunto do pensar humano, mesmo pessoas inteligentes esquecem que existe proporcionalidade entre tempo, trabalho e êxito. O que é, aliás, uma compreensível decorrência da ignorância profunda acerca da etiologia das neuroses. Devido a essa ignorância, a neurose lhes parece uma “garota vinda de longe”. * Não se sabe de onde veio; por isso esperam que um belo dia desapareça.

Os médicos apoiam essa fácil confiança; mesmo os informados entre eles deixam de estimar corretamente a severidade dos distúrbios neuróticos. Um colega e amigo, que tenho em alta conta por ter se voltado para a psicanálise após várias décadas de trabalho científico baseado em outras premissas,

escreveu-me certa vez: “O que necessitamos é um tratamento ambulatorial curto e cômodo para as neuroses obsessivas”. Não pude lhe fornecer isso, envergonhei-me, e procurei me desculpar com a observação de que provavelmente os especialistas em medicina interna** ficariam também satisfeitos com uma terapia da tuberculose ou do câncer que reunisse essas vantagens.

Para dizê-lo de modo mais direto, a psicanálise requer longos períodos de tempo, semestres ou anos inteiros, mais longos do que espera o paciente. Por isso temos a obrigação de revelar esse fato ao doente, antes que ele se decida finalmente pelo tratamento. Considero mais digno, e também mais adequado, se já de antemão o prevenimos, sem pretender assustá-lo, acerca dos sacrifícios e das dificuldades da terapia analítica, privando-o assim de qualquer direito de afirmar depois que foi atraído para um tratamento cuja extensão e significado ele não conhecia. Quem se deixa intimidar por essas informações se revelaria depois inapto, sem dúvida. É bom proceder a uma triagem desse tipo antes do início do tratamento. Com o maior esclarecimento dos enfermos, cresce também o número dos que passam nessa primeira prova.

Eu me recuso a fazer os pacientes se comprometerem por um certo período com o tratamento, permito a cada um interromper a terapia quando lhe aprouver, mas não lhe escondo que uma ruptura, depois de um breve trabalho, não trará consigo nenhum êxito, e facilmente poderá deixá-lo num estado insatisfatório, como uma operação inacabada. Nos primeiros anos de minha atividade psicanalítica, eu tinha enorme dificuldade em fazer os doentes perseverarem; há tempos essa dificuldade se modificou, agora tenho que me ocupar em induzi-los a parar.

O encurtamento da terapia analítica é um desejo legítimo, cuja realização, como veremos, é tentada por diversos caminhos. Infelizmente um fator importante o contraria, a lentidão com que se efetuam mudanças psíquicas profundas, e em última instância, talvez, a “atemporalidade” dos nossos processos inconscientes. Quando os doentes se veem ante a dificuldade do enorme gasto

de tempo na análise, não é raro proporem um expediente para resolvê-la. Dividem seus males entre aqueles que consideram intoleráveis e os que descrevem como secundários, dizendo: “Se o senhor puder me livrar deste (por exemplo, dores de cabeça, uma determinada angústia), com o outro eu mesmo me arrango na vida”. Nisso, porém, eles superestimam o poder seletivo da análise. Certamente o médico analítico pode fazer muito, mas não é capaz de determinar exatamente o que fará ocorrer. Ele inicia um processo, a dissolução das repressões existentes, pode vigiá-lo, promovê-lo, tirar obstáculos do caminho, e sem dúvida estragá-lo em boa parte também. Mas no conjunto esse processo iniciado segue seu próprio caminho, e não permite que se prescreva nem sua direção nem a sequência dos pontos que ataca. O poder do analista sobre as manifestações da doença pode ser comparado à potência masculina. O homem mais vigoroso é capaz de gerar toda uma criança, mas não de fazer crescer no organismo feminino uma cabeça, um braço ou uma perna; não pode sequer determinar o sexo da criança. Pois apenas inicia também um processo altamente complicado, determinado por acontecimentos antigos, que termina com o filho separando-se da mãe. Também a neurose de uma pessoa tem características de um organismo, suas manifestações parciais não são independentes uma da outra, elas se condicionam, costumam apoiar-se mutuamente; sofre-se apenas de uma neurose, não de várias que casualmente se encontram num indivíduo. O doente ao qual livramos de um sintoma intolerável, conforme seu desejo, bem poderia descobrir que um sintoma que era ligeiro se exacerbou até ficar intolerável. Quem desejar separar o êxito, tanto quanto for possível, de suas condições sugestivas (isto é, transferenciais) fará bem em renunciar ao quê de influência seletiva sobre o resultado terapêutico, que o médico talvez possua. Os pacientes mais bem-vindos ao psicanalista serão os que lhe pedirem saúde plena, na medida em que puder ser alcançada, e puserem à sua disposição todo o tempo que for necessário para o processo de

restabelecimento. É claro que somente em alguns casos pode-se esperar condições tão favoráveis.

O próximo ponto sobre o qual se deve decidir, no começo de um tratamento, é o dinheiro, os honorários do médico. O analista não contesta que o dinheiro deve ser visto em primeiro lugar como meio de autopreservação e obtenção de poder, mas afirma que poderosos fatores sexuais estão envolvidos na apreciação do dinheiro. Ele pode lembrar que as questões de dinheiro são tratadas pelos homens civilizados de modo semelhante ao das coisas sexuais, com a mesma duplicidade, falso pudor e hipocrisia. Então ele já está decidido a não fazer igual, a tratar assuntos de dinheiro, diante do paciente, com a mesma natural franqueza na qual pretende educá-lo em questões sexuais. Ele demonstra ter se desembaraçado ele mesmo da falsa vergonha, ao comunicar espontaneamente em quanto estima seu tempo. Depois a prudência humana recomenda que não se deixem acumular grandes somas, solicitando o pagamento a intervalos curtos e regulares — mensalmente, digamos. (Como se sabe, o valor de um tratamento não é aumentado aos olhos do paciente quando se cobra bem pouco por ele.) Sabemos que essa não é a prática do médico de nervos e outros especialistas em nossa sociedade europeia. Mas o psicanalista pode se pôr no lugar do cirurgião, que é sincero e custoso, porque dispõe de tratamentos que ajudam. Penso que é mais digno, e eticamente mais irrepreensível, declarar suas reais exigências e necessidades, em vez de, como ainda hoje é costume entre os médicos, fazer papel de filantropo desinteressado, situação que certamente não lhe cabe, e afligir-se ou invectivar a falta de respeito e o afã de exploração do paciente. Em prol de sua reivindicação de pagamento, o analista alegará também que, embora trabalhe muito, jamais ganhará tanto como outros especialistas da medicina.

Pelas mesmas razões ele deve se recusar a tratar alguém sem honorários, e não fazer exceção para os colegas ou seus parentes. Essa última exigência parece ir de encontro à camaradagem médica; mas tenha-se em vista que um

tratamento gratuito significa bem mais para um psicanalista que para qualquer outro, ou seja, a subtração de parte considerável do tempo de que dispõe para ganhar a vida (uma oitava, uma sétima parte, talvez), durante muitos meses. Um tratamento gratuito simultâneo lhe roubaria já um quarto ou um terço de sua capacidade de ganho, o que seria equivalente ao efeito de um grave acidente traumático.

Pergunta-se, então, se a vantagem para o paciente compensa de algum modo o sacrifício do médico. Creio poder arriscar um juízo a esse respeito, pois durante uns dez anos dediquei uma hora por dia, ocasionalmente duas, a tratamentos gratuitos, porque queria trabalhar com a menor resistência possível, a fim de me orientar no estudo da neurose. Mas não encontrei nisso as vantagens que procurava. O tratamento gratuito aumenta bastante algumas resistências do neurótico; nas mulheres jovens, por exemplo, a tentação que está contida na relação de transferência; nos homens jovens, a revolta contra o dever da gratidão, que provém do complexo paterno e se inclui entre os mais sérios obstáculos à ajuda médica. A ausência do efeito regulador proporcionado pelo pagamento ao médico se faz sentir bastante penosamente; toda a relação se afasta do mundo real; retira-se ao paciente um bom motivo para se empenhar pelo fim do tratamento.

Podemos nos situar bem longe da condenação ascética do dinheiro, e no entanto lamentar que a terapia analítica, por razões externas e internas, seja quase inacessível para os pobres. Quanto a isso não há muito a fazer. Talvez haja verdade na afirmação frequente de que sucumbe com menor facilidade à neurose aquele a quem as necessidades da vida fazem trabalhar duramente. Indiscutível é sem dúvida uma outra experiência, a de que um homem pobre que produziu uma neurose dificilmente se livra dela. São muito bons os serviços que ela lhe presta na luta pela autoafirmação; o ganho secundário trazido pela doença é muito importante para ele. A comisseração que as pessoas recusaram à sua necessidade material, ele agora a reivindica em nome da neurose, e pode se liberar da exigência de combater sua pobreza mediante o trabalho.

Quem ataca a neurose de um pobre com os meios da psicoterapia, via de regra faz a comprovação de que o caso pede uma terapia prática inteiramente diversa, do tipo que, segundo a nossa tradição local, era utilizado pelo imperador José II. É claro que ocasionalmente encontramos pessoas valiosas que não têm culpa de seu desamparo, nas quais o tratamento gratuito não esbarra nesses obstáculos e obtém resultados felizes.

Para a classe média, o gasto de dinheiro exigido na psicanálise é excessivo apenas na aparência. Sem considerar que são incomensuráveis, de um lado, saúde e capacidade de realização, e, de outro, um moderado dispêndio financeiro: somando os gastos infundáveis com sanatórios e tratamento médico, e contrapondo a eles o acréscimo da capacidade de realização e aquisição, após uma terapia analítica bem-sucedida, pode-se dizer que os doentes fizeram um bom negócio. Não há nada mais caro na vida que a doença — e a estupidez.

Antes de encerrar estas observações sobre o início do tratamento analítico, direi algo a respeito de um certo cerimonial da situação em que é conduzida a terapia. Eu mantenho o conselho de fazer o paciente deitar sobre um divã, enquanto o analista fica sentado atrás dele, fora de sua vista. Esse arranjo tem um sentido histórico, é vestígio do tratamento hipnótico, a partir do qual se desenvolveu a psicanálise. Mas ele merece ser mantido por razões diversas. De imediato por um motivo pessoal, que outros talvez partilhem comigo. Eu não consigo ser olhado por outras pessoas durante oito horas (ou mais) diariamente. Como eu também me abandono ao curso de meus pensamentos inconscientes, não quero que as expressões de meu rosto forneçam material para interpretações do paciente ou influenciem o que ele tem a comunicar. O paciente costuma apreender como uma privação a situação que lhe é imposta e se revolta contra ela, em particular se o impulso de olhar* (o voyeurismo) tem papel significativo em sua neurose. Mas eu insisto nessa medida, que tem o propósito e o resultado de impedir a inadvertida intromissão da transferência nos pensamentos espontâneos do paciente, de isolar a transferência e fazer que no

devido tempo ela se destaque nitidamente como resistência. Sei que muitos analistas atuam de outro modo, mas não sei se nesta divergência há sobretudo ansia de agir de outro modo, ou alguma vantagem que encontraram nisso.

