

# **O caso Schereber, artigos sobre técnica e outros trabalhos**

## **VOLUME XII**

(1911–1913)

**Dr. Sigmund Freud**

## NOTAS PSICANALÍTICAS SOBRE UM RELATO AUTOBIOGRÁFICO DE UM CASO DE PARANÓIA (DEMENTIA PARANOIDES) (1911)

### NOTA DO EDITOR INGLÊS

PSYCHOANALYTISCHE BEMERKUNGEN ÜBER EINEN AUTOBIOGRAPHISCH BESCHRIEBENEN  
FALL VON PARANOIA (DEMENTIA PARANOIDES)

#### (a) EDIÇÕES ALEMÃS:

1911 *Jb. psychoan. psychopath. Forsch.*, 3 (1), 9-68.

1913 *S. K. S. N.*, 3, 198-266. (1921, 2ª ed.)

1924 *G. S.*, 8, 355-431.

1932 *Vier Krankengeschichten*, 377-460.

1943 *G. W.*, 8, 240-316.

1912 'Nachtrag zu dem autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia (Dementia paranoides)', *Jb. psychoan. psychopath. Forsch.*, 3, (2), 588-90.

1913 *S. K. S. N.*, 3, 267-70. (1921, 2ª ed.)

1924 *G. S.*, 8, 432-5.

1932 *Vier Krankengeschichten*, 460-3.

1943 *G. W.*, 8, 317-20.

#### (b) TRADUÇÃO INGLESA:

'Psycho-Analytic Notes upon an Autobiographical Account of a Case of Paranoia (Dementia paranoides)' 1925 *C. P.*, 3, 387-466. — "'Pós-escrito" ao Caso de Paranóia', *ibid.*, 467-70. (Trad. de Alix e James Strachey.)

A presente tradução inglesa constitui reedição da publicada em 1925, algumas correções e notas adicionais.

As *Memórias* de Schreber foram publicadas em 1903; mas, embora houvessem sido amplamente debatidas em círculos psiquiátricos, só parecem ter atraído a atenção de Freud no verão de 1910. Sabe-se que falou sobre elas e sobre todo o tema da paranóia durante sua viagem à Sicília, com Ferenczi, em setembro desse ano. No retorno a Viena, começou a escrever o artigo, cujo término foi anunciado a Abraham e Ferenczi em cartas datadas de 16 de dezembro. Não parece ter sido publicado até o verão de 1911. O 'Pós-escrito' foi

lido perante o Terceiro Congresso Psicanalítico Internacional (realizado em Weimar), em 22 de setembro de 1911, e publicado no início do ano seguinte.

Freud atacara o problema da paranóia numa fase muito prematura de suas pesquisas em psicopatologia. Em 24 de janeiro de 1895, alguns meses antes da publicação dos *Estudos sobre a Histeria*, enviou a Fliess longo memorando sobre o assunto (Freud, 1950a, Rascunho H). Este incluía uma breve história clínica e um exame teórico que visava a estabelecer dois pontos principais: que a paranóia é uma neurose de *defesa* e que seu mecanismo principal é a *projeção*. Quase um ano depois (em 1º de janeiro de 1896), enviou a Fliess outra nota, muito mais breve, sobre paranóia, parte de um relato geral sobre as ‘neuroses de defesa’ (ibid., Rascunho K), que pouco depois ampliou em seu segundo trabalho publicado com aquele título (1896b). Nessa publicação, a Seção II incluía outra história clínica, mais extensa, intitulada ‘Análise de um Caso de Paranóia Crônica’, caso para o qual Freud (em nota de rodapé acrescentada quase 20 anos depois) preferiu o diagnóstico corrigido de ‘dementia paranoides’. Com referência à teoria, esse trabalho de 1896 pouco acrescentava às suas sugestões anteriores; mas, numa carta a Fliess não muito posterior (9 de dezembro de 1899, Freud, 1950a, Carta 125), há um parágrafo um tanto crítico, que prenuncia considerações posteriores de Freud, inclusive a sugestão de que a paranóia acarreta o retorno a um auto-erotismo primitivo. Este parágrafo é transcrito na íntegra na Nota do Editor Inglês ao artigo sobre ‘A Disposição à Neurose Obsessiva’, com relação ao problema da ‘escolha da neurose’. (Ver a partir de [1]).

Entre a data desta última passagem e a publicação da história clínica de Schreber, mais de dez anos se passaram quase sem haver menção à paranóia nos escritos publicados de Freud. Informam-nos Ernest Jones (1955, 281), contudo, que em 21 de novembro de 1906 ele apresentou um caso de paranóia feminina perante a Sociedade Psicanalítica de Viena. Nessa data, aparentemente ainda não havia chegado ao que deveria ser sua generalização principal sobre o assunto, a saber, a vinculação existente entre paranóia e homossexualismo passivo reprimido. Não obstante, pouco mais de um ano mais tarde, apresentava esta hipótese em cartas a Jung (27 de janeiro de 1908) e Ferenczi (11 de fevereiro de 1908), dela pedindo e recebendo confirmação. Mais de três anos se passaram antes que as memórias de Schreber lhe oferecessem a oportunidade de publicar sua teoria pela primeira vez e de apoiá-la em um relato detalhado de sua análise dos processos inconscientes em ação na paranóia.

Há várias referências a essa enfermidade nos escritos posteriores de Freud. As mais importantes foram seu artigo sobre ‘Um Caso de Paranóia que Contraria a Teoria Psicanalítica da Doença’ (1915f), e a Seção B de ‘Alguns Mecanismos Neuróticos no Ciúme, na Paranóia e no Homossexualismo’ (1922b). Além disso, ‘Uma Neurose Demonológica do Século XVII’ (1923d) inclui um exame do caso Schreber, embora a neurose, que é o tema do trabalho, em parte alguma seja descrita por Freud como paranóia. Em nenhum desses escritos posteriores há qualquer modificação essencial dos pontos de vista sobre paranóia expressos no presente trabalho.

A importância da análise de Schreber, contudo, de maneira alguma se restringe à luz que lança sobre o problema da paranóia. A terceira parte, especialmente, foi, sob muitos aspectos, assim como o breve artigo simultaneamente publicado sobre os dois princípios do funcionamento mental (1911b), ver em [1], precursora dos artigos metapsicológicos a que Freud se dedicou, três ou quatro anos mais tarde. Expuseram-se vários temas que posteriormente deveriam ser examinados mais detalhadamente. Assim, as observações sobre

narcisismo (Ver a partir de [1].) antecederam o artigo dedicado a este tema (1914c), a descrição do decurso de alguns anos (1915d), e o exame dos instintos (ver em [2]) preparava terreno para um estudo mais elaborado em ‘os Instintos e suas Vicissitudes’ (1915c). Já o parágrafo sobre projeção (ver em [3]), apesar de promissor, não encontraria nenhuma seqüência. Cada um dos dois tópicos examinados na última parte do trabalho, contudo — as diversas causas do desencadeamento da neurose (inclusive o conceito de ‘frustração’) e o papel desempenhado por ‘pontos de fixação’ sucessivos — deveria ser tratado antes que decorresse muito tempo, em artigos separados (1912c e 1913f). Finalmente, no pós-escrito, encontramos a primeira rápida excursão de Freud pelo campo da mitologia e a primeira menção aos totens, que estavam começando a ocupar seus pensamentos e deveriam fornecer o título para uma de suas obras principais (1912-13).

Como Freud nos diz (Ver em [1].), sua história clínica faz uso apenas de um único fato (a idade de Schreber à época em que caiu enfermo) que não se achava contido nas *Memórias*. Possuímos hoje, graças a um trabalho escrito pelo Dr. Franz Baumeier (1956), certa quantidade de informações adicionais. O Dr. Baumeier esteve por alguns anos (1946-9) encarregado de um hospital situado perto de Dresden, onde encontrou alguns dos registros clínicos originais das sucessivas doenças de Schreber. Resumiu estes registros e citou muitos deles na íntegra. Além disso, coligiu grande número de fatos relacionados à história familiar e aos antecedentes de Schreber. Toda vez que esse material for importante para o trabalho de Freud, será mencionado nas notas de rodapé. Neste momento, é necessário apenas relatar a seqüência à história narrada nas *Memórias*. Após sua alta, em fins de 1902, Schreber parece ter levado uma existência exteriormente normal por alguns anos. Então, em novembro de 1907, a esposa teve uma crise de paralisia (embora vivesse até 1912), o que parece ter precipitado novo desencadeamento de sua enfermidade. Foi novamente internado — agora num asilo situado no distrito de Dösen em Leipzig — duas semanas mais tarde. Ali permaneceu, em estado extremamente perturbado e muito intratável, até sua morte, após deterioração física gradativa, na primavera de 1911 — pouco tempo apenas antes da publicação do trabalho de Freud. O seguinte quadro cronológico, baseado em dados derivados, parte das *Memórias* e parte do material de Baumeier, pode tornar os pormenores do estudo de Freud mais fáceis de desemaranhar.

1842 25 de julho. Daniel Paul Schreber nasce em Leipzig.

1861 Novembro. Morre-lhe o pai, com 53 anos de idade.

1877 O irmão mais velho (3 anos mais) morre com 38 anos.

1878 Casamento.

#### *Primeira Doença*

1884 Outono. Apresenta-se como candidato ao *Reichstag*.

1884 Outubro. Passa algumas semanas no Asilo de Sonnenstein.

8 de dezembro. Clínica Psiquiátrica de Leipzig.

1885 1º de junho. Alta.

1886 1º de janeiro. Toma posse no *Landgericht* de Leipzig.

#### *Segunda Doença*

1893 Junho. É informado da nomeação próxima para o Tribunal de Apelação.

1º de outubro. Toma posse como juiz presidente.

21 de novembro. É internado novamente na Clínica de Leipzig.

1894

14 de junho. É transferido para o Asilo de Lindenhof.

29 de junho. É transferido para o Asilo de Sonnenstein.

1900-1902 Escreve as *Memórias* e impetra ação judicial para ter alta.

1902 14 de julho. Decisão judicial de alta.

1903 Publicação das *Memórias*.

### *Terceira Doença*

1907 Maio. Morre-lhe a mãe, com 92 anos de idade.

14 de novembro. A esposa tem uma crise de paralisia.

Cai enfermo imediatamente após.

27 de novembro. É admitido no Asilo, em Leipzig-Dösen.

1911 14 de abril. Morte.

1912 Maio. Morre a esposa, com 54 anos de idade.

Uma nota sobre os três hospitais psiquiátricos a que se faz menção, de várias maneiras, no texto, também pode ser útil.

(1) Clínica Psiquiátrica (departamento de pacientes internados) da Universidade de Leipzig. Diretor: Professor Flechsig.

(2) Schloss Sonnenstein. Asilo Público Saxônico em Pirna sobre o Elba, dez milhas acima de Dresden. Diretor: Dr. G. Weber.

(3) Asilo Particular Lindenhof. Perto de Coswig, onze milhas a noroeste de Dresden. Diretor: Dr. Pierson.

Uma tradução inglesa das *Denkwürdigkeiten*, de autoria da Dra. Ida Macalpine e do Dr. Richard A. Hunter, foi publicada em 1955 (Londres, William Dawson). Por diversas razões, algumas das quais serão evidentes a quem quer que compare sua versão com a presente tradução inglesa, não foi possível fazer uso dela para as muitas citações do livro de Schreber que ocorrem na história clínica. Há dificuldades específicas em traduzir as produções dos esquizofrênicos, nas quais as palavras, como o próprio Freud apontou em seu artigo sobre 'O Inconsciente' (Ver a partir de [1], 1974), desempenham papel tão predominante. Aqui o tradutor se defronta com os mesmos problemas que tão amiúde encontra em sonhos, lapsos de língua e chistes. Em todos esses casos, o método adotado na *Standard Edition* é o método prosaico de, onde necessário, fornecer as palavras originais alemãs em notas de rodapé e procurar, mediante comentários explicativos, oferecer ao leitor [inglês] oportunidade para formar opinião própria sobre o material. Ao mesmo tempo, seria enganoso desprezar inteiramente as formas exteriores e, através de uma tradução puramente literal, apresentar um retrato inculto do estilo de Schreber. Uma das características notáveis do original é o contraste que perpetuamente oferece entre as frases complicadas e elaboradas do alemão oficial acadêmico do século XIX e as extravagâncias *outré* dos eventos psicóticos que descrevem. Informações adicionais interessantes sobre o pai de Schreber podem ser encontradas em Niederland, W. G. (1959a) e (1959b).

Por todo o trabalho, os números entre colchetes sem serem precedidos por ‘p.’ constituem referências às páginas da edição alemã original das memórias de Schreber — *Denkwürdikeiten eines Nervendranken*, Leipzig, Oswald Mutze. Números entre colchetes precedidos por ‘p.’ são, como sempre acontece na *Standard Edition*, referências a páginas do presente volume.

## INTRODUÇÃO

A investigação analítica da paranóia apresenta dificuldades para médicos que, como eu, não estão ligados a instituições públicas. Não podemos aceitar pacientes que sofram desta enfermidade, ou, de qualquer modo, mantê-los por longo tempo, visto não podermos oferecer tratamento a menos que haja alguma perspectiva de sucesso terapêutico. Somente em circunstâncias excepcionais, portanto, é que consigo obter algo mais que uma visão superficial da estrutura da paranóia — quando, por exemplo, o diagnóstico (que nem sempre é questão simples) é incerto o bastante para justificar uma tentativa de influenciar o paciente, ou quando, apesar de um diagnóstico seguro, submeto-me aos rogos de parentes do paciente e encarrego-me de tratá-lo por algum tempo. Independente disto, naturalmente, vejo muitos casos de paranóia e de demência precoce e aprendo sobre eles tanto quanto outros psiquiatras o fazem a respeito de seus casos; mas em geral isso não é suficiente para levar a quaisquer conclusões analíticas.

A investigação psicanalítica da paranóia seria completamente impossível se os próprios pacientes não possuíssem a peculiaridade de revelar (de forma distorcida, é verdade) exatamente aquelas coisas que outros neuróticos mantêm escondidas como um segredo. Visto que os paranóicos não podem ser compelidos a superar suas resistências internas e desde que, de qualquer modo, só dizem o que resolvem dizer, decorre disso ser a paranóia um distúrbio em que um relatório escrito ou uma história clínica impressa podem tomar o lugar de um conhecimento pessoal do paciente. Por esta razão, penso ser legítimo basear interpretações analíticas na história clínica de um paciente que sofria de paranóia (ou, precisamente, de dementia paranoides) e a quem nunca vi, mas que escreveu sua própria história clínica e publicou-a.

Refiro-me ao doutor em Direito Daniel Paul Schreber, anteriormente *Senatspräsident* em Dresden, cujo livro. *Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken* [*Memórias de um Doente dos Nervos*], foi publicado em 1903, e, se estou corretamente informado, despertou considerável interesse entre os psiquiatras. É possível que o Dr. Schreber viva ainda hoje e que se tenha distanciado de tal forma do sistema delirante que apresentou em 1903 que possa sentir-se magoado por estas notas a respeito do seu livro. Contudo, na medida em que ele ainda se identifique com sua personalidade anterior, posso apoiar-me nos argumentos com que ele próprio — ‘homem de dotes mentais superiores e contemplado com agudeza fora do comum, tanto de intelecto quanto de observação’ — contraditou os esforços levados a efeito visando a coibi-lo de publicar suas memórias: “Não tive problemas”, escreve ele, “em fechar os olhos às dificuldades que pareciam jazer no caminho da publicação, e, em particular, à preocupação de render devida consideração às suscetibilidades de algumas pessoas ainda vivas. Por outro lado, sou de opinião que poderia ser vantajoso tanto para a ciência quanto para o reconhecimento de verdades religiosas se, durante meu tempo de vida, autoridades qualificadas pudessem encarregar-se de examinar meu corpo e realizar pesquisas sobre minhas experiências pessoais. Todos os sentimentos de caráter pessoal devem submeter-se a esta ponderação. Declara ele, em outra passagem, que

decidira se ater à sua intenção de publicar o livro, mesmo que, em consequência, seu médico, o *Geheimrat* Dr. Flechsig, de Leipzig, movesse uma ação contra ele. Atribui ao Dr. Flechsig, porém, as mesmas considerações que lhe atribuo agora. ‘Confio’, diz ele, ‘que mesmo no caso do *Geheimrat* Prof. Dr. Flechsig, quaisquer suscetibilidades pessoais serão sobrepujadas por um interesse científico no contexto geral de minhas memórias.’ (446.)

Embora todas as passagens das *Denkwürdigkeiten* nas quais minhas interpretações se baseiam sejam citadas literalmente nas páginas seguintes, solicitaria a meus leitores tornarem-se familiarizados com o livro, lendo-o pelo menos uma vez, de antemão.

## I - HISTÓRIA CLÍNICA

‘Duas vezes sofri de distúrbios nervosos’, escreve o Dr. Schreber, ‘e ambas resultaram de excessiva tensão mental. Isso se deveu, na primeira ocasião, à minha apresentação como candidato à eleição para o *Reichstag*, enquanto era *Landgerichtsdirektor* em Chemnitz, e, na segunda, ao fardo muito pesado de trabalho que me caiu sobre os ombros quando assumi meus novos deveres como *Senatspräsident* no *Oberlandesgericht* em Dresden.’ (34.)

A primeira doença do Dr. Schreber começou no outono de 1884; em fins de 1885 achava-se completamente restabelecido. Durante este período, passou seis meses na clínica de Flechsig, que, em relatório formal redigido posteriormente, descreveu o distúrbio como sendo uma crise de grave hipocondria [379]. O Dr. Schreber assegura-nos que a moléstia seguiu seu curso ‘sem a ocorrência de quaisquer incidentes que tocassem as raias do sobrenatural.’ (35.)

Nem a própria descrição do paciente, nem os relatórios médicos impressos no final de seu livro dizem-nos o suficiente sobre sua história anterior ou seus pormenores pessoais. Nem mesmo tenho condições de fornecer a idade do paciente à época de sua enfermidade, embora a elevada posição judiciária que havia atingido antes da segunda doença estabeleça uma espécie de limite inferior. Sabemos que o Dr. Schreber já estava casado há muito tempo, antes da época de sua ‘hipocondria’. ‘A gratidão de minha esposa’, escreve ele, ‘foi talvez ainda mais sincera, pois reverenciava o Professor Flechsig como o homem que lhe havia restituído o marido; daí ter ela, durante anos, mantido o retrato dele sobre a escrivaninha.’ E, no mesmo lugar: ‘Após me restabelecer da primeira doença, passei oito anos com minha esposa — anos, em geral, de grande felicidade, ricos de honrarias exteriores e nublados apenas, de vez em quando, pela contínua frustração da esperança de sermos abençoados com filhos.’

Em junho em 1893, ele foi informado de sua provável indicação para *Senatspräsident*, e assumiu o cargo a 1º de outubro do mesmo ano. Entre estas duas datas tivera alguns sonhos, embora só mais tarde viesse a lhes atribuir qualquer importância. Sonhou duas ou três vezes que o antigo distúrbio nervoso retornara e isto o tornou tão infeliz no sonho, quanto a descoberta de ser apenas um sonho fê-lo feliz ao despertar. Além disso, certa vez, nas primeiras horas de manhã, enquanto se achava entre o sono e a vigília, ocorreu-lhe a idéia de que, ‘afinal de contas, deve ser realmente muito bom ser mulher e submeter-se ao ato da cópula’. (36.) Tratava-se de idéia que teria rejeitado com a maior indignação, se estivesse plenamente consciente.



A segunda enfermidade manifestou-se em fins de outubro de 1893, com um torturante acesso de insônia, forçando-o a retornar à clínica Flechsig, onde, porém, sua condição piorou rapidamente. O curso ulterior da moléstia é descrito em Relatório redigido subsequente [em 1899] pelo diretor do Asilo Sonnenstein: ‘No início de seu internamento ali, expressava mais idéias hipocondríacas, queixava-se de ter um amolecimento do cérebro, de que morreria cedo etc. Mas idéias de perseguição já surgiam no quadro clínico, baseadas em ilusões sensórias que, contudo, só pareciam aparecer esporadicamente, no início, enquanto, ao mesmo tempo, um alto grau de hiperestesia era observável — grande sensibilidade à luz e ao barulho. Mais tarde, as ilusões visuais e auditivas tornaram-se muito mais freqüentes e, junto com distúrbios cenestésicos, dominavam a totalidade de seu sentimento e pensamento. Acreditava estar morto e em decomposição, que sofria de peste; asseverava que seu corpo estava sendo manejado da maneira mais revoltante, e, como ele próprio declara até hoje, passou pelos piores horrores que alguém possa imaginar, e tudo em nome de um intuito sagrado. O paciente estava tão preocupado com estas experiências patológicas, que era inacessível a qualquer outra impressão e sentava-se perfeitamente rígido e imóvel durante horas (estupor alucinatório). Por outro lado, elas o torturavam a tal ponto, que ele ansiava pela morte. Fez repetidas tentativas de afogar-se durante o banho e pediu que lhe fosse dado o “cianureto que lhe estava destinado”. Suas idéias delirantes assumiram gradativamente caráter místico e religioso; achava-se em comunicação direta com Deus, era joguete de demônios, via “aparições miraculosas”, ouvia “música sagrada”, e, no final, chegou mesmo a acreditar que estava vivendo em outro mundo.’ (380.)

Pode-se acrescentar que havia certas pessoas por quem pensava estar sendo perseguido e prejudicado, e a quem dirigia vitupérios. A mais proeminente delas era seu médico anterior, Flechsig, a quem chamava de ‘assassino da alma’; e costumava gritar repetidas vezes: ‘*Pequeno Flechsig!*’, dando nítida ênfase à primeira palavra (383.). Foi removido para Leipzig e, após breve intervalo passado noutra instituição, foi trazido em junho de 1894 para o Asilo Sonnenstein, perto de Pirna, onde permaneceu até que o distúrbio assumiu o aspecto final. No decorrer dos anos seguintes, o quadro clínico alterou-se de maneira que pode ser mais bem descrita pelas palavras do Dr. Weber, diretor do asilo.

‘Não preciso me aprofundar nos pormenores do curso da doença. Devo, contudo, chamar a atenção para a maneira pela qual, à medida que o tempo passava, a psicose inicial comparativamente aguda, que havia envolvido diretamente toda a vida mental do paciente e merecia o nome de “insanidade alucinatória”, desenvolveu-se cada vez mais claramente (quase poder-se-ia dizer cristalizou-se) até o quadro clínico paranóico que temos hoje diante de nós.’ (385). Aconteceu que, por um lado, ele havia desenvolvido uma engenhosa estrutura delirante, na qual temos toda razão de estar interessados, ao passo que, por outro, sua personalidade fora reconstruída e agora se mostrava, exceto por alguns distúrbios isolados, capaz de satisfazer as exigências da vida cotidiana.

O Dr. Weber, em seu Relatório de 1899, faz as seguintes observações: ‘Assim, parece que, no momento, independentemente de certos sintomas psicomotores óbvios, que não podem deixar de impressionar como patológicos mesmo o observador superficial, *Herr Senatspräsident* Dr. Schreber não apresenta sinais de confusão ou de inibição psíquica, nem sua inteligência se acha notadamente prejudicada. Sua mente é calma, a memória excelente, tem à disposição estoque considerável de conhecimentos (não somente sobre questões jurídicas, mas em muitos outros campos) e é capaz de reproduzi-los numa seqüência vinculada de pensamento.



Interessa-se em acompanhar os acontecimentos do mundo da política, da ciência, da arte etc. e ocupa-se constantemente com tais assuntos... e um observador desinformado sobre sua condição geral dificilmente notaria algo de peculiar nesses procedimentos. Apesar disso tudo, entretanto, o paciente acha-se repleto de idéias de origem patológica, que se constituíram num sistema completo; são mais ou menos fixas e parecem inacessíveis à correção por meio de qualquer apreciação e juízo objetivos dos fatos externos.’ (385-6.)

Assim, o estado do paciente experimentava grande mudança e ele agora se considerava capaz de levar existência independente. Por conseguinte, adotou as medidas apropriadas para retomar o controle de seus próprios assuntos e assegurar sua alta do asilo. O Dr. Weber dispôs-se a impedir a realização destas intenções e redigiu relatórios contrários a elas. Não obstante, em seu Relatório datado de 1900, sentiu-se obrigado a dar esta descrição apreciativa do caráter e conduta do paciente: ‘Visto que, durante os últimos nove meses, *Herr Präsident Schreber* fez suas refeições diariamente em minha mesa familiar, tive as mais amplas oportunidades de conversar com ele sobre todos os tópicos imagináveis. Qualquer que fosse o assunto em debate (exceto, naturalmente, suas idéias delirantes), concernente a acontecimentos no campo da administração e do direito, da política, da arte, da literatura e da vida social — em resumo, qualquer que fosse o tópico, o Dr. Schreber mostrava interesse vivaz, mente bem informada, boa memória e julgamento sólido; ademais, era impossível não endossar sua concepção ética. Também, em conversa mais superficial com as senhoras da reunião, era tão cortês quanto afável, e, ao aflorar assuntos de maneira mais jocosa, invariavelmente demonstrava tato e decoro. Nem uma só vez, durante essas conversas inocentes à mesa de jantar, introduziu ele assuntos que mais apropriadamente seriam levantados numa consulta médica.’ (397-8.) Na verdade, em determinada ocasião durante este período, quando surgiu uma questão de negócios que envolvia os interesses de toda a sua família, tomou parte nela de um modo que demonstrava tanto conhecimento técnico quanto senso comum (401 e 510).

Nas numerosas solicitações aos tribunais, através das quais o Dr. Schreber esforçou-se por recobrar a liberdade, não repudiou de modo algum seus delírios ou fez qualquer segredo da intenção de publicar as *Denkwürdigkeiten*. Pelo contrário, estendeu-se sobre a importância de suas idéias para o pensamento religioso e sua invulnerabilidade aos ataques da ciência moderna; mas, ao mesmo tempo, dava ênfase à ‘absoluta inocuidade’ (430) de todas as ações que, como se dava conta, seus delírios obrigavam-nos a realizar. Na verdade, tais eram sua perspicácia e a força convincente de sua lógica, que finalmente, e apesar de ser ele paranóico reconhecido, seus esforços coroaram-se de sucesso. Em julho de 1902, os direitos civis do Dr. Schreber foram restabelecidos e, no ano seguinte, suas *Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken* apareceram, embora censuradas e com muitas partes valiosas omitidas.

A decisão judicial que devolveu ao Dr. Schreber a liberdade resume a essência de seu sistema delirante em poucas frases: ‘Acreditava que tinha a missão de redimir o mundo e restituir-lhe o estado perdido de beatitude. Isso, entretanto, só poderia realizar se primeiro se transformasse de homem em mulher.’ (475.)

Para uma descrição mais pormenorizada de seus delírios, tal como apareceram em sua forma final, podemos recorrer ao Relatório de 1899 do Dr. Weber: ‘O ponto culminante do sistema delirante do paciente é a sua crença de ter a missão de redimir o mundo e restituir à humanidade o estado perdido de beatitude. Foi convocado a essa tarefa, assim assevera, por inspiração direta de Deus, tal como aprendemos que foram os Profetas; pois os nervos, em condições de grande excitação, assim como os seus estiveram por longo tempo, têm exatamente a propriedade de exercer atração sobre Deus — embora isso signifique tocar em assuntos que

a fala humana mal é capaz de expressar, se é que o pode, visto fazerem inteiramente fora do raio de ação da experiência humana e, na verdade, terem sido revelados somente a ele. A parte mais essencial de sua missão redentora é ela ter de ser procedida por sua *transformação em mulher*. Não se deve supor que ele *deseje* ser transformado em mulher; trata-se antes de um ‘dever’ baseado na Ordem das Coisas, ao qual não há possibilidade de fugir, por mais que, pessoalmente, preferisse permanecer em sua própria honorável e masculina posição na vida. Mas nem ele nem o resto da humanidade podem reconquistar a vida do além, a não ser mediante a transformação em mulher (processo que pode ocupar muitos anos ou mesmo décadas), por meio de milagres divinos. Ele próprio, está convencido, é o único objeto sobre o qual milagres divinos se realizam, sendo assim o ser humano mais notável que até hoje viveu sobre a Terra. A toda hora e a todo minuto, durante anos, experimentou estes milagres em seu corpo e teve-os confirmados pelas vozes que com ele conversaram. Durante os primeiros anos de sua moléstia, alguns de seus órgãos corporais sofreram danos tão terríveis que inevitavelmente levariam à morte qualquer outro homem; viveu por longo tempo sem estômago, sem intestinos, quase sem pulmões, com o esôfago rasgado, sem bexiga e com as costelas despedaçadas; costumava às vezes engolir parte de sua própria laringe com a comida etc. Mas milagres divinos (“raios”) sempre restauravam o que havia sido destruído, e portanto, enquanto permanecer homem, é inteiramente imortal. Estes fenômenos alarmantes cessaram há muito tempo e, como alternativa, sua “feminilidade” tornou-se proeminente. Trata-se de um processo de desenvolvimento que provavelmente exigirá décadas, senão séculos, para sua conclusão, sendo improvável que alguém hoje vivo sobreviva para ver seu final. Ele tem a sensação de que um número enorme de “nervos femininos” já passou para o seu corpo e, a partir deles, uma nova raça de homens originar-se-á, através de um processo de fecundação direta por Deus. Somente então, segundo parece, poderá morrer de morte natural e, juntamente com o resto da humanidade, reconquistará um estado de beatitude. Nesse meio tempo, não apenas o Sol, mas também árvores e pássaros, que têm a natureza de ‘resíduos miraculados (*bemiracled*) de antigas almas humanas, falam-lhe com inflexões humanas, e coisas miraculosas acontecem por toda a parte a seu redor.’ (386-8.)

O interesse sentido pelo psiquiatra militante em formações delirantes como estas exaure-se, geralmente, uma vez haja determinado o caráter dos produtos do delírio e feito uma estimativa de sua influência sobre a conduta geral do paciente; em seu caso, maravilhar-se não é o início da compreensão. O psicanalista, à luz de seu conhecimento das psiconeuroses, aborda o assunto com a suspeita de que mesmo estruturas de pensamento tão extraordinárias como estas, e tão afastadas de nossas modalidades comuns de pensar, derivam, todavia, dos mais gerais e compreensíveis impulsos da mente humana; e gostaria de descobrir os motivos de tal transformação, bem como a maneira pela qual ela se realizou. Com este objetivo em vista, desejará aprofundar-se mais nos pormenores do delírio e na história de seu desenvolvimento.

(a) O diretor da clínica acentua dois pontos como sendo de suma importância: a *assunção*, pelo paciente, *do papel de Redentor* e sua *transformação em mulher*. O delírio de Redentor constitui fantasia que nos é familiar, pela freqüência com que forma o núcleo da paranóia religiosa. O fator adicional, que faz a redenção depender de o homem transformar-se previamente em mulher, é fora do comum e em si próprio desconcertante, visto apresentar divergência muito ampla do mito histórico que a fantasia do paciente se propõe reproduzir. Segue-se naturalmente o relatório médico a presumir que a força motivadora desse complexo delirante foi a ambição do paciente em desempenhar o papel de Redentor e que sua *emasculação*

merece ser encarada apenas como um meio de alcançar esse fim. Ainda que isto possa parecer verdade, a partir do delírio em sua forma final, um estudo das *Denkwürdigkeiten* compele-nos a assumir ponto de vista muito diferente sobre o assunto. Sabemos que a idéia de se transformar em mulher (isto é, de ser emasculado) constituiu o delírio primário, que ele no início encarava esse ato como grave injúria e perseguição, e que o mesmo só se relacionou com o papel de Redentor de maneira secundária. Não pode haver dúvida, além disso, de que ele originalmente acreditava que a transformação deveria ser efetuada com a finalidade de abusos sexuais e não para servir a altos desígnios. Pode-se formular a situação, dizendo-se que um delírio sexual de perseguição foi posteriormente transformado, na mente do paciente, em delírio religioso de grandeza. O papel de perseguidor foi primeiramente atribuído ao Professor Flechsig, médico sob cujos cuidados estava; mais tarde, o lugar foi assumido pelo Próprio Deus.

Citarei na íntegra as passagens pertinentes das *Denkwürdigkeiten*: ‘Desse modo, uma conspiração contra mim foi levada ao ponto culminante (por volta de março ou abril de 1894). Seu objetivo era conseguir que, uma vez minha doença nervosa houvesse sido reconhecida como incurável ou assim admitida, eu fosse entregue a certa pessoa, de maneira específica: minha alma deveria ser-lhe entregue, mas meu corpo — devido a uma má compreensão do que acima descrevi como o propósito subjacente à Ordem das Coisas — deveria ser transformado num corpo feminino e como tal entregue à pessoa em apreço com vistas e abusos sexuais, então simplesmente seria “deixado de lado” — o que indubitavelmente significa ser entregue à corrupção.’ (56.)

‘Além disso, era perfeitamente natural que, do ponto de vista humano (único pelo qual, àquela época, eu era ainda principalmente dirigido), encarasse o Professor Flechsig ou sua alma como meu único verdadeiro inimigo — em data posterior, houve também a alma de von W., a respeito da qual terei mais a dizer dentro em pouco — e que eu considerasse Deus Todo-Poderoso como aliado natural. Simplesmente imaginei que Ele se achava em grande dificuldade com referência ao Professor Flechsig e, por conseguinte, senti-me obrigado a apoiá-lo por todos os meios concebíveis, até o extremo de sacrificar-me a mim mesmo. Só muito mais tarde foi que me ocorreu a idéia de que o próprio Deus havia desempenhado o papel de cúmplice, senão de instigador, na conspiração em que minha alma deveria ser assassinada e meu corpo usado como o de uma rameira. De fato, posso dizer que esta idéia em parte só se tornou claramente consciente para mim enquanto escrevia o presente trabalho.’ (59.)

‘Toda tentativa de assassinar minha alma, de emascular-me para fins *contrários a Ordem das Coisas* (isto é, para satisfação dos apetites sexuais de um indivíduo) ou, mais tarde, de destruir meu entendimento — toda tentativa como essa redundou em nada. Desse combate aparentemente desigual entre um débil homem e o Próprio Deus, emergi como vencedor — embora com muito amargo sofrimento e privação — porque a Ordem das Coisas está do meu lado.’ (61.)

Em nota de rodapé ligada às palavras ‘*contrários à Ordem das Coisas*’, na passagem anterior, o autor prenuncia a transformação subsequente de seu delírio de emasculação e de sua relação com Deus: ‘Demonstrarei mais tarde que a emasculação para propósito inteiramente diferente — um propósito *em harmonia com a Ordem das Coisas* — acha-se dentro dos limites da possibilidade, e, na verdade, que muito provavelmente pode proporcionar a solução do conflito.’

Estas afirmações são de importância decisiva para determinar a opinião que devemos formar quanto ao delírio da emasculação, dando-nos assim uma compreensão geral do caso. Pode-se acrescentar que as ‘vozes’ que o paciente ouvia nunca tratavam de sua transformação em mulher como algo que não fosse uma ignomínia sexual, o que lhes fornecia desculpa para dele escarnecer. ‘Raios de Deus não raramente julgaram-se no direito de zombar de mim, chamando-me de “Miss Schreber”, em alusão à emasculação que, segundo se afirmava, achava-me a ponto de sofrer.’ (127.) Ou então diziam: ‘Então isso declara ter sido um *Senatspräsident*, essa pessoa que se deixa ser f.... a!’ Ou, ainda: ‘Não se sente envergonhado, na frente de sua mulher?’ (177.)

Que a fantasia de emasculação era de natureza primária e originalmente independente do *motif* do Redentor, torna-se ainda mais provável quando relembramos a ‘idéia’ que, como mencionei em página anterior [Ver em [1].], ocorreu-lhe enquanto se achava semi-adormecido, no sentido de que deve ser bom ser uma mulher e submeter-se ao ato da cópula. (36.) Esta fantasia apareceu durante o período de incubação de sua moléstia, e antes que tivesse começado a sentir os efeitos do excesso de trabalho em Dresden.

O próprio Schreber indica o mês de novembro de 1895 como a época em que se estabeleceu a vinculação entre a fantasia de emasculação e a idéia do Redentor, preparando-se assim o caminho para ele reconciliar-se com a primeira. ‘Agora, contudo’, escreve, ‘dei-me claramente conta de que a Ordem das Coisas exigia imperativamente a minha emasculação, gostasse ou não disso pessoalmente, e que nenhum caminho *razoável* se abre para mim exceto reconciliar-me com o pensamento de ser transformado em mulher. A outra conseqüência de minha emasculação, naturalmente, só poderia ser a minha fecundação por raios divinos, a fim de que uma nova raça de homens pudesse ser criada.’ (177.)

A idéia de ser transformado em mulher foi a característica saliente e o germe mais primitivo de seu sistema delirante. Mostrou também ser a única parte deste que persistiu após a cura e a única que pôde permanecer em sua conduta na vida real, após haver-se restabelecido. ‘A *única coisa* que poderia parecer disparatada aos olhos de outras pessoas é o fato, já aflorado no relatório do perito, de que sou às vezes encontrado parado em frente do espelho ou em outro lugar, com a parte superior de meu corpo desnuda e usando adornos femininos variados, tais como fitas, colares falsos e similares. Isto só ocorre, posso acrescentar, quando estou *sozinho*, e nunca, pelo menos na medida em que posso evitá-lo, na presença de outras pessoas.’ (429.) O *Herr Senatspräsident* confessa esta frivolidade numa data (julho de 1901) em que já se achava em posição de expressar de modo muito capaz o caráter completo de seu restabelecimento no campo da vida prática: ‘Há muito tempo me venho dando conta de que as pessoas que vejo a meu redor não são “homens apressadamente improvisados”, mas pessoas reais, e que devo, portanto, conduzir-me em relação a eles como um homem razoável está acostumado a conduzir-se em relação a seus semelhantes.’ (409.) Em contraste com a maneira pela qual colocou em ação sua fantasia de emasculação, o paciente nunca tomou quaisquer medidas no sentido de induzir as pessoas a reconhecerem sua missão de Redentor, fora a publicação de suas *Denkwürdigkeiten*.

(b) A atitude de nosso paciente para com *Deus* é tão singular e cheia de contradições internas, que exige mais que um pouco de fé persistir na crença de que, não obstante, existe ‘método’ em sua ‘loucura’. Com auxílio do que o Dr. Schreber nos conta nas *Denkwürdigkeiten*, temos agora de esforçar-nos por chegar a uma

visão mais exata de seu sistema teológico-psicológico, e devemos expor suas opiniões sobre os *nervos*, o *estado de beatitude*, a *hierarquia divina* e os *atributos de Deus*, em seu nexos delirante (manifesto). Em todos os pontos de sua teoria, ficaremos impressionados pela espantosa mistura do banal e do brilhante, do que foi tomado emprestado e do que é original.

A alma humana está contida nos *nervos* do corpo. Estes devem ser entendidos como estruturas de extraordinária finura, comparáveis ao fio mais delgado. Alguns desses nervos são apropriados apenas para a recepção de percepções sensoriais, enquanto que outros (*os nervos do entendimento*) executam todas as funções da mente; com respeito a isso, é de notar que *cada nervo do entendimento isolado representa a individualidade mental inteira de uma pessoa*, e que a presença de um número maior ou menor de nervos do entendimento não tem influência, exceto sobre a duração de tempo durante o qual a mente pode reter suas impressões.

Enquanto que os homens se compõem de corpos e nervos, Deus é, por Sua própria natureza, somente nervos. Os nervos de Deus, porém, não estão presente em número limitado, como no caso dos corpos humanos, mas são infinitos ou eternos. Possuem todas as propriedades dos nervos humanos, em grau enormemente intensificado. Em sua capacidade criativa — isto é, no poder de se transformarem em todo objeto imaginável no mundo criado — são conhecidos como *raios*. Existe íntima relação entre Deus, o céu estrelado e o Sol.

Quando a obra da criação terminou, Deus retirou-se para muito longe (10-11 e 252) e abandonou o mundo às suas próprias leis. Limitou Suas atividades a chamar a Si as almas dos mortos. Somente em ocasiões excepcionais é que entraria em relação com pessoas específicas, altamente dotadas, ou interviria, por meio de um milagre, nos destinos do mundo. Deus não tem nenhuma comunicação regular com as almas humanas, de acordo com a Ordem das Coisas, até depois da morte. Quando um homem morre, suas partes espirituais (isto é, seus nervos) sofrem um processo de purificação antes de finalmente se reunirem com o Próprio Deus como ‘ante-salas do Céu’. Assim, ocorre que tudo se move numa ronda eterna, que está na base da Ordem das Coisas. Ao criar qualquer coisa, Deus se separa de uma parte de Si Próprio, ou dá a uma parte de Seus nervos forma diferente. A perda aparente que assim experimenta é compensada quando, após centenas e milhares de anos, os nervos dos mortos, que ingressaram no estado de beatitude, mais uma vez se Lhe acrescem, como ‘ante-salas do Céu’ (18 e 19 n.).

As almas que passaram por este processo de purificação começam a gozar de um *estado de beatitude*. Nesse meio tempo, perderam um pouco de sua consciência individual e se fundiram com outras almas em unidades mais elevadas. Almas importantes, aquelas de homens como Goethe, Bismarck etc., podem ter de manter seu senso de identidade por centenas de anos mais, antes que também elas possam se transformar em complexos anímicos superiores, tais como ‘raios de Javé’, no caso do antigo povo judeu, ou ‘raios de Zoroastro’, no caso da antiga Pérsia. No decurso de sua purificação, ‘as almas aprendem a língua que é falada pelo próprio Deus, a chamada “língua básica”, um alemão vigoroso, ainda que um tanto antiquado, que se caracteriza especialmente pela grande riqueza em eufemismos’ (13.)

O Próprio Deus não é uma entidade simples. ‘Acima das “ante-salas do Céu” pairava o Próprio Deus, que, em contraposição a estes “domínios anteriores de Deus”, era também descrito como os “domínios posteriores de Deus”. Os domínios posteriores de Deus eram, e ainda são, divididos estranhamente em duas

partes, de modo que um Deus inferior (Arimã) se diferenciava de um Deus superior (Ormuzd).’ (19.) Com referência ao significado desta distinção, Schreber só nos pode informar que o Deus inferior era mais especialmente ligado aos povos de uma raça escura (ou semitas) e o Deus superior aos de uma raça loura (os arianos); e nem seria razoável, em assuntos tão elevados, esperar mais do conhecimento humano. Não obstante, diz-nos também que ‘apesar do fato de, sob certos aspectos, o Deus Todo-Poderoso formar uma unidade, o Deus inferior e o superior devem ser considerados como Seres separados, cada um dos quais possui seu próprio egoísmo e instinto particular de autopreservação, *mesmo em relação ao outro*, e cada um dos quais se está, portanto, constantemente esforçando por arremessar-se na frente do outro’ (140 n.). Ademais, os dois Seres divinos comportavam-se de maneira inteiramente diferente em relação ao infeliz Schreber, durante o estágio agudo da doença.

Em dias anteriores à sua doença, o *Senatspräsident* Schreber tivera dúvida sobre assuntos religiosos (29 e 64); nunca fora capaz de persuadir-se a ter uma firme crença na existência de um Deus pessoal. Na verdade, ele aduz este fato sobre sua vida anterior como argumento em favor da completa realidade de seus delírios. Mas quem quer que leia a descrição que se segue dos traços caracterológicos do Deus de Schreber terá de admitir que a transformação efetuada pelo distúrbio paranóico não foi fundamental, e que no Redentor de hoje muito permanece daquele que ontem duvidava.

É que existe uma falha na Ordem das Coisas, em consequência da qual a existência do Próprio Deus parece ser colocada em perigo. Devido a circunstâncias sem maior explicação, os nervos dos homens vivos, especialmente quando em estado de *intensa excitação*, podem exercer sobre os nervos de Deus atração tão poderosa que ele não se pode libertar deles novamente, e assim Sua própria existência pode ser ameaçada. (11.) Esta ocorrência excepcionalmente rara realizou-se no caso de Schreber e envolveu-o nos maiores sofrimentos. O instinto de autopreservação foi despertado em Deus (30) e então tornou-se evidente que Ele se achava muito afastado da perfeição que Lhe é atribuída pelas religiões. Por todo o livro de Schreber ressoa a amarga queixa de que Deus, estando acostumado apenas à comunicação com os mortos, *não compreende os homens vivos*.

‘Com relação a isso, contudo, prevalece *um mal-entendido fundamental*, que desde então atravessou minha vida inteira como um fio escarlate. Baseia-se precisamente no fato de que, *de acordo com a Ordem das Coisas*, Deus realmente não sabia nada sobre os homens vivos e não precisava conhecer; em consonância com a Ordem das Coisas, Ele precisava apenas manter comunicação com cadáveres.’ (55.) — ‘Esse estado de coisas... estou convencido, deve mais uma vez ser vinculado ao fato de que Deus era, se assim posso exprimi-lo, inteiramente incapaz de lidar com homens vivos, e só estava acostumado a comunicar-se com cadáveres, ou, no máximo, com homens adormecidos (isto é, em seus sonhos).’ (141.) — ‘Eu próprio senti-me inclinado a exclamar: “*Incredibile scriptu!*” Todavia, tudo é literalmente verídico, por difícil que possa ser para outras pessoas apreender a idéia da completa incapacidade de Deus em julgar corretamente os homens vivos, e por mais tempo que eu próprio tenha levado para acostumar-me a esta idéia, após minhas inumeráveis observações sobre o assunto.’ (246.)

Entretanto, como resultado da má compreensão que Deus tem dos homens vivos, foi-Lhe possível tornar-se o instigador da conspiração contra Schreber, tomá-lo por idiota e submetê-lo a essas severas provações (264). Para evitar ser considerado um idiota, ele se submeteu a um sistema extremamente fatigante



de ‘pensamento forçado’, pois ‘cada vez que minhas atividades intelectuais cessavam, Deus chegava à conclusão de que minhas faculdades mentais achavam-se extintas e que a destruição de meu entendimento (a idiotia), pela qual Ele esperava, havia-se realmente estabelecido, e que uma retirada se tornara agora possível’. (206.)

O comportamento de Deus na questão da premência de evacuar (ou ‘c...r’) leva-o a um grau especialmente alto de indignação. A passagem é tão característica que a citarei na íntegra; mas, para esclarecê-la, devo primeiro explicar que tanto os milagres quanto as vozes procedem de Deus, isto é, dos raios divinos.

‘Embora se torne necessário que eu aflore um tema desagradável, tenho de dedicar mais algumas palavras à pergunta que acabei de citar (“Por que você não c... a?”), devido ao caráter típico de todo o assunto. A necessidade de evacuação, como tudo o mais que tem a ver com o meu corpo, é evocada por milagre. É ocasionada pelo fato de minhas fezes serem forçadas para a frente (e, às vezes, para trás novamente) em meus intestinos; e se, devido a já ter havido uma evacuação, não se apresenta material suficiente, então pequenos resíduos que ainda possa haver do conteúdo de meus intestinos se espalham sobre meu orifício anal. A ocorrência é um milagre realizado pelo Deus superior, e repete-se diversas dúzias de vezes pelo menos, a cada dia. Associa-se a uma idéia que é inteiramente incompreensível para os seres humanos e só pode ser explicada pela ignorância completa de Deus quanto ao homem vivo como um organismo. De acordo com esta idéia, “c... r” é, em certo sentido, o ato final, o que equivale a dizer que, uma vez que a premência de c...r tenha sido causada por milagre, o objetivo de destruir o entendimento é alcançado e uma retirada final dos raios torna-se possível. Para chegar ao fundo desta idéia, temos de supor, segundo me parece, que há um equívoco em relação ao significado simbólico do ato da evacuação, uma noção, na verdade, de que qualquer um que tenha mantido uma relação como a que mantenho com os raios divinos tem, até certo ponto, direito de c...r sobre o mundo inteiro.’

‘Mas o que agora se segue revela toda a perfídia da política que foi seguida com relação a minha pessoa. Quase toda vez que a necessidade de evacuação me aparecia por milagre, outra pessoa nas imediações era enviada (por ter seus nervos estimulados com esse intuito) para o banheiro, a fim de impedir-me de evacuar. Trata-se de fenômeno que observei durante anos e em ocasiões tão incontáveis — milhares delas — e com tal regularidade que exclui qualquer possibilidade de ser atribuível ao acaso. E, então, surge a pergunta: “Por que você não c...a?”, à qual é dada a vivaz réplica de que sou “tão estúpido ou coisa assim”. A pena quase se esquia de registrar tamanho absurdo, que Deus, cego por Sua ignorância da natureza humana, possa positivamente chegar ao extremos de supor que exista um homem estúpido demais para fazer o que todo animal faz — estúpido demais para poder c...r. Quando, levado por tal impulso, eu realmente consigo evacuar — e, geralmente, visto quase sempre encontrar o banheiro ocupado, uso um balde para esse fim — o processo é sempre acompanhado pelo aparecimento de uma sensação extremamente intensa de voluptuosidade espiritual, pois o alívio da pressão causada pela presença das fezes nos intestinos produz intenso bem-estar nos nervos da voluptuosidade; e o mesmo também acontece com a urina. Por esta razão, ainda até o dia de hoje, enquanto estou evacuando ou urinando, todos os raios acham-se sempre, sem



exceção, unidos; por esta mesma razão, sempre que me dedico a estas funções naturais, é invariavelmente feita uma tentativa, embora vã, de inverter por milagre o impulso de defecar ou urinar.’ (225-7.)

Ademais, este extraordinário Deus de Schreber é incapaz de aprender qualquer coisa pela experiência: ‘Devido a uma ou outra qualidade inerentes à sua natureza, parece impossível a Deus inferir quaisquer lições para o futuro da experiência assim obtida.’ (186.) Ele pode, portanto, continuar a repetir as mesmas atormentadoras provações, milagres e vozes, sem alteração, ano após ano, até que, inevitavelmente, se torna motivo de riso para a vítima de Duas perseguições.

‘A conseqüência é que, agora que os milagres em grande parte perderam o poder que antigamente possuíam de produzir efeitos aterrorizantes, Deus me parece principalmente, em quase tudo o que me acontece, ridículo ou pueril. Com referência à minha própria conduta, sou amiúde obrigado, em autodefesa, a desempenhar o papel de escarnecedor de Deus, e mesmo, ocasionalmente, de zombrar Dele em voz alta.’ (333.)

A esta atitude crítica e rebelde para com Deus, contudo, opõe-se na mente de Schreber uma enérgica contracorrente, expressa em muitos lugares: ‘Mas aqui novamente devo mui enfaticamente declarar que isto é apenas um episódio que, espero, terminará o mais tardar com meu falecimento, e que o direito de escarnecer de Deus pertence, em conseqüência, a mim somente e não a outros homens. Para estes, Ele permanece sendo o criador todo-poderoso do Céu e da Terra, a causa primeira de todas as coisas, e a salvação de seu futuro, a quem — embora algumas das idéias religiosas convencionais possam exigir revisão — são devidas adoração e a mais profunda reverência.’ (333-4.)

Fazem-se, portanto, repetidas tentativas de encontrar justificação para a conduta de Deus em relação ao paciente. Nestas tentativas, que apresentam tanta engenhosidade quanto qualquer outra teodicéia, a explicação baseia-se ora na natureza geral das almas, ora na necessidade de autopreservação divina, e na influência desencaminhadora da alma de Flechsig. (60-1 e 160.) Em geral, porém, a enfermidade é encarada como uma luta entre Schreber, o homem e Deus, luta na qual a vitória fica com o homem, fraco que seja, porque a Ordem das Coisas acha-se do seu lado. (61.)

O relatório médico poderia facilmente levar-nos a supor que Schreber apresentava a forma corriqueira de fantasia de Redentor, na qual o paciente acredita ser o filho de Deus, destinado a salvar o mundo de sua desgraça ou da destruição que o ameaça, e assim por diante. É por esta razão que tive o cuidado de apresentar com pormenores as peculiaridades da relação de Schreber com Deus. A importância desta relação para o resto da humanidade só raramente é mencionada nas *Denkwürdigkeiten*, e apenas na última fase de sua formação delirante. Consiste essencialmente no fato de que ninguém que morra pode ingressar no estado de beatitude enquanto a maior parte dos raios de Deus for absorvida por sua pessoa (de Schreber), devido a seus poderes de atração. (32.) É somente num estádio muito tardio, também, que sua identificação com Jesus Cristo aparece claramente. (338 e 431.)

Nenhuma tentativa de explicar o caso de Schreber terá possibilidade de ser correta, se não levar em consideração essas peculiaridades de sua concepção de Deus, essa mistura de reverência e rebeldia em sua atitude para com Ele.

Voltar-me-ei agora para outro assunto, estreitamente vinculado a Deus, ou seja, o *estado de beatitude*. Este é também mencionado por Schreber como ‘a vida do além’, à qual a alma humana é elevada após a

morte, pelo processo da purificação. Ele o descreve como um estado de fruição ininterrupta, ligado à contemplação de Deus. Isso não é muito original mas, por outro lado, é surpreendente saber que Schreber faz distinção entre um estado de beatitude masculino e outro feminino.

‘O estado masculino de beatitude era superior ao feminino, que parece ter consistido principalmente numa sensação ininterrupta de voluptuosidade.’ (18.) Em outras passagens, esta coincidência entre o estado de beatitude e a voluptuosidade é expressa em linguagem mais simples e sem referência à distinção de sexo; ademais, o elemento do estado de beatitude que consiste na contemplação de Deus não é mais comentado. Assim, por exemplo: ‘A natureza dos nervos de Deus é tal que o estado de beatitude (...) se faz acompanhar por uma sensação muito intensa de voluptuosidade, ainda que não consista exclusivamente nela.’ (51.) E ainda: ‘A voluptuosidade pode ser encarada como um fragmento do estado de beatitude, dado antecipadamente, por assim dizer, aos homens e às outras criaturas vivas.’ (281.) Assim, o estado de beatitude celestial deve ser compreendido como sendo, em sua essência, uma continuação intensificada do prazer sensual sobre a Terra!

Esta visão do estado de beatitude achava-se longe de ser, no delírio de Schreber, um elemento originado nos primeiros estádios de sua doença e posteriormente eliminado, como incompatível com o resto. Na Exposição de seu Caso, redigida pelo paciente para o Tribunal de Apelação em julho de 1901, ele enfatiza como uma de suas maiores descobertas o fato de ‘que a voluptuosidade se acha em estreito relacionamento (até então não perceptível ao resto da humanidade) com o estado de beatitude fruído pelos espíritos que já não mais se acham aqui’. [442.]

Descobriremos, na verdade, que este “relacionamento estreito” é a rocha sobre a qual o paciente funda suas esperanças de uma reconciliação final com Deus e de que seus sofrimentos recebam um fim. Os raios de Deus abandonam sua hostilidade assim que se certificam de que, sendo absorvidos pelo corpo dele, experimentarão voluptuosidade espiritual (133); o próprio Deus exige poder encontrar voluptuosidade nele (283) e ameaça-o com a retirada de Seus raios, se se esquecer de cultivar a voluptuosidade e não puder oferecer a Deus o que Este exige. (320.)

Essa surpreendente sexualização do estado de beatitude celestial sugere a possibilidade de que o conceito que Schreber tem do estado de beatitude derive de uma condensação dos principais significados da palavra alemã ‘*selig*’, a saber, ‘falecido’ e ‘sensualmente feliz’. Mas esse exemplo de sexualização fornecer-nos-á também ocasião de examinar a atitude geral do paciente para com o lado erótico da vida e para com assuntos de indulgência sexual, pois nós, psicanalistas, até o presente apoiamos a opinião de que as raízes de todo distúrbio nervoso e mental devem se encontrar principalmente na vida sexual do paciente — alguns de nós baseados simplesmente em fundamentos empíricos, outros, influenciados, além disso, por considerações teóricas.

As amostras dos delírios de Schreber já fornecidas capacitam-nos, sem mais, a pôr de lado a suspeita de que exatamente esse distúrbio paranoide pudesse vir a ser o ‘caso negativo’ há tanto tempo procurado: um caso em que a sexualidade desempenhe apenas papel muito pouco importante. O próprio Schreber fala repetidas vezes como se partilhasse de nosso preconceito. Fala constantemente, e no mesmo alento, de ‘distúrbio nervoso’ e lapsos eróticos, como se as duas coisas fossem inseparáveis.

Antes de sua enfermidade, o *Senatspräsident* Schreber fora homem de moral estrita: ‘Poucas pessoas’, declara ele, e não vejo razão para duvidar de sua assertiva, ‘podem ter sido criadas segundo os estritos princípios morais em que fui, e poucas pessoas, durante toda a sua vida, podem ter exercido (especialmente em assuntos sexuais) uma autocoibição que se conformasse tão estritamente a esses princípios, como posso dizer de mim mesmo que exerci.’ (281.) Após o severo combate espiritual, do qual os fenômenos de sua moléstia foram os sinais exteriores, sua atitude para com o lado erótico da vida se alterou. Chegara a perceber que o cultivo da voluptuosidade lhe incumbia como um dever e que somente pelo cumprimento desse dever é que poderia terminar o grave conflito que irrompera dentro dele — ou, como pensava, a seu respeito. A voluptuosidade, assim as vozes lhe asseguravam, havia-se tornado ‘temente a Deus’, e só lhe restava lamentar que não se pudesse dedicar a seu cultivo durante todo o dia. (285.)

Foi esse, então, o resultado das modificações produzidas em Schreber por sua doença, tal como as encontramos expressas nas duas características principais de seu sistema delirante. Antes dela, inclinara-se ao ascetismo sexual e fora um descrente com referência a Deus, enquanto que, após a mesma, se tornou crente em Deus e devoto da voluptuosidade. Entretanto, assim como sua fé em Deus reconquistada era de tipo peculiar, assim também a fruição sexual que havia alcançado para si próprio era de caráter muito raro. Não era a liberdade sexual de um homem, mas os sentimentos sexuais de uma mulher. Ele assumiu uma atitude feminina para com Deus; sentiu que era a esposa de Deus.

Nenhuma outra parte de seus delírios é tratada pelo paciente tão exaustivamente, quase poder-se-ia dizer insistentemente, como sua alegada transformação em mulher. Os nervos por ele absorvidos, assim diz, assumiram em seu corpo o caráter de nervos femininos de voluptuosidade e lhe deram um molde mais ou menos feminino, e, mais particularmente, à sua pele, a suavidade peculiar ao sexo feminino. (87.) Se aperta levemente com os dedos qualquer parte do corpo, pode sentir esses nervos, sob a superfície da pele, como um tecido de textura fibrosa ou semelhante a fios; eles se acham especialmente presentes na região do tórax, onde, numa mulher, ficariam os seios. ‘Aplicando pressão a este tecido, sou capaz de evocar uma sensação de voluptuosidade, tal como as mulheres experimentam, e especialmente se penso em algo feminino ao mesmo tempo.’ (277.) Sabe com certeza que o tecido originalmente nada mais era que nervos de Deus, que dificilmente poderiam ter perdido o caráter de nervos simplesmente por terem passado para seu corpo. (279.) Por meio do que chama de ‘atrair’ (isto é, pela invocação de imagens visuais), é capaz de dar tanto a si quanto aos raios a impressão de que seu corpo se acha aparelhado com seios e órgãos genitais femininos: ‘Tornou-se tanto um hábito para mim atrair nádegas femininas para meu corpo — *honi soit qui mal y pense* — que o faço quase involuntariamente, a cada vez que me abaixo.’ (233.) É ‘ousado o bastante para asseverar que quem quer que tenha oportunidade de me ver diante do espelho com a parte superior de meu corpo desnuda — especialmente se a ilusão é auxiliada por estar eu usando algum atavio feminino — receberia uma impressão inequívoca de um *busto feminino*’. (280.) Solicita exame médico, a fim de estabelecer o fato de que todo o seu corpo possui nervos de voluptuosidade dispersos sobre ele, da cabeça aos pés, situação, que, em sua opinião, só pode ser encontrada no corpo feminino, enquanto no indivíduo do sexo masculino, segundo melhor de seu conhecimento, os nervos da voluptuosidade existem apenas nos órgãos sexuais e em sua vizinhança imediata. (274.) A voluptuosidade espiritual que se desenvolveu devido a essa acumulação de nervos em seu corpo é tão

intensa que exige apenas ligeiro esforço de sua imaginação (especialmente quando se acha deitado na cama) para proporcionar-lhe uma sensação de bem-estar sexual que permite um prenúncio mais ou menos claro do prazer sexual desfrutado por uma mulher durante a cópula. (269.)

Se recordamos agora o sonho que o paciente teve durante o período de incubação de sua enfermidade, antes de mudar-se para Dresden [ver em [1]], tornar-se-á claro, acima de qualquer dúvida, que seu delírio de ser transformado em mulher nada mais era que a realização do conteúdo desse sonho. Naquela época, rebelou-se contra o sonho com máscula indignação, e, da mesma maneira, começou a lutar contra a sua realização na enfermidade e encarou sua transformação em mulher como uma catástrofe porque era ameaçado com intenções hostis. Mas chegou a ocasião (foi em novembro de 1895) em que começou a reconciliar-se com a transformação e a colocá-la em harmonia com os propósitos mais altos de Deus: ‘Desde então, e com plena consciência do que fiz, inscrevi em minha bandeira o cultivo da feminilidade.’ (177-8.)

Chegou então à firme convicção de que era o Próprio Deus que, para Sua satisfação, exigia dele a feminilidade:

‘Mal, contudo, acho-me a sós com Deus (se assim posso expressá-lo), torna-se uma necessidade para mim empregar todo artifício imaginável e convocar a totalidade de minhas faculdades mentais, e especialmente minha imaginação, a fim de fazer com que os raios divinos passem ter a impressão, tão continuamente quanto possível (ou, visto isto achar-se além do poder mortal, pelo menos em certas ocasiões do dia), de que sou uma mulher a deleitar-se com sensações voluptuosas.’ (281.)

‘Por outro lado, Deus exige *um estado constante de prazer*, tal como estaria de acordo com as condições de existência impostas às almas pela Ordem das Coisas; e é meu dever fornecer-lhe isso... sob a forma da maior geração possível de voluptuosidade espiritual. E se, nesse processo, um pouco de prazer sensual cabe a mim, sinto-me justificado em aceitá-lo como diminuta compensação pela excessiva quantidade de sofrimento e privação que foi minha por tantos anos passados...’ (283.)

‘...Penso que posso mesmo arriscar-me a apresentar a opinião, baseada em impressões que recebi, de que Deus nunca tomaria quaisquer medidas no sentido de efetuar uma retirada — cujo primeiro resultado é, invariavelmente, alterar minha condição física acentuadamente para pior —, mas quieta e permanentemente render-se-ia a meus poderes de atração, se me fosse possível estar *sempre* desempenhando o papel de uma mulher e jazer em meus próprios braços amorosos, estar *sempre* modelando minha aparência em formas femininas, estar *sempre* contemplando retratos de mulheres, e assim por diante.’ (284-5.)

No sistema de Schreber, os dois elementos principais de seus delírios (sua transformação em mulher e sua relação favorecida com Deus) acham-se vinculados na adoção de uma atitude feminina para com Deus. Será parte inevitável de nossa tarefa demonstrar que existe uma relação *genética* essencial entre esses dois elementos. De outra maneira, nossas tentativas de elucidar os delírios de Schreber conduzir-nos-iam à posição absurda descrita no famoso símile de Kant na *Crítica da Razão Pura*: seríamos como um homem a segurar uma peneira debaixo de um bode, enquanto alguém o ordenha.

## II - TENTATIVAS DE INTERPRETAÇÃO

Existem dois ângulos a partir dos quais poderíamos tentar chegar a uma compreensão dessa história de um caso de paranóia e nela expor os conhecidos complexos e forças motivadoras da vida mental. Poderíamos partir das próprias declarações delirantes do paciente ou das causas ativadoras de sua moléstia.

O primeiro método deve parecer tentador, desde o brilhante exemplo fornecido por Jung [1907] em sua interpretação de um caso de demência precoce que era muito mais grave que este e exibia sintomas muito mais afastados do normal. O alto nível e inteligência de nosso paciente atual, também, e sua comunicatividade parecem ter probabilidades de facilitar a realização de nossa tarefa dentro dessa orientação. Ele próprio, não raro, oferece-nos a chave, pelo acréscimo de uma glosa, citação ou exemplo de alguma proposição delirante, de modo aparentemente accidental, ou mesmo por negar expressamente algum paralelo a ela, que tenha surgido em sua própria mente. Pois, quando isso acontece, temos apenas de seguir nossa técnica psicanalítica habitual — despir a frase de sua forma negativa, tomar o exemplo como sendo a coisa real, ou a citação ou glosa como a fonte original, e encontramos de posse do que estamos procurando, a saber, uma tradução da maneira paranóica de expressão para a normal.

Talvez valha a pena fornecer uma ilustração mais pormenorizada desse procedimento. Schreber se queixa do aborrecimento criado pelos chamados ‘pássaros miraculados’ ou ‘pássaros falantes’, aos quais atribui certo número de qualidades extraordinárias. (208-14.) É crença sua que eles sejam formados de antigas ‘antesalas do Céu’, isto é, almas humanas que ingressaram em estado de beatitude, e que foram impregnados com veneno de ptomaína e açulados contra ele. Foram condicionados a repetir ‘frases sem sentido, que aprenderam de cor’ e que ‘se lhes ofereceram como jantar’. Cada vez que descarregavam a carga de veneno ptomáinico sobre ele — isto é, cada vez que ‘desfiavam as frases que lhe foram oferecidas como jantar, por assim dizer’ — eram, até certo ponto, incorporados em sua alma, com as palavras ‘Diacho de sujeito!’ ou ‘O diabo o leve!’, que constituem as únicas que ainda são capazes de empregar para expressar um sentimento genuíno. Eles não podem entender o significado das palavras que dizem, mas são, por natureza, suscetíveis à similaridade de sons, embora a semelhança não precise necessariamente ser completa. Assim, é-lhes indiferente dizer:

‘*Santiago*’ ou ‘*Karthago*’,  
 ‘*Chinesentum*’ ou ‘*Jesum Christum*’,  
 ‘*Abendrot*’ ou ‘*Atemnot*’,  
 ‘*Ariman*’ ou ‘*Ackermann*’ etc. (210.)

Quando lemos esta descrição, não podemos evitar a idéia de que ela deve realmente se referir a moças. Criticamente amiúde comparam-nas a gansos, pouco galantemente acusam-nas de terem ‘miolos de passarinho’ e declara-se que nada podem dizer além de frases aprendidas de cor e que revelam sua falta de instrução ao confundirem palavras estrangeiras que soam de modo semelhante. A frase ‘diacho de sujeito!’, única coisa sobre a qual são sérias, constituiria, no caso, uma alusão ao triunfo do jovem que conseguiu impressioná-la. E, com efeito, algumas páginas adiante deparamo-nos com uma passagem em que Schreber confirma esta interpretação: ‘Para fins de distinção, de brincadeira dei nomes de moças a grande número das almas-pássaros restantes, visto que, por sua curiosidade, inclinação voluptuosa etc., elas, unânime e mui prontamente, sugerem uma comparação com menininhas. Alguns desse nomes de moças foram, desde então,

adotados pelos raios de Deus e mantidos como designação das almas-pássaros em apreço.’ (214.) Essa fácil interpretação dos ‘pássaros miraculados’ fornece-nos uma sugestão que pode auxiliar-nos no sentido de compreender as enigmáticas ‘ante-salas do Céu’.

Dou-me perfeitamente conta de que um psicanalista necessita de certa quantidade de tato e reserva sempre que, no decurso de seu trabalho, vai além dos casos típicos de interpretação, e de que seus ouvintes ou leitores só o seguirão na medida em que a familiaridade deles com a técnica analítica lhes permita. Tem ele toda razão, portanto, de guardar-se contra o risco de que uma exagerada exibição de perspicácia de sua parte possa se fazer acompanhar de uma diminuição na certeza e fidedignidade dos seus resultados. Assim, é apenas natural que determinado analista tenda demasiadamente para a cautela e outro excessivamente para a ousadia. Não será possível definir os limites precisos da interpretação justificável até que se tenham realizado muitos experimentos e que o assunto se tenha tornado mais conhecido. Trabalhando no caso de Schreber, uma política de restrição me foi forçada pela circunstância de que a oposição a que ele publicasse as *Denkwürdigkeiten* foi eficaz, a ponto de afastar do nosso conhecimento considerável parte do material — a parte também que, com toda probabilidade, teria lançado a luz mais importante sobre o caso. Assim, por exemplo, o terceiro capítulo do livro inicia com esse anúncio promissor: ‘Passarei agora a descrever certos acontecimentos ocorridos com *outros membros de minha família* e que podem, concebivelmente, se achar vinculados ao assassinato de alma que postulei; pois há, de qualquer modo, algo mais ou menos problemático a respeito de todos eles, algo não facilmente explicável segundo as linhas da experiência humana comum. (33.) Mas a frase posterior, que é também a última do capítulo, é a seguinte: ‘O restante deste capítulo foi retirado de impressão por ser impróprio para publicação.’ Desse modo, terei de dar-me por satisfeito se conseguir pelo menos, com algum grau de certeza, remontar o núcleo da estrutura delirante a motivos humanos familiares.

Com este objetivo em vista, mencionarei agora outro pequeno fragmento da história clínica ao qual não se deu peso suficiente nos relatórios, embora o próprio paciente tenha feito tudo o que pôde para colocá-lo em primeiro plano. Refiro-me às relações de Schreber com seu primeiro médico, o *Geheimrat* Prof. Flechsig, de Leipzig.

Conforme já sabemos, o caso de Schreber assumiu a princípio a forma de delírios de perseguição e só começou a perdê-la quando chegou ao ponto decisivo de sua moléstia (a ocasião de sua ‘reconciliação’). Dessa época em diante, as perseguições tornaram-se cada vez menos intoleráveis e o propósito ignominioso que a princípio fundamentava sua ameaçada emasculação começou a ser suplantado por um propósito em consonância com a Ordem das Coisas. Mas o primeiro autor de todos esses atos de perseguição foi Flechsig e permaneceu sendo seu instigador durante todo o curso da doença.

Sobre a natureza real da perversidade de Flechsig e seus motivos o paciente fala com a vagueza e a obscuridade características, que podem ser encaradas como sinais de um trabalho particularmente intenso de formação delirante, se é que é legítimo julgar a paranóia segundo o modelo de um fenômeno mental muito mais conhecido — o sonho. Flechsig, segundo o paciente, cometeu ou tentou cometer ‘assassinato de alma’ contra ele — ato que, pensava, era comparável aos esforços feitos pelo Diabo ou por demônios para tomar posse de uma alma, e que pode ter tido seu protótipo em acontecimentos ocorridos entre membros das famílias Flechsig e Schreber há muito falecidos. Alegar-nos-famos em saber mais sobre o significado desse ‘assassinato de



alma', mas nesse ponto nossas fontes mais uma vez recaem num silêncio tendencioso: 'Quanto ao que constitui a verdadeira essência do assassinato de alma, e à sua técnica, se assim posso descrevê-la, nada mais posso dizer além do que já foi indicado. Existe apenas isto, talvez, a ser acrescentado....) (A passagem que se segue é imprópria para publicação.)' (28.) Em resultado dessa omissão, deixam-nos às escuras sobre a questão do que significa 'assassinato de alma'. Referir-nos-emos mais tarde [ver em [1]] à única alusão ao assunto que escapou à censura.

Seja como for, logo houve outra manifestação dos delírios de Schreber, que afetou suas relações com Deus sem alterar as relações com Flechsig. Até então, havia considerado Flechsig (ou melhor, a alma dele) seu único inimigo verdadeiro e encarado Deus Todo-Poderoso como aliado; mas, agora não podia evitar o pensamento de que o Próprio Deus havia desempenhado o papel de cúmplice, senão de instigador, na trama contra ele. (59.) Flechsig, contudo, permanecia sendo o primeiro sedutor, a cuja influência Deus se havia rendido. (60.) Ele conseguira abrir caminho até o Céu, com toda a sua alma ou parte dela, e tornar-se 'líder dos raios', sem morrer ou passar por qualquer purificação preliminar. (56.) A alma de Flechsig continuou a representar esse papel mesmo após o paciente ser removido da clínica de Leipzig para o asilo do Dr. Pierson. A influência do novo ambiente foi demonstrada pelo fato de a alma de Flechsig reunir-se à alma do assistente-chefe, a quem o paciente reconheceu como uma pessoa que anteriormente morara no mesmo bloco de apartamentos que ele próprio. Esta foi descrita como sendo a alma de von W. A alma de Flechsig introduziu então o sistema de 'divisão de almas', que assumiu grandes proporções. Em determinada época, chegou a haver de 40 a 60 subdivisões da alma de Flechsig; duas de suas divisões maiores eram conhecidas como o 'Flechsig superior' e o 'Flechsig médio'. A alma de von W. (o assistente-chefe) comportava-se exatamente da mesma maneira. (111.) Era, às vezes, muito divertido observar a maneira pela qual essas duas almas, apesar de sua aliança, levavam adiante uma rixa mútua, com o orgulho aristocrático de uma oposto à vaidade professoral da outra. (113.) No decorrer de suas primeiras semanas em Sonnestein (para onde foi finalmente removido no verão de 1894), a alma de seu novo médico, Dr. Weber, entrou em jogo; e pouco após ocorreu, no desenvolvimento de seus delírios, a reviravolta que viemos a conhecer com sua 'reconciliação'.

Durante essa estada posterior em Sonnestein, quando Deus começara a apreciá-lo melhor, fez-se uma incursão sobre as almas, que se haviam multiplicado a ponto de se tornarem um aborrecimento. Em resultado, a alma de Flechsig sobreviveu sob apenas uma ou duas formas e a de von W. sob uma única, que em breve desapareceu completamente. As divisões da alma de Flechsig, que lentamente perderam tanto a inteligência quanto o poder, passaram então a ser descritas como o 'Flechsig posterior' e o 'Partido "Oh, bem!"'. Que a alma de Flechsig conservou sua importância até o fim é demonstrado por Schreber no preâmbulo 'Carta Aberta ao Herr Geheimrat Prof. Dr. Flechsig'.

Nesse notável documento, Schreber expressa sua firme convicção de que o médico que o influenciou teve as mesmas visões e recebeu as mesmas revelações sobre coisas sobrenaturais que ele próprio. Protesta, já na primeira página, que o autor das *Denkwürdigkeiten* não tem a mais remota intenção de atacar a honra do médico, e o mesmo argumento é sério e enfaticamente repetido nas apresentações que o paciente faz de sua posição. (343, 445.) É evidente que se está esforçando por distinguir a 'alma Flechsig' do homem vivo de mesmo nome, o Flechsig de seus delírios, do Flechsig real.



O estudo de vários casos de delírios de perseguição levou-me, bem como a outros pesquisadores, à opinião de que a relação entre o paciente e o seu perseguidor pode ser reduzida a fórmula simples. Parece que a pessoa a quem o delírio atribui tanto poder e influência, a cujas mãos todos os fios da conspiração convergem, é, se claramente nomeada, idêntica a alguém que desempenhou papel igualmente importante na vida emocional do paciente antes de sua enfermidade, ou facilmente reconhecível como substituto dela. A intensidade da emoção é projetada sob a forma de poder externo, enquanto sua qualidade é transformada no oposto. A pessoa agora odiada e temida, por ser um perseguidor, foi, noutra época, amada e honrada. O principal propósito da perseguição asseverada pelo delírio do paciente é justificar a modificação em sua atitude emocional.

Mantendo esse ponto de vista em mente, examinemos agora as relações que haviam anteriormente existido entre Schreber e seu médico e perseguidor, Flechsig. Já soubemos [ver em [1]] que, nos anos de 1884 e 1885, Schreber sofrera uma primeira crise de distúrbio nervoso, que seguiu seu curso 'sem a ocorrência de quaisquer indigentes que tocassem as raias do sobrenatural'. (35.) Enquanto se achava nesse estado, que foi descrito como 'hipocondria' e não parece ter ultrapassado os limites de uma neurose, Flechsig atuou como seu médico. Nessa ocasião, Schreber passou seis meses na Clínica da Universidade, em Leipzig. Sabemos que, após o restabelecimento, ele manteve sentimentos cordiais em relação ao médico. 'O principal foi que, após período bastante longo de convalescença, que passei viajando, fiquei finalmente curado; e, portanto, era impossível que, àquela época, sentisse algo a não ser a mais viva gratidão para com o Professor Flechsig. Expressei de forma acentuada esse sentimento não só em visita pessoal que subsequenteiramente lhe fiz quanto no que considerei serem honorários apropriados.' (35-6.) É verdade que o encômio de Schreber nas *Denkwürdigkeiten* sobre esse primeiro tratamento de Flechsig não é inteiramente sem reservas; mas estas podem ser facilmente entendidas, se considerarmos que sua atitude, nesse meio tempo, fora alterada. A passagem imediatamente seguinte à que acabou de ser citada dá testemunho da cordialidade original de seus sentimentos para com o médico que o havia tratado com tanto sucesso: 'A gratidão de minha esposa foi talvez ainda mais sincera, pois reverenciava o Professor Flechsig como o homem que lhe havia restituído o marido; daí ter ela, durante anos, mantido o retrato dele sobre a escrivaninha.' (36.)

Visto não podermos conseguir nenhuma compreensão interna (*insight*) das causas da primeira doença (cujo conhecimento é sem dúvida indispensável para elucidar apropriadamente a segunda enfermidade, mais grave), temos agora de mergulhar ao acaso numa concatenação desconhecida de circunstâncias. Durante o período de incubação de sua doença, como sabemos (isto é, entre junho de 1893, quando foi nomeado para novo posto, e o outubro seguinte, quando assumiu seus encargos), ele sonhou repetidamente que seu antigo distúrbio nervoso havia retornado. Além disso, certa vez, quando se achava semi-adormecido, teve a impressão de que, afinal de contas, deveria ser bom ser mulher e submeter-se ao ato da cópula. Os sonhos e a fantasia são comunicados por Schreber em sucessão imediata; e, se também reunirmos o tema geral de ambos, poderemos inferir que, ao mesmo tempo em que rememorava a doença, uma recordação de seu médico foi-lhe despertada na mente, e que a atitude feminina que assumiu na fantasia foi, desde o início, dirigida para o médico. Ou pode ser que o fato de o sonho de sua enfermidade haver retornado simplesmente expressasse algum anseio tal como 'Quisera poder ver Flechsig novamente!' A ignorância do conteúdo mental da primeira

doença barra nosso caminho nessa direção. Talvez ela houvesse deixado no paciente um sentimento de dependência afetuosa do médico, o qual havia agora, por alguma razão desconhecida, aumentado até chegar ao grau de intensidade de um desejo erótico. Essa fantasia feminina, que se havia conservado impessoal, defrontou-se imediatamente com um repúdio indignado — um verdadeiro ‘protesto masculino’, para utilizar a expressão de Adler, mas num sentido diferente do seu. Na aguda psicose que irrompeu logo após, porém, a fantasia feminina venceu todas as dificuldades; e só é preciso ligeira correção da imprecisão paranóica característica do modo de expressão de Schreber, para permitir-nos adivinhar o fato de que o paciente temia um abuso sexual das mãos do próprio médico. A causa ativadora de sua doença, então, foi uma manifestação de libido homossexual; o objeto desta libido foi provavelmente, desde o início, o médico, Flechsig, e suas lutas contra o impulso libidinal produziram o conflito que deu origem aos sintomas.

Farei uma pausa aqui, por um momento, para enfrentar uma tempestade de protestos e objeções. Quem quer que esteja familiarizado com o estado atual da psiquiatria deve estar preparado para enfrentar problemas.

Não constitui um ato de irresponsável leviandade, uma indiscrição e uma calúnia acusar um homem de posição ética tão elevada quanto o *ex-Senatspräsident* Schreber, de homossexualismo? — Não. O próprio paciente informou o mundo em geral de sua fantasia de ser transformado em mulher, e permitiu que todas as considerações pessoais fossem superadas por interesses de natureza mais alta. Desse modo, ele próprio concedeu-nos o direito de ocupar-nos com sua fantasia, e, ao traduzi-la para a terminologia técnica da medicina, não efetuamos a menor adição a seu conteúdo.

‘Sim, mas ele não estava em seu pleno juízo quando o fez. O delírio de estar sendo transformado em mulher era uma idéia patológica.’ Não esquecemos isso. Na verdade, nosso único interesse é o significado e a origem dessa idéia patológica. Apelaremos para a distinção que ele próprio traça entre o homem Flechsig e a ‘alma Flechsig’. Não lhe estamos fazendo censuras de espécie alguma, quer por ter tido impulsos homossexuais quer por ter-se esforçado por suprimi-los. Os psiquiatras deveriam, pelo menos, tirar uma lição desse paciente, ao vê-lo tentando, apesar de seus delírios, não confundir o mundo do inconsciente com o da realidade.

‘Mas em parte alguma acha-se expressamente afirmado que a transformação em mulher que ele tanto temia devesse realizar-se em benefício de Flechsig.’ Isso é verdade e não é difícil compreender que, ao preparar suas memórias para publicação, visto estar ansioso por não insultar o ‘homem Flechsig’, ele evitasse acusação tão grosseira. Mas a moderação de sua linguagem, devido a essas considerações, não chega ao ponto de poder esconder o verdadeiro significado da acusação. Na verdade, pode-se sustentar que, afinal de contas, ela se acha visivelmente expressa numa passagem como a seguinte: ‘Desse modo, uma conspiração contra mim foi levada ao ponto culminante (por volta de março ou abril de 1894). Seu objetivo era conseguir que, uma vez minha doença nervosa houvesse sido reconhecida como incurável ou assim admitida, *eu fosse entregue a certa pessoa* de maneira que minha alma lhe fosse entregue, mas meu corpo... fosse transformado num corpo feminino *e como tal entregue à pessoa em apreço*, com vistas a abusos sexuais... (56.) É desnecessário observar que não é sequer nomeado algum outro indivíduo que pudesse ser colocado no lugar de Flechsig. Perto do fim da estada de Schreber na clínica de Leipzig, veio-lhe à mente o temor de que ele ‘deveria ser jogado aos assistentes’ para fins de abusos sexuais. (98.) Quaisquer dúvidas remanescentes sobre

a natureza do papel originalmente atribuído ao médico dissipam-se quando, nos estágios posteriores de seu delírio, vemos Schreber admitir abertamente sua atitude feminina para com Deus. A outra acusação contra Flechsig ecoa excessivamente alto por todo o livro, Flechsig, diz, tentou cometer assassinato de alma contra ele. Como já sabemos [Ver a partir de [1].], o próprio paciente não foi claro quanto à natureza real desse crime, mas a mesma estava ligada a questões de discrição que impediram sua publicação (como percebemos pelo terceiro capítulo suprimido). A partir deste ponto, um único fio conduz-nos à frente. Schreber ilustra a natureza do assassinato de alma referindo-se às lendas corporificadas no *Fausto* de Goethe, no *Manfred* de Byron, no *Freichütz* de Weber etc. (22), e um desses casos é citado em outra passagem, mais adiante. Ao examinar a divisão de Deus em duas pessoas, Schreber identifica seu 'Deus inferior' e 'Deus superior' com Arimã e Ormuzd, respectivamente (19); e, pouco depois, ocorre uma nota de rodapé casual: 'Além disso, o nome de Arimã também aparece em vinculação com um assassinato de alma no *Manfred* de Byron, por exemplo.' (20.) Na peça mencionada, dificilmente existe algo comparável à barganha da alma de Fausto, e procurei em vão a expressão 'assassinato de alma'. Mas a essência e o segredo de toda a obra residem numa relação incestuosa entre irmão e irmã. E aqui nosso fio se rompe abruptamente.

Em estágio posterior deste trabalho, pretendo retornar ao exame de algumas outras objeções; entretanto, porém, considerar-me-ei justificado em manter a opinião de que a base da moléstia de Schreber foi a irrupção de um impulso homossexual. Esta hipótese se harmoniza com importante pormenor da história clínica, que do contrário permanece inexplicável. O paciente teve novo 'colapso nervoso', que exerceu efeito decisivo sobre o curso de sua doença, na ocasião em que sua esposa estava tirando umas pequenas férias por causa da própria saúde. Até então, ela havia passado diversas horas com ele todo dia e feito as refeições de meio-dia com ele. Entretanto, quando retornou após uma ausência de quatro dias, encontrou-o muito tristemente alterado, tanto, na verdade, que ele próprio não mais queria vê-la. 'O que determinou particularmente meu colapso mental foi uma noite específica, durante a qual tive um número extraordinário de emissões — positivamente meia-dúzia, todas naquela noite.' (44.) É fácil compreender que a simples presença da esposa deve ter atuado como proteção contra o poder atrativo dos homens a seu redor, e, se estivermos preparados para admitir que uma emissão não pode ocorrer num adulto sem algum acompanhamento mental, poderemos suplementar as emissões do paciente naquela noite presumindo que elas se fizeram acompanhar de fantasias homossexuais que permaneceram inconscientes.