Uma vez acertadas desse modo as condições da terapia, surge a questão de em que ponto e com que material se deve começar o tratamento.

Tudo considerado, é indiferente o assunto com que se inicia o tratamento, seja a história da vida do paciente, a história de sua doença ou as recordações da infância. Mas de toda maneira deve-se permitir que o paciente fale, deixando à sua escolha o ponto de partida. Então lhe dizemos: “Antes que eu possa lhe dizer algo, preciso saber muito sobre você; por favor, me conte o que sabe de você”.

A única exceção diz respeito à regra fundamental da técnica psicanalítica, que o paciente deve observar. Já no início ele é informado acerca dela: “Ainda uma coisa, antes de você começar. Há um ponto em que seu relato deve ser diferente de uma conversa normal. Enquanto geralmente se procura, com razão, manter um fio condutor naquilo que se expõe, excluindo as associações e pensamentos secundários que perturbam a exposição, para não ‘ir do centésimo ao milésimo’*, como se diz, você deve proceder de outro modo. Observará que durante o seu relato lhe ocorrerão pensamentos diversos, que você gostaria de rejeitar, devido a certas objeções críticas. Estar tentado a dizer a si mesmo que isso ou aquilo não vem ao caso, ou é totalmente irrelevante, ou é absurdo, e então não é preciso comunicá-lo. Não ceda jamais a essa crítica, e comunique-o apesar disso, ou melhor, precisamente por isso, porque você sente uma aversão àquilo. A razão dessa regra — a única que deve seguir, na verdade — você perceberá e compreenderá depois. Portanto, diga tudo o que lhe vier à mente. Comporte-se, por exemplo, como um viajante que está sentado à janela do trem e descreve para seu vizinho, alojado no interior, como se transforma a vista ante seus olhos. Enfim, não esqueça jamais que você

prometeu sinceridade absoluta, e nunca passe por cima de algo porque por alguma razão lhe é desagradável comunicá-lo”.³

Pacientes que calculam ter adoecido num determinado momento costumam abordar o que ocasionou a doença; outros, que não desconhecem os laços entre sua neurose e sua infância, frequentemente começam pela exposição de toda a história de sua vida. Não se deve esperar um relato sistemático de maneira alguma, nem fazer nada para provocá-lo. Cada pedacinho da história terá de ser contado novamente depois, e somente com essas repetições aparecerão os complementos que fornecem os laços relevantes, desconhecidos do paciente.

Existem pacientes que desde as primeiras sessões preparam cuidadosamente o que vão relatar, supostamente para assegurar a melhor utilização do tempo de tratamento. O que assim se disfarça de zelo é resistência. Deve-se desaconselhar essa preparação, que é realizada apenas para proteger-se da emergência de pensamentos indesejados.⁴ Por mais que o doente creia sinceramente na sua louvável intenção, a resistência participará desse modo de preparação intencional, obtendo que o material mais precioso escape à comunicação. Logo se perceberá que o paciente inventa outros meios de subtrair ao tratamento o que é exigido. Ele pode, digamos, discutir diariamente a terapia com um amigo íntimo, e abrigar nessa conversa todos os pensamentos que lhe viriam na presença do médico. O tratamento possui então um vazamento, por onde escorre justamente o melhor. Será então oportuno recomendar ao paciente que trate sua análise como um assunto dele e de seu médico, e que não informe outras pessoas a respeito dela, por mais próximas ou mais curiosas que sejam. Em estágios posteriores da terapia, normalmente o paciente não fica sujeito a tentações desse tipo.

Não me oponho aos pacientes que querem manter seu tratamento em segredo, muitas vezes porque guardaram sua neurose em segredo. Naturalmente é secundária a consideração de que, devido a essa reserva, os contemporâneos ignoram alguns dos mais belos casos de cura. Sem dúvida, a decisão de manter sigilo já revela um traço da história secreta do paciente.

Quando exortamos os pacientes, no começo do tratamento, a informar o menor número possível de pessoas, em alguma medida os protegemos das muitas influências hostis que tentarão afastá-lo da análise. Tais influências poderão ser nocivas no início do tratamento. Mais tarde serão indiferentes, em geral, ou mesmo úteis para trazer à luz as resistências que desejam se ocultar.

Se durante a análise o paciente necessitar temporariamente de uma outra terapia, clínica ou especializada, é bem mais apropriado recorrer a um colega não psicanalista do que prestar essa outra assistência. Tratamentos combinados, para padecimentos neuróticos de forte apoio orgânico, são geralmente impraticáveis. Os pacientes retiram seu interesse da análise, tão logo lhes é mostrado um outro caminho que leve à cura. O melhor é adiar o tratamento orgânico até a conclusão do psíquico; dando precedência ao primeiro, ele não teria sucesso na maioria dos casos.

Voltemos à questão do início do tratamento. Volta e meia surgem pacientes que começam a terapia assegurando que nada lhes ocorre que pudessem relatar, embora tenham diante de si, intocada, toda a história de sua vida e de sua doença. Não devemos atender à solicitação de indicar aquilo que devem falar, nem na primeira vez nem nas outras. É preciso não esquecer aquilo com que estamos lidando. Uma forte resistência passou a primeiro plano para defender a neurose; temos que aceitar imediatamente o desafio e enfrentá-lo. A afirmação, energicamente repetida, de que não existe uma tal ausência de pensamentos espontâneos no início, de que se trata de uma resistência à análise, logo obriga o paciente às confissões esperadas, ou põe a descoberto uma parcela inicial de seus complexos. Não é bom sinal se ele tiver de confessar que ao ouvir a regra fundamental fez mentalmente a reserva de que entretanto não falaria isso ou aquilo. Menos mal se ele precisar apenas comunicar a desconfiança que tem pela análise, ou as coisas terríveis que escutou sobre ela. Caso ele questione essas e outras possibilidades semelhantes que lhe forem apresentadas, podemos pressioná-lo a reconhecer que negligenciou determinados pensamentos que o

ocupavam. Ele pensou no tratamento em si, mas em nada definido, ou se ocupou da aparência da sala onde se encontra, ou teve de pensar nos objetos do consultório, e no fato de estar deitado num divã, e tudo isso ele substitui pela palavra “nada”. Essas indicações são compreensíveis; tudo o que se liga à situação presente corresponde a uma transferência para o médico, que resulta adequada para servir de resistência. Então somos obrigados a começar com o desvelamento dessa transferência; a partir dela encontramos rapidamente o caminho para penetrar no material patogênico do doente. Mulheres que, pelos acontecimentos de sua vida passada, estão alertas para uma possível agressão sexual, e homens com homossexualidade reprimida bastante forte, serão os primeiros a recusar-se aos pensamentos espontâneos no começo da análise.

Tal como a primeira resistência, também os primeiros sintomas ou atos ocasionais dos pacientes podem reivindicar um interesse especial e revelar um complexo que governa a sua neurose. Um jovem e espirituoso filósofo, com refinada atitude estética, apressa-se em alinhar o vinco da calça, ao deitar-se para a primeira sessão; verifica-se que ele foi um coprófilo de grande requinte, como se esperaria do futuro esteta. Na mesma situação, uma jovem se precipita em puxar a barra da saia sobre o tornozelo exposto, e com isso revela o principal daquilo que a análise descobrirá, o seu orgulho narcísico pela beleza do corpo e suas tendências exibicionistas.

Um grande número de pacientes é contra a determinação de que se deem, enquanto o médico fica atrás deles, sentado e fora da sua vista. Eles pedem permissão para fazer o tratamento em outra posição, geralmente porque não querem dispensar a visão do médico. Via de regra isso é recusado; mas não se pode impedi-los de dizer algumas frases antes do começo da “sessão” ou depois de anunciado o seu fim, quando já se levantaram. Assim eles dividem o tratamento em uma parte oficial, durante a qual geralmente se comportam de maneira inibida, e uma “simpática”, em que falam de modo realmente livre, comunicando todo tipo de coisas que eles mesmos não incluem no tratamento. O médico não consente essa divisão por muito tempo, ele atenta para o que é

falado antes ou depois da sessão, e, ao aproveitá-lo na ocasião seguinte, põe abaixo a parede divisória que o paciente tentou erguer. Ela será novamente construída com o material de uma resistência de transferência.

Enquanto as comunicações e os pensamentos espontâneos do paciente ocorrerem sem interrupção, não se deverá tocar no tema da transferência. Para cuidar disso, o mais delicado dos procedimentos, espera-se até que a transferência tenha se transformado em resistência.

A próxima questão que nos é colocada é essencial. Ela diz: Quando devemos iniciar as comunicações ao analisando? Quando é oportuno lhe revelar o significado oculto de seus pensamentos espontâneos, iniciá-lo nos pressupostos e procedimentos técnicos da psicanálise?

A resposta tem de ser: apenas depois que se estabeleceu no paciente uma transferência produtiva, um *rapport* apropriado. O primeiro objetivo do tratamento é ligá-lo à terapia e à pessoa do médico. Para isso, não é preciso senão lhe dar tempo. Se testemunharmos um sério interesse por ele, eliminamos as resistências que surgem no início e evitamos determinados erros, o paciente estabelece uma tal ligação por si mesmo e associa o médico a uma das imagos daquelas pessoas de que estava acostumado a receber amor. No entanto, é possível desperdiçar esse primeiro sucesso se adotamos já no início uma outra postura que não a de empatia, uma atitude moralizadora, por exemplo, ou se nos portamos como representante ou mandatário de uma parte interessada, do outro cônjuge etc.

Essa resposta implica naturalmente a condenação do procedimento segundo o qual comunicamos ao paciente as traduções dos seus sintomas tão logo atinamos com elas, ou que até mesmo vê como um triunfo especial jogar-lhe ao rosto estas “soluções” na primeira entrevista. Um analista treinado não terá dificuldade em perceber claramente os desejos contidos de um doente, já nas suas queixas e no relato da doença; mas quanta presunção e leviandade é preciso para informar a um estranho que acabamos de conhecer, e que ignora

todos os pressupostos analíticos, que ele se acha unido incestuosamente à sua mãe, que abriga desejos de morte em relação à esposa que supostamente ama, que carrega a intenção de enganar seu chefe e coisas semelhantes! Soube que há psicanalistas que se gabam desses diagnósticos instantâneos e tratamentos expressos, mas quero prevenir a todos contra esses exemplos. Desse modo se obtém descrédito para si mesmo e a psicanálise, despertando igualmente a mais forte oposição, tenha-se ou não acertado; ou melhor, quanto mais se tiver acertado, mais forte a resistência. Via de regra a eficácia terapêutica será nenhuma, mas o desencorajamento diante da análise será definitivo. Mesmo em estágios posteriores do tratamento é necessário ter cautela, a fim de não comunicar uma solução de sintoma ou tradução de desejo antes que o paciente esteja bem próximo dela, de modo que baste um pequeno passo para ele mesmo se apoderar da solução. No passado, pude verificar frequentemente que a comunicação prematura de uma solução trazia um final prematuro ao tratamento, devido às resistências que eram subitamente despertadas, e também graças ao alívio que a solução proporcionava.