A razão de essa irrupção de libido homossexual ter dominado o paciente exatamente nesse período (isto é, entre as datas de sua nomeação e da mudança para Dresden) não pode ser explicada na ausência de um conhecimento mais preciso da história de sua vida. Falando de modo geral, todo ser humano oscila, ao longo da vida, entre sentimentos heterossexuais e homossexuais e qualquer frustração ou desapontamento numa das direções pode impulsioná-lo para outra. Nada sabemos desses fatores no caso de Schreber, mas não devemos deixar de chamar atenção para um fator somático que pode muito bem ter sido relevante. Na época dessa doença, o Dr. Schreber contava 51 anos e, portanto, atingira uma idade de importância decisiva na vida sexual. É um período no qual, nas mulheres, a função sexual, após uma fase de atividade intensificada, ingressa num processo de involução de grandes conseqüências; tampouco os homens parecem estar isentos de sua influência, pois tanto eles quanto as mulheres estão sujeitos a um 'climatério' e às suscetibilidades a doença que o acompanham.

Bem posso imaginar que hipótese dúbia deve parecer a suposição de que o sentimento amistoso de um homem para com seu médico possa repentinamente surgir sob forma intensificada, após um lapso de oito anos, e ocasionar tão grave doença mental. Mas não acho que seja justo pôr de lado tal hipótese simplesmente por causa de sua inerente improbabilidade, se ela se recomenda a nós por outros motivos; devemos antes indagar até onde chegaremos, se a seguirmos. Pois a improbabilidade pode ser de tipo passageiro e devido ao fato de a hipótese duvidosa ainda não ter sido relacionada com outras parcelas de conhecimento, e de ser ela a primeira hipótese com que o problema foi abordado. Mas, em benefício daqueles que são incapazes de manter o julgamento em suspenso e que encaram nossa hipótese como inteiramente insustentável, é fácil sugerir uma possibilidade que a despojaria de seu caráter desconcertante. O sentimento amistoso do paciente para com o médico bem se pode ter devido a um processo de 'transferência', por meio do qual uma catexia emocional se transpôs de alguma pessoa que lhe era importante para o médico que, na realidade, era-lhe indiferente; de maneira que o último terá sido escolhido como representante ou substituto de alguém muito mais chegado ao paciente. Para colocar o assunto de forma mais concreta: o paciente lembrou-se de seu irmão ou de seu pai ante a figura do médico; redescobriu-os nele; então, não causará espanto que, em certas circunstâncias, um anseio pela figura substituta reaparecesse nele e operasse com uma violência que só pode ser explicada à luz de sua origem e significação primária.

Com o fito de acompanhar essa tentativa de explicação, naturalmente achei que valeria a pena descobrir se o pai do paciente ainda se achava vivo à época em que ele caiu doente, se tivera um irmão e, nesse caso, se ainda se achava vivo ou entre os 'abençoados'. Fiquei satisfeito, portanto, quando, após prolongada busca pelas páginas das *Denkwürdigkeiten*, deparei por fim com uma passagem em que o paciente aplaca estas dúvidas: 'A memória de meu pai e meu irmão... é tão sagrada para mim como...' etc. (442.) De modo que ambos eram falecidos por ocasião do desencadeamento de sua segunda doença (e, é possível, também da primeira).

Não levantaremos, portanto, penso eu, novas objeções à hipótese de que a causa ativadora da enfermidade foi o aparecimento de uma fantasia feminina (isto é, homossexual passiva) de desejo, que tomou por objeto a figura do médico. Uma resistência intensa a esta fantasia surgiu por parte da personalidade de Schreber, e a luta defensiva que se seguiu, e que talvez pudesse ter assumido alguma outra forma, tomou, por razões que nos são desconhecidas, a forma de delírio de perseguição. A pessoa por que agora ansiava tornou-se seu perseguidor, e a essência da fantasia de desejo tornou-se a essência da perseguição. Pode-se presumir que o mesmo delineamento esquemático se tornará aplicável a outros casos de delírios de perseguição. O que distingue o caso de Schreber dos outros, contudo, é seu desenvolvimento ulterior, e a transformação que sofreu no decurso deste.

Uma das modificações foi a substituição de Flechsig pela figura superior de Deus. Isto parece, a princípio, um sinal de agravamento do conflito, uma intensificação da perseguição insuportável, mas logo se torna evidente que preparava o caminho para a segunda mudança, e, com esta, a solução do conflito. Era impossível para Schreber resignar-se a representar o papel de uma devassa para com seu médico, mas a missão de fornecer ao Próprio Deus as sensações voluptuosas que Este exigia não provocava tal resistência por parte de seu ego. A emasculação, agora, não era mais uma calamidade; tornava-se 'consonante com a

Ordem das Coisas', assumia seu lugar numa grande cadeia cósmica de eventos e servia de instrumento para a recriação da humanidade, após a extinção desta. 'Uma nova raça de homens, nascida do espírito de Schreber', assim pensava ele, reverenciaria como ancestral esse homem que se acreditava vítima de perseguição. Por esse meio, fornecia-se uma saída que satisfaria ambas as forças em contenda. Seu ego encontrava satisfação na megalomania, enquanto que sua fantasia feminina de desejo avançava e tornava-se aceitável. A luta e a doença podiam cessar. O senso de realidade do paciente, contudo, que nesse meio tempo tornara-se mais forte, compelia-o a adiar a solução do presente para o futuro remoto, e a contentar-se com o que poderia ser descrito como uma realização de desejo assintótica. A qualquer momento, previa ele, sua transformação em mulher ocorreria; até então, a personalidade do Dr. Schreber permaneceria indestrutível.

Em compêndios de psiquiatria, freqüentemente deparemos com afirmações segundo as quais a megalomania pode desenvolver-se a partir de delírios de perseguição. Imagina-se que o processo seja o seguinte: o paciente é primariamente vítima de um delírio de estar sendo perseguido por forças de máximo poder. Sente então necessidade de explicar isto a si próprio e, dessa maneira, ocorre-lhe a idéia de que ele próprio é personagem muito eminente e digna de tal perseguição. O desenvolvimento da megalomania é assim atribuído, pelos livros didáticos, a um processo que (tomando de empréstimo a Ernest Jones [1908] uma palavra útil) podemos descrever como 'racionalização'. Mas atribuir conseqüências afetivas tão importantes a uma racionalização é, segundo nos parece, procedimento inteiramente não psicológico e, conseqüentemente, traçaríamos a divisão nítida entre nossa opinião e aquela que citamos, dos livros didáticos. Não estamos reivindicando, por enquanto, conhecer a origem da megalomania.

Voltando mais uma vez ao caso de Schreber, somos obrigados a admitir que qualquer tentativa de lançar luz sobre a transformação de seu delírio faz-nos defrontar com dificuldades extraordinárias. De que maneira e por que meios foi realizada a ascensão de Flechsig para Deus? De que fonte derivou ele a megalomania que tão afortunadamente o capacitou a resignar-se a essa perseguição, ou em fraseologia analítica, a aceitar a fantasia de desejo que tivera de ser reprimida? As *Denkwürdkeiten* dão-nos uma primeira pista, pois mostram-nos que, na mente do paciente, 'Flechsig' e 'Deus' pertenciam à mesma classe. Numa de suas fantasias, ele escutou por acaso uma conversa entre Flechsig e a esposa deste, na qual o primeiro asseverava ser 'Deus Flechsig', de modo que a esposa pensou que ele ficara louco. (82.) Mas há outro aspecto no desenvolvimento dos delírios de Schreber que exige nossa atenção. Se efetuarmos um levantamento das ilusões como um todo, veremos que o perseguidor se acha dividido em Flechsig e Deus; exatamente da mesma maneira, o próprio Flechsig, subseqüentemente, cinde-se em duas personalidades, o 'superior' e o 'médio' Flechsig [ver em [1]], e Deus, em Deus 'inferior' e 'superior'. Nos estágios posteriores da doença, a decomposição de Flechsig progride ainda mais. (193.) Um processo de decomposição desse tipo é muito característico da paranóia. A paranóia decompõe, tal como a histeria condensa. Ou antes, a paranóia reduz novamente a seus elementos os produtos das condensações e identificações realizadas no inconsciente. A freqüente repetição do processo de decomposição no caso de Schreber seria, de acordo com Jung, expressão da importância que a pessoa em apreço possuía para ele. Toda essa divisão de Flechsig e Deus em certo número de pessoas possuía assim o mesmo significado que a cisão do perseguidor em Flechsig e Deus. Todas eram duplicações do mesmo importante relacionamento. Mas, a fim de interpretar todos estes pormenores,

temos ainda de chamar atenção para nossa visão da decomposição do perseguidor em Flechsig e Deus como uma reação paranóide a uma identificação previamente estabelecida das duas figuras ou a pertencerem elas à mesma classe. Se o perseguidor Flechsig fora originalmente uma pessoa a quem Schreber amara, então também Deus deveria ser simplesmente o reaparecimento de alguém mais que ele amara, e, provavelmente, alguém de maior importância.

Se acompanharmos essa sequência de pensamento, que parece ser legítima, seremos levados à conclusão de que esta outra pessoa deve ter sido seu pai; isso torna ainda mais claro que Flechsig deve ter representado o irmão, que, esperamos, pode ter sido mais velho que ele próprio. A fantasia feminina, que despertou uma oposição tão violenta no paciente, tinha assim suas raízes num anseio, intensificado até um tom erótico, pelo pai e pelo irmão. Esse sentimento, na medida em que se referia ao irmão, passou, por um processo de transferência, para o médico, Flechsig; e, quando foi devolvido ao pai, chegou-se a uma estabilização do conflito.

Não acharemos que tivemos razão de introduzir assim o pai de Schreber em seus delírios, a menos que a nova hipótese mostre, ela própria, ser de alguma utilidade para compreensão do caso e a elucidação de pormenores dos delírios que ainda são ininteligíveis. Recordar-se-á que o Deus de Schreber e as relações deste com Ele exibiam as características mais curiosas: como apresentavam uma estranha mistura de crítica blasfema e insubordinação amotinada, por um lado, e de devoção reverente, por outro. Deus, segundo ele, sucumbira à influência desencaminhadora de Flechsig: era incapaz de aprender qualquer coisa pela experiência e não compreendia os homens vivos, porque só sabia lidar com cadáveres, e manifestava o Seu poder numa sucessão de milagres que, por espantosos que fossem, eram, todavia, fúteis e ridículos.

Ora, o pai do *Senatspräsident* Dr. Schreber não era pessoa insignificante. Era o Dr. Daniel Gottlob Moritz Schreber, cuja memória é mantida viva até os dias de hoje pelas numerosas Associações Schreber que florescem especialmente na Saxônia; e, além disso, era *médico*. Suas atividades em favor da promoção da criação harmoniosa dos jovens, de assegurar uma coordenação entre a educação no lar e na escola, de introduzir a cultura física e o trabalho manual com vistas a elevar os padrões de saúde, tudo isto exerceu influência duradoura sobre seus contemporâneos. Sua grande reputação como fundador da ginástica terapêutica na Alemanha é ainda comprovada pela ampla circulação de seus *Ärztliche Zimmergymnastik* nos círculos médicos e pelas numerosas edições que teve.

Um pai como esse de maneira alguma seria inadequado para a transfiguração em Deus na lembrança afetuosa do filho de quem tão cedo havia sido separado pela morte. É verdade que não podemos deixar de achar que existe um abismo intransponível entre a personalidade de Deus e a de qualquer ser humano, por eminente que este possa ser, mas devemos lembrar que isto nem sempre foi assim. Os deuses dos povos da antiguidade achavam-se em relacionamento humano mais estreito com eles. Os romanos costumavam deificar seus imperadores mortos, como questão de rotina, e o Imperador Vespasiano, homem sensato e competente, exclamou quando pela primeira vez caiu doente: 'Ai de mim! Parece-me que me estou transformando em Deus!'

Estamos perfeitamente familiarizados com a atitude infantil dos meninos para com o pai; ela se compõe da mesma mistura de submissão reverente e insubordinação amotinada que encontramos na relação de Schreber com o seu Deus, e é o protótipo inequívoco dessa relação, fielmente copiada dela. Mas a circunstância de o pai de Schreber ter sido médico, e médico dos mais eminentes, que sem dúvida foi muito



respeitado por seus pacientes, é que explica as características mais notáveis de seu Deus e aquelas sobre as quais se demora, de maneira tão crítica. Poderia um escárnio mais acerbo ser demonstrado por um médico, do que declarar que ele nada compreende sobre os homens vivos e só sabe lidar com cadáveres? Sem dúvida, constitui atributo essencial de Deus realizar milagres, mas um médico os realiza também; ele efetua curas miraculosas, como seus clientes entusiásticos proclamam. De maneira que, quando vemos que esses próprios milagres (para os quais o material foi fornecido pela hipocondria do paciente) mostram ser incríveis, absurdos e, até certo ponto, positivamente ridículos, lembramo-nos da asserção feita em *A Interpretação de Sonhos*, de que o absurdo nos sonhos expressa ridículo e derrisão. Evidentemente, portanto, ele é utilizado com os mesmos propósitos na paranóia. Com referência a algumas das outras censuras que ele dirige contra Deus, tais como, por exemplo, a de que nada aprendeu pela experiência, é natural supor que constituem exemplos do mecanismo *tu quoque* empregado pelas crianças, que, quando recebem uma reprovação, dirigem-na de volta, inalterada, à pessoa que a originou. Semelhantemente, as vozes dão-nos fundamentos para suspeitar que a acusação de assassinato de alma levantada contra Flechsig foi, desde o início, uma auto-acusação.

Encorajados pela descoberta de que a profissão do pai auxilia a explicar as peculiaridades do Deus de Schreber, aventurar-nos-emos agora a uma interpretação que pode lançar certa luz sobre a extraordinária estrutura desse Ser. O mundo celestial consistia, como sabemos, nos 'domínios anteriores de Deus', também chamados de 'ante-salas do Céu' e que continham as almas dos mortos, e de deus 'inferior' e Deus 'superior' que, juntos, constituíam os 'domínios posteriores de Deus'. (19.) [ver em [1]]. Embora devamos estar preparados para descobrir que existe aqui uma condensação que não poderemos solucionar, todavia vale a pena referir-nos a uma pista que já se acha em nossas mãos. Se os pássaros 'miraculados', que se demonstrou serem moças, foram originalmente ante-salas do Céu [ver em [1]], não poderá acontecer que os domínios *anteriores* de Deus e as ante-salas do Céu devam ser encarados como símbolo do que é feminino, e os domínios *posteriores* de Deus, do que é masculino? Se tivéssemos certeza de que o irmão falecido de Schreber era mais velho que ele, poderíamos supor que a decomposição de Deus em inferior e superior expressava a recordação do paciente de que, após a morte prematura do pai, o irmão mais velho ocupara seu lugar.

Com relação a isso, finalmente, gostaria de chamar a atenção para o tema do *Sol*, o que, através de seus 'raios', veio a ter tanta importância na expressão dos delírios. Schreber mantém uma relação bastante peculiar com o Sol. Este lhe fala em linguagem humana, e assim se lhe revela como um ser humano, ou como o órgão de um ser superior, que está por trás dele. (9.) Somos informados, por um relatório médico, de que, em determinada ocasião, Schreber 'costumava gritar-lhe ameaças e insultos, e positivamente berrar com ele' (382) e gritar-lhe que deveria rastejar para longe e esconder-se. Ele próprio nos conta que o Sol empalidece na sua frente. A maneira pela qual o Sol se encontra ligado a seu destino é demonstrada pelas importantes alterações que aquele experimenta logo que ele sofre mudanças, assim como, por exemplo, durante suas primeiras semanas em Sonnenstein. (135.) Schreber facilita-nos a interpretação deste seu mito solar. Ele identifica o Sol diretamente com Deus, às vezes com o Deus inferior (Arimã), outras com o superior. 'No dia seguinte... vi o Deus superior (Ormuzd), e desta vez não com meus olhos espirituais, mas com os corporais. Era o Sol, mas não o Sol em seu aspecto comum, como é conhecido de todos os homens; era...' (137-8.) Portanto, não é mais que coerente de sua parte tratá-lo do mesmo modo que trata o Próprio Deus.



O Sol, por conseguinte, nada mais é que outro símbolo sublimado do pai, e, salientando isto, devo declinar de toda responsabilidade pela monotonia das soluções fornecidas pela psicanálise. Neste caso, o simbolismo ignora o gênero gramatical, pelo menos no que concerne ao alemão, pois na maioria das outras línguas o Sol é masculino. Seu correspondente neste quadro dos dois pais é a 'Terra Mãe', como é geralmente chamada. Frequentemente deparamos com confirmações dessa afirmação, ao solucionar as fantasias patogênicas dos neuróticos por meio da psicanálise. Não posso fazer mais que simples alusão à relação de tudo isso com os mitos cósmicos. Um de meus pacientes, que perdera o pai muito cedo, estava sempre procurando redescobri-lo no que era grande e sublime na Natureza. Desde que soube disto, pareceu-me provável que o hino de Nietzsche, 'Vor Sonnenaufgang' ('Antes do Amanhecer'), constitua expressão do mesmo anseio. Outro paciente, que se tornou neurótico após a morte do pai, foi acometido da primeira crise de ansiedade e tonturas quando o Sol resplandeceu sobre ele, no momento em que estava trabalhando no jardim com uma pá. Apresentou espontaneamente, como interpretação, o fato de se ter assustado porque o pai o olhara enquanto trabalhava na mãe com um instrumento pontudo. Quando me aventurei a uma suave admoestação, deu ar de maior plausibilidade à sua opinião dizendo que, mesmo em vida do pai, ele o havia comparado ao Sol, ainda que em sentido satírico. Sempre que lhe perguntavam onde seu pai ia passar o verão, respondia nestas sonoras palavras do 'Prólogo no Céu':

Und seine vorgeschrieb'ne ReiseVollendet er mit Donnergang.

O pai, a conselho médico, costumava fazer uma visita anual a Marienbad. A atitude infantil deste paciente para com ele manifestou-se em duas fases sucessivas. Enquanto o pai estava vivo, revelou-se em rebeldia indomável e franca discórdia, mas, imediatamente após sua morte, assumiu a forma de uma neurose baseada em submissão abjeta e obediência tardia para com ele.

Assim, no caso de Schreber, mais uma vez encontramos-nos no terreno familiar do complexo paterno. A luta do paciente com Flechsig revelou-se a ele como um conflito com Deus, e temos portanto de explicá-la como um conflito infantil com o pai que amava; os pormenores desde conflito (sobre o qual nada sabemos) foram o que determinou o conteúdo de seus delírios. Nenhum material que, em outros casos dessa natureza, é revelado pela análise, acha-se ausente no caso atual: todo elemento é sugerido, de uma maneira ou de outra. Em experiência infantil como essa, o pai interfere com a satisfação que a criança está tentando obter; esta é geralmente de caráter auto-erótico, embora, posteriormente, seja amiúde substituída na fantasia por alguma outra satisfação de tipo menos inglorio. No estágio final do delírio de Schreber, vitória magnífica foi alcançada pelo impulso sexual infantil, pois a voluptuosidade tornou-se temente a Deus e o Próprio Deus (o pai) nunca se cansava de exigi-la dele. A ameaça paterna mais temida, a castração, na realidade forneceu o material para sua fantasia de desejo (a princípio combatida mas depois aceita) de ser transformado em mulher. Sua alusão a um delito acobertado pela idéia substituta de 'assassinato de alma' não poderia ser mais transparente. Descobriu-se que o assistente-chefe era idêntico a seu vizinho von W. [Ver a partir de [1].], que, conforme as vozes, havia-o falsamente acusado de masturbação. (108.) As vozes diziam, como se fornecendo fundamentos para a ameaça de castração: 'Pois você deve ser *representado* como sendo dado a excessos voluptuosos.' (127-8.) Finalmente, chegamos ao pensamento forçado (47) a que o paciente se submeteu porque supunha que Deus acreditaria que ele se havia tornado idiota e se afastaria dele se deixasse de pensar por um só momento. [Ver em [1].] Trata-se de reação (com a qual estamos também familiarizados, sob outros aspectos) à

ameaça ou temor de perder a razão por entregar-se a práticas sexuais e, especialmente, à masturbação. Considerando o enorme número de idéias delirantes de natureza hipocondríaca que o paciente desenvolveu, talvez não se deva dar grande importância ao fato de algumas delas coincidirem, palavra por palavra, com os temores hipocondríacos dos masturbadores.

Qualquer um que fosse mais audacioso do que eu em efetuar interpretações, ou estivesse em contato com a família de Schreber e, conseqüentemente, mais familiarizado com a sociedade em que se movimentava e com os pequenos fatos de sua vida, acharia fácil remontar inumeráveis pormenores de seus delírios às fontes e descobrir assim seu significado; e isso apesar da censura a que as *Denkwürdigkeiten* foram submetidas. Sendo como é, porém, devemos necessariamente contentar-nos com este enevoadado esboço do material infantil que foi utilizado pelo distúrbio paranóico ao retratar o conflito atual.

Talvez me seja permitido acrescentar umas poucas palavras, com vistas a estabelecer as causas deste conflito que irrompeu em relação à fantasia feminina de desejo. Como sabemos, quando uma fantasia feminina de desejo aparece, nossa tarefa é associá-la com alguma *frustração*, alguma privação na vida real. Ora, Schreber admite haver sofrido privação deste tipo. Seu casamento, que descreve como feliz, sob outros aspectos, não lhe deu filhos; e, em particular, não lhe trouxe filho homem que poderia tê-lo consolado da perda do pai e do irmão e sobre quem poderia ter drenado suas afeições homossexuais insatisfeitas. Sua linha familiar ameaçava perecer e parece que ele sentia bastante orgulho de seu nascimento e linhagem: 'Tanto os Flechsigs quanto os Schrebers eram membros da "mais alta nobreza do Céu", como diz a expressão. Os Schrebers, em particular, portavam o título de "Margraves da Toscana e Tasmânia"; pois as almas, instigadas por algum tipo de vaidade pessoal, têm o costume de adornar-se com títulos um tanto antissonantes, tomados de empréstimos a este mundo.' (24.) O grande Napoleão obteve divórcio de Josefina (embora somente após graves lutas internas) porque ela não poderia propagar a dinastia. O Dr. Schreber pode ter formado uma fantasia de que, se fosse mulher, trataria o assunto de ter filhos com mais sucesso; e pode ter assim retornado à atitude feminina em relação ao pai que apresentaria nos primeiros anos de sua infância. Se assim fosse, então o delírio de que, por causa de sua emasculação, o mundo se povoaria de 'uma nova raça de homens nascidos no espírito de Schreber' (288) — delírio cuja realização continuamente adiava para um futuro cada vez mais remoto — teria também a intenção de oferecer-lhe uma saída para sua falta de filhos. Se os 'homenzinhos' que o próprio Schreber acha tão enigmáticos fossem crianças, então não teríamos dificuldade em compreender por que se achavam reunidos em tão grande número em sua cabeça (158): eles eram, verdadeiramente, os 'filhos de seu espírito'.

### III - SOBRE O MECANISMO DA PARANÓIA

Estivemos até aqui lidando com o complexo paterno, elemento dominante no caso de Schreber, e com a fantasia de desejos em torno da qual a doença se centralizou. Mas, em tudo isso, nada existe de característico da enfermidade conhecida como paranóia, nada que não possa ser encontrado (e que não tenha sido, em verdade, encontrado) em outros tipos de neuroses. O caráter distintivo da paranóia (ou da dementia paranoides) deve ser procurar alhures, a saber, na forma específica assumida pelos sintomas; e esperamos

descobrir que esta é determinada, não pela natureza dos próprios complexos, mas pelo mecanismo mediante o qual os sintomas são formados ou a repressão é ocasionada. Tenderíamos a dizer que caracteristicamente paranóico na doença foi o fato de o paciente, para repelir uma fantasia de desejo homossexual, ter reagido precisamente com delírios de perseguição desta espécie.

Estas considerações emprestam, portanto, peso adicional à circunstância de que somos, na realidade, levados pela experiência a atribuir às fantasias de desejo homossexuais uma relação íntima (talvez invariável) com essa forma específica de enfermidade. Duvidando de minha própria experiência no assunto, durante os últimos anos reuni-me a meus amigos C.G. Jung, de Zurique, e Sándor Ferenczi, de Budapest, para pesquisar, sob esta única característica, certo número de casos de distúrbio paranóide que tinham estado sob observação. Os pacientes cujas histórias forneceram o material para esta pesquisa incluíam tanto homens quanto mulheres e variavam quanto à raça, ocupação e posição social. Ainda assim, ficamos estupefatos ao descobrir que, em todos esses casos, uma defesa contra o desejo homossexual era claramente identificável no próprio centro do conflito subjacente à moléstia, e que fora numa tentativa de dominar uma corrente inconscientemente reforçada de homossexualismo que todos eles haviam fracassado. Isso certamente não era o que havíamos esperado. A paranóia constitui exatamente um distúrbio no qual a etiologia sexual de maneira alguma é óbvia; longe disso, as características notavelmente relevantes na origem da paranóia, particularmente entre indivíduos do sexo masculino, são as humilhações e desconsiderações sociais. Mas, se nos aprofundarmos apenas um pouco mais no assunto, poderemos perceber que o fator realmente eficaz nessas afrontas sociais reside na parte que nelas desempenham os componentes homossexuais da vida emocional. Enquanto o indivíduo age normalmente e é, por conseguinte, impossível perscrutar as profundezas de sua vida psíquica, podemos duvidar que suas relações emocionais com o próximo na sociedade tenham algo a ver com a sexualidade, concretamente ou em sua gênese. Mas os delírios nunca deixam de revelar estas relações e de remontar os sentimentos sociais às suas raízes num desejo erótico positivamente sensual. Enquanto foi sadio, também o Dr. Schreber, cujos delírios culminaram por uma fantasia de desejo de natureza inequivocamente homossexuais, não havia, segundo afirmam todos, demonstrado quaisquer sinais de homossexualismo no sentido comum da palavra.

Esforçar-me-ei agora (e penso que a tentativa não é desnecessária nem injustificável) por demonstrar que o conhecimento dos processos psicológicos, que graças à psicanálise hoje possuímos, já nos permite compreender o papel desempenhado por um desejo homossexual no desenvolvimento da paranóia. Pesquisas recentes dirigiram nossa atenção para um estágio do desenvolvimento da libido, entre o auto-erotismo e o amor objetual. Este estágio recebeu o nome de narcisismo. O que acontece é o seguinte: chega uma ocasião, no desenvolvimento do indivíduo, em que ele reúne seus instintos sexuais (que até aqui haviam estado empenhados em atividades auto-eróticas), a fim de conseguir um objeto amoroso; e começa por tomar a si próprio, seu próprio corpo, como objeto amoroso, sendo apenas subsequente que passa daí para a escolha de alguma outra pessoa que não ele mesmo, como objeto. Essa fase equidistante entre o auto-erotismo e o amor objetual pode, talvez, ser indispensável normalmente; mas parece que muitas pessoas se demoram por tempo inusitadamente longo nesse estado e que muitas de suas características são por elas transportadas para os estádios posteriores de seu desenvolvimento. De importância principal no eu (*self*) do sujeito assim escolhido como objeto amoroso já podem ser os órgãos genitais. A linha de desenvolvimento,

então, conduz à escolha de um objeto externo com órgãos genitais semelhantes — isto é, a uma escolha objetual homossexual — e daí ao heterossexualismo. As pessoas que se tornam homossexuais manifestas mais tarde, nunca se emanciparam, pode-se presumir, da condição obrigatória de que o objeto de sua escolha deve possuir órgãos genitais como os seus; e, com relação a isto, as teorias sexuais infantis que atribuem o mesmo tipo de órgãos genitais a ambos os sexos exercem muita influência. [Cf. Freud, 1908c.]

Após o estágio de escolha objetual heterossexual ter sido atingido, as tendências homossexuais não são, como se poderia supor, postas de lado ou interrompidas; são simplesmente desviadas de seu objetivo sexual e aplicadas a novas utilizações. Combinam-se agora com partes dos instintos do ego e, como componentes ‘ligados’, ajudam a constituir os instintos sociais, contribuindo assim como um fator erótico para a amizade e a camaradagem, para o *esprit de corps* e o amor à humanidade em geral. Quão grande é a contribuição realmente derivada de fontes eróticas (com o objetivo sexual inibido) dificilmente poder-se-ia adivinhar pelas relações sociais normais da humanidade. Mas não é irrelevante observar que são precisamente os homossexuais manifestos, e entre eles exatamente aqueles que se colocam contra a tolerância quanto a atos sensuais, que se distinguem por participação particularmente ativa nos interesses gerais da humanidade — interesses que por si mesmo se originaram de uma sublimação de instintos eróticos.

Em meus *Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade* [Ver em [1], 1972], expressei a opinião de que cada estágio no desenvolvimento da psicosexualidade fornece uma possibilidade de ‘fixação’, e, assim, de um ponto disposicional. As pessoas que não se libertaram completamente do estágio de narcisismo — que, equivale a dizer, têm nesse ponto uma fixação que pode operar como disposição para uma enfermidade posterior — acham-se expostas ao perigo de que alguma vaga de libido excepcionalmente intensa, não encontrando outro escoadouro, possa conduzir a uma sexualização de seus instintos sociais e desfazer assim as sublimações que haviam alcançado no curso de seu desenvolvimento. Este resultado pode ser produzido por qualquer coisa que faça a libido fluir regressivamente (isto é, que causa uma ‘regressão’): quer, por um lado, a libido se torne colateralmente reforçada, devido a algum desapontamento com uma mulher, ou seja diretamente represada devido a um infortúnio nas relações sociais com outros homens, ambos os casos sendo exemplos de ‘frustração’; quer, por outro lado, haja uma intensificação geral da libido, de maneira que ela se torne poderosa demais para encontrar um escoadouro ao longo dos canais que já lhe estão abertos, e, conseqüentemente, irrompa por suas margens no ponto mais fraco. Visto nossas análises demonstrarem que os paranóicos *se esforçam por proteger-se contra esse tipo de sexualização de suas catexias sociais instintuais*, somos levados a supor que o ponto fraco em seu desenvolvimento deve ser procurado em algum lugar entre os estádios de auto-erotismo, narcisismo e homossexualismo, e que sua disposição à enfermidade (que talvez seja suscetível de definição mais precisa) deve estar localizada nessa região. Uma disposição semelhante teria de ser atribuída aos pacientes que sofrem da demência precoce de Kraepelin ou de (como Bleuler a denominou) *esquizofrenia*; e esperamos, posteriormente, encontrar pistas que nos permitam remontar às diferenças entre os dois distúrbios (com referência tanto à forma que assumem quanto ao curso que seguem) a diferenças correspondentes nas fixações disposicionais dos pacientes.

Assumindo então o ponto de vista de que o que jaz no cerne do conflito, nos casos de paranóia entre indivíduos do sexo masculino, é uma fantasia de desejo homossexual de *amar um homem*, certamente não esqueceremos que a confirmação de hipótese tão importante só pode decorrer da investigação de um grande

número de exemplos de toda espécie de distúrbio paranóide. Temos, portanto, de estar preparados, se preciso for, para limitar nossa assertiva a um único tipo de paranóia. Não obstante, constitui fato notável que as principais formas de paranóia conhecidas podem ser todas representadas como contradições da proposição única ‘*eu* (um homem) o *amo* (um homem)’, e que, na verdade, exaurem todas as maneiras possíveis em que tais contradições poderiam ser formuladas.

A proposição ‘*eu* (um homem) o *amo*’ é contraditada por:

(a) Delírios de *perseguição*, pois eles ruidosamente asseveram:

‘Eu não o *amo* — Eu o *odeio*.’

Esta contradição, que deve ter sido enunciada assim no inconsciente, não pode, contudo, tornar-se consciente para um paranóico sob essa forma. O mecanismo de formação de sintomas na paranóia exige que as percepções internas — sentimentos — sejam substituídas por percepções externas. Conseqüentemente, a proposição ‘*eu* o *odeio*’ transforma-se, por projeção, em outra: ‘*Ele me odeia* (persegue), o que me desculpará por odiá-lo.’ E, assim, o sentimento inconsciente compulsivo surge como se fosse a consequência de uma percepção externa:

‘Eu não o *amo* — eu o *odeio*, porque ELE ME PERSEGUE.’

A observação não deixa lugar para dúvidas de que o perseguidor é alguém que foi outrora amado.

(b) Outro elemento é escolhido para a contradição na *erotomania*, que permanece totalmente ininteligível sob qualquer outro ponto de vista:

‘Eu não o *amo* — eu a *amo*.’

E, em obediência à mesma necessidade de projeção, a proposição é transformada em: ‘Eu noto que *ela* me ama.’

‘Eu não o *amo* — eu a *amo*, porque ELA ME AMA.’

É possível a muitos casos de erotomania dar a impressão de que poderiam ser satisfatoriamente explicados como fixações heterossexuais exageradas ou deformadas, se nossa atenção não fosse atraída pela circunstância de que essas afeições começam invariavelmente não por qualquer percepção interna de amar, mas por uma percepção externa de ser amado. Nessa forma de paranóia, porém, a proposição intermediária ‘*eu a amo*’ também se pode tornar consciente, porque a contradição entre ela e a proposição original não é diametral nem tão irreconciliável como a existente entre amor e ódio; afinal de contas, é possível amar tanto *ela* quanto *e/e*. Assim, pode acontecer que a proposição que foi substituída por projeção (‘*ela me ama*’) abra caminho novamente para a proposição da ‘língua básica’ ‘*eu a amo*’.

(c) A terceira modalidade pela qual a proposição original pode ser contraditada seria por delírios de *ciúme*, que podemos estudar nas formas características sob que aparecem em cada sexo.

(□) Delírios alcoólicos de ciúme. O papel desempenhado pelo álcool nesse distúrbio é, sob todos os aspectos, inteligível. Sabemos que aquela fonte de prazer afasta inibições e desfaz sublimações. Não é raro que o desapontamento com uma mulher leve um homem a beber — mas isso significa, geralmente, que ele recorre ao bar e à companhia de homens, que lhe proporcionam a satisfação emocional que deixou de conseguir de sua mulher em casa. Se então esses homens se tornarem os objetos de uma forte catexia libidinal em seu inconsciente, ele a repelirá com o terceiro tipo de contradição:

‘Não sou *eu* quem ama o homem — *ela* o ama’, e suspeita da mulher em relação a todos os homens a quem ele próprio é incitado a amar.

A deformação por meio da projeção acha-se necessariamente ausente nesse caso, visto que, com a mudança do sujeito que ama, todo o processo é, de qualquer modo, lançado para fora do ego. O fato de a mulher amar os homens constitui matéria de percepção externa para ele, ao passo que os fatos de que ele próprio não ama, mas odeia, ou de que ele mesmo ama, não esta, mas aquela pessoa, são assuntos de percepção interna.

(□) Os delírios de ciúme nas mulheres são exatamente análogos.

‘Não sou *eu* quem ama as mulheres — *ele* as ama.’ A mulher ciumenta suspeita do marido em relação a todas as mulheres por quem ela própria é atraída, devido ao seu homossexualismo e ao efeito disposicional de seu narcisismo excessivo. A influência da época da vida em que sua fixação ocorreu é claramente demonstrada pela seleção dos objetos amorosos que imputa ao marido; são amiúde velhas e inteiramente inapropriadas para uma relação amorosa real — revivescência das babás, criadas e meninas que foram suas amigas na infância, ou das irmãs, que foram suas rivais verdadeiras.

Ora, poder-se-ia supor que uma proposição composta de três termos, tal como ‘*eu o amo*’, só pudesse ser contestada por três maneiras diferentes. Os delírios de ciúme contradizem o sujeito, os delírios de perseguição contradizem o predicado, e a erotomania contradiz o objeto. Na realidade, porém, é possível um quarto tipo de contradição — a saber, aquele que rejeita a proposição como um todo:

‘*Não amo de modo algum — não amo ninguém*’. E visto que, afinal de contas, a libido tem de ir para algum lugar, essa proposição parece ser o equivalente psicológico da proposição: ‘Eu só amo a mim mesmo’. Desta maneira, esse tipo de contradição dar-nos-ia a megalomania, que podemos encarar como uma *supervalorização sexual do ego* e ser assim colocada ao lado da supervalorização do objeto amoroso, com a qual já nos achamos familiarizados.

É de alguma importância, com relação a outras partes da teoria da paranóia, observar que podemos detectar um elemento de megalomania na maioria das outras formas de distúrbio paranóide. É justo presumir que a megalomania é essencialmente de natureza infantil e que, à medida que o desenvolvimento progride, ela é sacrificada às considerações sociais. Do mesmo modo, a megalomania de um indivíduo nunca é tão veementemente abafada como quando ele se acha em poder de um amor irresistível:

Denn wo die Lieb’ erwachet, stirbt  
das Ich, der finstere Despot.

Após este exame do papel inesperadamente importante desempenhado pelas fantasias de desejo homossexuais na paranóia, retornemos aos dois fatores em que esperávamos, desde o princípio, encontrar os sinais característicos da paranóia, a saber, o mecanismo *pelo qual os sintomas são formados* e o mecanismo *pelo qual a repressão é ocasionada* [ver em [1]].

Certamente não temos direito de começar por presumir que estes dois mecanismos são idênticos e que a formação de sintomas segue o mesmo caminho que a repressão, cada qual avançando ao longo dele, talvez, em direção oposta. Tampouco parece haver qualquer grande possibilidade de que tal identidade exista. Não obstante, abster-nos-emos de expressar qualquer opinião sobre o assunto até termos completado nossa pesquisa.



A característica mais notável da formação de sintomas na paranóia é o processo que merece o nome de *projeção*. Uma percepção interna é suprimida e, ao invés, seu conteúdo, após sofrer certo tipo de deformação, ingressa na consciência sob a forma de percepção externa. Nos delírios de perseguição, a deformação consiste numa transformação do afeto; o que deveria ter sido sentido internamente como amor é percebido externamente como ódio. Deveríamos sentir-nos tentados a encarar esse processo notável como o elemento mais importante na paranóia e dela absolutamente patognomônico, se oportunamente não nos lembrássemos de duas coisas. Em primeiro lugar, a projeção não desempenha o mesmo papel em todas as formas de paranóia; e, em segundo, ela faz seu aparecimento não apenas na paranóia mas também sob outras condições psicológicas, e de fato é-lhe concedida participação regular em nossa atitude para com o mundo externo. Pois, quando atribuímos as causas de certas sensações ao mundo externo, ao invés de procurá-las (como fazemos no caso dos outros) dentro de nós mesmos, esse procedimento normal também merece ser chamado de projeção. Cientes de que problemas psicológicos mais gerais acham-se envolvidos na questão da natureza da projeção, decidamos adiar sua investigação (e, com ela, a do mecanismo da formação paranóide de sintomas em geral) para outra ocasião, e passemos agora a considerar que idéias podemos reunir sobre o tema do mecanismo da repressão na paranóia. Gostaria de dizer ao mesmo tempo, para justificar esta renúncia temporária, que descobriremos que a maneira pela qual o processo de repressão ocorre acha-se muito mais intimamente vinculada à história do desenvolvimento da libido e à disposição a que ele dá origem, do que a maneira pela qual os sintomas se formam.

Na psicanálise, acostumamo-nos a encarar os fenômenos patológicos como derivados, de maneira geral, da repressão. Se examinarmos mais de perto o que é chamado de 'repressão', encontraremos razões para dividir o processo em três fases que são facilmente distinguíveis uma da outra, conceptualmente.

(1) A primeira fase consiste na *fixação*, que é a precursora e condição necessária de toda 'repressão'. A fixação pode ser descrita da seguinte maneira: determinado instinto ou componente instintual deixa de acompanhar os demais ao longo do caminho normal previsto de desenvolvimento, e, em consequência desta inibição em seu desenvolvimento, é deixado para trás, num estágio mais infantil. A corrente libidinal em apreço comporta-se então, em relação a estruturas psicológicas posteriores, como se pertencesse ao sistema do inconsciente, como reprimida. Já demonstramos [ver em [1]] que essas fixações instintuais constituem a base para a disposição à enfermidade subsequente, e podemos agora acrescentar que elas constituem, acima de tudo, a base para a determinação do resultado da terceira fase da repressão.

(2) A segunda fase da repressão é a da repressão propriamente dita — fase à qual foi dada, até aqui, a máxima atenção. Provém dos sistemas mais altamente desenvolvidos do ego — sistemas capazes de serem conscientes — e pode, na realidade, ser descrita como um processo de 'pós-repressão'. Aparenta ser um processo essencialmente ativo, ao passo que a fixação parece de fato constituir um retardamento passivo. Podem sofrer repressão que os derivados psíquicos dos instintos retardados originais, quando estes se reforçam e entram assim em conflito com o ego (ou instintos egossintônicos), quer tendências psíquicas que, por outras razões, despertaram uma forte aversão. Mas esta aversão, em si própria, não conduziria à repressão, a menos que alguma vinculação tenha sido estabelecida e entre as tendências indesejáveis que têm de ser reprimidas e aquelas que já o foram. Onde isso acontece, a repulsa exercida pelo sistema consciente e a atração exercida pelo inconsciente tendem na mesma direção, no sentido de ocasionar a repressão. As duas



possibilidades que são aqui isoladamente tratadas podem, talvez, ser menos nitidamente diferenciadas na prática, e a distinção entre elas pode depender simplesmente do maior ou menor grau em que os instintos primariamente reprimidos contribuem para o resultado.

(3) A terceira fase, e a mais importante no que se refere aos fenômenos patológicos, é a do fracasso da repressão, da *irrupção*, do *retorno do reprimido*. Esta irrupção toma seu impulso do ponto de fixação, e implica uma regressão do desenvolvimento libidinal a esse ponto.

Já aludimos [Ver a partir de [1].] à multiplicidade dos pontos possíveis de fixação; existem na realidade, tantos quantos são os estádios no desenvolvimento da libido. Devemos estar preparados para encontrar uma multiplicidade semelhante de mecanismos da repressão propriamente dita e de mecanismos de irrupção (ou de formação de sintomas), e já podemos começar a suspeitar que não será possível remontar todas essas multiplicidades somente à história desenvolvimental da libido.

É fácil perceber que esse exame está começando a invadir o problema da ‘escolha da neurose’, que, contudo, não pode ser abordado até que um trabalho preliminar de outro tipo tenha sido realizado. Mantenhamos em mente, por enquanto, que já tratamos da fixação, e que adiamos o assunto da formação de sintomas; e restrinjamo-nos à questão de saber se a análise do caso de Schreber lança alguma luz sobre o mecanismo da repressão propriamente dita que predomina na paranóia.

No clímax de sua moléstia, sob a influência de visões que eram ‘parcialmente de caráter terrificante, mas em parte, também, de grandeza indescritível’ (73), Schreber convenceu-se da iminência de uma grande catástrofe, do fim do mundo. Vozes disseram-lhe que o trabalho dos 14.000 anos passados viera agora a dar em nada, e que o período de vida concedido à Terra era apenas 212 anos mais (71); durante a última parte de sua estada na clínica de Flechsig, acreditou que esse período já havia passado. Ele próprio era ‘o único homem real deixado vivo’ e as poucas formas humanas que ainda via — o médico, os assistentes, os outros pacientes — explicava-as como ‘miraculadas, homens apressadamente improvisados.’ Ocasionalmente, a corrente inversa de sentimento também aparecia: foi colocado em suas mãos um jornal no qual havia um comunicado de sua própria morte (81); ele próprio existia sob forma secundária, inferior, e sob esta forma secundária, certo dia tranqüilamente faleceu (73). Mas a forma de seu delírio, em que seu ego era mantido e o mundo sacrificado, mostrou ser, de longe, a mais poderosa. Ele tinha várias teorias sobre a causa da catástrofe. Certa ocasião, teve em mente um processo de glaciação devido a retirada do Sol; em outra, seria a destruição por um terremoto, ocorrência na qual ele, com sua capacidade de ‘vidente de espíritos’, deveria representar papel dominante, tal como se alega que outro vidente desempenhou no terremoto de Lisboa de 1755. (91.) Ou, então, Flechsig era o culpado, visto que através de suas artes mágicas semeara o medo e o terror entre os homens, destruíra os fundamentos da religião e disseminara distúrbios nervosos gerais e imoralidades, de modo que pestilências devastadoras se haviam abatido sobre a humanidade. (91.) Em qualquer caso, o fim do mundo era a consequência do conflito que irrompera entre ele Flechsig ou, de acordo com a etiologia adotada na segunda fase de seu delírio, do vínculo indissolúvel que se formara entre ele e Deus; era, na realidade, o resultado inevitável de sua doença. Anos após, quando o Dr. Schreber retornou à sociedade humana, e não podia encontrar os livros, nas partituras musicais ou nos outros artigos de uso cotidiano que lhe caíam mais uma vez nas mãos traço algum que corroborasse sua teoria de que tinha havido um hiato de imensa duração na história da humanidade, ele admitiu que sua opinião não era mais sustentável: ‘Não posso mais evitar reconhecer que,

*considerado externamente*, tudo está como costumava ser. *Se, todavia, não pode ter havido uma profunda mudança interna* é uma questão a que retornarei mais tarde.’ (84-5.) Ele não se podia permitir duvidar que, durante sua moléstia, o mundo havia chegado ao fim e que, apesar de tudo, aquele que agora via diante de si era um mundo diferente.

Uma catástrofe mundial deste tipo não é infreqüente durante o estágio agitado em outros casos de paranóia. Se nos basearmos em nossa teoria da catexia libidinal, e seguirmos a sugestão dada pela visão que Schreber tinha das outras pessoas como ‘homens apressadamente improvisados’, não acharemos difícil explicar estas catástrofes. O paciente retirou das pessoas de seu ambiente, e do mundo externo em geral, a catexia libidinal que até então havia dirigido para elas. Assim, tudo tornou-se indiferente e irrelevante para ele, e tem de ser explicado através de uma racionalização secundária, como ‘miraculado, apressadamente improvisado’. O fim do mundo é a projeção dessa catástrofe interna; seu mundo subjetivo chegou ao fim, desde o retraimento de seu amor por ele.

Após Fausto ter pronunciado as maldições que o liberam do mundo, o coro dos Espíritos canta:

Weh! Weh!

Du hast sie zerstört,

die schöne Welt,

mit mächtiger Faust!

sie stürzt, sie zerfällt!

Ein Halbgott hat sie zerschlagen!

.....

Mächtiger

der Erdensöhne,

Prächtiger

baue sie wieder,

in deinem Busen baue sie auf!

E o paranóico constrói-o de novo, não mais esplêndido, é verdade, mas pelo menos de maneira a poder viver nele mais uma vez. Constrói-o com o trabalho de seus delírios. *A formação delirante, que presumimos ser o produto patológico, é, na realidade, uma tentativa de restabelecimento, um processo de reconstrução.* Tal reconstrução após a catástrofe é bem sucedida em maior ou menor grau, mas nunca inteiramente; nas palavras de Schreber, houve uma ‘profunda mudança interna’ no mundo. Mas o indivíduo humano recapturou uma relação, e freqüentemente uma relação muito intensa, com as pessoas e as coisas do mundo, ainda que esta seja agora hostil, onde anteriormente fora esperançosamente afetuosa. Podemos dizer, então, que o processo da repressão propriamente dita consiste num desligamento da libido em relação às pessoas — e coisas — que foram anteriormente amadas. Acontece silenciosamente; dele não recebemos informações, só podemos inferi-lo dos acontecimentos subseqüentes. O que se impõe tão ruidosamente à nossa atenção é o processo de restabelecimento, que desfaz o trabalho da repressão e traz de volta novamente a libido para as pessoas que ela havia abandonado. Na paranóia, este processo é efetuado pelo método da projeção. Foi incorreto dizer que a percepção suprimida internamente é projetada para o exterior; a verdade é, pelo contrário, como agora

percebemos, que aquilo que foi internamente abolido retorna desde fora. O exame completo do processo de projeção, que adiamos para outra ocasião, esclarecerá as dúvidas remanescentes sobre o assunto.

Entretanto, contudo, constitui fonte de alguma satisfação descobrir que o conhecimento que acabamos de adquirir nos envolve em várias argumentações adicionais.

(1) Nossa primeira reflexão revelar-nos-á que não é possível que esse desligamento da libido ocorra exclusivamente na paranóia; tampouco pode acontecer que, em outra parte que ocorra, tenha as mesmas conseqüências desastrosas. É bem possível que um desligamento da libido seja o mecanismo essencial e regular de toda repressão. Não podemos ter conhecimento positivo sobre esse ponto até que as outras perturbações que se baseavam na repressão tenham sido similarmente examinadas. Mas é certo que, na vida mental normal (e não apenas em períodos de luto), estamos constantemente desligando nossa libido, desta maneira, de pessoas ou de outros objetos, sem cairmos enfermos. Quando Fausto se libertou do mundo pela enunciação de suas maldições, o resultado não foi uma paranóia ou qualquer outra neurose, mas simplesmente uma exata estrutura geral da mente. Por conseguinte, o desligamento da libido não pode, em si próprio, ser o fator patogênico na paranóia; tem de haver alguma característica especial que distinga o desligamento paranóico da libido dos outros tipos. Não é difícil sugerir qual possa ser essa característica. Que emprego se faz da libido após ela ter sido liberada pelo processo de desligamento? Uma pessoa normal começará imediatamente a procurar um substituto para a ligação perdida e, até que esse substituto seja encontrado, a libido liberada será mantida em suspenso dentro da mente, e aí dará origem a tensões e alterará o seu humor. Na histeria, a libido liberada transforma-se em inervações somáticas ou em ansiedade. Na paranóia, porém, a evidência clínica vai demonstrar que a libido, após ter sido retirada do objeto, é utilizada de modo especial. Recordar-se-á [ver em [1]] que a maioria dos casos de paranóia exibe traços de megalomania, e que a megalomania pode, por si mesma, constituir uma paranóia. Disto pode-se concluir que, na paranóia, a libido liberada vincula-se ao ego e é utilizada para o engrandecimento deste. Faz-se assim um retorno ao estágio do narcisismo (que reconhecemos como estágio do desenvolvimento da libido), no qual o único objeto sexual de uma pessoa é seu próprio ego. Com base nesta evidência clínica, podemos supor que os paranóicos trouxeram consigo uma *fixação no estágio do narcisismo*, e podemos asseverar que a extensão do *retrocesso do homossexualismo sublimado para o narcisismo* constitui medida da quantidade de regressão característica da paranóia.

(2) Objeção igualmente plausível pode-se basear na história clínica de Schreber, bem como em muitas outras. Pois pode-se alegar que os delírios de perseguição (que eram dirigidos contra Flechsig) inquestionavelmente surgiram em data anterior à da fantasia de fim do mundo; de maneira que o que se supõe ter sido um retorno do reprimido, realmente precedeu a própria repressão ... o que é absurdo patente. A fim de enfrentar esta objeção, temos de abandonar o campo elevado da generalização e descer à consideração pormenorizada das circunstâncias concretas, que são, indubitavelmente, muitíssimo mais complicadas. Temos de admitir a possibilidade de que um desligamento da libido como o que estamos examinando pudesse ser tanto parcial — um recuo a partir de algum complexo isolado — quanto geral. Um desligamento parcial seria, de longe, o mais comum dos dois, e deveria preceder o geral, visto que, inicialmente, é apenas para o desligamento parcial que as influências da vida fornecem motivo. O processo pode então interromper-se no

estádio de um desligamento parcial ou pode estender-se ao geral, que em alta voz proclamará sua presença nos sintomas da megalomania. Dessa maneira, o desligamento da libido em relação à figura de Flechsig pode, não obstante, ter constituído o elementar no caso de Schreber; foi imediatamente seguido pelo aparecimento do delírio, que trouxe a libido de volta novamente para Flechsig (embora com sinal negativo, para assinalar o fato de que a repressão se efetudara) e anulou assim o trabalho da repressão. E então a batalha da repressão irrompe de novo, mas desta vez com armas mais poderosas. Na proporção em que o objeto de disputa se tornou a coisa mais importante do mundo externo, tentando, por um lado, arrastar a totalidade da libido para si, e, por outro, mobilizando todas as resistências contra si, assim também a luta que se trava em torno desse objeto único tornou-se cada vez mais comparável a um conflito geral; até que, por fim, uma vitória para as forças da repressão expressou-se na convicção de que o mundo chegara ao fim e de que somente o eu (*self*) sobrevivia. Se passarmos em revista as engenhosas construções erigidas pelo delírio de Schreber no campo da religião — a hierarquia de Deus, as almas provadas, as antes-salas do Céu, o Deus inferior e o superior — podemos avaliar, retrospectivamente, a quantidade de sublimações transformadas em ruínas pela catástrofe do desligamento geral da libido.

(3) Uma terceira consideração que surge das opiniões desenvolvidas nestas páginas é a seguinte: devemos supor que um desligamento geral da libido do mundo externo constitua agente eficaz o bastante para explicar o ‘fim do mundo’? Ou as catexias pelo ego ainda efetivas não teriam sido suficientes para manter *rapport*— com o mundo externo? Para enfrentar esta dificuldade, teríamos ou de presumir que aquilo que chamamos de catexia libidinal (isto é, um interesse que emana de fontes eróticas) coincide com o interesse em geral, ou de considerar a possibilidade de que um distúrbio muito disseminado na distribuição da libido possa ocasionar perturbação correspondente nas catexias pelo ego. Mas estes são problemas que ainda nos achamos inteiramente impotentes e incompetentes para resolver. Seria diferente se pudéssemos partir de alguma teoria bem fundamentada dos instintos, mas, na realidade, nada disso possuímos à nossa disposição. Consideramos o instinto como sendo o conceito sobre a fronteira entre o simático e o mental, e vemos nele o representante psíquico de forças orgânicas. Ademais, aceitamos a distinção popular entre instintos do ego e instinto sexual, pois tal distinção parece concordar com a concepção biológica de que o indivíduo possui dupla orientação, visando, por um lado, à autopreservação e, por outro, à preservação das espécies. Além disso, porém, existem apenas hipóteses, que encampamos — e estamos inteiramente prontos a abandonar de novo — para que nos ajudassem a encontrar orientação no caso dos processos mais obscuros da mente. O que esperamos das investigações psicanalíticas dos processos patológicos mentais é exatamente que nos levem a algumas conclusões sobre questões vinculadas à teoria dos instintos. Estas investigações, contudo, acham-se no começo, e são realizadas apenas por pesquisadores isolados, de maneira que as esperanças que nelas depositamos devem ainda permanecer irrealizadas. Não podemos mais pôr de lado a possibilidade de que distúrbios da libido reajam sobre as catexias pelo ego. Na verdade, é provável que processos deste tipo constituam a característica instintiva das psicoses. O quanto de tudo isso se pode aplicar à paranóia é impossível dizer presentemente. Existe uma consideração, contudo, que gostaria de acentuar. Não se pode asseverar que um paranóico, mesmo no auge da repressão, retire completamente seu interesse do mundo externo — como se julga ocorrer em alguns outros tipos de psicose alucinatória (tais como a amênia de Meynert). O paranóico

percebe o mundo externo e leva em consideração quaisquer alterações que nele possam acontecer, e o efeito que aquele lhe causa estimula-o a inventar teorias explanatórias (tais como os 'homens apressadamente improvisados', de Schreber). Parece-me, portanto, muito mais provável que a relação alterada do paranóico com o mundo deva ser explicada inteira ou principalmente pela perda de seu interesse libidinal.

(4) É impossível evitar perguntar, em vista da estreita vinculação entre os dois distúrbios, até onde esta concepção de paranóia afetará a nossa concepção de demência precoce. Sou de opinião que Kraepelin estava inteiramente justificado em tomar a medida de separar grande parte do que até então havia sido chamado de paranóia e fundi-la, junto com a catatonía e certas outras formas de doença, numa nova entidade clínica — embora 'demência precoce' fosse um nome particularmente infeliz de se escolher para ela. A designação escolhida por Bleuler para o mesmo grupo de formas — 'esquizofrenia' — acha-se também exposta à objeção, de que o nome parece apropriado contanto que esqueçamos seu significado literal, pois, de outro modo, ele cria prevenção contra o assunto, visto basear-se numa característica da moléstia postulada teoricamente — característica, além disso, que não pertence exclusivamente a essa doença, e que, à luz de outras considerações, não pode ser encarada como sendo a essencial. Em geral, contudo, não são de muito grande importância as denominações, que damos aos quadros clínicos. O que me parece mais essencial é que a paranóia deve ser mantida com um tipo clínico independente, por mais freqüentemente que o quadro que ofereça possa ser complicado pela presença de características esquizofrênicas. Do ponto de vista da teoria da libido, embora se assemelhe à demência precoce na medida em que a repressão propriamente dita em ambas as moléstias teria o mesmo aspecto principal — desligamento da libido, juntamente com sua regressão para o ego —, ela se distinguiria da demência precoce por ter sua fixação disposicional diferentemente localizada e por possuir um mecanismo diverso para o retorno do reprimido (isto é, para a formação de sintomas). Parecer-me-ia plano mais conveniente dar à demência precoce o nome de *parafrenia*. Este termo não possui conotação especial e serviria para indicar um relacionamento com a paranóia (nome que não pode ser modificado) e, além disso, lembraria a hebefrenia, entidade que hoje se acha fundida com a demência precoce. É verdade que o nome já foi proposto para outros fins, mas isto não precisa nos preocupar, visto que as aplicações alternativas ainda não passaram para uso geral.

Abraham muito convincentemente demonstrou que o afastamento da libido do mundo externo é uma característica particular e claramente marcada da demência precoce. Desta característica inferimos que a repressão é efetuada por meio do desligamento da libido. Aqui, mais uma vez, podemos considerar a fase de alucinações violentas como uma luta entre a repressão e uma tentativa de restabelecimento, por devolver a libido novamente a seus objetos. [Cf. em [1]]. Jung, com extraordinário acume analítico, percebeu que os delírios (*delíria*) e estereótipos motores que ocorrem nessa perturbação são os resíduos de antigas catexias objetais, que se apegam com grande persistência. Essa tentativa de restabelecimento, que os observadores equivocadamente tomam pela própria doença, não faz uso da projeção, como na paranóia, mas emprega um mecanismo alucinatório (histérico). Este é um dos principais aspectos em que a demência precoce difere da paranóia e esta diferença pode ser geneticamente explicada a partir de outro ângulo. A segunda diferença é demonstrada pelo resultado da doença naqueles casos em que o processo não permaneceu demasiadamente restrito. O prognóstico, em geral, é mais desfavorável do que na paranóia. A vitória fica com a reconstrução. A regressão estende-se não simplesmente ao narcisismo (manifestando-se sob a forma de megalomania), mas a

um completo abandono do amor objetal e um retorno ao auto-erotismo infantil. A fixação disposicional deve, portanto, achar-se situada mais atrás do que na paranóia, e residir em algum lugar no início do curso do desenvolvimento entre o auto-erotismo e o amor objetal. Além disso, não é de modo algum provável que impulsos homossexuais, tão freqüentemente — talvez invariavelmente — encontrados na paranóia, desempenham papel igualmente importante na etiologia dessa enfermidade muito mais abrangente, a demência precoce.

Nossas hipóteses quanto às fixações disposicionais na paranóia e na parafrenia tornam fácil perceber que um caso pode começar por sintomas paranóides e, apesar disso, transformar-se em demência precoce, e que fenômenos paranóides e esquizofrênicos podem achar-se combinados em qualquer proporção. E podemos compreender como um quadro clínico como o de Schreber pode ocorrer, e merecer o nome de demência paranóide, a partir do fato de que, na produção de uma fantasia de desejo e de alucinações, ele apresenta traços parafrênicos, enquanto que, na causa ativadora, no emprego do mecanismo da projeção, e no desfecho, exibe um caráter paranóide. Porque é possível que diversas fixações sejam abandonadas no curso do desenvolvimento, e cada uma delas, sucessivamente, pode permitir uma irrupção da libido que havia sido impelida para fora — começando talvez com as últimas fixações adquiridas, e passando, à medida que a moléstia se desenvolve, às originais, que se acham mais perto do ponto de partida. Gostaríamos de saber a que condições o resultado relativamente favorável do presente caso se deve; pois não podemos de bom grado atribuir toda a responsabilidade pelo desfecho a algo tão casual quanto a ‘melhora devido à mudança de domicílio’, que se estabeleceu após a remoção do paciente da clínica de Flechsig. Mas nosso conhecimento insuficiente das circunstâncias íntimas da história clínica torna impossível fornecer resposta a essa interessante questão. Pode-se suspeitar, contudo, que aquilo que capacitou Schreber a reconciliar-se com sua fantasia homossexual, e possibilitou à sua moléstia terminar em algo que se aproxima de um restabelecimento, pode ter sido o fato de que seu complexo paterno se achava, principalmente, afinado de maneira positiva, e que, na vida real, os anos finais de seu relacionamento com um pai excelente provavelmente não foram tempestuosos.

Visto não temer a crítica dos outros nem esquivar-me de criticar a mim próprio, não tenho motivos para evitar a menção de uma semelhança que tem possibilidade de prejudicar nossa teoria da libido na opinião de muitos de meus leitores. Os ‘raios de Deus’ de Schreber, que se constituíam de uma condensação de raios de Sol, fibras nervosas e espermatozóides [ver em [1]], nada mais são, na realidade, que uma representação concreta e uma projeção para o exterior de catexias libidinais, e emprestam assim a seus delírios uma conformidade marcante com nossa teoria. A crença de que o mundo deveria acabar porque seu ego estava atraindo todos os raios para si, a preocupação ansiosa num período posterior, durante o processo de reconstrução, de que Deus rompesse Sua vinculação de raios com ele — esses e muitos outros pormenores da estrutura delirante de Schreber soam quase como percepções endo-psíquicas dos processos cuja existência presumi nestas páginas, como base de nossa explicação da paranóia. Posso, não obstante, invocar um amigo e colega especialista para testemunhar que desenvolvi minha teoria da paranóia antes de me familiarizar com o conteúdo do livro de Schreber. Compete ao futuro decidir se existe mais delírio em minha teoria do que eu gostaria de admitir, ou se há mais verdade no delírio de Schreber do que outras pessoas estão, por enquanto, preparadas para acreditar.



Por fim, não posso concluir o presente trabalho — que, mais uma vez, constitui apenas fragmento de um todo maior — sem prenunciar as duas teses principais no sentido de cujo estabelecimento a teoria da libido das neuroses e das psicoses está avançando: a saber, que as neuroses surgem, principalmente, de um conflito entre o ego e o instinto sexual, e que as formas que elas assumem guardam a marca do curso do desenvolvimento seguido pela libido — e pelo ego.

### PÓS-ESCRITO (1912 [1911])

Ao lidar com a história clínica do *Senatspräsident* Schreber, propositadamente restringi-me a um mínimo de interpretação; e sinto-me confiante de que todo leitor com um conhecimento de psicanálise terá aprendido, a partir do material que apresentei, mais do que foi explicitamente afirmado por mim, e que não terá encontrado dificuldade em juntar mais os fios e em chegar a conclusões que apenas insinuei. Por um feliz acaso, o mesmo número da revista em que meu próprio artigo apareceu mostrou que a atenção de alguns outros colaboradores fora dirigida para a autobiografia de Schreber e tornou fácil adivinhar quanto material mais resta a ser coletado do conteúdo simbólico das fantasias e delírios desse talentoso paranóico.

Desde que publiquei meu trabalho sobre Schreber, uma aquisição fortuita de conhecimento colocou-me em posição de apreciar mais adequadamente uma de suas crenças delirantes e de reconhecer a riqueza de sua relação com a *mitologia*. Mencionei em [1] a estranha relação do paciente com o Sol e fui levado a explicar este último como um ‘símbolo paterno’ sublimado. O Sol costumava falar-lhe em linguagem humana e assim se revelou a ele como ser vivo. Schreber tinha o hábito de vituperá-lo e de gritar-lhe ameaças; declara, além disso, que quando se detinha a encará-lo e falava alto, seus raios empalideciam perante ele. Após seu ‘restabelecimento’, gaba-se de poder olhá-lo fixamente sem qualquer dificuldade e sem ficar mais que ligeiramente ofuscado, coisa que, naturalmente, ter-lhe-ia sido impossível previamente.

É a este privilégio delirante de ser capaz de olhar fixamente o Sol sem ficar ofuscado que o interesse mitológico se prende. Lemos em Reinach que os autores de histórias naturais da antigüidade atribuíam esse poder somente à águia, que, como moradora das mais altas regiões do ar, era colocada em relação especialmente íntima com os céus, com o Sol e com o relâmpago. Aprendemos das mesmas fontes, ademais, que a águia submete seus filhotes a um teste, antes de reconhecê-los como sua descendência legítima: a menos que consigam olhar para o Sol sem piscar, são arrojados para fora do ninho.

Não pode haver dúvida sobre o significado deste mito animal. É certo que ele está simplesmente atribuindo a animais algo que constitui costume sagrado entre os homens. O processo usado pela águia com seus filhotes é um *ordálio*, teste de linhagem, tal como é transmitido das mais diversas raças da antigüidade. Assim, os celtas, que viviam nas margens do Reno, costumavam confiar seus bebês recém-nascidos às águas do rio, a fim de determinar se eles eram verdadeiramente do seu próprio sangue. O clã dos psilos, que habitavam o que hoje é Trípoli, gabava-se de serem descendentes de serpentes e costumavam expor os filhos ao contato destas; aqueles que eram filhos verdadeiramente nascidos do clã não eram picados ou restabeleciam-se rapidamente dos efeitos da picada. A suposição subjacente a esses testes conduz-nos profundamente aos hábitos *totêmicos* de pensamento dos povos primitivos. O totem — um animal, ou uma força natural, animisticamente concebido, ao qual a tribo remonta sua origem — poupa os membros da tribo como

sendo seus próprios filhos, tal como ele próprio é por estes honrado como ancestral e por eles poupado. Chegamos aqui à consideração de assuntos que, segundo me parece, podem tornar possível chegar-se a uma explicação psicanalítica das origens da religião.

A águia, pois, que faz os filhotes olharem para o Sol e deles exige que não sejam ofuscados por sua luz, comporta-se como se ela própria fosse descendente do Sol e estivesse submetendo os filhos a um teste de linhagem. E quando Schreber se gaba de poder olhar para o Sol ileso e não ofuscado, redescobriu o método mitológico de expressar sua relação filial com o Sol, e mais uma vez confirmou nossa opinião de que o Sol é um símbolo do pai. Recordar-se-á que, durante sua enfermidade, Schreber deu livre expressão ao seu orgulho familiar, e que descobrimos no fato de sua falta de filhos um motivo humano para ele ter caído enfermo com uma fantasia feminina dedesejo [ver em [1]]. Assim, a vinculação entre seu privilégio delirante e a origem de sua moléstia se torna evidente.

Este breve pós-escrito à minha análise de um paciente paranóide pode servir para demonstrar que Jung tinha excelentes fundamentos para sua asserção de que as forças criadoras de mitos da humanidade não se acham extintas, mas que, até o dia de hoje, originam nas neuroses os mesmos produtos psíquicos que originaram nas mais remotas eras passadas. Gostaria de retomar uma sugestão que eu próprio fiz há algum tempo, e acrescentar que a mesma é válida para as forças que constroem as religiões. E sou de opinião que em breve chegará a hora propícia para efetuarmos a ampliação de uma tese que há muito tempo foi sustentada por psicanalistas, e completar o que até aqui teve apenas aplicação individual e ontogenética acrescentando-lhe o correspondente antropológico, que deve ser concebido filogeneticamente. ‘Nos sonhos e nas neuroses’, assim dizia nossa tese, ‘deparamos mais uma vez com a *criança* e as peculiaridades que caracterizam suas modalidades de pensamento e sua vida emocional.’ ‘E deparamos também com o *selvagem*’, podemos agora acrescentar, ‘com o homem *primitivo*, tal como se nos revela à luz das pesquisas da arqueologia e da etnologia.’

## ARTIGOS SOBRE TÉCNICA (1911-1915 [1914])

### INTRODUÇÃO DO EDITOR INGLÊS

Em sua contribuição a *Estudos sobre a Histeria* (1895d), Freud forneceu um relato muito completo do procedimento psicanalítico que havia desenvolvido com base nas descobertas de Breuer. Este pode ser descrito como a técnica de ‘pressão’ e ainda incluía consideráveis elementos de sugestão, embora estivesse avançando rapidamente no sentido daquele que cedo ele deveria chamar de método ‘psicanalítico’. Um exame da relação dos escritos técnicos de Freud, publicada adiante (ver em [1]), mostrará que, depois desse, a não ser por duas descrições muito superficiais datadas de 1903 e 1904, ele não publicou nenhuma descrição geral de sua técnica por mais de 15 anos. O pouco que sabemos de seus métodos durante este período tem de ser inferido principalmente de observações ocasionais — por exemplo, em *A interpretação de Sonhos* (1900a) — e mais particularmente do que é revelado em suas três principais histórias clínicas do período, ‘Dora’ (1905e [1901]), ‘Little Hans’ (1909b) e o “Rat Man” (1909d). (As duas últimas, incidentalmente, muito próximo do final deste período de relativo silêncio.) Informa-nos o Dr. Ernest Jones (1955, 258 e segs.) que já em 1908 Freud alimentava a idéia de escrever uma *Allgemeine Technik der Psychoanalyse* (*Exposição Geral da Técnica Psicanalítica*). Deveria ter cerca de 50 páginas, e 36 destas já haviam sido escritas ao final do ano. Neste ponto, porém, houve uma interrupção, e ele decidiu adiar-lhe o término para as férias de verão de 1909. Quando estas chegaram, porém, havia o artigo do ‘Rat Man’ para completar e a visita aos Estados Unidos a preparar, e o trabalho sobre técnica foi mais uma vez deixado de lado. Não obstante, durante esse mesmo verão, Freud disse ao dr. Jones que estava planejando ‘um pequeno memorando sobre máximas e normas de técnicas’, que deveria ser distribuído privadamente apenas entre os seus mais chegados seguidores. Daí em diante, nada mais se ouviu sobre o assunto até o artigo sobre ‘As Perspectivas Futuras da Psicanálise’, lido por ele no final de março do ano seguinte para o Congresso de Nuremberg (1910d). Nesse trabalho, que aflorava a questão da técnica, anunciou Freud que pretendia, ‘em futuro próximo’, produzir uma *Allgemeine Methodik der Psychoanalyse* (*Metodologia Geral da Psicanálise*), presumivelmente um trabalho sistemático sobre técnica (Ver em [1], 1970). Mais uma vez, porém, a não ser pelo comentário crítico sobre análise ‘silvestre’ escrito alguns meses mais tarde (1910k), houve um atraso de mais de 18 meses, e foi somente em fins de 1911 que o trabalho foi iniciado, com a publicação dos seis artigos seguintes.

Os quatro princípios deles foram publicados em sucessão bastante rápida durante os 15 meses seguintes (entre dezembro de 1911 e março de 1913). Houve então outra pausa e os dois últimos trabalhos da série apareceram em novembro de 1914 e janeiro de 1915. Estes dois, porém, foram na realidade terminados por volta do final de julho de 1914, exatamente antes da deflagração da Primeira Guerra Mundial. Embora os seis artigos se achassem assim espalhados por cerca de dois anos e meio. Freud parece tê-los considerado

como formando uma série, como se verá pela nota de rodapé ao quarto artigo (Ver em [1]) e pelo fato de os últimos quatro originalmente partilharem um título comum; além disso, reimprimiu-os juntos em sua quarta compilação de artigos breves, em 1918, sob o título 'Zur Technik der Psychoanalyse' ('Sobre a Técnica da Psicanálise'). Portanto, achamos correto, neste caso, desprezar a cronologia e incluir a série inteira no presente volume.

Embora estes seis artigos abranjam grande número de temas importantes, dificilmente podem ser descritos como mais exposição sistemática da técnica psicanalítica. Representam, no entanto, a abordagem mais aproximada de Freud sobre uma exposição desse tipo, pois, nos vinte anos que se seguiram à sua publicação, ele não efetuou mais que um par de contribuições mais explícitas ao assunto: um exame dos métodos 'ativos' de tratamento, em seu artigo para o congresso de Budapest (1919a [1918]), e alguns títulos de conselhos práticos sobre interpretação de sonhos (1923c). Fora estes, temos de nos apoiar principalmente, como antes, no material incidental das histórias clínicas, em particular na análise do 'Wolf Man' (1918b [1914]), mais ou menos contemporânea dos presentes artigos. Além disso, há, naturalmente, o longo enunciado dos princípios que fundamentam a terapia psicanalítica nas Conferências XXVII e XXVIII de suas *Conferências Introdutórias* (1916-17), embora dificilmente possa ser encarado como contribuição direta às questões de técnica. Na verdade, foi somente no fim da vida, em 1937, que mais uma vez ele retornou a esse tópico, em dois importantes artigos de natureza explicitamente técnica (1937c e 1937d).

A relativa escassez de trabalhos de Freud sobre técnica, bem como suas hesitações e demoras para produzi-los, sugere que havia de sua parte um sentimento de relutância em publicar esse tipo de material. E na verdade parece ter sido este o caso, por vários motivos. Antipatizava certamente com a idéia de pacientes futuros virem a conhecer demais sobre os pormenores de sua técnica, e dava-se conta de que estes escrutinariam avidamente tudo aquilo que escrevesse sobre o assunto. (Este sentimento é exemplificado por sua proposta, mencionada acima, de restringir a circulação do trabalho sobre técnica a número limitado de analistas.) Independentemente disso, porém, ele era altamente cético quanto ao valor, para principiantes, do que se poderia descrever como 'Manuais para Jovens Analistas'. É somente no terceiro e no quarto artigos desta série que algo semelhante pode ser encontrado. Isto se deveu em parte, como nos diz no artigo 'Sobre o Início do Tratamento', ao fato de os fatores psicológicos envolvidos (inclusive a personalidade do analista) serem complexos e variáveis demais para tornar possíveis regras rígidas e firmes. Tais regras só poderiam ter valor se suas razões fossem apropriadamente compreendidas e digeridas; e, de fato, grande parte destes trabalhos é dedicada a uma exposição do mecanismo da terapia psicanalítica e, na verdade, da psicoterapia em geral. Uma vez apreendido este mecanismo, tornava-se possível explicar as reações do paciente (e do analista) e formar opinião sobre os prováveis efeitos e méritos de qualquer artifício técnico específico.

Depois de todos os seus estudos sobre técnica, contudo, Freud nunca deixou de insistir que um domínio apropriado do assunto só poderia ser adquirido pela experiência clínica e não pelos livros. Experiência clínica com pacientes, sem dúvida, mas, acima de tudo, experiência clínica oriunda da própria análise do analista. Esta, como Freud cada vez mais se convenceu, constituía a necessidade fundamental de todo psicanalista militante. Apresentou a idéia de forma bastante experimental a princípio, tal como, por exemplo, em 'As Perspectivas Futuras da Terapêutica Psicanalítica' (1910d), ver em [1], 1970; expressou-a mais definitivamente num trabalho da presente série (Ver a partir de [2].); e, num de seus últimos trabalhos, 'Análise

Terminável e Interminável' (1937c), estabelece que todo analista deveria, periodicamente, talvez a cada cinco anos, reingressar em análise. Os artigos sobre técnica que se seguem têm obviamente de ser lidos sob a impressão constante desta condição orientadora.

Finalmente, pode-se observar que, na presente série de artigos, Freud não faz referência à questão de se a posse de uma qualificação médica constitui atributo não menos necessário a todo psicanalista. Nestes trabalhos, parece ser tomado como evidente que o analista será um médico e ele é assim chamado com muito mais freqüência que o caso contrário: a palavra 'Arzt' — 'médico' ou 'doutor' — encontra-se em toda parte. A primeira publicação de Freud a abordar o possível surgimento de psicanalistas não-médicos foi, de fato, contemporânea do último destes trabalhos e será encontrada adiante (Ver a partir de [1].), em sua introdução a um livro de autoria de Pfister. Seus principais estudos sobre o assunto vieram muito mais tarde na *brochure* sobre análise leiga (1926e) e no pós-escrito a esta (1927a). Pode-se conjecturar que, se houvesse escrito os presentes artigos em fase posterior de sua carreira, a palavra 'Arzt' teria ocorrido com menos freqüência. Na verdade, nos dois últimos trabalhos sobre técnica (1937c e 1937d), ela não aparece de modo algum; é substituída, em toda a parte, por 'Analytiker' — 'analista'.

## O MANEJO DA INTERPRETAÇÃO DE SONHOS NA PSICANÁLISE (1911)

### NOTA DO EDITOR INGLÊS

#### DIE HANDHABUNG DER TRAUMDEUTUNG IN DER PSYCOANALYSE

##### (a) EDIÇÕES ALEMÃS:

1911 Zbl. Psychoan., 2, (3), 109-13.

1918 S. K. S. N., 4, 378-85 (1922, 2ª ed.)

1924 Technik un Metapsychol., 45-52.

1925 G. S., 6, 45-52.

1931 Neurosenlehre und Technik, 321-8.

1943 G. W., 8, 350-7.

##### (b) TRADUÇÃO INGLESA:

'The Employment of Dream-Interpretation in Psycho-Analysis'

1924 C. P., 2, 305-11. (Trad. de Joan Riviere.)

A presente tradução inglesa é versão modificada, com o título ligeiramente alterado, da publicada em 1924.

O artigo foi publicado pela primeira vez em dezembro de 1911. Seu tópico, como o título indica, é restrito: relaciona-se aos sonhos apenas como aparecem numa análise terapêutica. Outras constituições ao mesmo assunto serão encontradas nas Seções I a VIII de 'Considerações sobre a Teoria da Interpretação de Sonhos' (1923c).

### O MANEJO DA INTERPRETAÇÃO DE SONHOS NA PSICANÁLISE

A *Zentralblatt für Psychoanalyse* não foi planejada apenas para manter os leitores informados dos progressos efetuados no conhecimento psicanalítico, e para publicar contribuições ao assunto relativamente breves; visa também a realizar as tarefas adicionais de apresentar ao estudioso um esboço claro do que já é conhecido e de economizar tempo e esforços dos principiantes na prática analítica, oferecendo-lhes instruções apropriadas. Doravante, portanto, artigos de natureza didática e sobre assuntos técnicos, não necessariamente contendo matéria nova, aparecerão também neste periódico.



A questão de que pretendo agora tratar não é a da técnica de interpretação de sonhos: nem os métodos pelos quais os sonhos devem ser interpretados nem o emprego de tais interpretações, quando efetuadas, serão considerados, mas apenas a maneira pela qual o analista deve utilizar a arte da interpretação de sonhos no tratamento psicanalítico dos pacientes. Existem indubitavelmente maneiras diferentes de trabalhar no assunto, mas por outro lado a resposta a questões de técnica em análise nunca é coisa rotineira. Embora haja talvez mais de um bom caminho a seguir, existem ainda muitíssimos maus, e uma comparação entre os diversos métodos não deixa de ser esclarecedora, mesmo que não conduza a uma decisão em favor de algum especificamente.

Quem passar da interpretação de sonhos para a clínica analítica conservará o interesse no conteúdo dos sonhos, e tenderá a interpretar tão completamente quanto possível cada sonho relatado pelo paciente. Mas cedo observará que está trabalhando agora sob condições inteiramente diversas e que, se tentar levar a cabo sua intenção, entrará em choque com as tarefas mais imediatas do tratamento. Mesmo que o primeiro sonho de uma paciente se mostre admiravelmente adequado para a introdução das primeiras explicações, outros sonhos prontamente aparecerão, tão longos e obscuros, que seu significado completo não poderá ser extraído no limitado período de um dia de trabalho. Se o médico continuar o trabalho de interpretação durante os dias posteriores, produzir-se-ão, nesse meio tempo, novos sonhos que terão de ser postos de lado, até que ele possa considerar o primeiro sonho como finalmente solucionado. A produção de sonhos é às vezes tão copiosa, e o progresso do paciente no sentido de sua compreensão tão hesitante, que surgirá no analista a suspeita de que o aparecimento do material, dessa maneira, pode ser simplesmente uma manifestação da resistência do paciente, que se aproveita da descoberta de que o método é incapaz de dominar o que é assim apresentado. Além do mais, nesse ínterim o tratamento ter-se-á distanciado bastante do presente e terá perdido o contato com a atualidade. Em oposição a tal técnica, levanta-se a regra de que é da maior importância para o tratamento que o analista esteja sempre cômico da superfície da mente do paciente, em qualquer momento, que saiba que complexos e resistências estão ativos nele na ocasião e que reação consciente a eles lhe orientará o comportamento. Quase nunca é correto sacrificar este objetivo terapêutico a um interesse na interpretação de sonhos.

Qual, então, se tivermos em mente esta regra, deve ser a nossa atitude ao interpretar sonhos na análise? Mais ou menos a seguinte. A interpretação que possa ser realizada em uma sessão deve ser aceita como suficiente e não se deve considerar prejuízo que o conteúdo do sonho não seja inteiramente descoberto. No dia seguinte, a interpretação do sonho não deve ser retomada novamente, como coisa natural, até que se tenha tornado evidente que nada mais, nesse meio tempo, abriu caminho para o primeiro plano dos pensamentos do paciente. Desse modo, nenhuma exceção, em favor de uma interpretação de sonhos interrompida, deve ser feita à regra de que a primeira coisa que vem à cabeça do paciente é a primeira coisa a ser tratada. Se novos sonhos ocorrem antes que os anteriores tenham sido examinados, as produções mais recentes devem ser atendidas e nenhum constrangimento se precisa sentir por negligenciar as mais antigas. Se os sonhos se tornam por demais difusos e volumosos, toda a esperança de decifrá-los deve ser tacitamente abandonada desde o início. Devemos em geral evitar demonstrar interesse muito especial na interpretação de sonhos, ou despertar no paciente a idéia de que o trabalho se interromperia se ele não apresentasse sonhos; de outra maneira, há o perigo de a resistência ser dirigida para a produção de sonhos, com a conseqüente

cessação destes. Pelo contrário, o paciente deve ser levado a crer que a análise invariavelmente encontra material para sua continuação, independentemente de ele apresentar ou não sonhos, ou da atenção que lhes é dedicada.

Perguntar-se-á agora se não estaremos abandonando material excessivamente valioso, que poderia lançar luz sobre o inconsciente, se a interpretação de sonhos só puder ser realizada sujeita a tais restrições de método. A resposta a isto é que a perda de modo algum é tão grande quanto poderia parecer a um exame superficial do assunto. Inicialmente, tem-se de reconhecer que, em casos de neurose grave, quaisquer produções oníricas elaboradas devem, pela natureza das coisas, ser encaradas como incapazes de solução completa. Um sonho deste tipo amiúde se baseia em todo o material patogênico do caso, ainda desconhecido tanto do médico quanto do paciente (os chamados ‘sonhos programáticos’ e sonhos biográficos), sendo às vezes equivalente a uma tradução, em linguagem onírica, de todo o conteúdo da neurose. Na tentativa de interpretar tal sonho, todas as resistências latentes, ainda intocadas, serão postas em atividade e logo estabelecerão um limite à sua compreensão. A interpretação completa deste sonho coincidirá com o término de toda a análise; se se tomar nota dele, no início, talvez seja possível compreendê-lo ao final, muitos meses mais tarde. É o mesmo que acontece com a elucidação de um sintoma isolado (o sintoma principal, talvez). É preciso a análise completa para explicá-lo; no decorrer do tratamento, temos de esforçar-nos por apreender primeiro este, depois aquele fragmento do significado do sintoma, um após outro, até que possam ser todos reunidos. Semelhantemente, não se pode esperar mais de um sonho que ocorre nos primeiros estádios da análise; temos de contentar-nos se a tentativa de interpretação traz à luz um único impulso patogênico de desejo.

Assim, não se abandona nada que se pode obter, se se desiste da idéia de uma interpretação de sonhos completa; tampouco nada se perde, via de regra, se interrompemos a interpretação de um sonho relativamente antigo e voltamos para uma mais recente. Descobrimos, em ótimos exemplos de sonhos inteiramente analisados, que diversas cenas sucessivas de um só sonho podem ter o mesmo conteúdo, o qual pode nelas ser expresso com crescente clareza, e aprendemos também que diversos sonhos que ocorrem em uma mesma noite não passam de tentativas, manifestadas sob várias formas, de representar um só significado. Em geral, podemos ficar certos de que todo impulso de desejo que cria hoje um sonho reaparecerá noutros sonhos, enquanto não tiver sido compreendido e retirado do domínio do inconsciente. Por isso acontece freqüentemente que a melhor maneira de completar a interpretação de um sonho seja abandoná-lo e dedicar a atenção a um sonho novo, que pode conter o mesmo material sob forma possivelmente mais acessível. Sei que é pedir muito, não apenas do paciente mas também do médico, esperar que abandonem seus propósitos conscientes durante o tratamento e entreguem-se a uma orientação que, apesar de tudo, ainda nos parece ‘acidental’. Mas posso responder que se é recompensado toda vez que se resolve ter fé nos próprios princípios teóricos e se persuade a não discutir a orientação do inconsciente ao estabelecer elos de ligação.