Neste ponto será feita a objeção: Nossa tarefa é então prolongar o tratamento, em vez de concluí-lo o mais rápido possível? O doente não sofre por insciência e incompreensão, não há o dever de torná-lo ciente [*wissend*] o mais breve possível, tão logo o médico mesmo se torne ciente?

A resposta a essa questão exige um pequeno excursão a respeito da significação do saber [*Wissen*] e do mecanismo da cura na psicanálise.

É certo que nos primeiros tempos da técnica psicanalítica, numa postura intelectualista, demos bastante valor ao fato de o doente saber o que tinha esquecido, mal distinguindo entre o nosso saber e o dele. Considerávamos muita sorte obter de uma outra pessoa informações sobre o trauma infantil esquecido, dos pais, de quem cuidava da criança ou do próprio sedutor, por exemplo, como se mostrou possível em alguns casos, e nos apressávamos em levar ao conhecimento do doente a notícia e as provas de sua exatidão, na segura

expectativa de dar um rápido fim à neurose e ao tratamento. Era grande o desapontamento quando o êxito esperado não se apresentava. Como podia acontecer que o doente, que agora sabia de sua vivência traumática, agisse como se não soubesse mais do que antes? Nem mesmo a lembrança do trauma reprimido vinha à tona, após a comunicação e descrição dele.

Num caso determinado, a mãe de uma garota histérica me revelou a experiência homossexual que tivera grande influência na fixação dos ataques da garota. A própria mãe havia flagrado a cena, mas a doente a esquecera por completo, embora já pertencesse à época da pré-puberdade. Pude então fazer uma experiência instrutiva. Toda vez que repetia o relato da mãe diante da garota, ela reagia com um ataque histérico, e depois a informação era novamente esquecida. Não havia dúvida de que a doente manifestava a mais forte resistência a um saber que lhe era imposto; chegou a simular imbecilidade e amnésia total, a fim de se proteger do que eu lhe comunicava. Depois disso foi preciso retirar, do fato de saber em si, a importância que lhe fora atribuída, e colocar a ênfase nas resistências que haviam causado o não saber, e que ainda então estavam dispostas a defendê-lo. Diante dessas resistências o saber consciente era impotente, mesmo quando não era novamente expulso.

O estranho comportamento dos doentes, capazes de juntar um saber consciente com o não saber, permanece inexplicável para a chamada psicologia normal. Para a psicanálise isso não oferece dificuldade, devido a seu reconhecimento do inconsciente; mas o fenômeno descrito constitui um bom suporte para a concepção que aborda os processos psíquicos a partir de uma diferenciação topográfica. Os doentes sabem da vivência reprimida, em seu pensamento, mas falta a este a ligação com o lugar onde de algum modo se encontra a lembrança reprimida. Uma modificação pode ocorrer apenas quando o processo de pensar consciente penetra até esse lugar e supera as resistências da repressão. É como se o Ministério da Justiça promulgasse um decreto

segundo o qual os delitos juvenis deveriam ser julgados com alguma leniência. Enquanto esse decreto não chegar ao conhecimento dos tribunais municipais, ou se os juízes municipais não tiverem a intenção de respeitar esse decreto, preferindo sentenciar de forma independente, não haverá qualquer mudança no tratamento dos delinquentes juvenis. Acrescentemos, para maior exatidão, que a comunicação consciente do material reprimido não deixa de produzir efeito no doente. Ela não manifestará o efeito desejado, pôr fim aos sintomas, mas terá outras consequências. Primeiro estimulará resistências, mas depois, quando elas forem superadas, um processo de pensamento no curso do qual se realiza finalmente o influxo esperado sobre a lembrança inconsciente.

Já é tempo de obtermos uma vista panorâmica do jogo de forças que pusemos em ação com o tratamento. O primeiro móvel da terapia é o sofrimento do paciente, e o desejo de cura daí resultante. A magnitude dessa força motriz* é diminuída por várias coisas que apenas no decorrer da análise se revelam, sobretudo o ganho secundário da doença, mas a força motriz mesma deve se conservar até o fim do tratamento; cada melhora produz uma diminuição dela.

Por si só, no entanto, ela é incapaz de eliminar a doença; para isso lhe faltam duas coisas: não conhece os caminhos que se deve tomar para alcançar esse fim, e não apresenta os montantes de energia necessários contra as resistências. Ambas as faltas são remediadas pelo tratamento analítico. Ele fornece as magnitudes de afeto requeridas para a superação das resistências, por meio da mobilização das energias que se acham à disposição da transferência; mediante comunicações oportunas, mostra ao doente os caminhos por onde ele deve guiar essas energias. A transferência pode, frequentemente, eliminar sozinha os sintomas de sofrimento, mas isso apenas de maneira provisória, precisamente enquanto ela dura. Isto seria um tratamento sugestivo, e não psicanálise. Ele merece este nome apenas quando a transferência utiliza a sua intensidade para a superação das resistências. Apenas então se torna impossível a

doença, mesmo quando a transferência dissolveu-se novamente, como é seu destino.

No decorrer do tratamento um outro fator favorável é despertado, o interesse e compreensão intelectual do doente. Mas ele quase não conta, em relação às outras forças em luta; seu valor é continuamente ameaçado, devido à turbção do julgamento que procede das resistências. De forma que restam a transferência e a instrução (pela comunicação), como as novas fontes de força que o doente deve ao analista. No entanto, ele se serve da instrução apenas na medida em que é levado a isso pela transferência, e por esse motivo a primeira comunicação deve aguardar até que uma forte transferência se tenha estabelecido; e também, acrescentemos, toda comunicação posterior, até que seja eliminada a perturbação da transferência pelas resistências de transferência que aparecem uma após a outra.

1 "Sobre a psicoterapia" (1905).

2 Haveria muito a dizer sobre o tema da insegurança no diagnóstico, sobre as chances da análise em formas leves de parafrenia e sobre as razões da similaridade entre as duas afecções, mas não posso fazê-lo aqui. Bem gostaria, acompanhando Jung, de contrapor histeria e neurose obsessiva, como "*neuroses de transferência*", às afecções parafrênicas, como "*neuroses de introversão*", se este uso não privasse o conceito de "introversão" (da libido) de seu único sentido justificado.

* Alusão a um poema de Schiller que tem esse título, "Das Mädchen aus der Fremde".

** "Especialistas em medicina interna": o termo original, *Internisten*, não tem equivalência em português; traduzi-lo por "clínicos gerais" seria equivocado. Um *Internist* é um especialista (ou semiespecialista) que se ocupa de medicina interna, de uma área que reúne elementos da gastroenterologia, cardiologia, endocrinologia, oncologia etc. Os dicionários alemães e bilingues apenas o definem como "especialistas em doenças internas" — a solução que foi adotada na *Standard* inglesa, enquanto as demais versões consultadas recorreram simplesmente a "internistas" e, no caso da francesa, a *médecins*.

* "Impulso de olhar": *Schautrieb*; nas versões consultadas: *el instinto visual*, *pulsión de ver*, omisão na ed. francesa, *instinct for looking*. O termo alemão *Trieb* é geralmente traduzido por

"instinto" nesta edição. Embora reconheçamos a insuficiência do termo português, não vemos vantagem em introduzir o feio neologismo "pulsão", como argumentamos em *As palavras de Freud*, op. cit. *Trieb* também admite o significado de "impulso", e recorremos a essa palavra quando a versão por "instinto" nos parece particularmente insatisfatória, como nesse caso.

* Expressão idiomática alemã; significa, como se nota pelo contexto, "afastar-se muito de um tema".

3 Sobre as nossas experiências com a regra fundamental da psicanálise haveria muito a dizer. Eventualmente encontramos pessoas que se comportam como se elas mesmas tivessem feito esta regra. Outras a infringem desde o começo. É indispensável, e também vantajoso, comunicá-la nos primeiros estágios do tratamento; mais tarde, sob o domínio das resistências, diminui a obediência a ela, e sempre chega um momento em que o paciente a ignora. É preciso lembrar-se, a partir da própria autoanálise, como é irresistível a tentação de ceder aos pretextos da crítica para rejeitar os pensamentos espontâneos. Podemos nos convencer da pouca eficácia desses contratos que firmamos com o paciente, ao apresentar a regra psicanalítica fundamental, quando pela primeira vez surge algo íntimo a comunicar sobre uma terceira pessoa. O paciente sabe que deve dizer tudo, mas torna a discrição para com os outros em um novo obstáculo. "Devo dizer tudo realmente? Pensei que isto se aplicava apenas ao que me diz respeito." Naturalmente é impossível levar a cabo um tratamento analítico no qual as relações do paciente com outras pessoas e os seus pensamentos acerca delas estão excluídos da comunicação. *Pour faire une omelette il faut casser des œufs* [Para fazer uma omelete é preciso quebrar os ovos]. Um homem correto esquece prontamente os segredos de gente desconhecida que não lhe parecem relevante saber. Também não se pode admitir a exclusão de nomes; de outro modo, os relatos do paciente adquirem um ar nebuloso, como as cenas de *A filha natural*, de Goethe, e não aderem à memória do médico; além disso, os nomes retidos impedem o acesso a todo tipo de relações importantes. Podemos deixar que nomes sejam reservados, digamos, até que o analisando esteja mais familiarizado com o médico e o procedimento. É bastante notável como toda a tarefa se torna impossível quando se permite a reserva num único ponto. Mas pensemos no que ocorreria se entre nós vigorasse direito de asilo, digamos, num único lugar da cidade; quanto tempo demoraria, até que toda a canalha da cidade se reunisse naquele lugar. Em certa ocasião, tratei um alto funcionário que por juramento era impedido de comunicar certas coisas, como segredos de Estado, e fracassei com ele devido a essa restrição. O tratamento psicanalítico deve sobrepor-se a todas as considerações, porque a neurose e suas resistências não têm consideração.

4 Exceções podem ser admitidas apenas para dados como relações de parentesco, períodos e locais de permanência, operações etc.

* "Força motriz": é o sentido tradicional, dicionarizado, de *Trieb-kraft*, formado de *Kraft*, "força, energia", e *Trieb*, "impulso, instinto". Algumas das versões consultadas preferiram enfatizar o sentido específico desse último termo: *fuertza instintiva*, *fuertza pulsional*, *force instinctuelle*, *força motrice*, *motive-force*.

RECORDAR, REPETIR E ELABORAR (1914)

NOVAS RECOMENDAÇÕES SOBRE A TÉCNICA DA PSICANÁLISE II

TÍTULO ORIGINAL: "ERINNERN, WIEDERHOLEN UND DURCHARBEITEN. (WEITERE RATSCHLÄGE ZUR TECHNIK DER PSYCHOANALYSE II)".
PUBLICADO PRIMEIRAMENTE EM
INTERNATIONALE ZEITSCHRIFT FÜR ÄRZTLICHE PSYCHOANALYSE [REVISTA INTERNACIONAL DE PSICANÁLISE MÉDICA], V. 2, N. 6, PP. 485-91.
TRADUZIDO DE *GESAMMELTE WERKE* X, PP. 126-36; TAMBÉM SE ACHA EM *STUDIENAUSGABE, ERGÄNZUNGSBAND* [VOLUME COMPLEMENTAR], PP. 205-15.
ESTA TRADUÇÃO FOI PUBLICADA ORIGINALMENTE NO *JORNAL DE PSICANÁLISE*, SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICANÁLISE DE SÃO PAULO, V. 27, N. 51, 1994;
NA PRESENTE EDIÇÃO O TEXTO FOI REVISADO, ALGUMAS NOTAS DO TRADUTOR FORAM OMITIDAS E OUTRAS FORAM MODIFICADAS.