Advirto, portanto, que a interpretação de sonhos não deve ser perseguida no tratamento analítico como arte pela arte, mas que seu manejo deve submeter-se àquelas regras técnicas que orientam a direção do tratamento como um todo. Ocasionalmente, é natural, pode-se agir de outra maneira e permitir um pouco de liberdade de ação ao próprio interesse teórico; mas deve-se sempre estar cômico do que se está fazendo. Outra situação a ser considerada é a que surgiu desde que adquirimos mais confiança em nossa compreensão do simbolismo onírico, e não dependemos tanto das associações do paciente. Um intérprete onírico

excepcionalmente hábil encontrar-se-á às vezes em posição de poder perscrutar cada um dos sonhos de um paciente, sem exigir que este passe pelo tedioso e demorado processo de elaborá-los. Um analista desse tipo acha-se assim livre de qualquer conflito entre as exigências da interpretação de sonhos e as do tratamento. Além disso, ficará tentado a fazer pleno uso da interpretação de sonhos em toda ocasião, dizendo ao paciente tudo o que detectou em seus sonhos. Assim procedendo, contudo, terá adotado um método de tratamento que se afasta consideravelmente do estabelecido, como indicarei em relação a outro assunto. Os principiantes na clínica psicanalítica, de qualquer modo, são aconselhados a não tomarem este caso excepcional por modelo.

Todo analista se encontra na posição do intérprete de sonhos superior que estivemos imaginando, com referência aos primeiríssimos sonhos que os pacientes trazem, antes de terem aprendido algo da técnica de traduzi-los. Estes sonhos iniciais podem ser descritos como não refinados; revelam muito ao ouvinte, tal como os sonhos das chamadas pessoas sadias. Surge então a questão de saber se o analista deve imediatamente traduzir para o paciente tudo o que lê neles. Não é este, porém, o lugar para responder a esta questão, pois ela evidentemente faz parte de outra mais ampla: em que estágio do tratamento e com que rapidez deve o analista deixar o paciente conhecer o que jaz oculto em sua mente? Quanto mais o paciente aprende da prática da interpretação de sonhos, mais obscuros, geralmente, se tornam seus sonhos posteriores. Todo o conhecimento adquirido sobre sonhos serve também para colocar em guarda o processo de construção onírica.

Nas obras 'científicas' sobre sonhos, que, apesar de seu repúdio da interpretação de sonhos, receberam da psicanálise novo estímulo, descobrimos com freqüência que um cuidado escrupuloso é desnecessariamente concedido à preservação acurada do texto do sonho. Supõe-se que este precise de proteção contra deformações e atritos, nas horas que seguem imediatamente o despertar. Alguns psicanalistas até, ao darem ao paciente instruções para anotar cada sonho logo após acordar, não parecem confiar consistentemente em seu conhecimento das condições de formação onírica. No trabalho terapêutico, essa regra é supérflua, e os pacientes alegram-se em fazer uso dela para perturbar o próprio sono e demonstrar grande zelo quando este é inútil. Pois, mesmo que o texto de um sonho seja dessa maneira arduamente salvo do esquecimento, é bastante fácil convencer-nos de que nada foi conseguido para o paciente. Não surgirão associações no texto e o resultado será igual ao que haveria se o sonho não houvesse sido preservado. Indubitavelmente, o médico adquiriu um conhecimento que de outro modo não teria conseguido, mas não é a mesma coisa se o analista sabe de algo ou se o paciente o sabe; a importância desta distinção para a técnica da psicanálise será mais amplamente considerada alhures.

Em conclusão, mencionarei um tipo específico de sonho que, conforme o caso, ocorre apenas no decurso do tratamento psicanalítico, e pode desconcertar ou desorientar os principiantes. Trata-se dos sonhos corroborativos que, por assim dizer, 'vão no rastro'; são facilmente acessíveis à análise e sua tradução simplesmente apresenta o que o tratamento já inferiu, durante os últimos dias, do material das associações diárias. Quando isto acontece, é como se o paciente houvesse sido amável o bastante para trazer, sob forma onírica, exatamente o que lhe havíamos estado 'sugerindo' pouco antes. O analista mais experiente achará sem dúvida difícil atribuir amabilidade desse tipo ao paciente; ele aceita tais sonhos como confirmações esperadas e reconhece que só são observados sob certas condições ocasionadas por influência do tratamento. A grande maioria dos sonhos antecipa-se à análise, de maneira que, após subtrair deles tudo que já é sabido e compreendido, resta ainda uma alusão mais ou menos clara a algo que até então estivera oculto.

## A DINÂMICA DA TRANSFERÊNCIA (1912)

### NOTA DO EDITOR INGLÊS

#### ZUR DYNAMIK DER ÜBERTRAGUNG

##### (a) EDIÇÕES ALEMÃS:

1912 Zbl. Psychoan., 2, (4), 167-73.

1918 S. K. S. N., 4, 388-98. (1922, 2ª ed.)

1924 Technik und Metapsychol., 53-63.

1925 G. S., 6, 53-63.

1931 Neurosenlehre und Technik, 328-40.

1943 G. W., 8, 364-74.

##### (b) TRADUÇÃO INGLESA:

'The Dynamics of Transference'

1924 C. P., 2, 312-22. (Trad. de Joan Riviere.)

A presente tradução inglesa, da autoria de James Strachey, aparece aqui pela primeira vez.

Embora Freud incluísse este artigo (publicado em janeiro de 1912) na série sobre técnica, ele é na verdade mais um exame teórico do fenômeno da transferência e da maneira pela qual esta opera no tratamento analítico. Freud já havia abordado o assunto em breves considerações ao final da história clínica de 'Dora' (1905e [1901]), ver em [1], 1972. Tratou dele muito mais amplamente na segunda metade da Conferência XXVII e na primeira metade da Conferência XXVIII de suas *Conferências Introdutórias* (1916-17); e, perto do fim da vida, fez vários importantes comentários sobre o tema no decurso de seu longo artigo 'Análise Terminável e Interminável' (1937c).

### A DINÂMICA DA TRANSFERÊNCIA

O tópico quase inexaurível da transferência foi recentemente tratado por Wilhelm Stekel [1911b] nesse periódico, em estilo descritivo. Gostaria de, nas páginas seguintes, acrescentar algumas considerações destinadas a explicar como a transferência é necessariamente ocasionada durante o tratamento psicanalítico, e como vem ela a desempenhar neste seu conhecido papel.

Deve-se compreender que cada indivíduo, através da ação combinada de sua disposição inata e das influências sofridas durante os primeiros anos, conseguiu um método específico próprio de conduzir-se na vida erótica — isto é, nas condições para enamorar-se que estabelece, nos instintos que satisfaz e nos objetivos que determina a si mesmo no decurso daquela. Isso produz o que se poderia descrever como um clichê estereotípico (ou diversos deles), constantemente repetido — constantemente reimpresso — no decorrer da vida da pessoa, na medida em que as circunstâncias externas e a natureza dos objetos amorosos a ela acessíveis permitam, e que decerto não é inteiramente incapaz de mudar, frente a experiências recentes. Ora, nossas observações demonstraram que somente uma parte daqueles impulsos que determinam o curso da vida erótica passou por todo o processo de desenvolvimento psíquico. Esta parte está dirigida para a realidade, acha-se à disposição da personalidade consciente e faz parte dela. Outra parte dos impulsos libidinais foi retida no curso do desenvolvimento; mantiveram-na afastada da personalidade consciente e da realidade, e, ou foi impedida de expansão ulterior, exceto na fantasia, ou permaneceu totalmente no inconsciente, de maneira que é desconhecida pela consciência da personalidade. Se a necessidade que alguém tem de amar não é inteiramente satisfeita pela realidade, ele está fadado a aproximar-se de cada nova pessoa que encontra com idéias libidinais antecipadas; e é bastante provável que ambas as partes de sua libido, tanto a parte que é capaz de se tornar consciente quanto a inconsciente, tenham sua cota na formação dessa atitude.

Assim, é perfeitamente normal e inteligível que a catexia libidinal de alguém que se acha parcialmente insatisfeito, uma catexia que se acha pronta por antecipação, dirija-se também para a figura do médico. Decorre de nossa hipótese primitiva que esta catexia recorrerá a protótipos, ligar-se-á a um dos clichês estereotípicos que se acham presentes no indivíduo; ou, para colocar a situação de outra maneira, a catexia incluirá o médico numa das 'séries' psíquicas que o paciente já formou. Se a 'ímago paterna', para utilizar o termo adequado introduzido por Jung (1911, 164), foi o fator decisivo no caso, o resultado concordará com as relações reais do indivíduo com seu médico. Mas a transferência não se acha presa a este protótipo específico: pode surgir também semelhante à ímago materna ou à ímago fraterna. As peculiaridades da transferência para o médico, graças às quais ela excede, em quantidade e natureza, tudo que se possa justificar em fundamentos sensatos ou racionais, tornam-se inteligíveis se tivermos em mente que essa transferência foi precisamente estabelecida não apenas pelas idéias antecipadas *conscientes*, mas também por aquelas que foram retidas ou que são inconscientes.

Nada mais haveria a examinar ou com que se preocupar a respeito deste comportamento da transferência, não fosse permanecerem inexplicados nela dois pontos que são de interesse específico para os psicanalistas. Em primeiro lugar, não compreendemos por que a transferência é tão mais intensa nos indivíduos neuróticos em análise que em outras pessoas desse tipo que não estão sendo analisadas. Em segundo, permanece sendo um enigma a razão por que, na análise, a transferência surge como a *resistência mais poderosa* ao tratamento, enquanto que, fora dela, deve ser encarada como veículo de cura e condição de sucesso. Pois nossa experiência demonstrou — e o fato pode ser confirmado com tanta freqüência quanto o desejarmos — que, se as associações de um paciente faltam, a interrupção pode invariavelmente ser removida pela garantia de que ele está sendo dominado, momentaneamente, por uma associação relacionada com o próprio médico ou com algo a este vinculado. Assim que esta explicação é fornecida, a interrupção é removida ou a situação se altera, de uma em que as associações faltam para outra em que elas estão sendo retidas. À

primeira vista, parece ser uma imensa desvantagem, para a psicanálise como método, que aquilo que alhures constitui o fator mais forte no sentido do sucesso nela se transforme no mais poderoso meio de resistência. Contudo, se examinarmos a situação mais de perto, podemos pelo menos dissipar o primeiro de nossos dois problemas. Não é fato que a transferência surja com maior intensidade e ausência de coibição durante a psicanálise que fora dela. Nas instituições em que doentes dos nervos são tratados de modo não analítico, podemos observar que a transferência ocorre com a maior intensidade e sob as formas mais indignas, chegando a nada menos que servidão mental e, ademais, apresentando o mais claro colorido erótico. Gabriele Reuter, com seus agudos poderes de observação, descreveu isso em época na qual não havia ainda uma coisa chamada psicanálise, num livro notável, que revela, sob todos os aspectos, a mais clara compreensão interna (*insight*) da natureza e gênese das neuroses. Essas características da transferência, portanto, não devem ser atribuídas à psicanálise, mas sim à própria neurose.

Nosso segundo problema — o problema de saber por que a transferência aparece na psicanálise como resistência — está por enquanto intacto; e temos agora de abordá-lo mais de perto. Figuremos a situação psicológica durante o tratamento. Uma condição invariável e indispensável de *todo* desencadeamento de uma psicose é o processo a que Jung deu o nome apropriado de 'introversão'. Isto equivale a dizer: a parte da libido que é capaz de se tornar consciente e se acha dirigida para a realidade é diminuída, e a parte que se dirige *para longe* da realidade e é inconsciente, e que, embora possa ainda alimentar as fantasias do indivíduo, pertence todavia ao inconsciente, é proporcionalmente aumentada. A libido (inteiramente ou em parte) entrou num curso regressivo e reviveu as imagens infantis do indivíduo. O tratamento analítico então passa a segui-la; ele procura rastrear a libido, torná-la acessível à consciência e, enfim, útil à realidade. No ponto em que as investigações da análise deparam com a libido retirada em seu esconderijo, está fadado a irromper um combate; todas as forças que fizeram a libido regredir se erguerão como 'resistências' ao trabalho da análise, a fim de conservar o novo estado de coisas. Pois, se a introversão ou regressão da libido não houvesse sido justificada por uma relação específica entre o indivíduo e o mundo externo — enunciado, em termos mais gerais, pela frustração da satisfação — e se não se tivesse, no momento, tornado mesmo conveniente, não teria absolutamente ocorrido. Mas as resistências oriundas desta fonte não são as únicas ou, em verdade, as mais poderosas. A libido à disposição da personalidade do indivíduo esteve sempre sob a influência da atração de seus complexos inconscientes (ou mais corretamente, das partes desse complexo pertencentes ao inconsciente), e encontrou num curso regressivo devido ao fato de a atração da realidade haver diminuído. A fim de liberá-la, esta atração do inconsciente tem de ser superada, isto é, a repressão dos instintos inconscientes e de suas produções, que entrementes estabeleceu no indivíduo, deve ser removida. Isto é responsável, de longe, pela maior parte da resistência, que tão amiúde faz a doença persistir mesmo após o afastamento da realidade haver perdido sua justificação temporária. A análise tem de lutar contra as resistências oriundas de ambas essas fontes. A resistência acompanha o tratamento passo a passo. Cada associação isolada, cada ato da pessoa em tratamento tem de levar em conta a resistência e representa uma conciliação entre as forças que estão lutando no sentido do restabelecimento e as que se lhe opõem, já descritas por mim.

Se acompanharmos agora um complexo patogênico desde sua representação no consciente (seja ele óbvio, sob a forma de um sintoma, ou algo inteiramente indiscernível) até sua raiz no inconsciente, logo



ingressaremos numa região em que a resistência se faz sentir tão claramente que a associação seguinte tem de levá-la em conta a aparecer como uma conciliação entre suas exigências e as do trabalho de investigação. É neste ponto, segundo prova nossa experiência, que a transferência entra em cena. Quando algo no material complexo (no tema geral do complexo) serve para ser transferido para a figura do médico, essa transferência é realizada; ela produz a associação seguinte e se anuncia por sinais de resistências — por uma interrupção, por exemplo. Inferimos desta experiência que a idéia transferencial penetrou na consciência à frente de quaisquer outras associações possíveis, *porque* ela satisfaz a resistência. Um evento deste tipo se repete inúmeras vezes no decurso de um análise. Reiteradamente, quando nos aproximamos de um complexo patogênico, a parte desse complexo capaz de transferência é empurrada em primeiro lugar para a consciência e defendida com a maior obstinação.

Depois que ela for vencida, a superação das outras partes do complexo quase não apresenta novas dificuldades. Quanto mais um tratamento analítico demora e mais claramente o paciente se dá conta de que as deformações do material patogênico não podem, por si próprias, oferecer qualquer proteção contra sua revelação, mais sistematicamente faz ela uso de um tipo de deformação que obviamente lhe concede as maiores vantagens — a deformação mediante a transferência. Essas circunstâncias tendem para uma situação na qual, finalmente, todo conflito tem de ser combatido na esfera da transferência.

Assim, a transferência, no tratamento analítico, invariavelmente nos aparece, desde o início, como a arma mais forte da resistência, e podemos concluir que a intensidade e persistência da transferência constituem efeito e expressão da resistência. Ocupamo-nos do *mecanismo* da transferência, é verdade, quando o remontamos ao estado de prontidão da libido, que conservou imagos infantis, mas o papel que a transferência desempenha no tratamento só pode ser explicado se entrarmos na consideração de suas relações com as resistências.

Como é possível que a transferência sirva tão admiravelmente de meio de resistência? Poder-se-ia pensar que a resposta possa ser fornecida sem dificuldade, pois é claro que se torna particularmente difícil de admitir qualquer impulso proscrito de desejo, se ele tem de ser revelado diante desse tipo dá origem a situações que, no mundo real, mal parecem possíveis. Mas é precisamente a isso que o paciente visa, quando faz o objeto de seus impulsos emocionais coincidir com o médico. Uma nova consideração, no entanto, mostra que essa vitória aparente não pode fornecer a solução do problema. Na verdade, uma relação de dependência afetuosa e dedicada pode, pelo contrário, ajudar uma pessoa a superar todas as dificuldades de fazer uma confissão. Em situações reais análogas, as pessoas geralmente dirão: 'Na sua frente, não sinto vergonha: posso dizer-lhe qualquer coisa.' Assim, a transferência para o médico poderia, de modo igualmente simples, servir para *facilitar* as confissões, e não fica claro por que deve tornar as coisas mais difíceis.

A resposta à questão que foi tão amiúde repetida nestas páginas não pode ser alcançada por nova reflexão, mas pelo que descobrimos quando examinamos resistências transferenciais particulares que ocorrem durante o tratamento. Percebemos afinal que não podemos compreender o emprego da transferência como resistência enquanto pensarmos simplesmente em 'transferência'. Temos de nos resolver a distinguir uma transferência 'positiva' de uma 'negativa', a transferência de sentimentos afetuosos da dos hostis e tratar separadamente os dois tipos de transferência para o médico. A transferência positiva é ainda divisível em transferência de sentimentos amistosos ou afetuosos, que são admissíveis à consciência, e transferência de

prolongamentos desses sentimentos no inconsciente. Com referência aos últimos, a análise demonstra que invariavelmente remontam a fontes eróticas. E somos assim levados à descoberta de que todas as relações emocionais de simpatia, amizade, confiança e similares, das quais podemos tirar bom proveito em nossas vidas, acham-se geneticamente vinculadas à sexualidade e se desenvolveram a partir de desejos puramente sexuais, através da suavização de seu objetivo sexual, por mais puros e não sensuais que possam parecer à nossa autopercepção consciente. Originalmente, conhecemos apenas objetos sexuais, e a psicanálise demonstra-nos que pessoas que em nossa vida real são simplesmente admiradas ou respeitadas podem ainda ser objetos sexuais para nosso inconsciente.

Assim, a solução do enigma é que a transferência para o médico é apropriada para a resistência ao tratamento apenas na medida em que se tratar de transferência negativa ou de transferência positiva de impulsos eróticos reprimidos. Se “removermos” a transferência por torná-la consciente, estamos desligando apenas, da pessoa do médico, aqueles dois componentes do ato emocional; o outro componente, admissível à consciência e irrepreensível, persiste, constituindo o veículo de sucesso na psicanálise, exatamente como o é em outros métodos de tratamento. Até este ponto admitimos prontamente que os resultados da psicanálise baseiam-se na sugestão; por esta, contudo, devemos entender, como o faz Ferenczi (1909), a influência de uma pessoa por meio dos fenômenos transferenciais possíveis em seu caso. Cuidamos da independência final do paciente pelo emprego da sugestão, a fim de fazê-lo realizar um trabalho psíquico que resulta necessariamente numa melhora constante de sua situação psíquica.

Pode-se levantar ainda a questão de saber por que os fenômenos de resistência da transferência só aparecem na psicanálise e não em formas indiferentes de tratamento (em instituições, por exemplo). A resposta é que eles também se apresentam nestas outras situações, mas têm de ser identificados como tal. A manifestação de uma transferência negativa é, na realidade, acontecimento muito comum nas instituições. Assim que um paciente cai sob o domínio da transferência negativa, ele deixa a instituição em estado inalterado ou agravado. A transferência erótica não possui efeito tão inibidor nas instituições, visto que nestas, tal como acontece na vida comum, ela é encoberta ao invés de revelada. Mas se manifesta muito claramente como resistência ao restabelecimento, não, é verdade, por levar o paciente a sair da instituição — pelo contrário, retém-no aí — mas por mantê-lo a certa distância da vida. Pois, do ponto de vista do restabelecimento, é completamente indiferente que o paciente supere essa ou aquela ansiedade ou inibição na instituição; o que importa é que ele fique livre dela também na vida real.

A transferência negativa merece exame pormenorizado, que não pode ser feito dentro dos limites do presente trabalho. Nas formas curáveis de psicose, ela é encontrada lado a lado com a transferência afetuosa, amiúde dirigidas simultaneamente para a mesma pessoa. Bleuler adotou o excelente termo ‘ambivalência’ para descrever este fenômeno. Até certo ponto, uma ambivalência de sentimento deste tipo parece ser normal; mas um alto grau dela é, certamente, peculiaridade especial de pessoas neuróticas. Nos neuróticos obsessivos, uma separação antecipada dos ‘pares de contrários’ parece ser característica de sua vida instintual e uma de suas precondições constitucionais. A ambivalência nas tendências emocionais dos neuróticos é a melhor explicação para sua habilidade em colocar as transferências a serviço da resistência. Onde a capacidade de transferência tornou-se essencialmente limitada a uma transferência negativa, como é o caso dos paranóicos, deixa de haver qualquer possibilidade de influência ou cura.

Em todas estas reflexões, porém, lidamos até agora com apenas um dos lados do fenômeno da transferência; temos de voltar nossa atenção para outro aspecto do mesmo assunto. Todo aquele que faça uma apreciação correta da maneira pela qual uma pessoa em análise, assim que entra sob o domínio de qualquer resistência transferencial considerável, é arremessada para fora de sua relação real com o médico, como se sente então em liberdade para desprezar a regra fundamental da psicanálise, que estabelece que tudo que lhe venha à cabeça deve ser comunicado sem crítica, como esquece as intenções com que iniciou o tratamento, e como encara com indiferença argumentos e conclusões lógicas que, apenas pouco tempo antes, lhe haviam causado grande impressão — todo aquele que tenha observado tudo isso achará necessário procurar uma explicação de sua impressão em outros fatores além dos que já foram aduzidos. E esses fatores não se acham longe; originam-se, mais uma vez, da situação psicológica em que o tratamento coloca o paciente.

No processo de procurar a libido que fugira do consciente do paciente, penetramos no reino do inconsciente. As reações que provocamos revelam, ao mesmo tempo, algumas das características que viemos a conhecer a partir do estudo dos sonhos. Os impulsos inconscientes não desejam ser recordados da maneira pela qual o tratamento quer que o sejam, mas esforçam-se por reproduzir-se de acordo com a atemporalidade do inconsciente e sua capacidade de alucinação. Tal como acontece aos sonhos, o paciente encara os produtos do despertar de seus impulsos inconscientes como contemporâneos e reais; procura colocar suas paixões em ação sem levar em conta a situação real. O médico tenta compeli-lo a ajustar esses impulsos emocionais ao nexos do tratamento e da história de sua vida, a submetê-los à consideração intelectual e a compreendê-los à luz de seu valor psíquico. Esta luta entre o médico e o paciente, entre o intelecto e a vida instintual, entre a compreensão e a procura da ação, é travada, quase exclusivamente, nos fenômenos da transferência. É nesse campo que a vitória tem de ser conquistada — vitória cuja expressão é a cura permanente da neurose. Não se discute que controlar os fenômenos da transferência representa para o psicanalista as maiores dificuldades; mas não se deve esquecer que são precisamente eles que nos prestam o inestimável serviço de tornar imediatos e manifestos os impulsos eróticos ocultos e esquecidos do paciente. Pois, quando tudo está dito e feito, é impossível destruir alguém *in absentia* ou *in effligie*.

## RECOMENDAÇÕES AOS MÉDICOS QUE EXERCEM A PSICANÁLISE (1912)

### NOTA DO EDITOR INGLÊS

#### RATSCHLÄGE FÜR DEN ARZT BEI DER PSYCHOANALYTISCHEN BEHANDLUNG

##### (a) EDIÇÕES ALEMÃS:

1912 *Zbl. Psychoan.*, 2 (9), 483-9.

1918 *S. K. S. N.*, 4, 399-411. (1922, 2ª ed.)

1924 *Technik und Metapsychol.*, 64-75.

1925 *G. S.*, 6, 64-75.

1931 *Neurosenlehre und Technik*, 340-51.

1943 *G. W.*, 8, 376-87.

##### (b) TRADUÇÃO INGLESA:

'Recommendations for Physicians on the Psycho-Analytic Method of Treatment'

1924 *C. P.*, 2, 323-33. (Trad. de Joan Riviere)

A presente tradução inglesa, com o título alterado, constitui versão modificada da publicada em 1924. Este artigo apareceu pela primeira vez em junho de 1912.

## RECOMENDAÇÕES AOS MÉDICOS QUE EXERCEM A PSICANÁLISE

As regras técnicas que estou apresentando aqui alcancei-as por minha própria experiência, no decurso de muitos anos, após resultados pouco afortunados me haverem levado a abandonar outros métodos. Ver-se-á facilmente que elas (ou, pelo menos, muitas delas) podem ser resumidas num preceito único [cf. em [1]]. Minha esperança é que a observação delas poupe aos médicos que exercem a psicanálise muito esforço desnecessário e resguarde-os contra algumas inadvertências. Devo, contudo, tornar claro que o que estou asseverando é que esta técnica é a única apropriada à minha individualidade; não me arrisco a negar que um médico constituído de modo inteiramente diferente possa ver-se levado a adotar atitude diferente em relação a seus pacientes e à tarefa que se lhe apresenta.

(a) O primeiro problema com que se defronta o analista que está tratando mais de um paciente por dia lhe parecerá o mais árduo. Trata-se da tarefa de lembrar-se de todos os inumeráveis nomes, datas,

lembranças, pormenorizadas e produtos patológicos que cada paciente comunica no decurso de meses e anos de tratamento, e de não confundi-los com material semelhante produzido por outros pacientes em tratamento, simultânea ou previamente. Se nos é exigido analisar seis, oito ou mesmo mais pacientes diariamente, o esforço de memória que isto implica provocará incredulidade, espanto ou até mesmo comiseração em observadores pouco informados. De qualquer modo, sentir-se-á curiosidade pela técnica que torna possível dominar tal abundância de material, e a expectativa será de que alguns expedientes especiais sejam exigidos para esse fim.

A técnica, contudo, é muito simples. Como se verá, ela rejeita o emprego de qualquer expediente especial (mesmo de tomar notas). Consiste simplesmente em não dirigir o reparo para algo específico e em manter a mesma ‘atenção uniformemente suspensa’ (como a denominei) em face de tudo o que se escuta. Desta maneira, poupamos de esforço violento nossa atenção, a qual, de qualquer modo, não poderia ser mantida por várias horas diariamente, e evitamos um perigo que é inseparável do exercício da atenção deliberada. Pois assim que alguém deliberadamente concentra bastante a atenção, começa a selecionar o material que lhe é apresentado; um ponto fixar-se-á em sua mente com clareza particular e algum outro será, correspondentemente, negligenciado, e, ao fazer essa seleção, estará seguindo suas expectativas ou inclinações. Isto, contudo, é exatamente o que não deve ser feito. Ao efetuar a seleção, se seguir suas expectativas, estará arriscado a nunca descobrir nada além do que já sabe; e, se seguir as inclinações, certamente falsificará o que possa perceber. Não se deve esquecer que o que se escuta, na maioria, são coisas cujo significado só é identificado posteriormente.

Ver-se-á que a regra de prestar igual reparo a tudo constitui a contrapartida necessária da exigência feita ao paciente, de que comunique tudo o que lhe ocorre, sem crítica ou seleção. Se o médico se comportar de outro modo, estará jogando fora a maior parte da vantagem que resulta de o paciente obedecer à ‘regra fundamental da psicanálise’. A regra para o médico pode ser assim expressa: ‘Ele deve conter todas as influências conscientes da sua capacidade de prestar atenção e abandonar-se inteiramente à ‘memória inconsciente’’. Ou, para dizê-lo puramente em termos técnicos: ‘Ele deve simplesmente escutar e não se preocupar se está se lembrando de alguma coisa.’

O que se consegue desta maneira será suficiente para todas as exigências durante o tratamento. Aqueles elementos do material que já formam um texto coerente ficarão à disposição consciente do médico; o resto, ainda desconexo e em desordem caótica, parece a princípio estar submerso, mas vem rapidamente à lembrança assim que o paciente traz à baila algo de novo, a que se pode relacionar e pelo qual pode ser continuado. O cumprimento imerecido de ter ‘uma memória excepcionalmente boa’, que o paciente nos presta quando reproduzimos algum pormenor após mais de ano, pode então ser aceito com um sorriso, enquanto que uma determinação consciente de relembrar o assunto provavelmente teria resultado em fracasso.

Equívocos neste processo de recordação ocorrem apenas em ocasiões e lugares em que nos achamos perturbados por alguma consideração pessoal (ver em [1]) — isto é, quando se caiu seriamente abaixo do padrão de um analista ideal. Confusão com material trazido por outros pacientes muito raramente ocorre. Quando há uma discussão com o paciente quanto a se ou como ele disse alguma coisa específica, o médico geralmente está com a razão.

(b) Não posso aconselhar a tomada de notas integrais, a manutenção de um registro estenográfico etc., durante as sessões analíticas. À parte a impressão desfavorável que isto causa em certos pacientes, as mesmas considerações que foram apresentadas com referência à atenção aplicam-se também aqui. Far-se-á necessariamente uma seleção prejudicial do material enquanto se escrevem ou se taquigrafam as notas, e parte de nossa própria atividade mental acha-se dessa maneira presa, quando seria mais bem empregada na interpretação do que se ouviu. Nenhuma objeção pode ser levantada a fazerem-se exceções a esta regra no caso de datas, texto de sonhos, ou eventos específicos dignos de nota, que podem ser facilmente desligados de seu contexto e são apropriados para uso independente, como exemplos. Mas tampouco tenho o hábito de fazer isto. Quanto aos exemplos, anoto-os, de memória, à noite, após o trabalho se encerrar; quanto aos textos de sonhos a que dou importância, faço o paciente repeti-los, após havê-los relatado, de maneira a que eu possa fixá-los na mente.

(c) Tomar notas durante a sessão com o paciente poderia ser justificado pela intenção de publicar um estudo científico do caso. Em fundamentos gerais, isto dificilmente pode ser negado. Não obstante, deve-se ter em mente que relatórios exatos de histórias clínicas analíticas são de menor valor do que se poderia esperar. Estritamente falando, possuem apenas a exatidão *ostensiva* de que a psiquiatria ‘moderna’ fornece-nos alguns exemplos marcantes. São, via de regra, fatigantes para o leitor e ainda não conseguem substituir sua presença concreta em uma análise. A experiência invariavelmente demonstra que, se os leitores estão dispostos a acreditar num analista, terão confiança em qualquer revisão ligeira a que ele tenha submetido o material; se, por outro lado, não estão dispostos a levar a sério análise e analista, tampouco prestarão atenção a acurados registros literais do tratamento. Não é esta, segundo parece, a maneira de remediar a falta de provas convincentes em relatórios psicanalíticos.

(d) Uma das reivindicações da psicanálise em seu favor é indubitavelmente, o fato de que, em sua execução, pesquisa e tratamento coincidem; não obstante, após certo ponto, a técnica exigida por uma opõe-se à requerida pelo outro. Não é bom trabalhar cientificamente num caso enquanto o tratamento ainda está continuando — reunir sua estrutura, tentar predizer seu progresso futuro e obter, de tempos em tempos, um quadro do estado atual das coisas, como o interesse científico exigiria. Casos que são dedicados, desde o princípio, a propósitos científicos, e assim tratados, sofrem em seu resultado; enquanto os casos mais bem sucedidos são aqueles em que se avança, por assim dizer, sem qualquer intuito em vista, em que se permite ser tomado de surpresa por qualquer nova reviravolta neles, e sempre se o enfrenta com liberalidade, sem quaisquer pressuposições. A conduta correta para um analista reside em oscilar, de acordo com a necessidade, de uma atitude mental para outra, em evitar especulação ou meditação sobre os casos, enquanto eles estão em análise, e em somente submeter o material obtido a um processo sintético de pensamento após a análise ter sido concluída. A distinção entre as duas atitudes seria sem sentido se já possuíssemos todo o conhecimento (ou, pelo menos, o conhecimento essencial) sobre a psicologia do inconsciente e a estrutura das neuroses que podemos obter do trabalho psicanalítico. Atualmente, ainda nos achamos longe desse objetivo e não devemos cercear-nos a possibilidade de conferir o que já sabemos e ampliar mais nosso conhecimento.

(e) Não posso aconselhar insistentemente demais os meus colegas a tomarem como modelo, durante o tratamento psicanalítico, o cirurgião, que põe de lado todos os sentimentos, até mesmo a solidariedade humana, e concentra suas forças mentais no objetivo único de realizar a operação tão competentemente



quanto possível. Nas condições atuais, o sentimento mais perigoso para um psicanalista é a ambição terapêutica de alcançar, mediante este método novo e muito discutido, algo que produza efeito convincente sobre outras pessoas. Isto não apenas o colocará num estado de espírito desfavorável para o trabalho, mas torna-lo-á impotente contra certas resistências do paciente, cujo restabelecimento, como sabemos, depende primordialmente da ação recíproca de forças nele. A justificativa para exigir essa frieza emocional no analista é que ela cria condições mais vantajosas para ambas as partes: para o médico, uma proteção desejável para sua própria vida emocional, e, para o paciente, o maior auxílio que lhe podemos hoje dar. Um cirurgião dos tempos antigos tomou como divisa as palavras: 'Je le pansai, Dieu le guérit.' O analista deveria contentar-se com algo semelhante.

(f) É fácil perceber para que objetivo as diferentes regras que apresentei convergem. [Ver em [1].] Todas elas se destinam a criar, para o médico, uma contrapartida à 'regra fundamental da psicanálise' estabelecida para o paciente. Assim como o paciente deve relatar tudo o que sua auto-observação possa detectar, e impedir todas as objeções lógicas e afetivas que procuram induzi-lo a fazer uma seleção dentre elas, também o médico deve colocar-se em posição de fazer uso de tudo o que lhe é dito para fins de interpretação e identificar o material inconsciente oculto, sem substituir sua própria censura pela seleção de que o paciente abriu mão. Para melhor formulá-lo: ele deve voltar seu próprio inconsciente, como um órgão receptor, na direção do inconsciente transmissor do paciente. Deve ajustar-se ao paciente como um receptor telefônico se ajusta ao microfone transmissor. Assim como o receptor transforma de novo em ondas sonoras as oscilações elétricas na linha telefônica, que foram criadas por ondas sonoras, da mesma maneira o inconsciente do médico é capaz, a partir dos derivados do inconsciente que lhe são comunicados, de reconstruir esse inconsciente, que determinou as associações livres do paciente.

Mas se o médico quiser estar em posição de utilizar seu inconsciente desse modo, como instrumento da análise, deve ele próprio preencher determinada condução psicológica em alto grau. Ele não pode tolerar quaisquer resistências em si próprio que ocultem de sua consciência o que foi percebido pelo inconsciente; doutra maneira, introduziria na análise nova espécie de seleção e deformação que seria muito mais prejudicial que a resultante da concentração da atenção consciente. Não basta para isto que ele próprio seja uma pessoa aproximadamente normal. Deve-se insistir, antes, que tenha passado por uma purificação psicanalítica e ficado ciente daqueles complexos seus que poderiam interferir na compreensão do que o paciente lhe diz. Não pode haver dúvida sobre o efeito desqualificante de tais defeitos no médico; toda repressão não solucionada nele constitui o que foi apropriadamente descrito por Stekel como um 'ponto cego' em sua percepção analítica.

Há alguns anos, dei como resposta à pergunta de como alguém se pode tornar analista: 'Pela análise dos próprios sonhos' Esta preparação, fora de dúvida, é suficiente para muitas pessoas, mas não para todos que desejam aprender análise. Nem pode todo mundo conseguir interpretar seus próprios sonhos sem auxílio externo. Enumero como um dos muitos méritos da escola de análise de Zurique terem eles dado ênfase aumentada a este requisito, e terem-no corporificado na exigência de que todos que desejem efetuar análise em outras pessoas terão primeiramente de ser analisados por alguém com conhecimento técnico. Todo aquele que tome o trabalho a sério deve escolher este curso, que oferece mais de uma vantagem; o sacrifício que implica revelar-se a outra pessoa, sem ser levado a isso pela doença, é amplamente recompensado. Não apenas o objetivo de aprender a saber o que se acha oculto na própria mente é muito mais rapidamente

atingido, e com menos dispêndio de afeto, mas obter-se-ão, em relação a si próprio, impressões e convicções que em vão seriam buscadas no estudo de livro e na assistência a palestras. E, por fim, não devemos subestimar a vantagem que deriva do contato mental duradouro que, via de regra, se estabelece entre o estudioso e seu guia.

Uma análise como esta, de alguém particamente sadio, permanecerá incompleta, como se pode imaginar. Todo aquele que possa apreciar o alto valor do autoconhecimento e aumento de autocontrole assim adquiridos continuará, quando ela terminar, o exame analítico de sua personalidade sob a forma de auto-análise, e ficará contente em compreender que, tanto dentro de si quanto no mundo externo, deve sempre esperar descobrir algo de novo. Mas quem não se tiver dignado tomar a precaução de ser analisado não só será punido por ser incapaz de aprender um pouco mais em relação a seus pacientes, mas correrá também perigo mais sério, que pode se tornar perigo também para os outros. Cairá facilmente na tentação de projetar para fora algumas das peculiaridades de sua própria personalidade, que indistintamente percebeu, no campo da ciência, como uma teoria de validade universal; levará o método psicanalítico ao descrédito e desencaminhará os inexperientes.

(g) Acrescentarei agora algumas outras regras, que servirão como uma transição da atitude do médico para o tratamento do paciente.

Os psicanalistas jovens e ávidos indubitavelmente ficarão tentados a colocar sua própria individualidade livremente no debate, a fim de levar o paciente com eles e de erguê-lo sobre as barreiras de sua própria personalidade limitada. Poder-se-ia esperar que seria inteiramente permissível e, na verdade, útil, com vistas a superar as resistências do paciente, conceder-lhe o médico um vislumbre de seus próprios defeitos e conflitos mentais e, fornecendo-lhe informações íntimas sobre sua própria vida, capacitá-lo a pôr-se ele próprio, paciente, em pé de igualdade. Uma confiança merece outra e todo aquele que exige intimidade de outra pessoa deve estar preparado para retribuí-la.

Mas nas relações psicanalíticas as coisas amiúde acontecem de modo diferente do que a psicologia da consciência poderia levar-nos a esperar. A experiência não fala em favor de uma técnica afetiva deste tipo. Tampouco é difícil perceber que ela envolve um afastamento dos princípios psicanalíticos e beira o tratamento por sugestão. Ela pode induzir o paciente a apresentar mais cedo, e com menos dificuldade, coisas que já conhece, mas que, de outra maneira, esconderia por certo tempo, mediante as resistências convencionais. Mas esta técnica não consegue nada no sentido de revelar o que é inconsciente ao paciente. Torna-o ainda mais incapaz de superar suas resistências mais profundas e, em casos mais graves, invariavelmente fracassa, por incentivar o paciente a ser insaciável: ele gostaria de inverter a situação, e acha a análise do médico mais interessante que a sua. A solução da transferência, também — uma das tarefas principais do tratamento —, é dificultada por uma atitude íntima por parte do médico, de maneira que qualquer proveito que possa haver no princípio é mais que superado ao final. Não hesito, portanto, em condenar este tipo de técnica como incorreto. O médico deve ser opaco aos seus pacientes e, como um espelho, não mostrar-lhes nada, exceto o que lhe é mostrado. Na prática, é verdade, nada se pode dizer contra um psicoterapeuta que combine uma certa quantidade de análise com alguma influência sugestiva, a fim de chegar a um resultado perceptível em tempo mais curto — tal como é necessário, por exemplo, nas instituições. Mas é lícito insistir em que ele próprio não se ache em dúvida quanto ao que está fazendo e saiba que o seu método não é o da verdadeira psicanálise.

(h) Outra tentação surge da atividade educativa que, no tratamento psicanalítico, incumbe ao médico, sem qualquer intenção deliberada de sua parte. Quando as inibições evolucionárias estão solucionadas, acontece, espontaneamente, que o médico se encontra na posição de indicar novos objetivos para as inclinações que foram liberadas. Não é, então, nada mais que ambição natural que ele se esforce por transformar em especialmente excelente uma pessoa que ele lutou para livrar da neurose, e que determine altos propósitos para seus desejos. Mas novamente aqui o médico deve controlar-se e guiar-se pelas capacidades do paciente em vez de por seus próprios desejos. Nem todo neurótico possui grande talento para sublimação; pode-se presumir que muitos deles de modo algum teriam caído enfermos se possuíssem a arte de sublimar seus instintos. Se os pressionarmos indevidamente no sentido da sublimação e lhes cercearmos as satisfações instintuais mais acessíveis e convenientes, geralmente tornar-lhe-emos a vida ainda mais árdua do que a sentem ser, de qualquer modo. Como médico, tem-se acima de tudo de ser tolerante com a fraqueza do paciente, e contentar-se em ter reconquistado certo grau de capacidade de trabalho e divertimento para uma pessoa mesmo de valor apenas moderado. A ambição educativa é de tão pouca utilidade quanto a ambição terapêutica. Deve-se, ademais, manter em mente que muitas pessoas caem enfermas exatamente devido à tentativa de sublimar os seus instintos além do grau permitido por sua organização e que, naqueles que possuem capacidade de sublimação, o processo geralmente se dá espontaneamente, assim que as suas inibições são superadas pela análise. Em minha opinião, portanto, invariavelmente, esforços no sentido de usar o tratamento analítico para ocasionar a sublimação do instinto — embora, fora de dúvida, sempre louváveis — estão longe de ser aconselháveis em todos os casos.

(i) Até que ponto deve-se buscar a cooperação intelectual do paciente no tratamento? É difícil dizer algo de aplicabilidade geral sobre este ponto: a personalidade do paciente é o fator determinante. Em todos os casos, porém, cautela e autodomínio devem ser observados a este respeito. É errado determinar tarefas ao paciente, tais como coligar suas lembranças ou pensar sobre um período específico de sua vida. Pelo contrário, ele tem de aprender, acima de tudo — o que nunca acontece facilmente com alguém —, que atividades mentais, tais como refletir sobre algo ou concentrar a atenção, não solucionam nenhum dos enigmas de uma neurose; isto só pode ser efetuado ao se obedecer pacientemente à regra psicanalítica, que impõe a exclusão de toda crítica do inconsciente ou de seus derivados. Deve-se ser especialmente inflexível a respeito da obediência a essa regra com pacientes que praticam a arte de desviar-se para o debate intelectual durante o tratamento, que teorizam muito e com freqüência muito sabiamente sobre o seu estado e, dessa maneira, evitam fazer algo para superá-lo. Por esta razão, não gosto de utilizar-me de escritos analíticos como assistência a meus pacientes; exijo que aprendam por experiência pessoal e asseguro-lhes que adquirirão conhecimento mais amplo e valioso do que toda a literatura da psicanálise poderia transmitir-lhes. Todavia, reconheço que, em condições institucionais, pode ser de grande vantagem empregar a leitura como preparação para pacientes em análise e como meio de criar uma atmosfera de influência.

Devo fazer a mais séria advertência contra qualquer tentativa de conquistar a confiança ou apoio de pais ou parentes dando-lhes livros psicanalíticos para ler, de natureza introdutória ou avançada. Esta medida bem intencionada geralmente tem o efeito de fazer surgir prematuramente a oposição natural dos parentes ao

tratamento — oposição fadada a aparecer, mais cedo ou mais tarde — de maneira que o tratamento nunca é sequer iniciado.

Permitam-me expressar a esperança de que a experiência crescente da psicanálise cedo conduza à concordância sobre questões de técnica e sobre o método mais eficaz de tratar os pacientes neuróticos. Com referência ao tratamento de seus parentes, tenho de confessar-me inteiramente perplexo e, em geral, deposito pouca fé no seu tratamento individual.

## SOBRE O INÍCIO DO TRATAMENTO (NOVAS RECOMENDAÇÕES SOBRE A TÉCNICA DA PSICANÁLISE I ) (1913)

### NOTA DO EDITOR INGLÊS

#### ZUR EINLEITUNG DER BEHANDLUNG

##### (a) EDIÇÕES ALEMÃS:

1913 Int. Z. Psychoanal., 1 (1), 1-10 e (2), 139-46.

1918 S. K. S. N., 4, 412-40. (1922, 2ª ed.)

1924 Technik und Metapsychol., 84-108.

1925 G. S., 6, 84-108.

1931 Neurosenlehre und Technik, 359-85.

1943 G. W., 8, 454-78.

##### (b) TRADUÇÃO INGLESA:

'Further Recommendations in the Technique of Psycho-Analysis: On Beginning the Treatment. The Question of the First Communications. The Dynamics of the Cure'

1924 C. P., 2, 342-65. (Trad. de Joan Riviere.)

A presente tradução inglesa, com o título alterado, é versão modificada da publicada em 1924.

Este artigo foi publicado em duas partes, em janeiro e março de 1913. A primeira parte, terminando com as palavras 'com que material deve o tratamento começar?' (ver em [1]), tinha o título de 'Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse: I. Zur Einleitung der Behandlung'. A segunda tinha o mesmo título, mas com as palavras adicionais: '— Die Frage der ersten Mitteilungen — Die Dynamik der Heilung'. Este título completo é o traduzido na primeira versão inglesa, tal como fornecido acima. Todas as edições alemãs, de 1924 em diante, adotaram o título curto 'Zur Einleitung der Behandlung', sem quaisquer acréscimos. Na opinião original do autor (como é demonstrado por seu manuscrito), o artigo dividia-se em três seções, correspondentes ao título. A primeira destas, 'Sobre o Início do Tratamento', termina em [1]; a segunda, 'A Questão das Primeiras Comunicações', em [2], onde a terceira, 'A Dinâmica da Cura', começa.

## SOBRE O INÍCIO DO TRATAMENTO (NOVAS RECOMENDAÇÕES SOBRE A TÉCNICA DA PSICANÁLISE I)

Todo aquele que espera aprender o nobre jogo de xadrez nos livros, cedo descobrirá que somente as aberturas e os finais de jogos admitem uma apresentação sistemática exaustiva e que a infinita variedade de jogadas que se desenvolvem após a abertura desafia qualquer descrição desse tipo. Esta lacuna na instrução só pode ser preenchida por um estudo diligente dos jogos travados pelos mestres. As regras que podem ser estabelecidas para o exercício do tratamento psicanalítico acham-se sujeitas a limitações semelhantes.

No que segue, esforçar-me-ei por reunir, para uso de psicanalistas militantes, algumas das regras para o início do tratamento. Entre elas estão algumas que podem parecer pormenores insignificantes, como na verdade são. Sua justificativa é serem simplesmente regras que adquirem importância por sua relação com o plano geral do jogo. Penso estar sendo prudente, contudo, em chamar estas regras de 'recomendações' e não reivindicar qualquer aceitação incondicional para elas. A extraordinária diversidade das constelações psíquicas envolvidas, a plasticidade de todos os processos mentais e a riqueza dos fatores determinantes opõem-se a qualquer mecanização da técnica; e ocasionam que um curso de ação que, via de regra, é justificado possa, às vezes, mostrar-se ineficaz, enquanto outro que habitualmente é errôneo possa, de vez em quando, conduzir ao fim desejado. Estas circunstâncias, contudo, não nos impedem de estabelecer para o médico um procedimento que, em média, é eficaz.

Há alguns anos especifiquei as indicações mais importantes para a seleção de pacientes e, portanto, não as repetirei aqui. Nesse meio tempo, elas foram aprovadas por outros psicanalistas. Mas posso acrescentar que desde então tornei hábito meu, quando conheço pouco sobre um paciente, só aceitá-lo a princípio provisoriamente, por um período de uma ou duas semanas. Se se interrompe o tratamento dentro deste período, poupa-se ao paciente a impressão aflitiva de uma tentativa de cura que falhou. Esteve-se apenas empreendendo uma 'sondagem', a fim de conhecer o caso e decidir se ele é apropriado para a psicanálise. Nenhum outro tipo de exame preliminar, exceto este procedimento, encontra-se à nossa disposição; os mais extensos debates e questionamentos, em consultas comuns, não lhe ofereceriam substituto. Este experimento preliminar, contudo, é, ele próprio, o início de uma psicanálise e deve conformar-se às regras desta. Pode-se talvez fazer a distinção de que, nele, se deixa o paciente falar quase todo o tempo e não se explica nada mais do que o absolutamente necessário para fazê-lo prosseguir no que está dizendo.

Existem também razões diagnósticas para começar o tratamento por um período de experiência deste tipo, a durar uma ou duas semanas. Com bastante freqüência, quando se vê uma neurose com sintomas histéricos ou obsessivos, que não é excessivamente acentuada e não existe há muito tempo — isto é, exatamente o tipo de caso que se consideraria apropriado para tratamento — tem-se de levar em conta a possibilidade de que ela possa ser um estágio preliminar do que é conhecido por demência precoce ('esquizofrenia', na terminologia de Bleuler; 'parafrenia', como propus chamá-la) e que, mais cedo ou mais tarde, apresentará um quadro bem pronunciado dessa afecção. Não concordo que seja sempre possível fazer a



distinção tão facilmente. Estou ciente de que existem psiquiatras que hesitam com menos freqüência em seu diagnóstico diferencial, mas convenci-me de que, com a mesma freqüência, cometem equívocos. Cometer um equívoco, além disso, é de muito mais gravidade para o psicanalista que para o psiquiatra clínico, como este é chamado, pois o último não está tentando fazer algo que seja de utilidade, seja qual for o tipo de caso. Ele simplesmente corre o risco de cometer um equívoco teórico e seu diagnóstico não tem mais que um interesse acadêmico. No que concerne ao psicanalista, contudo, se o caso é desfavorável, ele cometeu um erro prático; foi responsável por despesas desnecessárias e desacreditou o seu método de tratamento. Ele não pode cumprir sua promessa de cura se o paciente está sofrendo, não de histeria ou neurose obsessiva, mas de parafrenia, e, portanto, tem motivos particularmente fortes para evitar cometer equívocos no diagnóstico. Num tratamento experimental de algumas semanas, ele amiúde observará sinais suspeitos que possam determiná-lo a não levar além a tentativa. Infelizmente, não posso asseverar que uma tentativa deste tipo sempre nos capacite a chegar à decisão certa; trata-se apenas de uma sábia precaução a mais.

Longos debates preliminares antes do início do tratamento analítico, tratamento prévio por outro método e também conhecimento anterior entre o médico e o paciente que deve ser analisado, têm conseqüências desvantajosas especiais, para as quais se tem de estar preparado. Elas resultam em o paciente encontrar o médico com uma atitude transferencial já estabelecida e que o médico deve, em primeiro lugar, revelar lentamente, em vez de ter a oportunidade de observar o crescimento e o desenvolvimento da transferência desde o início. Desta maneira, o paciente obtém sobre nós uma dianteira temporária, que não lhe concederíamos voluntariamente no tratamento.

Deve-se desconfiar de todos os pacientes em perspectiva que querem esperar um pouco antes de começar o tratamento. A experiência demonstra que, quando a ocasião combinada chega, eles deixam de aparecer, ainda que o motivo para o atraso — isto é, a racionalização de sua intenção — pareça ao não iniciado acima de qualquer suspeita.

Dificuldades especiais surgem quando o analista e seu novo paciente, ou suas famílias, acham-se em termos de amizade ou têm laços sociais um com o outro. O psicanalista chamado a encarregar-se do tratamento da esposa ou do filho de um amigo deve estar preparado para que isso lhes custe esta amizade, qualquer que seja o resultado do tratamento; todavia, terá de fazer o sacrifício, se não puder encontrar um substituto merecedor de confiança.

Tanto o público leigo quanto os médicos — ainda prontos a confundir a psicanálise com o tratamento por sugestão — inclinam-se a atribuir grande importância às expectativas que o paciente traz para o novo tratamento. Amiúde acreditam, no caso de determinado paciente, que não dará muito trabalho, pois tem grande confiança na psicanálise e acha-se plenamente convicto de sua verdade e eficácia; ao passo que, no caso de outro, acham que ele indubitavelmente mostrará ser mais difícil, por ter uma concepção cética, e não acreditará em nada até haver experimentado os resultados bem sucedidos em sua própria pessoa. Todavia, na realidade, esta atitude por parte do paciente tem muito pouca importância. Sua confiança ou desconfiança inicial é quase desprezível, comparada às resistências internas que mantêm a neurose firmemente no lugar. É verdade que a confiança alegre do paciente torna nosso primeiro relacionamento com ele muito agradável; ficamos-lhe gratos por isso, mas advertimo-lo de que sua impressão favorável será destruída pela primeira dificuldade que surgir

na análise. Ao cético, dizemos que análise não exige fé, que ele pode ser tão crítico e desconfiado quanto queira e que não encaramos sua atitude de modo algum como sendo efeito de seu julgamento, pois ele não se acha em posição de formar um juízo fidedigno sobre esses assuntos; sua desconfiança é apenas um sintoma, como os seus outros sintomas, e não constituirá interferência, desde que conscienciosamente execute o que dele requer a regra do tratamento.

Ninguém que esteja familiarizado com a natureza da neurose ficará espantado em ouvir que mesmo um homem que é muito bem capaz de realizar uma análise em outras pessoas possa comportar-se como qualquer outro mortal e ser capaz de produzir as mais intensas resistências, assim que ele próprio se torna objeto da investigação analítica. Quando isto acontece, somos mais uma vez lembrados da dimensão da profundidade da mente, e não nos surpreende descobrir que a neurose tem suas raízes em estratos psíquicos nos quais o conhecimento intelectual da análise não penetrou.

Pontos de importância no início do tratamento são os acordos quanto a *tempo e dinheiro*.

Com referência ao tempo, atendo-me estritamente ao princípio de ceder uma hora determinada. A cada paciente é atribuída uma hora específica de meu dia de trabalho disponível; pertence a ele que é responsável por ela, mesmo que não faça uso da mesma. Este acordo, que é aceito como natural para professores de música ou idiomas na sociedade, pode talvez parecer rigoroso demais num médico, ou até mesmo indigno de sua profissão. Tender-se-á a indicar os muitos acidentes que podem impedir o paciente de comparecer todos os dias à mesma hora e esperar-se-á que sejam levadas em conta as numerosas indisposições intervenientes que podem ocorrer no decurso de um tratamento analítico prolongado. A minha resposta, porém, é: nenhuma outra maneira é praticável. Sob regime menos estrito, as faltas 'ocasionais' aumentam de tal forma que o médico vê sua existência material ameaçada; ao passo que, quando o acordo é seguido, acontece que impedimentos acidentais não ocorrem de modo algum, e moléstias intervenientes, apenas de modo muito raro. O analista quase nunca é colocado em posição de desfrutar de uma hora de lazer pela qual é pago e da qual se envergonharia; e pode continuar seu trabalho sem interrupções, sendo-lhe poupada a aflitiva e desconcertante experiência de descobrir que um intervalo pelo qual não se pode culpar está sempre sujeito a acontecer exatamente quando o trabalho promete ser especialmente importante e rico em conteúdo. Nada nos convence tão fortemente da significação do fator psicogênico na vida cotidiana dos homens, da frequência com que se simula doença e da inexistência do acaso, quanto alguns anos de prática da psicanálise segundo o princípio estrito da hora marcada. Em casos de moléstias orgânicas indubitáveis, que, afinal de contas, não podem ser afastadas, pelo fato de o paciente ter interesse psíquico em comparecer, interrompo o tratamento, considero-me no direito de empregar alhures a hora que fica livre e aceito o paciente de volta novamente assim que ele se restabelece e disponho de outra hora vaga.

Trabalho com meus pacientes todos os dias, exceto aos domingos e feriados oficiais — isto é, geralmente seis dias por semana. Para casos leves ou continuação de um tratamento que já se acha bem avançado, três dias por semana bastarão. Quaisquer restrições de tempo além destas não trazem vantagem, quer para o médico quer para o paciente; e, no início de uma análise, se chama inteiramente fora de questão. Mesmo interrupções breves têm efeito ligeiramente obscurecedor sobre o trabalho. Costumávamos falar, por brincadeira, da 'crosta da segunda-feira', quando retomamos o trabalho, após o descanso dominical. Quando as horas de trabalho são menos frequentes, há o risco de não se poder manter o passo com a vida real do

paciente e de o tratamento perder contato com o presente e ser forçado a utilizar atalhos. Ocasionalmente, também, deparamos com pacientes a quem se tem de conhecer mais que o tempo médio de uma hora por dia, porque a maior parte de uma hora já se passou antes que comecem a se abrir e a se tornarem comunicativos.

Uma pergunta importuna que o paciente faz ao médico, no início, é: ‘Quanto tempo durará o tratamento? De quanto tempo o senhor precisará para aliviar-me de meu problema?’ Se se propôs um tratamento experimental de algumas semanas, pode-se evitar fornecer resposta direta a esta pergunta, prometendo-se fazer um pronunciamento mais fidedigno ao final do período de prova. Nossa resposta assemelha-se à resposta dada pelo Filósofo ao Caminhante, na fábula de Esopo. Quando o caminhante perguntou quanto tempo teria de jornada, o Filósofo simplesmente respondeu ‘Caminha’! e justificou sua resposta aparentemente inútil, com o pretexto de que precisava saber a amplitude do passo do Caminhante antes de lhe poder dizer quanto tempo a viagem duraria. Este expediente auxilia-nos a superar as primeiras dificuldades, mas a comparação não é boa, pois o neurótico pode facilmente alterar o passo e, às vezes, fazer apenas progresso muito lento. Na verdade, a pergunta relativa à duração provável de um tratamento é quase irrespondível.

Como resultado conjunto de falta de compreensão interna (*insight*) por parte dos pacientes e falta de engenhosidade por parte dos médicos, espera-se que a análise atenda às exigências mais ilimitadas, e isso no tempo mais curto. Permitam-me, como exemplo, fornecer alguns pormenores de uma carta que recebi, há alguns dias, de uma senhora da Rússia. Ela conta 53 anos de idade, sua doença começou há 23 anos e, durante os últimos dez anos, não pôde mais fazer qualquer trabalho continuado. ‘O tratamento em várias instituições para casos nervosos’ não conseguiu tornar-lhe possível uma ‘vida ativa’. Ela espera ser completamente curada pela psicanálise, sobre a qual leu, mas sua enfermidade já custou à família tanto dinheiro que ela não pode conseguir vir a Viena por mais de seis semanas ou dois meses. Outra dificuldade a acrescentar é que deseja, desde o início, ‘explicar-se’, apenas por escrito, visto que qualquer exame de seus complexos causar-lhe-ia uma explosão de sentimento ou ‘torná-la-ia temporariamente incapaz de falar’. Ninguém espera que um homem levante uma pesada mesa com dois dedos, como se fosse uma leve banquetta, ou construa uma grande casa no tempo que levaria para levantar uma cabana de madeira; mas assim que se trata de uma questão de neuroses — que não parecem, até agora haver encontrado lugar apropriado no pensamento humano —, mesmo pessoas inteligentes esquecem que uma proporção necessária tem de ser observada entre tempo, trabalho e sucesso. Isto, incidentalmente, constitui resultado compreensível da profunda ignorância que predomina a respeito da etiologia das neuroses. Graças a esta ignorância, a neurose é encarada como uma espécie de ‘donzela vinda de longe’. ‘Ninguém sabia donde ela viera’, de maneira que esperavam que um dia desapareceria.

Os médicos emprestam apoio a estas vãs esperanças. Mesmo os bem informados dentre eles deixam de avaliar corretamente a gravidade das perturbações nervosas. Um amigo e colega meu, para cujo maior crédito conto o fato de que, após várias décadas de trabalho científico segundo outros princípios, converteu-se aos méritos da psicanálise, escreveu-me certa vez: ‘Precisamos é de um tratamento curto, conveniente e externo para a neurose obsessiva.’ Não lhe pude fornecer e senti-me envergonhado; então tentei desculpar-me

com o comentário de que também os especialistas em doenças internas ficariam contentes com um tratamento para tuberculose ou carcinoma que combinasse essas vantagens.

Para falar claramente, a psicanálise é sempre questão de longos períodos de tempo, de meio ano ou de anos inteiros — de períodos maiores do que o paciente espera. É nosso dever, portanto, dizer-lhe isso antes que ele se decida finalmente sobre o tratamento. Considero muito mais honroso, e também mais conveniente, chamar sua atenção — sem tentar assustá-lo, mas bem no começo — para as dificuldades e sacrifícios que o tratamento analítico envolve, e, desta maneira, privá-lo de qualquer direito de dizer mais tarde que foi enganado para um tratamento de cuja extensão e implicações não se deu conta. Um paciente que se deixa dissuadir por esta informação mostrar-se-ia, de qualquer modo, inadequado posteriormente. É bom o progresso do entendimento entre pacientes, o número daqueles que enfrentam com êxito este primeiro teste aumenta.

Não obrigo os pacientes a continuar o tratamento por um certo período de tempo; permito a cada qual interrompê-lo quando quiser. Mas não escondo dele que, se o tratamento é interrompido após somente um pequeno trabalho ter sido feito, ele não será bem sucedido, e poderá facilmente, como uma operação inacabada, deixá-lo em estado insatisfatório. Nos primeiros anos de minha clínica psicanalítica, costumava ter a maior dificuldade em persuadir meus pacientes a continuarem sua análise. Esta dificuldade há muito tempo foi substituída e hoje tenho de me dar aos maiores trabalhos para induzi-los a abandoná-la.

Abreviar o tratamento analítico é um desejo justificável, e sua realização, como aprenderemos, está sendo tentada dentro de várias orientações. Infelizmente, opõe-se-lhe um fator muito importante, a saber, a lentidão com que se realizam as mudanças profundas na mente — em última instância, fora de dúvida, a ‘atemporalidade’ de nossos processos inconscientes. Quando os pacientes se defrontam com a dificuldade do grande dispêndio de tempo exigido pela análise, não raro conseguem propor uma saída para ela. Dividem os seus achaques e descrevem alguns como insuportáveis e outros como secundários, e então dizem: ‘Se apenas o senhor me aliviasse deste (uma dor de cabeça ou um medo específico, por exemplo), eu poderia lidar com o outro sozinho, em minha vida normal.’ Fazendo isto, contudo, sobrestimam o poder seletivo da análise. O analista é certamente capaz de fazer muito, mas não pode determinar de antemão exatamente quais os resultados que produzirá. Ele coloca em movimento um processo, o processo de solução das repressões existentes. Pode supervisionar este processo, auxiliá-lo, afastar obstáculos em seu caminho, e pode indubitavelmente invalidar grande parte dele. Mas, em geral, uma vez começado, segue sua própria rota e não permite que quer a direção que toma quer a ordem em que colhe seus pontos lhe sejam prescritas. O poder do analista sobre os sintomas da doença pode, assim, ser comparado à potência sexual masculina. Um homem pode, é verdade, gerar uma criança inteira, mas mesmo o homem mais forte não pode criar no organismo feminino só uma cabeça, ou um braço, ou uma perna; não pode sequer determinar de antemão o sexo da criança. Também ele coloca em movimento um processo altamente complicado, determinado por eventos no passado remoto, processo que termina pela separação entre a criança e a mãe. Também a neurose tem o caráter de um organismo. Suas manifestações não são independentes umas das outras; condicionam-se mutuamente e dão-se apoio recíproco. Uma pessoa padece apenas de uma neurose, nunca de várias que acidentalmente se tenham reunido num indivíduo isolado. Libertado o paciente, conforme seu desejo, de determinado sintoma insuportável, poderia ele facilmente descobrir que um sintoma anteriormente insignificante

aumentara agora e tornara-se insuportável. O analista que deseja que o tratamento deva seu êxito tão pouco quanto possível a seus elementos de sugestão (isto é, a transferência) fará bem em abster-se de fazer uso até de vestígio de influência seletiva sobre os resultados da terapia que talvez possa lhe ser acessível. Os pacientes destinados a serem mais bem acolhidos são aqueles que lhe pedem para dar-lhes saúde completa, na medida em que esta é atingível, e colocam à sua disposição tanto tempo quanto foi necessário para o processo de restabelecimento. Condições favoráveis como estas, é natural, devem ser esperadas apenas em alguns casos.

O próximo ponto a ser decidido no início do tratamento é o do dinheiro, dos honorários do médico. Um analista não discute que o dinheiro deve ser considerado, em primeira instância, como meio de autopreservação e de obtenção de poder, mas sustenta que, ao lado disto, poderosos fatores sexuais acham-se envolvidos no valor que lhe é atribuído. Ele pode indicar que as questões de dinheiro são tratadas pelas pessoas civilizadas da mesma maneira que as questões sexuais — com a mesma incoerência, pudor de hipocrisia. O analista, portanto, está determinado desde o princípio a não concordar com esta atitude, mas, em seus negócios com os pacientes, a tratar de assuntos de dinheiro com a mesma franqueza natural com que deseja educá-los nas questões relativas à vida sexual. Demonstra-lhes que ele próprio rejeitou uma falsa vergonha sobre esses assuntos, ao dizer-lhes voluntariamente o preço em que avalia seu tempo. O bom senso comum, ademais, adverte-o a não permitir que grandes somas de dinheiros se acumulem, mas a solicitar pagamento a intervalos regulares bastante curtos — mensalmente, talvez. (Constitui fato conhecido que o valor do tratamento não se realça aos olhos do paciente, se forem pedidos honorários muito baixos.) Esta, naturalmente, não é a prática usual dos especialistas em nervos e outros médicos em nossa sociedade européia. Mas o psicanalista deve colocar-se na posição do cirurgião, que é franco e caro por ter à sua disposição métodos de tratamento que podem ser úteis. Parece-me mais respeitável e eticamente menos objetável reconhecer os próprios direitos e necessidades reais do que, como ainda é costume entre os médicos, desempenhar o papel do filantropo desinteressado — posição que não se pode, na realidade, ocupar, sob pena de ficar-se secretamente prejudicado, ou queixar-se em alta voz da falta da consideração e do desejo de exploração evidenciado pelos pacientes. Ao fixar os honorários, o analista deve também considerar o fato de que, por mais que trabalhe, nunca poderá ganhar tanto quanto outros especialistas médicos.

Pela mesma razão, deve também abster-se de fornecer tratamento gratuito e não fazer exceções em favor de colegas ou suas famílias. Esta última recomendação parecerá uma transgressão às vantagens profissionais. Deve-se lembrar, contudo, que um tratamento gratuito significa muito mais para um psicanalista do que para qualquer outro médico; significa o sacrifício de uma parte considerável — um sétimo ou um oitavo, talvez — do tempo de trabalho de que dispõe para ganhar a vida, durante um período de muitos meses. Um segundo tratamento gratuito efetuado ao mesmo tempo privá-lo-ia de um quarto ou de um terço de sua capacidade de ganho, o que seria comparável ao prejuízo infligido por um grave acidente.

Surge então a questão de saber se a vantagem obtida pelo paciente não contrabalançaria, até certo ponto, o sacrifício feito pelo médico. Posso aventurar-me a formar julgamento sobre isto, visto que, durante dez anos ou mais separei, uma hora por dia, e às vezes duas, para tratamentos gratuitos, porque desejaria, a fim de penetrar nas neuroses, trabalhar frente a tão pouca resistência quanto possível. As vantagens que busquei por este meio não apareceram. O tratamento gratuito aumenta enormemente algumas das resistências do neurótico

— em moças, por exemplo, a tentação inerente à sua relação transferencial, e, em moços, sua oposição à obrigação de se sentirem gratos, oposição oriunda de seu complexo paterno e que apresenta um dos mais perturbadores obstáculos à aceitação de auxílio médico. A ausência do efeito regulador oferecido pelo pagamento de honorários ao médico torna-se, ela própria, muito penosamente sentida; todo o relacionamento é afastado do mundo real e o paciente é privado de um forte motivo para esforçar-se por dar fim ao tratamento.

Pode-se estar muito longe da visão ascética do dinheiro como sendo uma maldição e ainda lamentar que a terapia analítica seja quase inacessível às pessoas pobres, tanto por razões externas quanto internas. Pouco se pode fazer para remediar isto. Talvez haja verdade na crença disseminada de que aqueles que são forçados, pela necessidade, a uma vida de árdua labuta são menos facilmente dominados pela neurose. Por outro lado, porém, a experiência demonstra, sem qualquer dúvida, que quando um homem pobre produz uma neurose, só com dificuldade permite ser livrado dela. Ela lhe presta ótimo serviço na luta pela existência; o livro secundário da doença, que ela lhe traz, é demasiadamente importante. Ele agora reivindica, por direito de sua neurose, a piedade que o mundo lhe recusou à aplicação material, e pode então eximir-se da obrigação de combater sua pobreza por meio do trabalho. Todo aquele, portanto, que teme tratar da neurose de uma pessoa pobre pela psicoterapia, geralmente descobre que o que é aqui exigido dele é uma terapia prática do tipo muito diferente — o tipo que, segundo nossa tradição local, costumava ser dispensado pelo Imperador José II. Ocasionalmente, é natural, deparamos com pessoas merecedoras que se acham desamparadas sem culpa alguma de sua parte, nas quais o tratamento não remunerado não se defronta com nenhum dos obstáculos mencionados e conduz a excelentes resultados.

No que concerne às classes médias, a despesa envolvida na psicanálise é excessiva apenas na aparência. Inteiramente à parte do fato de nenhuma comparação ser possível entre a saúde e a eficiência restauradas, por um lado, e um moderado dispêndio financeiro por outro, quando adicionamos os custos incessantes das casas de saúde e do tratamento médico e contrastamo-los com o aumento de eficiência e de capacidade de ganhar a vida que resulta de uma análise inteiramente bem sucedida, temos o direito de dizer que os pacientes fizeram um bom negócio. Nada na vida é tão caro quanto a doença — e a estupidez.

Antes de concluir estas considerações sobre o início do tratamento analítico, tenho de dizer uma palavra sobre um certo cerimonial que concerne à posição na qual o tratamento é realizado. Atenho-me ao plano de fazer com que o paciente se deite num divã, enquanto me sento atrás dele, fora de sua vista. Esta disposição possui uma base histórica: é o remanescente do método hipnótico, a partir do qual a psicanálise se desenvolveu. Mas ele merece ser mantido por muitas razões. A primeira é um motivo pessoal, mas que outros podem partilhar comigo. Não posso suportar ser encarado fixamente por outras pessoas durante oito horas (ou mais) por dia. Visto que, enquanto estou escutando o paciente, também me entrego à corrente de meus pensamentos inconscientes; não desejo que minhas expressões faciais dêem ao paciente material para interpretação ou influenciem-no no que me conta. Em geral, o paciente encara a obrigação de adotar essa posição como um incômodo e rebela-se contra ele, especialmente se o instinto de olhar (escopofilia) desempenhar papel importante em sua neurose. Insisto nesse procedimento, contudo, pois seu propósito e resultado são impedir que a transferência se misture imperceptivelmente às associações do paciente, isolar a transferência e permitir-lhe que apareça, no devido tempo, nitidamente definida como resistência. Sei que



muitos analistas trabalham de modo diferente, mas não sei se esta variação se deve mais a um anseio de agir diferentemente ou a alguma vantagem que pensem obter dela. [Ver também em [1].]

Havendo as condições de tratamento sido reguladas desta maneira, surge a questão: em que ponto e com que material deve o tratamento começar?

O material com que se inicia o tratamento é, em geral, indiferente — a história da vida do paciente, ou a história de sua doença, ou suas lembranças de infância. Mas, em todos os casos, deve-se deixar que o paciente fale e ele deve ser livre para escolher em que ponto começará. Dessa maneira, dizemos-lhe: 'Antes que eu possa lhe dizer algo, tenho de saber muita coisa sobre você; por obséquio, conte-me o que sabe a respeito de si próprio.'

A única exceção a isto refere-se à regra fundamental da técnica psicanalítica, que o paciente tem de observar. Isto lhe deve ser comunicado bem no começo: 'Uma coisa mais, antes que você comece. O que me vai dizer deve diferir, sob determinado aspecto, de uma conversa comum. Em geral, você procura, corretamente, manter um fio de ligação ao longo de suas observações e exclui quaisquer idéias intrusivas que lhe possam ocorrer, bem como quaisquer temas laterais, de maneira a não divagar longe demais do assunto. Neste caso, porém, deve proceder de modo diferente. Observará que, à medida que conta coisas, ocorrer-lhe-ão diversos pensamentos que gostaria de pôr de lado, por causa de certas críticas e objeções. Ficará tentado a dizer a si mesmo que isto ou aquilo é irrelevante aqui, ou inteiramente sem importância, ou absurdo, de maneira que não há necessidade de dizê-lo. Você nunca deve ceder a estas críticas, mas dizê-lo apesar delas — na verdade, deve dizê-lo exatamente *porque* sente aversão a fazê-lo. Posteriormente, você descobrirá e aprenderá a compreender a razão para esta exortação, que é realmente a única que tem de seguir. Assim, diga tudo o que lhe passa pela mente. Aja como se, por exemplo, você fosse um viajante sentado à janela de um vagão ferroviário, a descrever para alguém que se encontra dentro as vistas cambiantes que vê lá fora. Finalmente, jamais esqueça que prometeu ser absolutamente honesto e nunca deixar nada de fora porque, por uma razão ou outra, é desagradável dizê-lo.

Os pacientes que datam sua enfermidade de um momento específico geralmente se concentram na causa precipitante. Outros, que por si reconhecem a vinculação entre sua neurose e a infância, amiúde começam pelo relato de toda a história de sua vida. Nunca se deve esperar uma narrativa sistemática e nada deve ser feito para incentivá-la. Cada pormenor da história terá de ser repetido mais tarde e é apenas com estas repetições que aparecerá material adicional para suprir as importantes associações que são desconhecidas do paciente.

Há pacientes que, desde as primeiras horas, preparam com cuidado o que irão comunicar, aparentemente de maneira a se certificarem de que estão fazendo o melhor uso do tempo dedicado ao tratamento. O que assim se disfarça como avidez é resistência. Qualquer preparação deste tipo não deve ser recomendada, pois ela é empregada apenas para impedir que pensamentos desagradáveis venham à superfície. Por mais sinceramente que o paciente possa acreditar em suas excelentes intenções, a resistência desempenhará seu papel neste método deliberado de preparação e providenciará para que o material mais valioso escape à comunicação. Cedo se descobrirá que o paciente planeja ainda outros meios pelos quais o que é exigido possa ser negado ao tratamento. Ele pode distribuir o tratamento todo o dia com um amigo

íntimo, e trazer a este debate todos os pensamentos que deveriam apresentar-se na presença do médico. O tratamento possui assim um vazamento que deixa passar exatamente o que é mais valioso. Quando isto acontece, o paciente deve, sem muita demora, ser aconselhado a considerar a análise como um assunto entre ele e seu método e a excluir todos os demais de partilhar o conhecimento daquela, por íntimos que possam ser, os indagadores. Em estádios posteriores do tratamento, o paciente geralmente não fica sujeito a tentações deste tipo.

Certos pacientes querem que seu tratamento seja mantido secreto, freqüentemente porque mantiveram secreta sua neurose, e não lhes ponho obstáculos. O fato de que, em consequência disso, o mundo nada saiba de algumas das curas mais bem sucedidas é, naturalmente, consideração que não pode ser levada em conta. É evidente que a decisão de um paciente em favor do segredo já revela uma característica de sua história secreta.

Ao aconselhar o paciente, no início do tratamento, a contar ao menor número de pessoas possível a respeito dele, protegemo-lo também até certo ponto, das muitas influências hostis que procurarão atraí-lo para longe da análise. Tais influências podem ser muito daninhas no começo do tratamento; mais tarde, geralmente não têm importância ou são até mesmo úteis, por colocarem em evidência resistências que estão tentando ocultar-se.

Se, no decorrer da análise, o paciente necessitar temporariamente de algum outro tratamento médico ou especializado, é muito mais sensato chamar um colega não analista do que fornecermos esse outro tratamento. Tratamentos combinados para distúrbios neuróticos, que têm poderosa base orgânica, são quase sempre impraticáveis. Os pacientes afastam o interesse da análise assim que lhes é mostrado mais de um caminho que promete levá-los à saúde. O melhor plano é adiar o tratamento orgânico até que o tratamento psíquico se complete; se aquele fosse tentado primeiro, na maioria dos casos não encontraria êxito.

Retornando ao início do tratamento, encontram-se ocasionalmente pacientes que iniciam o tratamento assegurando-nos que não conseguem pensar em nada para dizer, embora todo o campo da história de sua vida e da história de sua doença se lhes ache aberto para escolher. Sua solicitação de que lhes digamos sobre o que falar não deve ser atendida nesta primeira ocasião, não mais do que em qualquer outra, posterior. Temos de ter em mente o que se acha aqui envolvido. Uma forte resistência adiantou-se, a fim de defender a neurose; temos de aceitar o desafio, então e aí, e enfrentá-la. Afirmções enérgicas e repetidas ao paciente de que é impossível que não lhe ocorra idéia alguma ao início, e de que o que se acha em pauta é uma resistência contra a análise, cedo obrigam-no a efetuar as admissões esperadas ou a revelar uma primeira amostra de seus complexos. É mau sinal ele confessar que, enquanto escutava a regra fundamental de análise, fez a reserva mental de que, não obstante, guardaria isto ou aquilo para si; já não é tão sério se tudo o que tem a nos dizer é quão desconfiado se acha da análise ou das coisas horripilantes que ouviu a respeito dela. Se negar essas e outras possibilidades semelhantes, quando lhe são apresentadas, pode ser levado, por nossa insistência, a reconhecer que todavia desprezou certos pensamentos que lhe ocupavam a mente. Pensara no tratamento em si, embora nada de definido a seu respeito, ou estivera ocupado com a aparência da sala em que estava, ou não pudera deixar de pensar nos objetos do consultório e no fato de lá se achar deitado num divã — tudo que substituíra pela palavra 'nada'. Estas indicações são bastante inteligíveis: tudo que é relacionado com a situação atual representa uma transferência para o médico, que se mostra apropriada para

servir como uma primeira resistência. Somos assim obrigados a começar por descobrir esta transferência; e um caminho que dela parte fornecerá rápido acesso ao material patogênico do paciente. Mulheres que estão preparadas, por acontecimentos em sua história passada, para serem submetidas a agressão sexual, e homens com homossexualismo reprimido excessivamente forte são os mais aptos a reterem desta maneira as idéias que lhes ocorrem no início da análise.

Os primeiros sintomas ou ações fortuitas do paciente, tal como sua primeira resistência, podem possuir interesse especial e revelar um complexo que dirige sua neurose. Um arguto e jovem filósofo, com delicada sensibilidade estética, apressar-se-á a endireitar os vinhos das calças antes de deitar-se para a sua primeira hora; está-se revelando como um ex-coprófilo do mais alto requinte — o que era de se esperar do recente esteta. Uma moça, na mesma conjuntura, apressadamente puxará a barra da saia sobre os tornozelos expostos; assim procedendo, está revelando a essência do que sua análise mais tarde demonstrará: um orgulho narcísico de sua beleza física e inclinações ao exibicionismo.

Um número particularmente grande de pacientes não gosta de que lhes seja pedido para deitar, enquanto o médico se senta atrás dele, fora de sua vista. Pedem que lhe seja concedido passar o tratamento em alguma outra posição, na maioria dos casos por estarem ansiosos por não serem privados da visão do médico. A permissão é geralmente recusada, mas não se pode impedi-los de darem um jeito de dizer algumas frases antes do início da 'sessão' real ou após ter-se indicado que ela terminou e eles terem se levantado do divã. Deste modo, dividem o tratamento, no seu ponto de vista, em uma parte oficial, na qual se comportam principalmente de maneira muito inibida, e em uma parte informal e 'amistosa' na qual falam realmente de modo livre e dizem toda espécie de coisas que eles próprios não encaram como fazendo parte do tratamento. O médico não aceita esta divisão por muito tempo. Toma nota do que é dito antes ou depois da sessão e apresenta na primeira oportunidade, derrubando assim a divisão que o paciente tentou erguer. Esta divisão, mais uma vez, terá sido formada a partir do material de uma resistência transferencial.

*Enquanto as comunicações e idéias do paciente fluírem sem qualquer obstrução, o tema da transferência não deve ser afluído.* Deve-se esperar até que a transferência, que é o mais delicado de todos os procedimentos, tenha-se tornado uma resistência.

A outra pergunta com que nos defrontamos levanta uma questão de princípio. É ela: Quando devemos começar a fazer nossas comunicações ao paciente? Qual é o momento para revelar-lhe o significado oculto das idéias que lhe ocorrem, e para iniciá-los nos postulados, e procedimentos técnicos da análise?

A resposta a isto só pode ser: somente após uma transferência eficaz ter-se estabelecido no paciente, um *rappor*t apropriado com ele. Permanece sendo o primeiro objetivo do tratamento ligar o paciente a ele e à pessoa do médico. Para assegurar isto, nada precisa ser feito, exceto conceder-lhe tempo. Se se demonstra um interesse sério nele, se cuidadosamente se dissipam as resistências que vêm à tona no início e se evita cometer certos equívocos, o paciente por si próprio fará essa ligação e vinculará o médico a uma das imagens das pessoas por quem estava acostumado a ser tratado com afeição. É certamente possível sermos privados deste primeiro sucesso se, desde o início, assumirmos outro ponto de vista que não o da compreensão simpática, tal como um ponto de vista moralizador, ou se nos comportarmos como representantes ou advogados da parte litigante — o outro cônjuge, por exemplo.

Esta resposta, naturalmente, implica uma condenação de qualquer linha de conduta que nos levasse a dar ao paciente uma tradução de seus sintomas assim que nós próprios a adivinhássemos, ou mesmo a considerar triunfo especial lançar-lhe essas ‘soluções’ ao rosto na primeira entrevista. Não é difícil para um analista treinado ler claramente os desejos secretos do paciente nas entrelinhas de suas queixas e da história de sua doença; mas quanta vaidade e falta de reflexão deve possuir aquele que, com o mais breve conhecimento, pode informar a um estranho, inteiramente ignorante de todos os princípios da análise, que ele se acha ligado à mãe por laços incestuosos, que abriga desejos de morte da esposa, a quem parece amar, que oculta uma intenção de trair seu superior, e assim por diante! Ouvi dizer que há analistas que se vangloriam destes tipos de diagnósticos-relâmpago e tratamentos ‘expressos’, mas tenho de prevenir a todos contra seguir tais exemplos. Um comportamento deste tipo desacreditará completamente a nós e ao tratamento aos olhos do paciente e nele despertará a mais violenta oposição, tenha o nosso palpite sido verdadeiro ou não; na verdade, quanto mais verdadeiro for, mas violenta será a resistência. Via de regra, o efeito terapêutico será nenhum, mas o desencorajamento do paciente quanto à análise será definitivo. Mesmo nos estádios posteriores da análise, tem-se de ter cuidado em não fornecer ao paciente a solução de um sintoma ou a tradução de um desejo até que ele esteja tão próximo delas que só tenha de dar mais um passo para conseguir a explicação por si próprio. Em anos anteriores, com frequência tive ocasião de descobrir que a comunicação prematura de uma solução punha ao tratamento um fim intempestivo, devido não apenas às resistências que assim subitamente despertava, mas também ao alívio que a solução trazia consigo.

Neste ponto, porém, levantar-se-á uma objeção. Será então nossa tarefa alongar o tratamento e não, pelo contrário, lhe dar fim tão rapidamente quanto possível? Não são os achaques do paciente devidos à sua falta de conhecimento e compreensão e não constitui um dever esclarecê-lo tão pronto quanto possível — isto é, tão logo o próprio médico conheça as explicações? A resposta a esta pergunta exige uma breve digressão sobre o significado de conhecimento e o mecanismo de cura na análise.

É verdade que nos primórdios da técnica analítica assumíamos uma visão intelectualista da situação. Dávamos alto valor ao conhecimento, pelo paciente, do que havia esquecido, e nisto mal fazíamos distinção entre o nosso conhecimento e o dele. Pensávamos ser uma verdadeira sorte se poderíamos obter informações sobre um esquecido trauma infantil a partir de outras fontes — dos pais, babás ou do próprio sedutor, por exemplo — como em alguns casos foi possível fazer; e apressávamo-nos a transmitir a informação e as provas de sua exatidão ao paciente, na expectativa certa de assim dar um fim rápido à neurose e ao tratamento. Era um sério desapontamento quando o sucesso esperado não vinha. Como era possível que o paciente, que agora sabia a respeito de sua experiência traumática, todavia se comportasse ainda como se sobre ela não soubesse mais do que antes? Na verdade, contar e descrever-lhe o trauma reprimido nem mesmo resultava em que alguma recordação dele lhe viesse à mente.

Em um caso específico, a mãe de uma moça histérica confidenciou-me a experiência homossexual que contribuíra grandemente para fixação das crises da moça. A própria mãe havia surpreendido a cena, mas a paciente esquecera-a completamente, embora houvesse ocorrido quando ela já se aproximava da puberdade. Pude então efetuar uma observação muito instrutiva. Cada vez que eu repetia à moça a história da mãe, ela reagia com uma crise histérica após a qual esquecia mais uma vez a história. Não há dúvida de que a paciente estava expressando uma resistência violenta contra o conhecimento que lhe estava sendo imposto. Por fim,

simulou imbecilidade e uma completa perda de memória, a fim de proteger-se contra o que eu lhe havia contado. Após isto, não havia, escolha exceto deixar de atribuir ao fato de saber, em si, a importância que anteriormente lhe havia sido concedida e pôr a ênfase nas resistências que, no passado, haviam ocasionado o estado de desconhecimento e que ainda se achavam prontas para defender esse estado. O conhecimento consciente, mesmo quando não era subsequente expulso outra vez, era impotente contra essas resistências.