Não me parece desnecessário lembrar continuamente, àqueles que estudam a psicanálise, as profundas alterações que a técnica psicanalítica sofreu desde o início. Na primeira fase, a da catarse de Breuer, o foco era colocado sobre o momento da formação do sintoma, e havia o esforço persistente em fazer se reproduzirem os processos psíquicos daquela situação, para levá-los a uma descarga mediante a atividade consciente. Recordar e ab-reagir, com o auxílio do estado hipnótico, eram então as metas a serem alcançadas. Em seguida, depois da renúncia à hipnose, impôs-se a tarefa de descobrir, a partir dos pensamentos espontâneos* do analisando, o que ele não conseguia recordar. A resistência seria contornada mediante o trabalho de interpretação e a comunicação dos seus resultados ao doente; mantinha-se o foco sobre as situações em que se tinham formado os sintomas e aquelas que se verificavam por trás do momento em que surgira a doença, a ab-reação caía para segundo plano, parecendo substituída pelo dispêndio de trabalho que o analisando tinha que fazer, na superação da crítica a seus pensamentos espontâneos a que era obrigado (em obediência à regra $\psi\alpha^*$ fundamental). Por fim se formou a técnica coerente de agora, na qual o médico renuncia a destacar um fator ou problema determinado e se contenta em estudar a superfície psíquica apresentada pelo analisando, utilizando a arte da interpretação essencialmente para reconhecer as resistências que nela surgem e torná-las conscientes para o doente. Verifica-se então uma nova espécie de divisão de trabalho: o médico descobre as resistências desconhecidas para o doente; sendo essas dominadas, com frequência o doente relata sem qualquer dificuldade as situações e os nexos esquecidos. O objetivo dessas técnicas permaneceu inalterado, sem dúvida. Em termos descritivos: preenchimento das lacunas da recordação; em termos dinâmicos: superação das resistências da repressão.

Temos que permanecer gratos à velha técnica hipnótica por nos ter mostrado processos psíquicos da análise de modo isolado e esquemático. Apenas assim pudemos adquirir o ânimo de criar nós mesmos situações complicadas na terapia analítica e de mantê-las transparentes.

Naqueles tratamentos hipnóticos o recordar se configurava de forma bem simples. O paciente se punha numa situação anterior, que não parecia jamais se confundir com a presente, comunicava os processos psíquicos da mesma, até onde haviam permanecido normais, e acrescentava o que podia resultar da transformação dos processos antes inconscientes em conscientes.

Neste ponto farei algumas observações que todo analista vê confirmadas em sua experiência. O esquecimento de impressões, cenas, vivências reduz-se em geral a um “bloqueio” delas. Quando o paciente fala desse “esquecimento”, raramente deixa de acrescentar: “Na verdade, eu sempre soube, apenas não pensava nisso”. Não raro ele expressa desapontamento por não lhe ocorrerem bastantes coisas que possa reconhecer como “esquecidas”, em que nunca tenha pensado novamente desde que sucederam. No entanto, também esse anelo é satisfeito, sobretudo nas histerias de conversão. O “esquecimento” sofre ainda limitação se apreciarmos as lembranças encobridoras, de presença universal. Em não poucos casos tive a impressão de que a conhecida amnésia infantil, para nós tão importante teoricamente, é inteiramente contrabalançada pelas lembranças encobridoras. Nestas se conserva não apenas algo essencial da vida infantil, mas verdadeiramente todo o essencial. É preciso apenas saber extraí-lo delas por meio da análise. Elas representam os anos esquecidos da infância tão adequadamente quanto o conteúdo manifesto do sonho representa os pensamentos oníricos.

O outro grupo de eventos* psíquicos que, como atos puramente internos, podem ser contrapostos às impressões e vivências, as fantasias, referências, sentimentos, conexões,** tem de ser considerado separadamente na sua relação com o esquecer e o recordar. Nele sucede com particular frequência que seja “lembrado” algo que não poderia jamais ser “esquecido”, pois em tempo algum foi percebido, nunca foi consciente e, além disso, parece não fazer nenhuma diferença, para o decurso psíquico, se uma dessas “conexões” era consciente e foi então esquecida, ou se jamais alcançou a consciência. A convicção

que o doente adquire no curso da análise independe por completo de uma tal recordação.

Em especial nas várias formas da neurose obsessiva, o esquecimento se limita geralmente à dissolução de nexos, não reconhecimento de sequências lógicas, isolamento de recordações.

No caso de um tipo especial de vivências muito importantes, que têm lugar nos primórdios da infância e que na época foram vividas sem compreensão, mas depois, *a posteriori*,* encontraram compreensão e interpretação, em geral não é possível despertar a lembrança. Através dos sonhos pode-se chegar a conhecê-las, os motivos mais forçosos do conjunto da neurose* nos obrigam a acreditar nelas, e podemos igualmente nos convencer de que o analisando, após superar suas resistências, não invoca a ausência da sensação de lembrança (sentimento de familiaridade) para se recusar a aceitá-la. Entretanto, esse tema exige tamanha cautela crítica, e traz tanta coisa nova e surpreendente, que eu o reservarei para um tratamento à parte, com material apropriado.

Aplicando a nova técnica restará muito pouco, com frequência nada, daquele transcurso agradavelmente suave. Também surgem casos que até certo ponto se comportam como na técnica hipnótica e somente depois divergem; outros agem diferentemente desde o princípio. Se nos detemos nesse último tipo para caracterizar a diferença, é lícito afirmar que o analisando não recorda absolutamente o que foi esquecido e reprimido, mas sim o atua. Ele não o reproduz como lembrança, mas como ato, ele o repete, naturalmente sem saber que o faz.

Por exemplo: o analisando não diz que se lembra de haver sido teimoso e rebelde ante a autoridade dos pais, mas se comporta de tal maneira diante do médico. Não se lembra de que sua investigação sexual infantil não o levou a nada, deixando-o perplexo e desamparado, mas apresenta uma quantidade de sonhos e pensamentos confusos, lamenta que nada dá certo para ele, e vê como seu destino jamais concluir um empreendimento. Não se lembra de ter se

envergonhado bastante de certas atividades sexuais e ter sentido medo de que fossem descobertas, mas mostra vergonha do tratamento a que se submete agora e procura escondê-lo de todos etc.

Sobretudo, ele começa a terapia* com uma repetição desse gênero. Frequentemente, ao comunicar a regra fundamental da psicanálise a um paciente com uma vida cheia de eventos e uma longa história de doença, e solicitar que ele diga o que lhe ocorrer, esperando que suas declarações fluam como uma torrente, constatamos que ele nada diz. Guarda silêncio e afirma que nada lhe ocorre. Isto não é outra coisa, naturalmente, que a repetição de uma atitude homossexual que se evidencia como resistência contra qualquer recordação. Enquanto ele permanecer em tratamento, não se livrará desta compulsão de repetição; por fim compreendemos que este é seu modo de recordar.

É natural que em primeira linha nos interesse a relação desta compulsão de repetição com a transferência e a resistência. Logo notamos que a transferência mesma é somente uma parcela de repetição, e que a repetição é transferência do passado esquecido, [transferência] não só para o médico, mas para todos os âmbitos da situação presente. Devemos estar preparados, portanto, para o fato de que o analisando se entrega à compulsão de repetir, que então substitui o impulso à recordação, não apenas na relação pessoal com o médico, mas também em todos os demais relacionamentos e atividades contemporâneas de sua vida, por exemplo quando, no decorrer do tratamento, escolhe um objeto amoroso, toma para si uma tarefa, começa um empreendimento. Também a participação da resistência não é difícil de reconhecer. Quanto maior a resistência, tanto mais o recordar será substituído pelo atuar (repetir). Pois o recordar ideal do que foi esquecido corresponde, na hipnose, a um estado em que a resistência foi totalmente afastada. Se a terapia começa sob os auspícios de uma suave e discretamente positiva transferência, ela permite inicialmente, como na hipnose, um aprofundar da recordação, durante o qual mesmo os sintomas patológicos silenciam; mas se no decurso posterior a transferência se torna hostil ou muito intensa, por isso necessitando de repressão,

imediatamente o recordar cede o lugar à atuação. A partir de então as resistências determinam a sequência do que será repetido. É do arsenal do passado que o doente retira as armas com que se defende do prosseguimento da terapia, as quais temos de lhe arrancar peça por peça.

Vimos então que o analisando repete em vez de lembrar, repete sob as condições da resistência; agora podemos perguntar: o que repete ou atua ele de fato? A resposta será que ele repete tudo o que, das fontes do reprimido, já se impôs em seu ser manifesto: suas inibições e atitudes inviáveis, seus traços patológicos de caráter. Ele também repete todos os seus sintomas durante o tratamento. E agora podemos ver que ao destacar a compulsão de repetição não adquirimos um novo fato, mas uma concepção mais unificada. Para nós se torna claro que a condição doente do analisando não pode cessar com o início da análise, que devemos tratar sua doença não como assunto histórico, mas como um poder atual. Essa condição doente é movida pouco a pouco para o horizonte e o raio de ação da terapia, e, enquanto o doente a vivencia como algo real e atual, devemos exercer sobre ela o nosso trabalho terapêutico, que em boa parte consiste na recondução ao passado.

Fazer lembrar, como sucedia na hipnose, dava inevitavelmente a impressão de um experimento de laboratório. Fazer repetir no tratamento analítico, segundo a nova técnica, significa conjurar uma fração da vida real, e por isso não pode ser inócuo e irrepreensível em todos os casos. A isto se relaciona todo aquele problema de “piorar durante a terapia”, frequentemente inevitável.

Antes de tudo, a iniciação do tratamento leva o doente a mudar sua atitude consciente para com a doença. Normalmente ele se contentou em lamentá-la, desprezá-la como absurdo, subestimá-la na sua importância, e de resto deu prosseguimento, ante as suas manifestações, ao comportamento repressor, à política de avestruz que praticava com as suas origens. Pode então ocorrer que ele não saiba exatamente as condições de sua fobia, que não escute as palavras corretas de suas ideias obsessivas ou não apreenda o verdadeiro propósito de seu impulso obsessivo. Naturalmente isso não ajuda a terapia. Ele tem de

conquistar a coragem de dirigir sua atenção para os fenômenos de sua doença. A própria doença não deve mais ser algo desprezível para ele, mas sim tornar-se um digno adversário, uma parcela do seu ser fundamentada em bons motivos, de que cabe extrair algo valioso para sua vida futura. A reconciliação com o reprimido que se manifesta nos sintomas é assim preparada desde o início, mas também se admite uma certa tolerância para o estado enfermo. Se esta nova relação com a doença torna mais agudos os conflitos e faz sobressair sintomas até então indistintos, não é difícil consolar o doente com a observação de que isto é uma piora necessária e passageira, e que não se pode liquidar um inimigo que está ausente ou não está próximo o bastante. Mas a resistência pode explorar a situação para seus propósitos, e querer abusar da permissão de estar doente. Parece então dizer: “Olhe no que dá, se eu concordo com essas coisas. Não fiz bem em abandoná-las à repressão?”. Crianças e jovens, em especial, costumam se aproveitar da indulgência pela condição enferma, que a terapia requer, para se regalar nos sintomas patológicos.