A estranha conduta dos pacientes, por serem capazes de combinar um conhecimento consciente com o desconhecimento, permanece inexplicável pela chamada psicologia normal. Para a psicanálise, entretanto, que reconhece a existência do inconsciente, ela não apresenta dificuldade. O fenômeno que descrevemos, ademais, fornece o melhor apoio do ângulo da diferenciação topográfica. Os pacientes conhecem agora a experiência reprimida em seu pensamento consciente, mas falta a este pensamento qualquer vinculação com o lugar em que a lembrança reprimida, de uma ou outra maneira, está contida. Nenhuma mudança é possível até que o processo consciente de pensamento tenha penetrado até esse lugar e lá superado as resistências da repressão. É exatamente como se fosse promulgado pelo Ministério da Justiça um decreto no sentido de que os delitos juvenis fossem tratados de modo decididamente demente. Enquanto esse decreto não chegar ao conhecimento dos magistrados locais, ou no caso de eles não pretenderem obedecê-lo, mas preferirem administrar a justiça segundo suas próprias luzes, nenhuma mudança pode ocorrer no tratamento de determinados delinquentes juvenis. Todavia, a bem da completa exatidão, dever-se-ia acrescentar que a comunicação do material reprimido à consciência do paciente não fica, entretanto, sem efeito. Ela não produz o resultado desejado de acabar com os sintomas, mas tem outras consequências. A princípio, desperta resistências, mas depois, quando estas foram superadas, estabelece um processo de pensamento no decorrer do qual a influência esperada da recordação inconsciente acaba por realizar-se.

É tempo, agora, que empreendamos um levantamento do jogo de forças colocado em ação pelo tratamento. A força motivadora primária na terapia é o sofrimento do paciente e o desejo de ser curado que deste se origina. A intensidade desta força motivadora é diminuída por diversos fatores — que não são descobertos até que a análise se acha em andamento —, sobretudo pelo que chamamos de 'livro secundário da doença'; e mas ela deve ser mantida até o fim do tratamento. Cada melhora efetua uma sua diminuição. Sozinha, porém, esta força motivadora não é suficiente para livrar-se da doença. Duas coisas lhe faltam para isto: não sabe que caminhos seguir para chegar a esse fim e não possui a necessária cota da energia para se opor às resistências. O tratamento analítico ajuda a remediar ambas as deficiências. Fornece as quantidades de energia necessárias para superar as resistências, pela mobilização das energias que estão prontas para a transferência; e, dando ao paciente informações no momento correto, mostra-lhe os caminhos ao longo dos quais deve dirigir essas energias. Com bastante frequência, a transferência é capaz de remover os sintomas da doença por si mesma, mas só por pouco tempo — apenas enquanto ela própria perdura. Neste caso, o tratamento é por sugestão, e não, de modo algum, a psicanálise. Só merece o último nome se a intensidade da transferência foi utilizada para a superação das resistências. Somente então a enfermidade tornou-se impossível, mesmo quando a transferência foi mais uma vez desfeita, o que é seu destino.

No decurso do tratamento, ainda é estimulado outro fator útil, que é o interesse e a compreensão intelectuais do paciente. Mas ele, sozinho, mal entra em consideração, comparado às outras forças que se

acham empenhadas na luta, pois está sempre em perigo de perder seu valor, em resultado da perturbação de juízo que se origina das resistências. Assim, as novas fontes de força pelas quais o paciente é grato ao analista reduzem-se à transferência e à instrução (através das comunicações que lhe são feitas). O paciente, contudo, só faz uso da instrução na medida em que é induzido a fazê-lo pela transferência; é por esta razão que nossa primeira comunicação deve ser retida até que uma forte transferência se tenha estabelecido. E isto, podemos acrescentar, vale para todas as comunicações subseqüentes. Em cada caso, temos de esperar até que a perturbação da transferência pelo aparecimento sucessivo de resistências transferenciais tenha sido removida.



## RECORDAR, REPETIR E ELABORAR (NOVAS RECOMENDAÇÕES SOBRE A TÉCNICA DA PSICANÁLISE II) (1914)

### NOTA DO EDITOR INGLÊS

#### ERINNERN, WIEDERHOLEN UND DURCHARBEITEN

##### (a) EDIÇÕES ALEMÃS:

1914 *Int. Z. Psychoanal.*, 2 (6), 485-91.

1918 *S. K. S. N.*, 4, 441-52, (1922, 2ª ed.)

1924 *Technik und Metapsychol.*, 109-19

1925 *G. S.*, 6, 109-19.

1931 *Neurosenlehre und Technik*, 385-96.

1946 *G. W.*, 10, 126-36.

##### (b) TRADUÇÃO INGLESA:

'Further Recommendations in the Technique of Psycho-Analysis: Recollection, Repetition and Working-Through'

1924 *C. P.*, 2, 366-76. (Trad. de Joan Riviere.)

A presente tradução inglesa, com o título alterado, é versão modificada da publicada em 1924.

Em seu aparecimento original (ao final de 1914), o título deste artigo era: 'Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse (II): Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten.' O título da versão inglesa de 1924, citado acima, é tradução deste. De 1924 em diante, as edições alemãs adotaram o título mais curto.

Este trabalho é digno de nota, à parte seu interesse técnico, por conter o primeiro aparecimento dos conceitos da 'compulsão à repetição' (ver em [1]) e da 'elaboração' (ver em [2]).

RECORDAR, REPETIR E ELABORAR (NOVAS RECOMENDAÇÕES SOBRE A TÉCNICA DA  
PSICANÁLISE II)

Não me parece desnecessário continuar a lembrar aos estudiosos as alterações de grandes conseqüências que a técnica psicanalítica sofreu desde os primórdios. Em sua primeira fase — a da catarse de Breuer — ela consistia em focalizar diretamente o momento em que o sintoma se formava, e em esforçar-se persistentemente por reproduzir os processos mentais envolvidos nessa situação, a fim de dirigir-lhes a descarga ao longo do caminho da atividade consciente. Recordar e ab-reagir, com o auxílio, era a que, àquela época, se visava. A seguir, quando a hipnose foi abandonada, a tarefa transformou-se em descobrir, a partir das associações livres do paciente, o que ele deixava de recordar. A resistência deveria ser contornada pelo trabalho da interpretação e por dar a conhecer os resultados desta ao paciente. As situações que haviam ocasionado a formação do sintoma e as outras anteriores ao momento em que a doença irrompeu conservaram seu lugar como foco de interesse; mas o elemento da ab-reação retrocedeu para segundo plano e pareceu ser substituído pelo dispêndio de trabalho que o paciente tinha de fazer por ser obrigado a superar sua censura das associações livres, de acordo com a regra fundamental da psicanálise. Finalmente, desenvolveu-se a técnica sistemática hoje utilizada, na qual o analista abandona a tentativa de colocar em foco um momento ou problema específicos. Contenta-se em estudar tudo o que se ache presente, de momento, na superfície da mente do paciente, e emprega a arte da interpretação principalmente para identificar as resistências que lá aparecem, e torná-las conscientes ao paciente. Disto resulta um novo tipo de divisão de trabalho: o médico revela as resistências que são desconhecidas ao paciente; quando essas tiverem sido vencidas, o paciente amiúde relaciona as situações e vinculações esquecidas sem qualquer dificuldade. O objetivo destas técnicas diferentes, naturalmente, permaneceu sendo o mesmo. Descritivamente falando, trata-se de preencher lacunas na memória; dinamicamente, é superar resistências devidas à repressão.

Ainda devemos ser gratos à velha técnica hipnótica por ter-nos apresentado processos psíquicos únicos de análise sob forma isolada ou esquemática. Somente isto poder-nos-ia ter dado a coragem para criar situações mais complicadas no tratamento analítico e mantê-las claras diante de nós.

Nesses tratamentos hipnóticos, o processo de recordar assumia forma muito simples. O paciente colocava-se de volta numa situação anterior, que parecia nunca confundir com a atual, e fornecia um relato dos processos mentais a ela pertencentes, na medida em que permaneciam normais; acrescentava então a isso tudo o que podia surgir como resultado da transformação dos processos, que na época haviam sido inconscientes, em conscientes.

Neste ponto, interpolarei algumas considerações que todo analista já viu confirmadas em suas observações. Esquecer impressões, cenas ou experiências quase sempre se reduz a interceptá-las. Quando o paciente fala sobre estas coisas 'esquecidas', raramente deixa de acrescentar: 'Em verdade, sempre o soube; apenas nunca pensei nisso.' Amiúde expressa desapontamento por não lhe vierem à cabeça coisas bastantes que possa chamar de 'esquecidas' — em que nunca pensou desde que aconteceram. Não obstante, mesmo este desejo é realizado, especialmente no caso das histerias de conversão. O 'esquecer' torna-se ainda mais restrito quando avaliamos em seu verdadeiro valor as lembranças encobridoras que tão geralmente se acham presentes. Em certos casos, tive a impressão de que a conhecida amnésia infantil, que teoricamente nos é tão importante, é completamente contrabalançada pelas lembranças encobridoras. Não apenas *algo*, mas a *totalidade* do que é essencial na infância foi retido nessas lembranças. Trata-se simplesmente de saber como

extraí-lo delas pela análise. Elas representam os anos esquecidos da infância tão adequadamente quanto o conteúdo manifesto de um sonho representa os pensamentos oníricos.

O outro grupo de processos psíquicos — fantasias, processos de referência, impulsos emocionais, vinculações de pensamento — que, como atos puramente internos, não podem ser contrastados com impressões e experiências, deve, em sua relação com o esquecer e o recordar, ser considerado separadamente. Nestes processos, acontece com extraordinária freqüência ser ‘recordado’ algo que nunca poderia ter sido ‘esquecido’, porque nunca foi, em ocasião alguma, notado — nunca foi consciente. Com referência ao curso tomado pelos eventos psíquicos, parece não fazer nenhuma diferença se determinada ‘vinculação de pensamento’ foi consciente e depois esquecida ou se nunca, de modo algum, conseguiu tornar-se consciente. A convicção que o paciente alcança no decurso de sua análise é inteiramente independente deste tipo de lembrança.

Nas muitas formas diferentes da neurose obsessiva, em particular, o esquecer restringe-se principalmente à dissolução das vinculações de pensamento, ao deixar de tirar as conclusões corretas e isolar lembranças.

Há um tipo especial de experiências da máxima importância, para a qual lembrança alguma, via de regra, pode ser recuperada. Trata-se de experiências que ocorreram em infância muito remota e não foram compreendidas na ocasião, mas que *subseqüentemente* foram compreendidas e interpretadas. Obtém-se conhecimento delas através dos sonhos e é-se obrigado a acreditar neles com base nas provas mais convincentes fornecidas pela estrutura da neurose. Ademais, podemos certificar-nos de que o paciente, após suas resistências haverem sido superadas, não mais invoca a ausência de qualquer lembrança delas (qualquer sensação de familiaridade com elas) como fundamento para recusar-se a aceitá-las. Este assunto, contudo, exige tanta cautela crítica e introduz tanta coisa nova e espantosa que reservá-lo-ei para um exame separado, juntamente com material apropriado.

Sob a nova técnica, muito pouco, e com freqüência nada resta deste deliciosamente calmo curso de acontecimentos. Há certos casos que se comportam como aqueles sob a técnica hipnótica até certo ponto e só mais tarde deixam de fazê-lo, mas outros conduzem-se diferentemente desde o início. Se nos limitarmos a este segundo tipo, a fim de salientar a diferença, podemos dizer que o paciente não *recorda* coisa alguma do que esqueceu e reprimiu, mas expressa-o pela atuação ou atua-o (*acts it out*). Ele o reproduz não como lembrança, mas como ação; *repete-o*, sem, naturalmente, saber que o está repetindo.

Por exemplo, o paciente não diz que recorda que costumava ser desafiador e crítico em relação à autoridade dos pais; em vez disso, comporta-se dessa maneira para com o médico. Não se recorda de como chegou a um impotente e desesperado impasse em suas pesquisas sexuais infantis; mas produz uma massa de sonhos e associações confusas, queixa-se de que não consegue ter sucesso em nada e assevera estar fadado a nunca levar a cabo o que empreende. Não se recorda de ter-se envergonhado intensamente de certas atividades sexuais e de ter tido medo de elas serem descobertas; mas demonstra achar-se envergonhado do tratamento que agora empreendeu e tenta escondê-lo de todos. E assim por diante.

Antes de mais nada, o paciente *começará* seu tratamento por uma repetição deste tipo. Quando anunciamos a regra fundamental da psicanálise a um paciente com uma vida cheia de acontecimentos e uma

longa história de doença, e então lhe pedimos para dizer-nos o que lhe vem à mente, esperamos que ele despeje um dilúvio de informações; mas, com frequência, a primeira coisa que acontece é ele nada ter a dizer. Fica silencioso e declara que nada lhe ocorre. Isto, naturalmente, é simplesmente a repetição de uma atitude homossexual que se evidencia como uma resistência contra recordar alguma coisa [ver em [1]]. Enquanto o paciente se acha em tratamento, não pode fugir a esta compulsão à repetição; e, no final, compreendemos que esta é a sua maneira de recordar.

O que nos interessa, acima de tudo, é, naturalmente, a relação desta compulsão à repetição com a transferência e com a resistência. Logo percebemos que a transferência é, ela própria, apenas um fragmento da repetição e que a repetição é uma transferência do passado esquecido, não apenas para o médico, mas também para todos os outros aspectos da situação atual. Devemos estar preparados para descobrir, portanto, que o paciente se submete à compulsão, à repetição, que agora substitui o impulso a recordar, não apenas em sua atitude pessoal para com o médico, mas também em cada diferente atividade e relacionamento que podem ocupar sua vida na ocasião — se, por exemplo, se enamora, incumbe-se de uma tarefa ou inicia um empreendimento durante o tratamento. Também o papel desempenhado pela resistência é facilmente identificável. Quanto maior a resistência, mais extensivamente a atuação (*acting out*) (repetição) substituirá o recordar, pois o recordar ideal do que foi esquecido, que ocorre na hipnose, corresponde a um estado no qual a resistência foi posta completamente de lado. Se o paciente começa o tratamento sob os auspícios de uma transferência positiva branda e impronunciada, ela lhe torna possível, de início, desenterrar suas lembranças tal como o faria sob hipnose, e, durante este tempo, seus próprios sintomas patológicos acham-se inativos. Mas se, à medida que a análise progride, a transferência se torna hostil ou excessivamente intensa e, portanto, precisando de repressão, o recordar imediatamente abre caminho à atuação (*acting out*). Daí por diante, as resistências determinam a seqüência do material que deve ser repetido. O paciente retira do arsenal do passado as armas com que se defende contra o progresso do tratamento — armas que lhe temos de arrancar, uma por uma.

Aprendemos que o paciente repete ao invés de recordar e repete sob as condições da resistência. Podemos agora perguntar o que é que ele de fato repete ou atua (*acts out*). A resposta é que repete tudo o que já avançou a partir das fontes do reprimido para sua personalidade manifesta — suas inibições, suas atitudes inúteis e seus traços patológicos de caráter. Repete também todos os seus sintomas, no decurso do tratamento. E podemos agora ver que, ao chamar atenção para a compulsão à repetição, não obtivemos um fato novo, mas apenas uma visão mais ampla. Só esclarecemos a nós mesmos que o estado de enfermidade do paciente não pode cessar com o início de sua análise, e que devemos tratar sua doença não como um acontecimento do passado, mas como uma força atual. Este estado de enfermidade é colocado, fragmento por fragmento, dentro do campo e alcance do tratamento e, enquanto o paciente o experimenta como algo real e contemporâneo, temos de fazer sobre ele nosso trabalho terapêutico, que consiste, em grande parte, em remontá-lo ao passado.

O recordar, tal como era induzido pela hipnose, só podia dar a impressão de um experimento realizado em laboratório. O repetir, tal como é induzido no tratamento analítico, segundo a técnica mais recente, implica, por outro lado, evocar um fragmento da vida real; e, por essa razão, não pode ser sempre inócuo e

irrepreensível. Esta consideração revela todo o problema do que é tão amiúde inevitável — a ‘deterioração durante o tratamento’.

Primeiro e antes de tudo, o início do tratamento em si ocasiona uma mudança na atitude consciente do paciente para com sua doença. Ele habitualmente se contentava em lamentá-la, desprezá-la como absurda e subestimar sua importância; quanto ao resto, estendeu às manifestações dela a política de avestruz de repressão que adotara em relação às suas origens. Assim, pode acontecer que não saiba corretamente em que condições sua fobia se manifesta, não escute o fraseado preciso de suas idéias obsessivas ou não apreenda o intuito real de seu impulso obsessivo. O tratamento, naturalmente, não é auxiliado por isto. O paciente tem de criar coragem para dirigir a atenção para os fenômenos de sua moléstia. Sua enfermidade em si não mais deve parecer-lhe desprezível, mas sim tornar-se um inimigo digno de sua têmpera, um fragmento de sua personalidade, que possui sólido fundamento para existir e da qual coisas de valor para sua vida futura têm de ser inferidas. Acha-se assim preparado o caminho, desde o início, para uma reconciliação com o material reprimido que se está expressando em seus sintomas, enquanto, ao mesmo tempo, acha-se lugar para uma certa tolerância quanto ao estado de enfermidade. Se esta nova atitude em relação à doença intensifica os conflitos e põe em evidência sintomas que até então haviam permanecido vagos, podemos facilmente consolar o paciente mostrando-lhe que se trata apenas de agravamentos necessários e temporários e que não se pode vencer um inimigo ausente ou fora de alcance. A resistência, contudo, pode explorar a situação para seus próprios fins e abusar da licença de estar doente. Ela parece dizer: ‘Veja o que acontece se eu realmente transijo com tais coisas. Não tinha razão em confiá-las à repressão?’ Pessoas jovens e pueris, em particular, inclinam-se a transformar a necessidade, imposta pelo tratamento, de prestar atenção à sua doença, numa desculpa bem-vinda para regalar-se em seus sintomas.

Outros perigos surgem do fato de que, no curso do tratamento, novos e mais profundos impulsos instintuais, que até então não se haviam feito sentir, podem vir a ser ‘repetidos’. Finalmente, é possível que as ações do paciente, fora da transferência, possam causar-lhe dano temporário em sua vida normal, ou até mesmo terem sido escolhidos para invalidar permanentemente suas perspectivas de restabelecimento.

As táticas a serem adotadas pelo médico, nesta situação, são facilmente justificadas. Para ele, recordar à maneira antiga — reprodução no campo psíquico — é o objetivo a que adere, ainda que saiba que tal objetivo não pode ser atingido na nova técnica. Ele está preparado para uma luta perpétua com o paciente, para manter na esfera psíquica todos os impulsos que este último gostaria de dirigir para a esfera motora; e comemora como um triunfo para o tratamento o fato de poder ocasionar que algo que o paciente deseja descarregar em ação seja utilizado através do trabalho de recordar. Se a ligação através da transferência transformou-se em algo de modo algum utilizável, o tratamento é capaz de impedir o paciente de executar algumas das ações repetitivas mais importantes e utilizar sua intenção de assim proceder, *in statu nascendi*, como material para o trabalho terapêutico. Protege-se melhor o paciente de prejuízos ocasionados pela execução de um de seus impulsos, fazendo-o prometer não tomar quaisquer decisões importantes que lhe afetem a vida durante o tempo do tratamento — por exemplo, não escolher qualquer profissão ou objeto amoroso definitivo — mas adiar todos os planos desse tipo para depois de seu restabelecimento.

Ao mesmo tempo, deixa-se voluntariamente intocado um tanto da liberdade pessoal do paciente quanto é compatível com estas restrições, e não se o impede de levar a cabo intenções sem importância, mesmo que

sejam tolas; não nos esqueçamos de que, na realidade, é apenas através de sua própria experiência e infortúnios que uma pessoa se torna sagaz. Há também pessoas a quem não se pode impedir de mergulharem em algum projeto inteiramente indesejável durante o tratamento e que somente depois ficam prontas para a análise ou a esta acessíveis. Ocasionalmente, também, está sujeito a acontecer que os instintos indomados se afirmem antes que haja tempo de colocar-lhes as rédeas da transferência, ou que os laços que ligam o paciente ao tratamento sejam por ele rompidos numa ação repetitiva. Como exemplo extremo disto, posso citar o caso de uma senhora de idade que havia repetidamente fugido de casa e do marido em estado crepuscular e ido para onde ninguém sabia, sem sequer tornar-se consciente de seu motivo para partir desta maneira. Ela chegou ao tratamento com uma acentuada transferência afetuosa que cresceu em intensidade com misteriosa rapidez nos primeiros dias; ao final da semana, havia-me abandonado também, antes que tivesse tempo de dizer-lhe algo que pudesse ter impedido esta repetição.

Toda vida, o instrumento principal para reprimir a compulsão do paciente à repetição e transformá-la num motivo para recordar reside no manejo da transferência. Tornamos a compulsão inócua, e na verdade útil, concedendo-lhe o direito de afirmar-se num campo definido. Admitimo-la à transferência como a um *playground* no qual se espera que nos apresente tudo no tocante a instintos patogênicos, que se acha oculto na mente do paciente. Contanto que o paciente apresente complacência bastante para respeitar as condições necessárias da análise, alcançamos normalmente sucesso em fornecer a todos os sintomas da moléstia um novo significado transferencial e em substituir sua neurose comum por uma 'neurose de transferência', da qual pode ser curado pelo trabalho terapêutico. A transferência cria, assim, uma região intermediária entre a doença e a vida real, através da qual a transição de uma para a outra é efetuada. A nova condição assumiu todas as características da doença, mas representa uma doença artificial, que é, em todos os pontos, acessível à nossa intervenção. Trata-se de um fragmento de experiência real, mas um fragmento que foi tornado possível por condições especialmente favoráveis, e que é de natureza provisória. A partir das reações repetitivas exibidas na transferência, somos levados ao longo dos caminhos familiares até o despertar das lembranças, que aparecem sem dificuldade, por assim dizer, após a resistência ter sido superada.

Poder-me-ia deter neste ponto, não fosse o título deste artigo, que me obriga a debater ainda um ponto na técnica analítica. O primeiro passo para superar as resistências é dado, como sabemos, pelo fato de o analista revelar a resistência que nunca é reconhecida pelo paciente, e familiarizá-lo com ela. Ora, parece que os principiantes na clínica analítica inclinam-se a encarar este passo introdutório como a totalidade do seu trabalho. Amiúde me têm sido pedidos conselhos sobre casos em que o médico se queixou de ter apontado a resistência ao paciente e, não obstante, mudança alguma ter-se efetuado; na verdade, a resistência tornou-se ainda mais forte e toda situação ficou mais obscura do que nunca. O tratamento parecia não progredir. Este prenúncio sombrio sempre se mostrou errôneo. O tratamento, via de regra, progredia muito satisfatoriamente. O analista simplesmente se havia esquecido de que o fato de dar à resistência um nome poderia não resultar em sua cessação imediata. Deve-se dar ao paciente tempo para conhecer melhor esta resistência com a qual acabou de se familiarizar, para *elaborá-la*, para superá-la, pela continuação, em desafio a ela, do trabalho analítico segundo a regra fundamental da análise. Só quando a resistência está em seu auge é que pode o analista, trabalhando em comum com o paciente, descobrir os impulsos instintuais reprimidos que estão alimentando a resistência; e é este tipo de experiência que convence o paciente da existência e do poder de tais impulsos. O



médico nada mais tem a fazer senão esperar e deixar as coisas seguirem seu curso, que não pode ser evitado nem continuamente apressado. Se se apegar a esta convicção, amiúde ser-lhe-á poupada a ilusão de ter fracassado, quando, de fato, está conduzindo o tratamento segundo as linhas corretas.

Esta elaboração das resistências pode, na prática, revelar-se uma tarefa árdua para o sujeito da análise e uma prova de paciência para o analista. Todavia, trata-se da parte do trabalho que efetua as maiores mudanças no paciente e que distingue o tratamento analítico de qualquer tipo de tratamento por sugestão. De um ponto de vista teórico, pode-se correlacioná-la com a 'ab-reação' das cotas de afeto estranguladas pela repressão — uma ab-reação sem a qual o tratamento hipnótico permanecia ineficaz.

## OBSERVAÇÕES SOBRE O AMOR TRANSFERENCIAL (NOVAS RECOMENDAÇÕES SOBRE A TÉCNICA DA PSICANÁLISE III) (1915 [1914])

### NOTA DO EDITOR INGLÊS

#### BEMERKUNGEN ÜBER DIE ÜBERTRAGUNGSLIEBE

##### (a) EDIÇÕES ALEMÃS:

1915 *Int. Z. Psychoanl.*, 3, (1), 1-11.

1918 *S. D. S. N.*, 4, 453-69. (1922, 2ª ed.)

1924 *Technik und Metapsychol.* 120-35.

1925 *G. S.*, 6, 120-35.

1931 *Neurosenlehre und Technik*, 385-96.

1946 *G. W.*, 10, 306-21.

##### (b) TRADUÇÃO INGLESA:

'Further Recommendations in the Technique of Psycho-Analysis: Observations on Transference-Love'

1924 *C.P.*, 2, 377-91. (Trad. de Joan Riviere.)

A presente tradução inglesa, com o título alterado, é versão modificada da publicada em 1924.

Quando este artigo foi publicado pela primeira vez (em começos de 1915), seu título era: 'Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse (III): Bemerkungen über die Übertragungsliebe.' O título da versão inglesa de 1924, tal como fornecido acima, é tradução disto. As edições alemãs, de 1924 em diante, adotaram o título mais curto.

O Dr. Ernest Jones nos conta (1955, 266) que Freud considerava este o melhor da presente série de trabalhos técnicos. Uma carta escrita por Freud a Ferenczi, em 13 de dezembro de 1931, com respeito às inovações técnicas introduzidas pelo último, constitui interessante pós-escrito a este artigo. Ela foi publicada pelo Dr. Jones quase no final do Capítulo IV de seu terceiro volume da biografia de Freud (1957, 174 e segs.)

### OBSERVAÇÕES SOBRE O AMOR TRANSFERENCIAL (NOVAS RECOMENDAÇÕES SOBRE A TÉCNICA DA PSICANÁLISE III)

Todo principiante em psicanálise provavelmente se sente alarmado, de início, pelas dificuldades que lhe estão reservadas quando vier a interpretar as associações do paciente e lidar com a reprodução do reprimido. Quando chega a ocasião, contudo, logo aprende a encarar estas dificuldades como insignificantes e, ao invés, fica convencido de que as únicas dificuldades realmente sérias que tem de enfrentar residem no manejo da transferência.

Entre as situações que surgem a este respeito, selecionarei uma que é muito nitidamente definida; e selecioná-la-ei, em parte, porque ocorre muito amiúde e é tão importante em seus aspectos reais e em parte devido ao seu interesse teórico. O que tenho em mente é o caso em que uma paciente demonstra, mediante indicações inequívocas, ou declara abertamente, que se enamorou, como qualquer outra mulher mortal poderia fazê-lo, do médico que a está analisando. Esta situação tem seus aspectos aflitivos e cômicos, bem como os sérios. Ela é também determinada por tantos e tão complicados fatores, é tão inevitável e tão difícil de esclarecer, que uma discussão sobre o assunto, para atender a uma necessidade vital da técnica analítica, já há muito se fazia necessária. Mas visto que nós, que rimos das fraquezas de outras pessoas, nem sempre estamos livres delas, até agora não estivemos precisamente apressados em cumprir esta tarefa. Deparamos constantemente com a obrigação à discrição profissional — discrição que não se pode dispensar na vida real, mas que é inútil em nossa ciência. Na medida em que as publicações psicanalíticas também fazem parte da vida real, temos aqui uma contradição insolúvel. Recentemente desprezei esta questão da discrição a certa altura, e demonstrei como esta mesma situação transferencial retardou o desenvolvimento da terapia psicanalítica durante sua primeira década.

Para um leigo instruído (a pessoa civilizada ideal, em relação à psicanálise), as coisas que se relacionam com o amor são incomensuráveis; acham-se, por assim dizer, escritas numa página especial em que nenhum outro texto é tolerado. Se uma paciente enamorou-se de seu médico, parece a tal leigo que são possíveis apenas dois desfechos. Um, que acontece de modo comparativamente raro, é que todas as circunstâncias permitam uma união legal e permanente entre eles; o outro, mais freqüente, é que médico e paciente se separem e abandonem o trabalho que começaram e que deveria levar ao restabelecimento dela, como se houvesse sido interrompido por algum fenômeno elementar. Há, sem dúvida, um terceiro desfecho concebível, que até mesmo parece compatível com a continuação do tratamento. É que eles iniciam um relacionamento amoroso ilícito e que não se destina a durar para sempre. Mas esse caminho é impossível por causa da moralidade convencional e dos padrões profissionais. Não obstante, o nosso leigo implorará ao analista que lhe assegure, tão inequivocamente quanto possível, que esta terceira alternativa se acha excluída.

É claro que um psicanalista tem de encarar as coisas de um ponto de vista diferente.

Tomemos o caso do segundo desfecho da situação que estamos considerando. Após a paciente ter-se enamorado de seu médico, eles se separam; o tratamento é abandonado. Mas logo o estado da paciente obriga-a a fazer uma segunda tentativa de análise, com outro médico. O que acontece a seguir é que ela sente-se ter enamorado deste segundo médico também; e, se romper com ele e recomeçar outra vez, o mesmo acontecerá com o terceiro médico, e assim por diante. Este fenômeno, que ocorre constantemente e que é, como sabemos, um dos fundamentos da teoria psicanalítica, pode ser avaliado a partir de dois pontos de vista, o do médico e o da paciente que dele necessita.

Para o médico, o fenômeno significa um esclarecimento valioso e uma advertência útil contra qualquer tendência a uma contratransferência que pode estar presente em sua própria mente. Ele deve reconhecer que o enamoramento da paciente é induzido pela situação analítica e não deve ser atribuído aos encantos de sua própria pessoa; de maneira que não tem nenhum motivo para orgulhar-se de tal ‘conquista’, como seria chamada fora da análise. E é sempre bom lembrar-se disto. Para a paciente, contudo, há duas alternativas: abandonar o tratamento psicanalítico ou aceitar enamorar-se de seu médico como um destino inelutável.

Não tenho dúvida de que os parentes e amigos da paciente se decidirão enfaticamente pela primeira destas duas alternativas, assim como o analista optará pela segunda. Mas acho que temos aqui um caso em que a decisão não pode ser deixada ao terno — ou antes, egoísta e ciumento — cuidado dos parentes. Somente o bem-estar da paciente deveria ser a pedra de toque; o amor dos parentes não pode insistir que é indispensável para a consecução de certos fins. Qualquer parente que adote a atitude de Tolstoi em relação ao problema pode permanecer na posse imperturbada de sua esposa ou filha; mas terá de tentar suportar o fato de que ela, de sua parte, mantém a neurose e a interferência com sua capacidade de amar que aquela acarreta. A situação, afinal, é semelhante à de um tratamento ginecológico. Além disso, o pai ou marido ciumento está grandemente equivocado se pensa que a paciente escapará de enamorar-se do médico se ele entregá-la a algum outro tipo de tratamento, que não a análise, para combater-lhe a neurose. Pelo contrário, a única diferença será que um amor deste tipo, fadado a permanecer oculto e não analisado, nunca poderá prestar ao restabelecimento da paciente a contribuição que a análise dele teria extraído.

Chegou ao meu conhecimento que alguns médicos que praticam a análise preparam freqüentemente suas pacientes para o surgimento da transferência erótica ou até mesmo as instam a ‘ir em frente a enamorar-se do médico, de modo a que o tratamento possa progredir’. Dificilmente posso imaginar procedimento mais insensato. Assim procedendo, o analista priva o fenômeno do elemento de espontaneidade que é tão convincente e cria para si próprio, no futuro, obstáculos difíceis de superar.

À primeira vista, certamente não parece que o fato de a paciente se enamorar na transferência possa resultar em qualquer vantagem para o tratamento. Por mais dócil que tenha sido até então, ela repentinamente perde toda a compreensão do tratamento e todo o interesse nele, e não falará ou ouvirá a respeito de nada que não seja o seu amor, que exige que seja retribuído. Abandona seus sintomas ou não lhes presta atenção; na verdade, declara que está boa. Há uma completa mudança de cena; é como se uma peça de fingimento houvesse sido interrompida pela súbita irrupção da realidade — como quando, por exemplo, um grito de incêndio se erguer durante uma representação teatral. Nenhum médico que experimente isto pela primeira vez

achará fácil manter o controle sobre o tratamento analítico e livrar-se da ilusão de que o tratamento realmente chegou ao fim.

Uma pequena reflexão capacita-nos a encontrar orientação. Primeiro e antes de tudo, mantém-se na mente a suspeita de que tudo que interfere com a continuação do tratamento pode constituir expressão da resistência. Não pode haver dúvida de que a irrupção de uma apaixonada exigência de amor é, em grande parte, trabalho da resistência. Há muito notaram-se na paciente sinais de uma transferência afetuosa, e pôde-se ter certeza de que a docilidade dela, sua aceitação das explicações analíticas, sua notável compreensão e o alto grau de inteligência que apresentava deveriam ser atribuídos a esta atitude em relação ao médico. Agora, tudo isto passou. Ela ficou inteiramente sem compreensão interna (*insight*) e parece estar absorvida em seu amor. Ademais, esta modificação ocorre muito regularmente na ocasião precisa em que se está tentando levá-la a admitir ou recordar algum fragmento particularmente aflitivo e pesadamente reprimido da história da sua vida. Ela esteve enamorada, portanto, por longo tempo; mas agora a resistência está começando a utilizar seu amor a fim de estorvar a continuação do tratamento, desviar todo o seu interesse do trabalho e colocar o analista em posição canhestra.

Se se examinar a situação mais de perto, reconhece-se a influência de motivos que complicam ainda mais as coisas — dos quais, alguns acham-se vinculados ao enamoramento e outros são expressões específicas da resistência. Do primeiro tipo são os esforços da paciente em certificar-se de sua irresistibilidade, em destruir a autoridade do médico rebaixando-o ao nível de amante e em conquistar todas as outras vantagens prometidas, que são incidentais à satisfação do amor. Com referência à resistência, podemos suspeitar que, ocasionalmente, ela faz uso de uma declaração de amor da paciente como meio de colocar à prova a severidade do analista, de maneira que, se ele mostra sinais de complacência, pode esperar se chamado à ordem por isso. Acima de tudo, porém, fica-se com a impressão de que a resistência está agindo como um *agent provocateur*; ela intensifica o estado amoroso da paciente e exagera sua disposição à rendição sexual, a fim de justificar ainda mais enfaticamente o funcionamento da repressão, ao apontar os perigos de tal licenciosidade. Todos estes motivos acessórios, que em casos mais simples podem não se achar presente, foram, como sabemos, encarados por Adler como parte essencial de todo o processo.

Mas como deve o analista comportar-se, a fim de não fracassar nessa situação, se estiver persuadido de que o tratamento deve ser levado avante, apesar desta transferência erótica, e que deve enfrentá-la com calma?

Ser-me-ia fácil enfatizar os padrões universalmente aceitos de moralidade e insistir que o analista nunca deve, em quaisquer circunstâncias aceitar ou retribuir os ternos sentimentos que lhe são oferecidos; que, ao invés disso, deve ponderar que chegou sua vez de apresentar à mulher que o ama as exigências da moralidade social e a necessidade de renúncia, conseguir fazê-las abandonar seus desejos e, havendo dominado o lado animal do seu eu (*self*), prosseguir com o trabalho da análise.

Não atenderei, contudo, a estas expectativas — nem a primeira nem a segunda delas. A primeira, porque não estou escrevendo para pacientes, mas sim para médicos que têm sérias dificuldades com que lutar, e também porque, neste caso, posso remontar a prescrição moral à sua fonte, ou seja, a conveniência. Encontro-me, nesta ocasião, na feliz posição de poder substituir o impedimento moral por considerações de técnica analítica, sem qualquer alteração no resultado.

Ainda mais decididamente, contudo, recuso-me a atender à segunda das expectativas que mencionei. Instigar a paciente a suprimir, renunciar ou sublimar seus instintos, no momento em que ela admitiu sua transferência erótica, seria, não uma maneira analítica de lidar com eles, mas uma maneira insensata. Seria exatamente como se, após invocar um espírito dos infernos, mediante astutos encantamentos, devêssemos mandá-lo de volta para baixo, sem lhe haver feito uma única pergunta. Ter-se-ia trazido o reprimido à consciência, apenas para reprimi-lo mais uma vez, um susto. Não devemos iludir-nos sobre o êxito de qualquer procedimento desse tipo. Como sabemos, as paixões pouco são afetadas por discursos sublimes. A paciente sentirá apenas humilhação e não deixará de vingar-se por ela.

Tampouco posso eu advogar um caminho intermediário, que a certas pessoas se recomendaria como especialmente engenhoso. Consistiria em declarar que se retribuem os amorosos sentimentos da paciente, mas, ao mesmo tempo, em evitar qualquer complementação física desta afeição, até que se possa orientar o relacionamento para canais mais calmos e elevá-lo a um nível mais alto. Minha objeção a este expediente é que o tratamento analítico se baseia na sinceridade, e neste fato reside grande parte de seu efeito educativo e de seu valor ético. É perigoso desviar-se deste fundamento. Todo aquele que se tenha embebido na técnica analítica não mais será capaz de fazer uso das mentiras e fingimentos que um médico normalmente acha inevitáveis; e se, com a melhor das intenções, tentar fazê-lo, é muito provável que se traia. Visto exigirmos estrita sinceridade de nossos pacientes, colocamos em perigo toda a nossa autoridade, se nos deixarmos ser por eles apanhados num desvio da verdade. Além disso, a experiência de se deixar levar um pouco por sentimentos ternos em relação à paciente não é inteiramente sem perigo. Nosso controle sobre nós mesmos não é tão completo que não possamos subitamente, um dia, ir mais além do que havíamos pretendido. Em minha opinião, portanto, não devemos abandonar a neutralidade para com a paciente, que adquirimos por manter controlada a contratransferência.

Já deixei claro que a técnica analítica exige do médico que ele negue à paciente que anseia por amor a satisfação que ela exige. O tratamento deve ser levado a cabo na abstinência. Com isto não quero significar apenas a abstinência física, nem a privação de tudo o que a paciente deseja, pois talvez nenhuma pessoa enferma pudesse tolerar isto. Em vez disso, fixarei como princípio fundamental que se deve permitir que a necessidade e anseio da paciente nela persistam, a fim de poderem servir de forças que a incitem a trabalhar e efetuar mudanças, e que devemos cuidar de apaziguar estas forças por meio de substitutos. O que poderíamos oferecer nunca seria mais que um substituto, pois a condição da paciente é tal que, até que suas repressões sejam removidas, ela é incapaz de alcançar satisfação real.

Admitamos que este princípio fundamental de o tratamento ser levado a cabo na abstinência estenda-se muito além do caso isolado que estamos aqui considerando, e que ele necessite ser completamente debatido, a fim de podermos definir os limites de sua possível aplicação. Todavia, abordaremos agora este assunto, mas manter-nos-emos tão próximos quanto possível da situação de que partimos. O que aconteceria se o médico se comportasse diferentemente e, supondo que ambas as partes fossem livres, se aproveitasse dessa liberdade para retribuir o amor da paciente e acalmar sua necessidade de afeição?

Se ele houvesse sido guiado pelo cálculo de que esta concordância de sua parte lhe garantiria o domínio sobre a paciente e assim capacitá-lo-ia a influenciá-la a realizar as tarefas exigidas pelo tratamento e,

dessa maneira, liberar-se permanentemente de sua neurose, então a experiência inevitavelmente mostrar-lhe-ia que seu cálculo estava errado. A paciente alcançaria o objetivo *dela*, mas ele nunca alcançaria o *seu*. O que aconteceria ao médico e à paciente seria apenas o que aconteceu, segundo a divertida anedota, ao pastor e ao corretor de seguros. O corretor de seguros, livre pensador, estava à morte e seus parentes insistiram em trazer um homem de deus para convertê-lo antes de morrer. A entrevista durou tanto tempo que aqueles que esperavam do lado de fora começaram a ter esperanças. Por fim, a porta do quarto do doente se abriu. O livre pensador não havia sido convertido, mas o pastor foi embora com um seguro.

Se os avanços da paciente fossem retribuídos, isso constituiria grande triunfo para ela, mas uma derrota completa para o tratamento. Ela teria alcançado sucesso naquilo por que todos os pacientes lutam na análise — teria tido êxito em atuar (*acting out*), em repetir na vida real o que deveria apenas ter lembrado, reproduzido como material psíquico e mantido dentro da esfera dos eventos psíquicos. No curso ulterior do relacionamento amoroso, ela expressaria todas as inibições e reações patológicas de sua vida erótica, sem que houvesse qualquer possibilidade de corrigi-las; e o episódio penoso terminaria em remorso e num grande fortalecimento de sua propensão à repressão. O relacionamento amoroso, em verdade, destrói a suscetibilidade da paciente à influência do tratamento analítico. Uma combinação dos dois seria impossível.

É, portanto, tão desastroso para a análise que o anseio da paciente por amor seja satisfeito, quanto que seja suprimido. O caminho que o analista deve seguir não é nenhum destes; é um caminho para o qual não existe modelo na vida real. Ele tem de tomar cuidado para não se afastar do amor transferencial, repeli-lo ou torná-lo desagradável para a paciente; mas deve, de modo igualmente resoluto, recusar-lhe qualquer retribuição. Deve manter um firme domínio do amor transferencial, mas tratá-lo como algo irreal, como uma situação que se deve atravessar no tratamento e remontar às suas origens inconscientes e que pode ajudar a trazer tudo que se acha muito profundamente oculto na vida erótica da paciente para sua consciência e, portanto, para debaixo de seu controle. Quanto mais claramente o analista permite que se perceba que ele está à prova de qualquer tentação, mais prontamente poderá extrair da situação seu conteúdo analítico. A paciente, cuja repressão sexual naturalmente ainda não foi removida, mas simplesmente empurrada para segundo plano, sentir-se-á então segura o bastante para permitir que todas as suas precondições para amar, todas as fantasias que surgem de seus desejos sexuais, todas as características pormenorizadas de seu estado amoroso venham à luz. A partir destas, ela própria abrirá o caminho para as raízes infantis de seu amor.