Outros perigos surgem do fato de que no curso da terapia podem chegar à repetição impulsos instintuais* novos e mais profundos, que ainda não se haviam imposto. Afinal, as ações realizadas pelo paciente fora da transferência podem trazer danos temporários à sua vida, ou até ser escolhidas de modo a depreciar duradouramente a saúde a ser conquistada.

Pode-se facilmente justificar a tática que o médico deve adotar nesta situação. Para ele, o recordar à maneira antiga, reproduzir no âmbito psíquico, continua sendo a meta a que se apegava, embora saiba que na nova técnica isto não se pode alcançar. Ele se dispõe para uma luta contínua com o paciente, a fim de manter no âmbito psíquico todos os impulsos que este gostaria de dirigir para o âmbito motor, e comemora como um triunfo da terapia o fato de conseguir, mediante o trabalho da recordação, dar solução a** algo que o paciente gostaria de descarregar através de uma ação. Quando a ligação pela transferência tornou-se de algum modo aproveitável, o tratamento chega a

impedir que o paciente realize os atos de repetição mais significativos e a utilizar a intenção para aquilo *in statu nascendi* como material para o trabalho terapêutico. O melhor modo de proteger o doente dos danos que traria a realização de seus impulsos é obrigá-lo a não tomar decisões vitais durante a terapia, não escolher profissão ou objeto amoroso definitivo, por exemplo, e sim esperar o momento da cura para esses propósitos.

Nisso respeitamos de bom grado aquilo que na liberdade pessoal do analisando é compatível com essas precauções, não o impedindo de executar propósitos de menor importância, embora tolos, e não esquecendo que na verdade apenas a experiência e o prejuízo tornam alguém sábio. Há também casos em que não podemos dissuadi-lo de empreender algo totalmente inadequado durante o tratamento, e em que somente depois ele se torna brando e acessível ao trabalho analítico. Ocasionalmente deve também suceder que não haja tempo de pôr as rédeas da transferência nos instintos indomados, ou que o paciente, num ato de repetição, corte o laço que o liga ao tratamento. Quero mencionar, como exemplo extremo, o caso de uma velha senhora que repetidamente abandonava a casa e o marido, em estado de semiausência,* e ia para um lugar qualquer, sem tomar consciência de algum motivo para essas “fugas”. Ela iniciou o tratamento com uma transferência afetuosa, bem desenvolvida, intensificou-a com rapidez inquietante nos primeiros dias, e ao final de uma semana “fugiu” também de mim, antes que eu tivesse tempo de lhe dizer algo que pudesse prevenir tal repetição.

No entanto, o principal meio de domar a compulsão de repetição do paciente e transformá-la num motivo para a recordação está no manejo da transferência. Tornamos esta compulsão inofensiva, e até mesmo útil, ao reconhecer-lhe o seu direito, ao lhe permitir vigorar num determinado âmbito. Nós a admitimos na transferência, como numa arena em que lhe é facultado se desenvolver em quase completa liberdade, e onde é obrigada a nos apresentar

tudo o que, em matéria de instintos patogênicos, se ocultou na vida psíquica do analisando. Quando o paciente se mostra solícito a ponto de respeitar as condições básicas do tratamento, conseguimos normalmente dar um novo significado de transferência a todos os sintomas da doença, substituindo sua neurose ordinária por uma neurose de transferência, da qual ele pode ser curado pelo trabalho terapêutico. Assim a transferência cria uma zona intermediária entre a doença e a vida, através da qual se efetua a transição de uma para a outra. O novo estado assumiu todas as características da doença, mas representa uma enfermidade artificial, em toda parte acessível à nossa interferência. Ao mesmo tempo é uma parcela da vida real, tornada possível por condições particularmente favoráveis, porém, e tendo uma natureza provisória. Das reações de repetição que surgem na transferência, os caminhos já conhecidos levam ao despertar das recordações, que após a superação das resistências se apresentam sem dificuldade.

Eu poderia me deter aqui, se o título deste ensaio não me obrigasse à exposição de mais um ponto da técnica psicanalítica. Como se sabe, a superação das resistências tem início quando o médico desvela a resistência jamais reconhecida pelo paciente e a comunica a ele. Mas parece que os principiantes da análise se inclinam a tomar esse início pelo trabalho inteiro. Com frequência fui consultado a respeito de casos em que o médico se queixou de haver mostrado ao doente sua resistência, sem que no entanto algo mudasse, a resistência havia mesmo se fortalecido e toda a situação se turvado ainda mais. Aparentemente, a terapia não estava indo adiante. Essa expectativa sombria resultou sempre errada. Em geral a terapia fazia progresso; o médico tinha apenas esquecido que nomear a resistência não pode conduzir à sua imediata cessação. É preciso dar tempo ao paciente para que ele se enfronte na resistência agora conhecida,* para que a elabore,* para que a supere, prosseguindo o trabalho apesar dela, conforme a regra fundamental da análise. Somente no auge da resistência

podemos, em trabalho comum com o analisando, descobrir os impulsos instintuais que a estão nutrindo, de cuja existência e poder o doente é convencido mediante essa vivência. O médico nada tem a fazer senão esperar e deixar as coisas seguirem um curso que não pode ser evitado, e tampouco ser sempre acelerado. Atendo-se a essa compreensão, ele se poupará muitas vezes a ilusão de haver fracassado, quando na realidade segue a linha correta no tratamento.

Na prática, essa elaboração das resistências pode se tornar uma tarefa penosa para o analisando e uma prova de paciência para o médico. Mas é a parte do trabalho que tem o maior efeito modificador sobre o paciente, e que distingue o tratamento psicanalítico de toda influência por sugestão. Teoricamente pode-se compará-la com a “ab-reação” dos montantes de afeto retidos pela repressão, [ab-reação] sem a qual o tratamento hipnótico permanecia ineficaz.

* "Pensamentos espontâneos": nossa tradução para *freie Einfälle*, que nas versões estrangeiras consultadas (duas em espanhol, uma francesa, a italiana da Boringhieri e a *Standard* inglesa) aparece como *ocurrencias espontâneas*, *ocurrencias libres*, *associazioni libere*, *associations libres*, *free associations*; para mais informações sobre o termo *Einfall*, ver nossa tradução de *Além do bem e do mal*, de Friedrich Nietzsche. São Paulo: Companhia das Letras, 1992 (ed. de bolso, 2005), nota 16.

Na mesma frase, "não conseguia" traduz *versagte*, que os tradutores consultados vertem por *no conseguia*, *denegaba*, *non riusciva*, *n'arrivait pas*, *failed*. O tradutor argentino usa *denegaba* porque o verbo *versagen* se relaciona a *Versagung*, que ele traduz por *frustración* ou *denegación* (cf. J. L. Etcheverry, *Sobre la versión castellana: volumen de presentación de las Obras completas de Sigmund Freud*. Buenos Aires: Amorrortu, 1978, p. 137). Esse é um problema constante ao se traduzir Freud: deve-se buscar a máxima literalidade técnica, ao risco de produzir textos pouco legíveis, mas que no original fluem naturalmente? (A versão argentina optou pela literalidade total, o que resultou num verdadeiro atentado à língua de Cervantes.) Nesse caso específico, *versagen* denota o fracasso em realizar uma ação — "não se consegue" fazer aquilo. Por isso acompanhamos a coloquialidade das outras versões.

* $\Psi\alpha$: abreviatura do adjetivo "psicanalítica"; pouco usada por Freud, no entanto.

* "Eventos": no original, *Vorgänge*, geralmente traduzida por "processos", mas que pode também significar "acontecimentos, eventos", o que parece ser o caso.

** "Referências, sentimentos, conexões": *Beziehungsvorgänge, Gefühlsregungen, Zusammenhänge* — nas versões consultadas: *las asociaciones, lo sentimientos, etc.* [omissão]; *procesos de referimiento, mociones de sentimiento, nexos; i riferimenti, gli impulsi emotivi, le connessioni; des idées connexes et des émoïs* [omissão]; *processes of reference, emotional impulses, thought-connections*. O termo composto *Beziehungsvorgänge* significa literalmente "atos ou processos de relação, de referência", o que seria meio redundante em português. Sobre a possibilidade — ou conveniência — de ocasionalmente verter um composto alemão por uma só palavra em nossa língua, ver o apêndice B de *As palavras de Freud*, op. cit. O mesmo se aplica à palavra seguinte, *Gefühlsregung*, composta de *Gefühl*, "sentimento, sensação, emoção" e *Regung*; mas este segundo termo que a compõe traz uma dificuldade extra. A tendência mais nova, vinda de Paris, é traduzi-lo por "moção" (como em *Triebregung*, "moção pulsional" — essa pérola do jargão psicanalítico). No entanto, é preciso lembrar que, embora etimologicamente relacionado a "mover", "moção" veio a significar, tanto em francês como em português, "uma proposta apresentada numa assembleia deliberativa por um de seus membros", na definição de Domingos de Azevedo, (*Grande dicionário francês-português*. Lisboa: Bertrand, 8ª ed., 1984). Ninguém usa essa palavra com o sentido de "movimento". Em alemão, o verbo *regen* significa "mover, agitar"; uma variante dele é *anregen*, "estimular, incitar". Nossa tradução literal para *Gefühlsregungen* seria "impulsos emocionais"; mas no presente contexto, devido à enumeração em que está inserido o termo ("as fantasias" etc.), preferimos simplesmente "sentimentos".

* "*A posteriori*": em alemão, *nachträglich* (em *italico* no original); nas versões consultadas: *luego, con efecto retardado, a posteriori, ultérieurement, subsequently*. O termo original já foi objeto de boas discussões na literatura psicanalítica. Nossa contribuição a esse debate se acha em *As palavras de Freud*, op. cit., capítulo sobre *nachträglich*.

* "Os motivos mais forçosos do conjunto da neurose": *die zwingendsten Motive aus dem Gefüge der Neurose* — nas versões consultadas: *la estructura de la neurose* [omissão], *los más probatorios motivos extraídos de la ensambladura de la neurosis, la structure même de la névrose apporte la preuve évidente de leur réalité* [omissão], *the most compelling evidence provided by the fabric of the neurosis*. A palavra *Gefüge* foi aqui traduzida por "conjunto", diferentemente de em outro texto deste volume ("Formulações sobre os dois princípios..."), onde usamos "corpo". Strachey recorre a *structure* no outro texto e, neste, a *fabric* ("tecido, trama", também "estrutura"). Quanto à palavra "motivo", traduz apenas uma das acepções de *Motiv*, que também significa "assunto, tema recorrente"; cf. *Leitmotiv*, em música: "motivo condutor".

* "Terapia": *Kur*, no original; nas versões estrangeiras: *cura*, idem, *cura*, *cure*, *treatment*. A tradução de *Kur* por "cura" é enganosa, pois em português (diferentemente de outras línguas latinas) a palavra designa o resultado, não o processo. A versão de Strachey nos parece a mais adequada; "terapia" é a palavra grega para "tratamento". Reservamos "cura" para traduzir *Genesung* (do verbo *genesen*, "convalescer"), que aparecerá mais à frente; nesse caso, os tradutores de língua espanhola usam *curación*, a tradutora francesa, *guérison*, o italiano, *guarigione*, e o inglês, *recovery*.

* "Impulsos instintuais": *Triebregungen*; nas versões consultadas: *impulsos instintivos*, *mociones pulsionales*, *moti pulsionali*, *émois instinctuels*, *instinctual impulses*; cf. nota sobre *Wunschregung*, na p. 127 e sobre *Gefühlsregung*, na p. 197.

** "Dar solução a": tradução aqui dada ao verbo *erledigen*, que admite vários sentidos, segundo o contexto; o dicionário bilingue de Udo Schau (Porto Editora, 1989) traz "acabar, despachar, pôr em ordem, regular, solucionar, resolver, decidir, combinar, executar, cumprir, realizar, afastar, realizar"; entre as versões consultadas, algumas são imprecisas: *derivar*, *tramitar*, *liquidare*, *is disposed of*.

* "Estado de semiausência": *Dämmerzustände* — nas versões estrangeiras consultadas: *estados de obnubilación*, *estado crepuscular*, *états confusionnels*, *twilight state*.

* "Agora conhecida": *nun bekannte* — nisso acompanhamos o texto da *Studienausgabe*, que retoma o da primeira edição. Nas edições posteriores a essa, inclusive nos *Gesammelte Werke*, isso foi alterado para *unbekannte*, "desconhecida", o que faz menos sentido (*makes less good sense*), segundo Strachey, que apontou a divergência e sugeriu a restauração, depois adotada na *Studienausgabe*.

* "Elaborar": *durcharbeiten*. As traduções consultadas empregam *elaborar*, *reelaborar*, *rielaborare*, *élaborer interprétativement*, *work through*. O termo alemão é formado pela preposição *durch*, "através de, de lado a lado", e pelo verbo *arbeiten*, "trabalhar". Em inglês, a preposição *through* corresponde exatamente a *durch*; são etimologicamente aparentadas, descendem da mesma palavra, na língua indo-germânica que veio a dar origem ao inglês e ao alemão. Mas o verbo é usado em maior número de situações — ou seja, tem mais significados — do que o equivalente inglês. Pode significar, de acordo com o dicionário *Duden Universalwörterbuch* (Mannheim: Dudenverlag, 1989): trabalhar sem pausa — a noite inteira, digamos; ler a fundo, estudar uma obra; fazer bem e minuciosamente um trabalho; abrir caminho trabalhosamente — numa multidão, numa selva, por exemplo. Os dois últimos sentidos seriam aqueles utilizados por Freud.

No *Vocabulário da psicanálise*, Laplanche e Pontalis propõem o neologismo "perlaborar" (*pérlaborer*, no original francês) para traduzir *durcharbeiten*, e "perlaboração" para o substantivo

Durcharbeitug (São Paulo: Martins Fontes, 11ª ed. revista, 1991, pp. 339-40). Eles argumentam que "elaborar" deve ser reservado para *bearbeiten* ou *verarbeiten* (que também significam "trabalhar, elaborar", em algumas das muitas acepções que esses verbos têm em português e francês). É possível acrescentar outros argumentos em favor da opção de Laplanche e Pontalis. A preposição latina *per* corresponderia à alemã *durch*; como na frase *Per ardua surgo* ("Ergo-me por entre as dificuldades" — lema do estado da Bahia). E também conotaria um reforço da ação, a realização completa de um trabalho, como no verbo "perfazer". Mas nada disso compensa o fato de "perlaborar" e "perlaboração" serem palavras estranhas, verdadeiras pérolas de feiura (com permissão do oxímoro), que dificilmente adquirirão curso na língua portuguesa. Por isso achamos preferível manter "elaborar" e "elaboração", confiando em que o sentido pretendido por Freud emergirá naturalmente do contexto em que aparecem. O leitor ou paciente compreenderá o que significa elaborar ou trabalhar as resistências.

OBSERVAÇÕES SOBRE O AMOR DE TRANSFERÊNCIA (1915)

NOVAS RECOMENDAÇÕES SOBRE A TÉCNICA DA PSICANÁLISE III

TÍTULO ORIGINAL: "BEMERKUNGEN ÜBER
DIE ÜBERTRAGUNGSLIEBE". PUBLICADO
PRIMEIRAMENTE EM *INTERNATIONALE
ZEITSCHRIFT FÜR ÄRZTLICHE
PSYCHOANALYSE* [REVISTA INTERNACIONAL
DE PSICANÁLISE MÉDICA], V. 3, N. 3, PP. 1-11.
TRADUZIDO DE *GESAMMELTE WERKE* X,
PP. 306-21; TAMBÉM SE ACHA EM
STUDIENAUSGABE, ERGÄNZUNGSBAND
[VOLUME COMPLEMENTAR], PP. 215-30.
ESTA TRADUÇÃO FOI PUBLICADA
ORIGINALMENTE NO *JORNAL DE PSICANÁLISE*,
SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICANÁLISE
DE SÃO PAULO, V. 32, N. 58/59, 1999.

Todo iniciante na psicanálise provavelmente se assusta com as dificuldades que lhe aparecerão ao interpretar as associações do paciente e cuidar da reprodução do reprimido. Mas logo chega o momento de ele atribuir pouco valor a essas dificuldades, e convencer-se de que as únicas realmente sérias estão no uso da transferência.

Entre as situações que aí se apresentam, quero destacar uma bem delimitada, e o faço tanto por sua frequência e real importância como por seu interesse teórico. Refiro-me ao caso em que uma paciente dá a entender por sinais inequívocos, ou afirma diretamente, que como qualquer outra mortal se apaixonou pelo médico que a analisa. Esta situação tem seus aspectos dolorosos e cômicos, e também sérios; e é tão intrincada e diversamente condicionada, tão inevitável e de difícil solução, que o seu estudo já teria há muito preenchido uma necessidade vital da técnica psicanalítica. Mas, como nem sempre estamos livres de cometer os erros que ridicularizamos nos outros, até agora não nos apressamos em cumprir essa tarefa. Deparamos sempre com o dever da discrição médica, que na vida não se pode dispensar, mas que não tem serventia na nossa ciência. Uma vez em que a literatura psicanalítica também é parte da vida real, há aqui uma contradição insolúvel. Recentemente não fiz caso da discrição e mostrei como a mesma situação de transferência retardou o desenvolvimento da terapia psicanalítica em sua primeira década.¹

Para o leigo bem-educado — o que o homem civilizado ideal é em relação à psicanálise —, os assuntos do amor são incomensuráveis com todo o resto; ficam, por assim dizer, numa folha à parte, que não tolera outras inscrições. Se a paciente se enamora do médico, o leigo achará que existem apenas duas saídas: numa delas, a mais rara, todas as circunstâncias permitem a união duradoura e legítima dos dois; na outra, mais frequente, médico e paciente se separam e abandonam, como se um evento elementar o perturbasse, o trabalho iniciado que deveria servir à recuperação. Naturalmente há uma terceira saída imaginável, que até parece compatível com o prosseguimento da terapia: uma relação amorosa ilegítima e que não pretenda durar para sempre. Mas tanto a

moral convencional como a dignidade médica a tornam impossível. Todavia, o leigo solicitará que o analista o tranquilize, assegurando claramente que esse terceiro caso está excluído.

É evidente que o ponto de vista do psicanalista deve ser outro.

Tomemos o caso do segundo desfecho para a situação que discutimos. Médico e paciente se separam depois que ela se apaixona por ele; a terapia é abandonada. Mas logo a condição da paciente torna necessária uma segunda tentativa, com outro psicanalista; então ocorre que ela se sente apaixonada também por esse outro médico, e, interrompendo e começando de novo, igualmente por um terceiro etc. Esse fato, que sem dúvida acontece e que é, como se sabe, um dos fundamentos da teoria psicanalítica, permite duas avaliações, uma vinda do médico que analisa, a outra, da paciente que necessita da análise.

Para o médico, significa um valioso esclarecimento e um bom aviso quanto a uma possível contratransferência que nele se prepara. Ele tem que reconhecer que a paixão da paciente é induzida pela situação analítica e não pode ser atribuída aos encantos de sua pessoa, e que, portanto, não há motivo para ele ter orgulho de uma tal “conquista”, como seria chamada fora da análise. É sempre bom ser lembrado disso. Para a paciente, no entanto, há uma alternativa: ou ela tem que renunciar a um tratamento psicanalítico ou deve aceitar como um destino inescapável que se apaixone pelo médico.²

Não duvido que os familiares da paciente se declarem a favor da primeira das duas possibilidades, de modo tão firme quanto o médico analista optará pela segunda. Mas este me parece um caso em que a decisão não pode ser deixada para a terna — ou egoistamente ciumenta — preocupação dos familiares. O interesse da doente é que deve prevalecer. O amor dos familiares não cura uma neurose. O analista não precisa se impor, mas pode se apresentar como indispensável para a obtenção de certos resultados. Um parente que adotar a postura de Tolstói ante esse problema continuará em tranquila posse de sua mulher ou filha, e aguentará que ela também conserve a sua neurose e a perturbação da capacidade de amar que esta implica. Afinal, a situação é parecida

à de um tratamento ginecológico. Aliás, o pai ou marido ciumento se engana muito ao crer que a paciente deixará de se enamorar do médico se fizer, para combater sua neurose, um tratamento que não seja o psicanalítico. A diferença será apenas que uma tal paixão, destinada a permanecer inexpressa e não analisada, nunca prestará, na cura da paciente, a contribuição que a psicanálise extrairia dela.

Conforme soube, alguns médicos que praticam a análise costumam preparar os pacientes para o surgimento da transferência amorosa, ou até mesmo os exortam “a apaixonar-se pelo médico, para que a análise progrida”. Não posso imaginar uma técnica mais tola. Com isso o analista retira do fenômeno a convincente característica da espontaneidade, e cria para si mesmo obstáculos de difícil superação.

À primeira vista, é verdade, nada leva a crer que da paixão surgida na transferência resultasse algo vantajoso para a terapia. A paciente, mesmo a mais dócil até então, perde repentinamente o interesse e a compreensão pelo tratamento, não querendo falar de outra coisa que não seu amor, para o qual demanda correspondência. Ela deixa de mostrar sintomas ou não lhes dá atenção, chegando mesmo a dizer que está curada. Há uma mudança completa de cenário, como quando uma brincadeira dá lugar a uma realidade que irrompe inesperadamente, como um grito de “Incêndio!” lançado no meio de uma apresentação teatral. Para o médico que pela primeira vez tem tal experiência, não é fácil manter a situação analítica e escapar à ilusão de que o tratamento chegou de fato ao fim.

Mas com alguma reflexão podemos achar o caminho. Tenhamos em mente, sobretudo, a suspeita de que tudo o que atrapalha a continuação da terapia pode ser uma manifestação de resistência. Sem dúvida, a resistência tem enorme participação no surgimento dessa impetuosa solicitação de amor. Há muito se notava, na paciente, indícios de uma transferência afetuosas, e era lícito creditar a essa atitude para com o médico a sua docilidade, a boa acolhida que dava às explicações analíticas, a excepcional compreensão e elevada

inteligência que demonstrava. Eis que tudo isso desaparece; a doente fica sem compreensão, parece absorvida em sua paixão, e tal mudança ocorre, em geral, num momento em que esperamos que ela admita ou recorde uma parte especialmente dolorosa e fortemente reprimida de sua história. Logo, havia muito ela estava apaixonada, mas só então a resistência começa a se aproveitar disso para impedir a continuação da terapia, para desviar todo o interesse do trabalho e pôr o analista em situação constrangedora.

Olhando mais atentamente, notamos também a influência de motivos complicadores, dos quais alguns estão ligados ao amor pelo analista, e outros são manifestações especiais da resistência. Do primeiro tipo são o empenho da paciente em assegurar a si mesma que é irresistível, em quebrantar a autoridade do médico através do seu rebaixamento a amante, e obter todas as demais vantagens da satisfação amorosa. Acerca da resistência podemos supor que eventualmente ela recorre à declaração de amor para colocar à prova o austero analista, cuja complacência provocaria então uma reprimenda. Mas sobretudo temos a impressão de que a resistência, como um *agent provocateur*, aumenta a paixão pelo analista e exagera a disposição para a entrega sexual, a fim de, invocando os perigos de tal desregramento, justificar mais enfaticamente o trabalho da repressão. Essas coisas acessórias, que podem não surgir em casos mais simples, foram vistas por Alfred Adler como o essencial de todo o processo.

Como tem de se comportar o analista para não fracassar nesta situação, quando está convencido de que a terapia deve ser levada adiante apesar dessa transferência amorosa e através dela?

Agora seria fácil eu afirmar, amparando-me na moral geralmente aceita, que o analista nunca deve aceitar ou corresponder à ternura que lhe é oferecida. Ele teria de considerar que chegou o momento de advogar, ante a mulher apaixonada, as exigências éticas e a necessidade de renúncia, e conseguir dela que abra mão de seu desejo e, superando a parte animal de seu Eu, prossiga com o trabalho da análise.

Mas eu vou decepcionar essas expectativas, tanto a primeira como a segunda delas. A primeira, porque não escrevo para a clientela, e sim para médicos que têm de lidar com sérias dificuldades, e também porque no caso posso fazer remontar o preceito moral à sua origem, isto é, à adequação a um fim.* Acho-me, aqui, na feliz posição de substituir o decreto moral por considerações de técnica analítica, sem alterar o resultado.

Ainda mais decididamente rejeitarei a segunda expectativa mencionada. Exortar a paciente a reprimir,* renunciar ou sublimar os instintos, quando ela admite sua transferência amorosa, não seria agir de maneira analítica, e sim de maneira absurda. Seria o mesmo que habilmente conjurar um espírito a sair do mundo subterrâneo e depois mandá-lo de volta sem lhe fazer perguntas. Teríamos apenas chamado o reprimido à consciência, para depois novamente reprimi-lo, amedrontados. Tampouco deveríamos nos enganar a respeito do sucesso de tal procedimento. É sabido que contra as paixões não valem muito as palavras sublimes. A paciente só verá o desprezo, e não deixará de se vingar por isso.

Também não posso aconselhar um meio-termo que pareceria a alguns particularmente sábio, que consiste em afirmar que correspondemos aos afetos carinhosos da paciente e ao mesmo tempo evitar a realização física dessa ternura, até conseguirmos guiar a relação para uma rota mais tranquila e pô-la em um nível mais elevado. Minha objeção a esse expediente é que o tratamento psicanalítico se baseia na veracidade. Aí reside boa parte do seu efeito educativo e do seu valor ético. É perigoso abandonar esse fundamento. Quem se habituou à técnica psicanalítica já não é capaz de recorrer às mentiras e logros que um médico em geral necessita, e costuma se trair quando tenta fazê-lo com a melhor das intenções. Como exigimos do paciente a mais estrita veracidade, colocaremos em jogo toda a nossa autoridade, se por ele formos flagrados nos afastando da verdade. Além disso, a experiência de resvalar para sentimentos ternos em relação à paciente não é inteiramente inócua. Não nos controlamos tão bem a ponto de alguma vez, subitamente, não irmos mais longe que o

pretendido. Acho, portanto, que não devemos renegar a neutralidade* que conquistamos ao subjugar a contratransferência.

Já dei a entender que a técnica analítica exige que o médico recuse à paciente necessitada de amor a satisfação pela qual anseia. A terapia tem de ser conduzida na abstinência; não estou me referindo simplesmente à privação física, e tampouco à privação de tudo o que se deseja, pois provavelmente nenhum paciente suportaria isso. Quero é estabelecer como princípio que devemos deixar que a necessidade e o anseio continuem a existir, na paciente, como forças impulsionadoras do trabalho e da mudança, e não procurar mitigá-los através de sucedâneos. E não poderíamos lhe dar senão sucedâneos, pois devido a sua condição ela não é capaz de verdadeira satisfação.

Admitamos que o princípio de que a terapia analítica deve se realizar na privação ultrapassa em muito o caso em questão e pede uma discussão aprofundada, que defina os limites em que pode ser aplicado. Evitaremos fazê-lo aqui, no entanto, para nos atermos o máximo possível à situação de que partimos. Que ocorreria se o médico agisse de outra forma e aproveitasse a liberdade que ambos talvez tivessem para corresponder ao amor da paciente e atender sua necessidade de afeição?

Se assim fizer, calculando que tal solicitude lhe garantiria o domínio sobre a paciente e a levaria a cumprir as tarefas do tratamento, e assim libertar-se duradouramente da neurose, a experiência lhe mostrará que ele calculou mal. A paciente atingiria sua meta, ele não alcançaria a dele. Apenas sucederia, com o médico e a paciente, o que acontece na divertida anedota do pastor e do agente de seguros. Por solicitação dos familiares, um agente de seguros ateu, gravemente doente, recebe a visita de um religioso, que deve convertê-lo antes que morra. A conversa dura tanto tempo que os familiares, esperando do lado de fora, começam a ter esperanças. Finalmente se abre a porta do quarto. O ateu não se converteu, mas o pastor saiu segurado.

Seria um grande triunfo para a paciente se a sua proposta de amor tivesse efeito, e uma completa derrota para o tratamento. Ela alcançaria aquilo que

todos os doentes procuram fazer na análise: transformar em ato, repetir na vida o que devem somente recordar, reproduzir como material psíquico e manter no âmbito psíquico.³ No curso posterior da relação amorosa, a doente manifestaria todas as inibições e reações patológicas de sua vida amorosa, sem que fosse possível corrigi-las, e encerraria o doloroso episódio com arrependimento e com enorme reforço de sua tendência à repressão. A relação amorosa destrói a suscetibilidade à influência pelo tratamento analítico; uma combinação das duas coisas é algo impensável.

Logo, a gratificação dos anseios amorosos da paciente é tão funesta para a análise quanto a supressão dos mesmos. O caminho do psicanalista é um outro, para o qual não há modelos na vida real. É preciso cuidar para não nos afastarmos da transferência amorosa, não afugentá-la ou estragá-la para a paciente; e também abstermo-nos, de modo igualmente firme, de corresponder a ela. Conservamos a transferência amorosa, mas a tratamos como algo irreal, como uma situação a ser atravessada na terapia e reconduzida às suas origens inconscientes, e que deve ajudar a pôr na consciência, e portanto sob o controle, o que há de mais escondido na vida amorosa da paciente. Quanto mais dermos a impressão de ser à prova de toda tentação, mais seremos capazes de extrair da situação o seu conteúdo analítico. A paciente, cuja repressão sexual não foi abolida, apenas impelida para trás, se sentirá então segura o bastante para trazer à luz todas as suas condições para o amor, todas as fantasias de seu anseio sexual, todas as características de sua paixão, e a partir delas abrirá por si mesma o caminho até os fundamentos infantis de seu amor.

É verdade que essa tentativa de manter a transferência amorosa para o trabalho analítico, sem satisfazê-la, fracassará com um tipo de mulheres. São aquelas de uma passionalidade elementar que não tolera sucedâneos, são criaturas da natureza, que não aceitam o psíquico em vez do material, que, nas palavras do poeta, são acessíveis apenas “à lógica da sopa com argumentos de almôndegas”.* Com pessoas assim nos vemos diante da opção: ou dar amor em troca ou receber a hostilidade da mulher desprezada. Em nenhum dos dois

casos observamos o interesse da terapia. Teremos que recuar sem obter sucesso, ruminando o problema de como a capacidade para a neurose pode se aliar a uma tão inflexível necessidade de amor.

A maneira de fazer outras pacientes, não tão violentas, adotarem pouco a pouco a atitude analítica, terá se revelado a muitos analistas de forma igual. Enfatizamos acima de tudo a inconfundível participação da resistência nesse “amor”. Uma verdadeira paixão tornaria a paciente maleável e aumentaria a sua disposição a resolver os problemas do seu caso, simplesmente porque o homem que ama o exige. Assim ela escolheria de bom grado o caminho que leva a completar o tratamento, a fim de se tornar valiosa para o médico e preparar a realidade* em que a inclinação amorosa poderia ter seu lugar. Em vez disso a paciente se mostra obstinada e desobediente, perde todo o interesse na terapia e claramente não respeita as bem fundamentadas convicções do analista. Ela produz, assim, uma resistência sob a forma aparente de paixão, e além disso não se incomoda em levá-lo ao que as pessoas chamam de “beco sem saída”. Pois se ele a recusar — como requerem o dever e o entendimento —, ela poderá se fazer de desprezada e, por vingança e por raiva, furtar-se à cura nas mãos dele, como faz agora graças à suposta paixão.

Um segundo argumento contra a autenticidade desse amor consiste em que ele não possui uma só característica nova, oriunda da situação presente, mas se constitui inteiramente de repetições e decalques de reações anteriores, infantis inclusive. Nós nos dispomos a provar isso mediante uma análise detalhada do comportamento amoroso da paciente.

Se ainda juntamos a esses argumentos a necessária dose de paciência, em geral conseguimos superar a situação e continuar o trabalho, seja com uma paixão moderada ou com ela transformada; trabalho cuja meta é então revelar a escolha infantil de objeto e as fantasias que em torno dela se tecem. Mas agora quero examinar criticamente esses argumentos e levantar a questão de se, ao utilizá-los, falamos a verdade à paciente ou, em nosso aperto,

refugiamo-nos em evasivas e distorções. Em outras palavras: a paixão que se torna manifesta na terapia analítica não deve ser tida como real?

Acho que dissemos a verdade à paciente, mas não ela inteira, sem consideração pelos resultados. De nossos dois argumentos, o primeiro é o mais forte. O papel da resistência no amor de transferência é indiscutível e bastante considerável. Mas a resistência não criou esse amor; depara com ele, serve-se dele e exagera suas manifestações. A autenticidade do fenômeno não é comprometida pela resistência. Já o nosso segundo argumento é bem mais fraco; é verdade que essa paixão consiste de novas edições de velhos traços e repete reações infantis. Mas este é o caráter essencial de toda paixão. Não existe paixão que não repita modelos infantis. É justamente o condicionamento infantil que lhe confere o caráter compulsivo que lembra o patológico. O amor de transferência possui talvez um grau menor de liberdade que o amor conhecido como normal, que sucede na vida, deixando reconhecer mais a dependência do padrão infantil, mostrando-se menos flexível e capaz de modificação, mas isso é tudo e não é o essencial.

Em que mais devemos reconhecer a autenticidade de um amor? Na sua eficiência, sua utilidade para atingir a meta amorosa? Nesse ponto o amor de transferência não parece ficar atrás de nenhum outro; temos a impressão de que dele poderíamos conseguir tudo.

Vamos resumir, então. Não temos o direito de recusar o caráter de amor “genuíno” à paixão que surge no tratamento analítico. Se ela parece pouco normal, isto se explica pelo fato de que também a paixão fora da análise lembra antes os fenômenos psíquicos anormais do que os normais. De todo modo, há alguns traços que lhe garantem uma posição especial. Ela é, em primeiro lugar, provocada pela situação analítica; em segundo, é bastante intensificada pela resistência que domina tal situação; em terceiro, carece enormemente de consideração pela realidade, é menos sensata, menos preocupada com as consequências, mais cega na avaliação da pessoa amada do que costumamos

admitir para uma paixão normal. Mas não podemos esquecer que justamente esses traços desviantes da norma constituem o essencial numa paixão.

Para a conduta do médico, é a primeira das três peculiaridades do amor de transferência que é decisiva. Ele evocou essa paixão, ao introduzir o tratamento analítico para curar a neurose; ela é, para ele, a inevitável consequência de uma situação médica, como o desnudamento de um doente ou a comunicação de um segredo vital. Assim está claro, para ele, que não pode tirar vantagem pessoal dela. A disposição da paciente não faz diferença, apenas coloca toda a responsabilidade na pessoa do médico. Pois a doente, como ele deve saber, não estava preparada para nenhum outro mecanismo de cura. Após superar com sucesso todas as dificuldades, ela frequentemente confessa a expectativa e fantasia com que iniciou o tratamento, a de que, se se comportasse bem, no final seria recompensada com a ternura do médico.

Motivos éticos se juntam aos técnicos para impedir que o médico dê amor à paciente. Ele deve manter em vista o objetivo de que essa mulher, prejudicada em sua capacidade amorosa por fixações infantis, chegue a dispor livremente dessa função, de tão inestimável importância para ela; e que não a dissipe na terapia, guardando-a para a vida real, após o tratamento, quando as exigências desta se fazem sentir. Ele não pode representar com ela o episódio da corrida de cachorros, em que uma réstia de salsichas é exposta como prêmio, e que um galhofeiro estraga, lançando uma única salsicha na pista. Os cachorros então se jogam sobre ela, esquecendo a corrida e as salsichas que esperam o vencedor no ponto de chegada. Não digo que para o médico seja sempre fácil manter-se nos limites que lhe são prescritos pela ética e pela técnica. Sobretudo aqueles jovens e ainda não atados por laços fortes acharão difícil a tarefa. Sem dúvida o amor sexual é uma das principais coisas da vida, e a união de satisfação física e psíquica, no gozo do amor, é uma de suas culminâncias. Todas as pessoas, exceto alguns esquisitos fanáticos, sabem disso e pautam sua vida conforme isso; apenas na ciência há pudor demais para admiti-lo. Por outro lado, é penoso para o homem fazer o papel de quem recusa e rejeita, quando uma mulher

solicita o amor, e, apesar da neurose e da resistência, há um fascínio incomparável numa nobre mulher que confessa a sua paixão. Não é o desejo cruamente sensual da paciente que produz a tentação. Isso desperta antes repulsa e pede tolerância para ser admitido como fenômeno natural. São talvez os desejos* mais sutis da mulher, inibidos na meta, que trazem o perigo de fazer esquecer a técnica e a missão médica em troca de uma bela vivência.

Mas ceder continua fora de questão para o analista. Por mais que ele valorize o amor, tem que apreciar mais ainda a oportunidade de alçar a paciente a um estágio decisivo de sua vida. Ela deve aprender com ele a superar o princípio do prazer, a renunciar a uma satisfação próxima, porém inaceitável socialmente, em favor de uma mais distante, talvez bastante incerta, mas psicológica e socialmente inatacável. Para atingir tal superação ela deve ser conduzida pelas priscas eras de seu desenvolvimento psíquico, e por essa via conquistar aquele aumento de liberdade psíquica, mediante o qual a atividade psíquica consciente — no sentido sistemático — se distingue da inconsciente.

O psicoterapeuta analítico tem, portanto, um triplo combate a travar: em seu íntimo, contra os poderes que buscam tirá-lo do nível analítico; fora da análise, contra os adversários que lhe contestam a importância das forças motrizes sexuais* e lhe proíbem utilizar-se delas em sua técnica psicanalítica; e na análise, contra os seus pacientes, que no início agem como os adversários, mas depois revelam a superestimação da vida sexual que os domina e querem prendê-lo com sua passionalidade socialmente indomada.

Os leigos, de cuja atitude ante a psicanálise falei no princípio, sem dúvida verão nessas discussões sobre o amor de transferência uma oportunidade de chamar a atenção do mundo para o perigo desse método terapêutico. O psicanalista sabe que trabalha com as energias mais explosivas e que necessita da cautela e escrupulosidade de um químico. Mas alguma vez se proibiu aos químicos de lidar com materiais explosivos, perigosos, é certo, mas indispensáveis em sua eficácia? É notável que a psicanálise tenha de conquistar novamente para si todas as licenças que há muito foram concedidas a outras

atividades médicas. Certamente não acho que se deva abandonar os métodos inofensivos de tratamento. Eles bastam para muitos casos, e afinal a comunidade humana tem tão pouca necessidade do *furor sanandi* [furor de curar] quanto de qualquer outro fanatismo. Mas é subestimar grosseiramente as psiconeuroses, quanto a sua origem e a sua importância prática, crer que essas doenças seriam derrotadas com meios pequenos e inofensivos. Não, na prática médica sempre haverá lugar para o *ferrum* e para o *ignis* [fogo], ao lado da *medicina* [medicamento];* e do mesmo modo será imprescindível a psicanálise acurada, não diluída, que não receia manipular os mais perigosos impulsos psíquicos e dominá-los para o bem do paciente.

1 "Contribuição à história do movimento psicanalítico" (1914).

2 Sabe-se que a transferência pode se manifestar por outros sentimentos menos ternos, o que não será abordado neste ensaio.

* "Adequação a um fim": *Zweckmäßigkeit*, palavra de difícil tradução. O substantivo *Zweck* significa "finalidade, desígnio"; o adjetivo *zweckmäßig*, "conforme a um fim, adequado para atingi-lo"; com a junção do sufixo substantivador *keit* chegou-se ao termo aqui usado por Freud, que os dicionários alemão-português costumam verter por "utilidade, caráter apropriado, conveniência, oportunidade" — e que, nas versões estrangeiras consultadas, foi traduzido da seguinte forma: *educación* (*sic*; erro de impressão) *a un fin*, *condición de adecuado al fin*, *opportunité*, *expediency*, *doelmatigheid*.

* *Triebunterdrückung*, no original; nas traduções consultadas: *yugular sus instintos*, *sofocar lo pulsional*, *étouffer sa pulsion*, *suppress her instincts*, *haar driften te onderdrukken*. Sobre a possível distinção entre *Verdrängung* ("repressão, recalque") e *Unterdrückung* ("supressão, repressão"), ver Laplanche e Pontalis, *Vocabulário da psicanálise* (São Paulo: Martins Fontes, 11ª ed., 1991), verbetes "recalque" e "repressão", Luiz Alberto Hanns, *Dicionário comentado do alemão de Freud* (Rio de Janeiro: Imago, 1996), verbete "recalque, repressão", e Paulo César de Souza, *As palavras de Freud*, op. cit., capítulo sobre *Verdrängung*.

* *Indifferenz*, no original; mas pelo contexto nota-se que a versão mais adequada é a não literal — o que também perceberam alguns outros tradutores: *neutralidad*, *indiferencia*, *indifférence*, *neutrality*, *neutraliteit*.

3 Ver o artigo "Recordar, repetir e elaborar" (1914).

* Nas edições argentina e holandesa, uma nota informa que esta é uma citação do poema "Die Wanderratten" [Os ratos errantes], de Heinrich Heine; citação um pouco imprecisa, pois o verso diz "*Suppenlogik mit Knödelgründen*" ("motivos de almôndega"), em vez de *Knödelargumenten*.

* "Preparar a realidade": *die Realität vorbereiten* — nas versões consultadas: *preparar la realidad*, *preparar la realidad objetiva*, *prepararsi a quella realtà*, *aménager une réalité*, *prepare herself for real life*, *de realiteit voor te bereiden*. O verbo é transitivo direto e o seu objeto é *Realität*, mas os tradutores italiano e inglês recorreram a uma solução que parece mais natural.

* "Desejos": *Wunschregungen* — *tendencias*, *moviones de deseo*, *émois de désir*, *wishes*, *wensimpulsen*. Foi usado um termo simples para traduzir um composto alemão; cf. nota sobre *Wunschregung*, p. 127.

* "Forças motrizes sexuais": *sexuelle Triebkräfte* — *fuerzas instintivas sexuales*, *fuerzas pulsionales sexuales*, *pulsions sexuelles*, *sexual instinctual forces*, *drijfkrachten*. Poderia ser também "forças ou energias instintuais sexuais", mas preferimos lembrar a versão tradicional de *Triebkraft*, encontrada em dicionários bilíngues: "força motriz". Sobre a discutida questão "instinto ou pulsão", ver capítulo sobre *Trieb* em *As palavras de Freud*, op. cit.

* Segundo uma nota de James Strachey, trata-se de alusão a uma frase atribuída a Hipócrates: "As enfermidades que os medicamentos não curam, o ferro (a faca?) cura; as que o ferro não pode curar, o fogo cura; e as que o fogo não pode curar devem ser tidas por totalmente incuráveis" (*Aforismos*, VII, 87).

TIPOS DE ADOECIMENTO NEURÓTICO (1912)

TÍTULO ORIGINAL: "ÜBER NEUROTISCHE
ERKRANKUNGSTYPEN". PUBLICADO
PRIMEIRAMENTE EM *ZENTRALBLATT FÜR
PSYCHOANALYSE* [FOLHA CENTRAL
DE PSICANÁLISE], V. 2, N. 6, PP. 297-302.
TRADUZIDO DE *GESAMMELTE WERKE* VIII,
PP. 321-30; TAMBÉM SE ACHA EM
STUDIENAUSGABE VI, PP. 215-26.