Existe, é verdade, determinada classe de mulheres com quem esta tentativa de preservar a transferência erótica para fins do trabalho analítico, sem satisfazê-la, não logrará êxito. Trata-se de mulheres de paixões poderosas, que não toleram substitutos. São filhas da natureza que se recusam a aceitar o psíquico em lugar do material e que, nas palavras do poeta, são acessíveis apenas à 'lógica da sopa, com bolinhos por argumentos'. ['Suppenlongik mit Knödelgründen', de 'Die Wanderraten' de Heine. (Transcrito erradamente por Freud: 'Knödelargumenten'.)] Com tais pessoas tem-se de escolher entre retribuir seu amor ou então acarretar para si toda a inimizade de uma mulher desprezada. Em nenhum dos casos se podem salvaguardar os interesses do tratamento. Tem-se de bater em retirada, sem sucesso, e tudo o que se pode fazer é revolver na própria mente o problema de como é que uma capacidade de neurose se liga a tão obstinada necessidade de amor.



Muitos analistas indubitavelmente estarão de acordo sobre o método pelo qual outras mulheres, menos violentas em seu amor, podem ser gradativamente levadas a adotar a atitude analítica. O que fazemos, acima de tudo, é acentuar para a paciente o elemento inequívoco de resistência nesse 'amor'. O amor genuíno, dizemos, torná-la-ia dócil e intensificaria sua presteza em solucionar os problemas de seu caso, simplesmente porque o homem de quem está enamorada espera isso dela. Em tal caso, ela alegremente escolheria a estrada da conclusão do tratamento, a fim de adquirir valor aos olhos do médico e preparar-se para a vida real, onde este sentimento de amor poderia encontrar lugar adequado. Em vez disso, apontamos nós, ela está mostrando um espírito teimoso e rebelde, abandonou todo o interesse no tratamento e claramente não sente respeito pelas convicções bem fundadas do médico. Está assim expressando uma resistência, sob o disfarce de estar enamorada dele; e, além disso, não se compunge por colocá-lo numa situação difícil. Pois, se ele recusa seu amor, como o dever e a compreensão compelem-no a fazer, ela pode representar o papel de mulher desprezada e então afastar-se de seus esforços terapêuticos por vingança e ressentimento, exatamente como agora está fazendo por amor ostensivo.

Como segundo argumento contra a genuinidade desse amor, apresentamos o fato de que ele não exibe uma só característica nova que se origine da situação atual, mas compõe-se inteiramente de repetições e cópias de reações anteriores, inclusive infantis. Prometemos provar isso mediante uma análise pormenorizada do comportamento da paciente no amor.

Se se acrescenta a dose necessária de paciência a estes argumentos, é geralmente possível superar a difícil situação e continuar o trabalho com um amor que foi moderado ou transformado; o trabalho visa então a desvendar a escolha objetal infantil da paciente e as fantasias tecidas ao redor dela.

Todavia, gostaria agora de examinar estes argumentos com olhos críticos e levantar a questão de saber se, apresentando-os à paciente, estamos realmente dizendo a verdade, ou se não nos estamos valendo, em nosso desespero, de ocultamentos e deturpações. Em outras palavras: podemos verdadeiramente dizer que o estado de enamoramento que se manifesta no tratamento analítico não é real?

Acho que dissemos à paciente a verdade, mas não toda a verdade, sem atentar para as conseqüências. Dos nossos dois argumentos, o primeiro é o mais forte. O papel desempenhado pela resistência no amor transferencial é inquestionável e muito considerável. Entretanto, a resistência, afinal de contas, não *cria* esse amor; encontra-o pronto, à mão, faz uso dele e agrava suas manifestações. Tampouco a genuinidade do fenômeno deixa de ser provada pela resistência. O segundo argumento é muito mais débil. É verdade que o amor consiste em novas adições de antigas características e que ele repete reações infantis. Mas este é o caráter essencial de todo estado amoroso. Não existe estado deste tipo que não reproduza protótipos infantis. É precisamente desta determinação infantil que ele recebe seu caráter compulsivo, beirando, como o faz, o patológico. O amor transferencial possui talvez um grau menor de liberdade do que o amor que aparece na vida comum e é chamado de normal; ele exibe sua dependência do padrão infantil mais claramente e é menos adaptável e capaz de modificação; mas isso é tudo, e não o que é essencial.

Por que outros sinais pode a genuinidade de um amor ser reconhecida? Por sua eficácia, sua utilidade em alcançar o objetivo do amor? A esse respeito, o amor transferencial não parece ficar devendo nada a ninguém; tem-se a impressão de que se poderia obter dele qualquer coisa.

Resumamos, portanto. Não temos o direito de contestar que o estado amoroso que faz seu aparecimento no decurso do tratamento analítico tenha o caráter de um amor 'genuíno'. Se parece tão desprovido de normalidade, isto é suficientemente explicado pelo fato de que estar enamorado na vida comum, fora da análise, é também mais semelhante aos fenômenos mentais anormais que aos normais. Não obstante, o amor transferencial caracteriza-se por certos aspectos que lhe asseguram posição especial. Em primeiro lugar, é provocado pela situação analítica; em segundo, é grandemente intensificado pela resistência, que domina a situação; e, em terceiro, falta-lhe em alto grau consideração pela realidade, é menos sensato, menos interessado nas conseqüências e mais ego em sua avaliação da pessoa amada do que estamos preparados para admitir no caso do amor normal. Não devemos esquecer, contudo, que esses afastamentos da norma constituem precisamente aquilo que é essencial a respeito de estar enamorado.

Quanto à linha de ação do analista, é a primeira destas três características do amor transferencial que constitui o fator decisivo. Ele evocou este amor, ao instituir o tratamento analítico a fim de curar a neurose. Para ele, trata-se de conseqüência inevitável de uma situação médica, tal como a exposição do corpo de um paciente ou a comunicação de um segredo vital. É-lhe, portanto, evidente que não deve tirar qualquer vantagem pessoal disso. A disposição da paciente não faz diferença; simplesmente lança toda a responsabilidade sobre o próprio analista. Na verdade, como ele deve saber, a paciente não se preparara para nenhum outro mecanismo de cura. Após todas as dificuldades haverem sido triunfantemente superadas, ela muitas vezes confessará ter tido uma fantasia antecipatória na ocasião em que começou o tratamento, no sentido de que, se se comportasse bem, seria recompensada no final pela afeição do médico.

Para o médico, motivos éticos unem-se aos técnicos para impedi-lo de dar à paciente seu amor. O objetivo que tem de manter em vista é que a essa mulher, cuja capacidade de amor acha-se prejudicada por fixações infantis, deve adquirir pleno controle de uma função que lhe é de tão inestimável importância; que ela não deve, porém, dissipá-lo no tratamento, mas mantê-la pronta para o momento em que, após o tratamento, as exigências da vida real se fazem sentir. Ele não deve encenar a situação de uma corrida de cães em que o prêmio deveria ser uma guirlanda de salsichas, mas que algum humorista estragou ao atirar uma salsicha na pista. O resultado foi, naturalmente, que os cães se atiraram sobre ela e esqueceram tudo sobre a corrida e sobre a guirlanda que os atraía à vitória muito distante. Não quero dizer que é sempre fácil ao médico se manter dentro dos limites prescritos pela ética e pela técnica. Aqueles que ainda são jovens e não estão ligados por fortes laços podem, em particular, achá-lo tarefa árdua. O amor sexual é indubitavelmente uma das principais coisas da vida, e a união da satisfação mental e física no gozo do amor constitui um de seus pontos culminantes. À parte alguns excêntricos fanáticos, todos sabem disso e conduzem sua vida dessa maneira; só a ciência é refinada demais para admiti-lo. Por outro lado, quando uma mulher solicita amor, rejeitá-la e recusá-la constitui papel penoso para um homem desempenhar; e, apesar da neurose e da resistência, existe um fascínio incomparável numa mulher de elevados princípios que confessa sua paixão. Não são os desejos cruamente sensuais da paciente que constituem a tentação. É mais provável que estes repugnem, e encará-los como fenômeno natural exigirá toda a tolerância do médico. São, talvez, os desejos de mulher mais sutis e inibidos em seu propósito que trazem consigo o perigo de fazer um homem esquecer sua técnica e sua missão médica no interesse de uma bela experiência.

E no entanto é inteiramente impossível para o analista ceder. Por mais alto que possa prezar o amor, tem de prezar ainda mais a oportunidade de ajudar sua paciente a passar por um estágio decisivo de sua vida. Ela tem de aprender com ele a superar o princípio do prazer, e abandonar uma satisfação que se acha à mão, mas que socialmente não é aceitável, em favor de outra mais distante, talvez inteiramente incerta, mas que é psicológica e socialmente irrepreensível. Para conseguir esta superação, ela tem de ser conduzida através do período primevo de seu desenvolvimento mental e, nesse caminho, tem de adquirir a parte adicional de liberdade mental que distingue a atividade mental consciente — no sentido sistemático — da inconsciente.

O psicoterapeuta analítico tem, assim, uma batalha tríplice a travar — em sua própria mente, contra as forças que procuram arrastá-lo para abaixo do nível analítico; fora da análise, contra opositores que discutem a importância que ele dá às forças instintuais sexuais e impedem-nos de fazer uso delas em sua técnica científica; e, dentro da análise, contra as pacientes, que a princípio comportam-se como opositores, mas, posteriormente, revelam a supervalorização da vida sexual que as domina e tentam torná-lo cativo de sua paixão socialmente indomada.

O público, leigo, sobre cuja atitude em relação à psicanálise falei no início, indubitavelmente apossar-se-á deste debate do amor transferencial como mais outra oportunidade de dirigir a atenção do mundo para o sério perigo desse método terapêutico. O psicanalista sabe que está trabalhando com forças altamente explosivas e que precisa avançar com tanto cautela e escrúpulo quanto um químico. Mas quando foram os químicos proibidos, devido ao perigo, de manejar substâncias explosivas, que são indispensáveis, por causa de seus efeitos? É digno de nota que a psicanálise tenha de conquistar para a própria, de novo, todas as liberdades que há muito tempo foram concebidas a outras atividades médicas. Certamente não sou favorável a abandonar os métodos inócuos de tratamento. Para muitos casos, eles são suficientes e, quando tudo está dito, a sociedade humana não tem mais uso para o *furor senandi* do que para qualquer outro fanatismo. Mas acreditar que as neuroses podem ser vencidas pela administração de remédios inócuos é subestimar grosseiramente esses distúrbios, tanto quanto à sua origem quanto à sua importância prática. Não; na clínica médica sempre haverá lugar para o '*ferrum*' e para o '*ignis*', lado a lado com as '*medicinas*'; e, da mesma maneira, nunca seremos capazes de passar sem uma psicanálise estritamente regular e forte, que não tenha medo de manejar os mais perigosos impulsos mentais e de obter domínio sobre eles, em benefício do paciente.

#### APÊNDICE: RELAÇÃO DOS TRABALHOS DE FREUD QUE TRATAM PRINCIPALMENTE DA TÉCNICA PSICANALÍTICA E DA TEORIA DA PSICOTERAPIA

[A data ao início de cada título é a do ano durante o qual o trabalho em apreço foi provavelmente escrito. A data ao final é a da publicação, e sob esta data pormenores mais completos da obra serão encontrados na Biblio-grafia e Índice Remissivo de Autores.]

- 1888 \* Crítica de *Der Hypnotismus*, de Forel (1889a)
- 1888 \* Introdução à tradução de *De la suggestion*, de Bernheim (1888-9)
- 1890 \* 'Tratamento Psíquico (ou Mental)' (1890a)
- 1891 \* 'Hipnose' em *Therapeutisches Lexikon*, de Bum (1891d)

- 1892 \* 'Um Caso de Tratamento Bem Sucedido pelo Hipnotismo' (1892-93b)
- 1895 *Estudos sobre a Histeria*, Parte IV (1895d)
- 1898 'A Sexualidade na Etiologia das Neuroses' (última parte) (1898a)
- 1899 *A Interpretação de Sonhos*, Capítulo H (primeira parte) (1900a)
- 1901 'Fragmento de uma Análise de um Caso de Histeria', Capítulo IV (1905e)
- 1903 'O Procedimento Psicanalítico de Freud' (1904a)
- 1904 'Sobre a Psicoterapia' (1905a)
- 1910 'As Perspectivas Futuras da Terapia Psicanalítica' (1910d)
- 1910 'Psicanálise "Silvestre"' (1910k)
- 1911 'O Manejo da Interpretação de Sonhos na Psicanálise' (1911e)
- 1912 'A Dinâmica da Transferência' (1912b)
- 1912 'Recomendações aos Médicos que Exercem a Psicanálise' (1912e)
- 1913 'Sobre o Início do Tratamento' (1913c)
- 1914 'Fausse Reconnaissance ("déjà raconté") no Tratamento Psicanalítico' (1914a)
- 1914 'Recordar, Repetir e Elaborar' (1914g)
- 1914 'Observações sobre o Amor Transferencial' (1915a)
- 1917 *Conferências Introdutórias sobre Psicanálise*, Conferências XXVII e XXVIII (1916-17)
- 1918 'Linhas de Avanço na Terapia Psicanalítica' (1919a)
- 1920 *Além do Princípio de Prazer*, Capítulo III (1920g)
- 1923 'Considerações sobre a Teoria e Prática da Interpretação de Sonhos' (1923c)
- 1926 *A Questão da Análise Leiga*, Capítulo V (1926e)
- 1932 *Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise*, Conferência XXXIV (última parte) (1933a)
- 1937 'Análise Terminável e Interminável' (1937c)
- 1937 'Construções em Análise' (1937d)
- 1938 *Compêndio de Psicanálise*, Capítulo VI (1940a)

## OS SONHOS NO FOLCLORE (FREUD E OPPENHEIM) (1957 [1911])

### NOTA DO EDITOR INGLÊS

#### TRÄUME IM FOLKLORE

##### (a) EDIÇÃO ALEMÃ:

(1911 Data provável da composição.)

1958 *Dreams in Folklore*, Parte II, Nova Iorque, International Universities Press, pp. 69-111.

##### (b) TRADUÇÃO INGLESA:

'Dreams in Folklore'

1958 Id., Parte I, Nova Iorque, International Universities Press, pp. 19-65, (Trad. de A. M. O. Richards; intr. de J. Strachey.)

A presente tradução inglesa constitui reimpressão da publicada em Nova Iorque, com algumas mudanças muito pequenas. O artigo recebeu originalmente o número de referência 1957a, da *Standard Edition*, e pensou-se ser melhor mantê-lo, embora a publicação real do artigo fosse inesperadamente adiada para 1958.

A existência deste artigo, escrito conjuntamente por Freud e o Professor D. E. Oppenheim, de Viena, foi com efeito ignorada até o verão de 1956, quando a Sra. Liffman, filha de Oppenheim, morando então na Austrália, trouxe-o ao conhecimento de um livreiro de Nova Iorque. Logo depois, o manuscrito foi adquirido em nome dos Arquivos Sigmund Freud pelo Dr. Bernard L. Pacella, e é graças à sua generosidade e à ajuda infalível do Dr. K. R. Eissler, Secretário dos Arquivos, que podemos incluir o trabalho na *Standard Edition*.

David Ernst Oppenheim, colaborador de Freud neste artigo, nasceu em Brünn, no que hoje é a Tchecoslováquia, em 1881. Foi um erudito clássico e tornou-se professor de *Akademisches Gymnasium*, escola secundária de Viena, onde ensinou grego e latim. O Dr. Ernest Jones (1955, 16) menciona-o entre os que

assistiram às conferências universitárias de Freud em 1906, mas suas relações com este aparentemente datam apenas de 1909. No outono desse ano, parece ter enviado a Freud cópia de um artigo que tratava da mitologia clássica, de maneira que demonstrava conhecimento da literatura psicanalítica, pois há uma carta de Freud (datada de 28 de outubro de 1909) agradecendo-lhe por ele em termos muito cordiais e sugerindo que colocasse seu conhecimento dos clássicos a serviço dos estudos psicanalíticos. O resultado foi, evidentemente, a associação de Oppenheim com a Sociedade Psicanalítica de Viena, da qual (novamente segundo Jones, *loc. cit.*) tornou-se membro em 1910. Em 20 de abril desse ano, abriu um simpósio da Sociedade de Viena sobre o suicídio (particularmente entre escolares), que foi publicado sob forma de brochura (1910; ver também Freud, 1910g). A contribuição de Oppenheim lá será encontrada sob a assinatura 'Unus Multorum', mas ela foi reimpressa sob seu próprio nome alguns anos mais tarde, num trabalho coletivo, *Heilen und Bilden*, coordenado por Adler e Furtmüller (1914). As minutas publicadas da Sociedade de Viena demonstram que lá ele leu três 'comunicações breves' durante 1910 e 1911, a primeira das quais, sobre 'Material Folclórico Relacionado ao Simbolismo Onírico' (16 de novembro de 1910), possui relação evidente com o presente trabalho. Na primavera de 1911, Freud publicou a terceira edição de *A Interpretação de Sonhos* e nela inseriu uma nota de rodapé mencionando o trabalho de Oppenheim com relação a sonhos no folclore e declarando que um artigo sobre o assunto deveria aparecer brevemente (Ver em [1], 1972). Esta nota foi omitida em todas as edições posteriores. A omissão, bem como o desaparecimento do presente artigo são indubitavelmente explicados pelo fato de, logo depois, Oppenheim haver-se tornado um adepto de Adler e, juntamente com cinco outros membros, ter-se demitido da Sociedade Psicanalítica de Viena, em 11 de outubro de 1911. Morreu durante a Segunda Guerra Mundial no campo de concentração de Theresienstadt, no qual ele e sua esposa haviam sido internados. Após a guerra, a esposa emigrou para a Austrália, levando consigo o manuscrito; que pudera preservar. De acordo com seus desejos, a publicação dele foi retida até depois de sua morte.

É possível datar a participação de Freud neste artigo dentro de limites bastante restritos. Ele não pode ter sido escrito antes da primeira parte de 1911, como se demonstra por uma referência do mesmo ao *Die Sprache des Traumes*, de Stekel, publicado por volta do início desse ano (Ver em [1].); e deve ter sido completado antes do rompimento final com Adler no mesmo verão.

Embora o manuscrito, tal como agora o possuímos, não tenha sofrido uma revisão final por parte dos autores, ele de fato exige apenas uma organização editorial muito pequena e fornece-nos um meio claro de ajuizar a parte que nele coube aos dois autores. O material bruto foi evidentemente coligido por Oppenheim e deriva em grande parte da revista *Anthropophyteia* (Leipzig, 1904-1913), editada por F. S. Krauss, na qual Freud sempre tivera interesse especial. (Cf. sua carta aberta ao editor da mesma, 1910f, e seu prefácio a *Scatalogic Rites of All Nations* [Ritos Escatológicos de Todas as Nações], da autoria de Bourke, 1913k, p. 423 adiante, especialmente pertinente ao presente artigo.) Oppenheim copiou este material, parte à máquina e parte à mão (acrescentando breves observações), e submeteu-o a Freud, que então o dispôs em seqüência apropriada, colocou as laudas de Oppenheim nas suas, muito maiores, e interpolou-as com profusos comentários. Freud deve ter então devolvido todo o manuscrito a Oppenheim, que parece mais uma vez ter adicionado duas ou três outras notas (algumas delas taquigrafadas).

Na versão apresentada a seguir, portanto, as contribuições dos dois autores são automaticamente distinguidas, se não levamos em consideração qualquer intercâmbio prévio de idéias. Todo material bruto, impresso aqui em tipo um pouco menor, deve ser atribuído a Oppenheim; Freud é responsável por tudo o mais — a introdução, os comentários, a conclusão e toda a disposição do material. A única modificação efetuada pelos coordenadores foi transferir as referências do corpo do texto para as notas de rodapé. As poucas observações marginais de Oppenheim foram também impressas como notas de rodapé, com a especificação, de sua autoria. Algumas delas, contudo, infelizmente, haviam-se tornado ilegíveis.

Nenhuma tentativa se fez, na tradução, de reproduzir os diversos dialetos em que muitas das histórias originais acham-se redigidas. Adotou-se um idioma convencional, de um tipo geralmente associado aos contos folclóricos. Onde possível, as referências foram conferidas e nelas corrigidos vários erros.

## OS SONHOS NO FOLCLORE

Por Sigm. Freud e Prof. Ernst Oppenheim (Viena)

‘Celsi praetereunt austera poemata Ramnes.’ Pérsio, *Sátiras*.

Um de nós (O.) em seus estudos do folclore, efetuou duas observações com referência aos sonhos ali narrados que lhe pareceram dignas de serem comunicadas. Em primeiro lugar, que o simbolismo empregado nesses sonhos coincide inteiramente com o aceito pela psicanálise, e, em segundo, que grande número desses sonhos são entendidos pelo povo comum da mesma maneira que seriam interpretados pela psicanálise, isto é, não como premonições sobre um futuro ainda não revelado, mas como realização de desejos, satisfação de necessidades que surgem durante o estado de sono. Certas peculiaridades desses sonhos geralmente indecentes, contados como anedotas cômicas, incentivaram o segundo de nós (Fr.) a tentar uma interpretação deles, a qual os fez parecer mais sérios e mais merecedores de atenção.

## I - SIMBOLISMO DO PÊNIS EM SONHOS QUE OCORREM NO FOLCLORE

O sonho que apresentamos em primeiro lugar, embora não contenha representações simbólicas, soa quase como uma ridicularização do profético e um apelo em favor da interpretação psicológica dos sonhos.

### UMA INTERPRETAÇÃO DE SONHO

Uma moça levantou-se da cama e disse à mãe que tivera um sonho muito estranho.

‘E o que foi que você sonhou? — perguntou a mãe.

‘Como lhe contar? Eu própria não sei o que era — uma espécie de coisa comprida, vermelha e rombuda.’

‘Comprida quer dizer uma estrada’, disse a mãe, reflexivamente, ‘uma estrada comprida; vermelho quer dizer alegria, mas não sei o que pode significar rombuda.’



O pai da moça, que nesse meio tempo se vestia e escutava tudo o que a mãe e a filha estavam dizendo, ante isso murmurou, mais ou menos para si próprio:

‘Parece-se mais com o meu peru.’

É muito mais conveniente estudar o simbolismo onírico no folclore do que nos sonhos reais. Estes são obrigados a esconder coisas e só entregar seus segredos à interpretação; contudo, estas anedotas cômicas disfarçadas em sonhos visam a ser comunicações destinadas a dar prazer à pessoa que as conta assim como à que as escuta, e, portanto, a interpretação se acrescenta bastante desavergonhadamente ao símbolo. Estas histórias deleitam-se em revelar os símbolos ocultadores.

No quarteto seguinte, o pênis aparece como um cetro:

Noite passada sonhei

Que era o rei da região

E quão alegre eu estava

Com um peru na mão.

Compare-se isto com os exemplos, nos quais o mesmo simbolismo é empregado externamente a um sonho.

Amo uma rapariga,

Que é bonita mas não minha;

Por-te-ei um cetro na mão

E serás uma rainha.

‘Recorda-te, meu rapaz’, disse Napoleão,

O imperador que não falava à toa,

‘Enquanto o peru for o cetro,

A boceta será a coroa’.

Uma variante diferente desta exaltação simbólica dos órgãos genitais é favorecida na imaginação dos artistas. Uma bela gravura da autoria de Félicien Rops, com o título ‘*tout est grand chez les rois*’ [‘Tudo nos reis é grande’], mostra a figura nua de um rei com as feições do *Roi Soleil* [Luíz XIV], cujo pênis gigantesco, que se ergue ao nível do braço, porta, ele próprio, uma coroa. A mão direita equilibra o cetro, enquanto a esquerda agarra uma grande orbe, que, em virtude de uma fenda central, apresenta semelhança inequívoca com outra parte do corpo que é objeto de desejos eróticos. O dedo indicador da mão esquerda acha-se inserido neste sulco.

Na canção folclórica que se segue, na Silésia, o sonho só é inventado para ocultar uma ocorrência diferente. O pênis aparece aqui como um *verme* (‘gorda minhoca’) que se esgueirou para dentro da moça, e, na ocasião apropriada, arrasta-se de novo para fora, como um *vermezinho* (bebê).

#### CANÇÃO DA MINHOCA

Deitada na relva, certo dia, uma jovem,

Susana seu nome, com paixão sonhava;

E, a dormir, um sorriso no rosto lhe dançava,  
Enquanto em seu zagal e nos ardis dele pensava.

Mas, enquanto dormia — ó sonho de temor! —  
Sonhou que seu amor se havia transformado,  
De belo e encantador, numa gorda minhoca,  
E que esta dentro dela havia penetrado.

Com pavor no coração, assustada despertou;  
Rápida, em direção à aldeia, se lançou  
E que uma minhoca corpo a dentro lhe entrara  
A chorar a todos, moços e velhos, contou.

Dos lamentos e prantos o som chegou  
Aos ouvidos da mãe, que muito praguejou;  
Pressentindo desgraça, ao quarto acorreu  
E mui completamente a donzela examinou.

A minhoca buscava, mas nada achou —  
Infelicidade de desanimar.  
E assim, sem delongas, se apressou,  
Em auxílio à cartomante solicitar.

Esta com perícia as cartas botou  
E falou: 'Ainda temos de esperar.  
'O Valete, indagado, resposta não deu;  
'Mais forte o Rei Vermelho há de se mostrar.

'Aquilo que temeis Rei Vermelho confirmou:  
'O verme, realmente, nela penetrou;  
'Mas, como em tudo, há de se dar tempo ao tempo,  
'A hora de apanhá-lo ainda não chegou.'

Quando as funestas palavras Susana escutou,  
Cheia de tristeza no quarto se encerrou,  
Até que chegou a pavorosa hora, e, para fora,  
Alegremente o vermezinho se esgueirou.

Alertadas assim, ó donzelas, ficai,  
De a sorte de Susana por guia tomar,  
Pois senão, para vossa pena e pesar,  
Uma gorda minhoca em vós há de penetrar.

A mesma simbolização do pênis por um *verme* é encontrada em diversas piadas obscenas.

No sonho que agora se segue o pênis é simbolizado por uma *adaga*; a mulher que o sonha está puxando uma adaga a fim de apunhalar-se, quando é acordada pelo marido e exortada a não arrancar fora seu membro.

### UM SONHO MAU

Uma mulher sonhou que as coisas haviam chegado a tal ponto que nada tinham para comer antes do feriado de fim de ano e tampouco podiam comprar coisa alguma. O marido havia bebido todo o dinheiro. Sobrava apenas um bilhete de loteria e até este realmente teriam de penhorar. Mas o homem ainda o estava guardando, porque a extração deveria realizar-se no dia 2 de janeiro. Disse ele: 'Mulher, a extração será amanhã; deixemos o bilhete esperar mais um pouco. Se não ganharmos, então teremos de vendê-lo ou penhorá-lo.' — 'Bem, que o diabo o leve; tudo o que você comprou foi aborrecimento e tirou tanto dele quanto leite de um bode.' Então, o dia seguinte chegou e lá veio o jornaleiro. Ele o fez parar, apanhou um exemplar e começou a olhar a lista. Passou os olhos pelos números, correu todas as colunas seu número não se achava nelas. Não confiou nos próprios olhos, examinou-as novamente e, desta vez, realmente, deu com o número de seu bilhete. O número era o mesmo, mas o número da série não conferia. Mais uma vez não confiou em si mesmo e pensou consigo:

'Deve ser um engano. Espera um pouco, irei ao banco e certificar-me-ei de qualquer maneira.' E lá se foi, cabisbaixo. No caminho, encontrou um segundo jornaleiro. Comprou outro exemplar de um segundo jornal, conferiu atentamente a lista e logo encontrou o número de seu bilhete. O número da série também era o mesmo que se achava no bilhete. Coubera-lhe o prêmio de 5.000 rublos. Irrompeu banco a dentro, correu para cima e pediu-lhes que pagassem imediatamente o bilhete premiado. O banqueiro disse-lhe que não poderiam pagar-lhe ainda, somente dentro de uma semana ou duas. O homem começou a implorar e a rogar: 'Por favor, seja bondoso! Dê-me mil, pelo menos; posso receber o resto depois!' O banqueiro recusou-se, mas aconselhou-o a procurar o vendedor que lhe havia fornecido o bilhete premiado. Que fazer agora? Exatamente então, como se houvesse saído do chão, apareceu um pequeno judeu. Este cheirou um bom negócio e fez-lhe a oferta de pagar o dinheiro imediatamente, só que, ao invés de 5.000, apenas 4.000. Os outros mil seria a sua cota. O homem ficou encantado com sua boa sorte e decidiu dar ao judeu os 1.000 rublos, de maneira a obter o dinheiro no ato. Recebeu o dinheiro do judeu e entregou-lhe o bilhete; depois foi para casa. No caminho, entrou numa estalagem, tomou um trago e de lá seguiu direto para casa. Caminhava sorrindo e trauteando uma canção. Sua mulher o viu pela janela e pensou: 'Ele certamente vendeu o bilhete de loteria; pode-se ver como está alegre. Provavelmente fez uma visita à estalagem e embebedou-se, porque estava se sentindo infeliz.' Aí o homem entrou, colocou o dinheiro sobre a mesa da cozinha e procurou a mulher para dar-lhe a boa notícia de que havia ganho e conseguido o dinheiro. Enquanto se abraçavam e beijavam, com alegria no coração por serem tão felizes, a filha de três anos apanhou o dinheiro e jogou-o no fogão. Aí, eles vieram contar o dinheiro e este não se achava mais lá. O último maço de notas já estava pegando fogo. Enfurecido, o homem apanhou a

meninazinha pelas pernas e arremessou-a contra o fogão. Ela caiu morta. A desgraça era evidente, agora não havia meio de fugir à Sibéria. Apanhou o revólver e — bang! — deu um tiro no peito e caiu morto. HorrORIZADA por tal calamidade, a mulher agarrou uma adaga e ia apunhalar-se. Tentou tirá-la para fora da bainha, mas não conseguia, por mais que tentasse. Escutou então uma voz, como se proviesse do Céu: ‘Chega, pára! O que está fazendo?’ Ela acordou e viu que não estava puxando da adaga, mas sim do instrumento do marido, que lhe dizia: ‘Chega, larga, senão você vai arrancá-lo fora!’

A representação do pênis por uma arma, faca de corte, adaga etc., é-nos familiar a partir dos sonhos de ansiedade das mulheres abstinentes em geral, achando-se também na raiz de numerosas fobias em pessoas neuróticas. O complicado disfarce do presente sonho, contudo, exige que façamos uma tentativa de torná-lo mais claro para nós mediante uma interpretação psicanalítica baseada em interpretações já efetuadas. Assim procedendo, não estamos desprezando o fato de que iremos além do material apresentado no próprio conto folclórico e que, conseqüentemente, nossas conclusões perderão em certeza.

Visto este sonho terminar num ato de agressão sexual efetuado pela mulher como uma ação onírica. Isto sugere que devemos tomar o estado de necessidade *material* do conteúdo do sonho como substituto de um estado de necessidade *sexual*. Só a compulsão libidinal mais extrema pode justificar tal agressividade por parte de uma mulher. Outros fragmentos do conteúdo onírico apontam em direção bastante definida e diferente. A culpa por este estado de necessidade é atribuída ao homem. (Ele bebera todo o dinheiro.) O sonho prossegue livrando-se do homem e da filha e, astuciosamente, foge ao senso de culpa ligado a estes desejos, fazendo com que a filha seja morta pelo homem, que, então, comete suicídio devido ao remorso. Visto ser este o conteúdo do sonho, somos levados a concluir, de muitos exemplos análogos, que aqui está uma mulher que não se acha satisfeita com o marido e que, em suas fantasias, anseia por outro casamento. É a mesma coisa para a interpretação encararmos esta insatisfação da pessoa que sonha como um estado permanente de carência ou simplesmente como expressão de um estado temporário. A loteria, que no sonho ocasionou um efêmero estado de felicidade, talvez pudesse ser entendida como referência simbólica ao casamento. Este símbolo ainda não foi identificado com certeza no trabalho psicanalítico, mas o povo tem o hábito de dizer que o casamento é um jogo de azar, que no matrimônio se tira o bilhete premiado ou então um em branco. Os números, que foram enormemente ampliados pela elaboração onírica, bem poderiam corresponder, neste caso, ao número de repetições do ato satisfatório que são desejadas. Damo-nos assim conta de que o ato de puxar o membro do homem não apenas tem o significado de uma provocação libidinal, mas também o sentido adicional de crítica desdenhosa, como se a mulher quisesse arrancar o membro fora — como o homem corretamente presumiu — por ele não ser bom, não cumprir suas obrigações.

Não nos teríamos demorado na interpretação deste sonho e investigado-o além de seu simbolismo aberto, não fosse pelo fato de que outros sonhos, que da mesma maneira terminam por uma ação onírica, demonstram que o povo comum identificou aqui uma situação típica que, onde quer que ocorra, é suscetível da mesma explicação. (Cf. em [1].)

## II - SIMBOLISMO DAS FEZES E AÇÕES ONÍRICAS RELACIONADAS

A psicanálise ensinou-nos que, no mais primitivo período da infância, as fezes constituem substância muito apreciada, em relação à qual os instintos coprófilos encontram satisfação. Com a repressão destes instintos, que é acelerada tanto quanto possível pela educação, essa substância cai em desprezo e então serve a propósitos conscientes como meio de expressar desdém e menosprezo. Certas formas de atividade mental, tais como o chiste, ainda são capazes de tornar a fonte obstruída de prazer acessível por um breve momento, e assim demonstram quanto da estima que os seres humanos outrora dedicaram a suas fezes ainda continua preservada no inconsciente. O remanescente mais importante desta antiga estima é, porém, que todo o interesse que a criança teve nas fezes transfere-se, no adulto, para outro material, que aprende na vida a colocar acima de quase tudo o mais — o ouro. Quão antiga é esta vinculação entre excremento e ouro pode-se ver a partir de uma observação de Jeremias: o ouro, segundo antiga mitologia oriental, é o excremento do inferno.

Nos sonhos do folclore, o ouro é visto, da maneira menos ambígua, como símbolo das fezes. Se o que dorme sente necessidade de defecar, sonha com ouro, com tesouros. O disfarce do sonho, que se destina a induzi-lo erradamente a satisfazer suas necessidades na cama, geralmente faz o monte defezes servir de sinal para assinalar o lugar em que o tesouro pode ser encontrado; o que equivale a dizer que o sonho — como se através de uma percepção endopsíquica — afirma diretamente, ainda que em forma invertida, ser o ouro um sinal ou símbolo das fezes.

Um simples sonho de tesouro ou defecação deste tipo é o seguinte, relatado nas *Facetiae*, de Poggio.

#### OURO DE SONHO

Certo homem contou em um grupo que sonhara haver encontrado ouro. Imediatamente, outro homem suplantou-o com esta história. (O que se segue é citado literalmente).

‘Meu vizinho um dia sonhou que o Diabo conduziu-o a um lugar, para escavar em busca de ouro, mas ele não encontrou nada. Então o Diabo disse “Está aí, certamente; somente você não pode desenterrá-lo agora; mas tome nota do lugar, de modo a poder reconhecê-lo de novo, sozinho.”

‘Quando o homem perguntou se o lugar deveria ser identificado por algum sinal, o Diabo sugeriu: “Basta cagar nele; assim, não ocorrerá a ninguém que haja ouro escondido aí e você poderá reconhecer o lugar exato.” O homem assim fez e então acordou imediatamente e viu que havia feito um grande monte na cama.’

(Damos a conclusão em resumo.) Enquanto deixava apressadamente a casa, pôs um boné em que um gato havia feito suas necessidades durante a mesma noite. Teve de lavar a cabeça e os cabelos. ‘E assim o ouro de seu sonho transformou-se em imundície.’

Trarasevsky (1909, 194, nº 232) relata um sonho semelhante, oriundo da Ucrânia, no qual o camponês recebe um tesouro do Diabo, a quem acendera uma vela, e põe um monte de fezes para assinalar o lugar.

Não precisamos surpreender-nos com que o Diabo aparece nestes dois sonhos como outorgante de tesouros e sedutor, pois o Diabo — ele próprio anjo expulso do Paraíso — ‘certamente nada mais é que a personificação da vida instintual reprimida e inconsciente.’

Os motivos por trás destas simples anedotas cômicas sobre sonhos parecem esgotar-se num deleite cínico, na sujeira e numa satisfação maliciosa pelo constrangimento do que sonha. Noutros sonhos sobre tesouros, porém, a forma assumida pelo sonho é variada [*'Variirt'* no MS — transcrito incorretamente como *'verwirrt'* no texto alemão.] sob todos os aspectos e inclui diversos constituintes cuja origem e significação bem podemos investigar; pois não encararemos nem mesmo estes conteúdos oníricos, destinados a fornecer uma justificação racionalista para a obtenção da satisfação, como inteiramente arbitrários e sem sentido.

Nos dois exemplos seguintes, o sonho não é atribuído a uma pessoa a dormir sozinha, mas a uma de duas pessoas — dois homens — que partilham um só leito. Como resultado do sonho, o sonhador suja seu companheiro de cama.

#### UM SONHO VÍVIDO

Dois viajantes chegaram cansados a uma estalagem e solicitaram acomodações para a noite. 'Sim' respondeu o estalajadeiro, 'se não tiverem medo, poderão conseguir um quarto, mas ele é mal-assombrado. Se quiserem ficar, está bem, e o pernoite nada lhes custará, no que diz respeito ao quarto. Os rapazes se perguntaram: 'Você tem medo?' 'Não'. Então apanharam outro litro de vinho e foram para o quarto que lhes fora destinado.

Mal se haviam deitado quando a porta se abriu e uma figura branca deslizou através do quarto. Um dos companheiros perguntou ao outro: 'Você viu algo?' 'Vi'. 'E por que não disse nada?' 'Espere, ela vai atravessar de novo o quarto.' E, realmente, a figura deslizou para dentro de novo. Um dos rapazes pulou da cama rapidamente, mas mais rápido ainda o fantasma deslizou para fora através da abertura da porta. O rapaz, muito rápido, escancarou a porta e viu a figura, uma bela mulher, já a meio caminho escadas abaixo. 'O que está fazendo aqui?' gritou-lhe o rapaz. A figura parou, virou e falou: 'Agora estou livre. Muito tempo tive de vagar. Como recompensa, fique com o tesouro que se acha exatamente no lugar onde você está parado.' O rapaz ficou tão assustado quanto deliciado e, a fim de assinalar o lugar, levantou sua camisa de dormir e deixou cair um belo monte, porque pensava que ninguém limparia aquele sinal. Mas, exatamente quando se achava no melhor da coisa, sentiu alguém subitamente agarrá-lo. 'Seu porco sujo', berraram-lhe no ouvido, você está cagando na minha camisa.' Ante essas grosseiras palavras, o feliz sonhador despertou de sua boa sorte de mentira para descobrir-se rudemente arremessado para fora do leito.

#### CAGOU NA SEPULTURA

Dois cavalheiros chegaram a um hotel, comeram a ceia, beberam e, por fim, quiseram recolher-se. Perguntaram ao encarregado se podia conseguir-lhes um quarto. Como os quartos se achavam todos tomados, o encarregado cedeu-lhes o seu, em que ambos deveriam pernoitar, pois logo encontraria um lugar para dormir noutra parte. Os dois homens deitaram-se na mesma cama. Um espírito apareceu a um deles em sonho, acendeu uma vela e conduziu-o ao cemitério. O portão se abriu e o espírito, com a vela na mão e o homem atrás dele, caminhou até a sepultura de uma virgem. Quando lá chegaram, a vela subitamente se apagou. 'O que farei agora? Como poderei dizer qual é a sepultura da donzela amanhã, quando for dia?' perguntou ele no sonho. Então uma idéia lhe veio em salvação; abaixou as calças e cagou na sepultura. Quando acabou de cagar, seu companheiro, que dormia ao lado, esbofeteou-o primeiro numa face e depois na outra: 'O quê? e você me caga bem na cara?'

Nestes dois sonhos, em lugar do Demônio aparecem outras figuras sobrenaturais, a saber, fantasmas — isto é, espírito de mortos. O espírito do segundo sonho conduz realmente o que sonha até o cemitério, onde deve assinalar uma sepultura específica defecando sobre ela. Uma parte desta situação é muito fácil de entender. Quem dorme sabe que a cama não é lugar apropriado para satisfazer suas necessidades; daí, no sonho, faz-se afastar dela e arranja uma pessoa que mostra a seu impulso oculto o caminho certo para outro lugar onde lhe é permitido satisfazê-las e, na verdade, as circunstâncias lhe exigem que o faça. O espírito do segundo sonho utiliza uma vela ao conduzi-lo, como um criado faria se estivesse levando um estranho à privada, à noite, quando está escuro. Mas por que estes representantes da exigência de uma mudança de cena, que a pessoa adormecida preguiçosamente deseja evitar a todo custo, são indivíduos tão sinistros como fantasmas e espíritos de mortos? Por que o espírito do segundo sonho mostra o caminho até o cemitério, como para profanar uma sepultura? Afinal de contas, estes elementos nada parecem ter a ver com a premência de defecar e a simbolização das fezes pelo ouro. Há neles indicação de uma ansiedade que talvez pudesse ser remontada a um esforço para suprimir a realização da satisfação na cama; mas esta ansiedade não explicaria a natureza específica do conteúdo onírico, ou seja, sua referência à morte. Abster-nos-emos de efetuar uma interpretação neste ponto e acentuaremos ainda, como a necessitar de explicação, o fato de que em ambas as situações, em que dois homens estão dormindo juntos, o elemento sinistro do guia fantasmagórico acha-se associado a uma mulher. O espírito do primeiro sonho é logo revelado como sendo uma bela mulher, que sente ter sido agora libertada, e o do segundo mostra o caminho até a sepultura de uma moça, na qual a marca assinaladora deve ser colocada.

Voltemo-nos, em busca de maiores esclarecimentos, para alguns outros sonhos de defecação deste tipo, em que os companheiros de leito não são mais dois homens, mas sim um homem e uma mulher, um casal. O ato de satisfação realizado no sono, em resultado do sonho, parece aqui particularmente repelente, mas talvez por essa própria razão oculte um sentido especial.

Em primeiro lugar, porém apresentaremos um sonho (por causa de sua vinculação em conteúdo com o que o seguem) que, estritamente falando, não se ajusta no plano que acabamos de formular. Ele é incompleto, visto que um elemento, isto é, o sonhador a sujar seu companheiro de leito, a esposa, acha-se ausente. Por outro lado, a vinculação entre a premência de defecar e temor da morte é extremamente evidente. O camponês, descrito como casado, sonha que foi atingido por um raio e que sua alma ascendeu ao Céu. Lá em cima, implora que lhe seja permitido retornar mais uma vez à Terra, a fim de ver a mulher e os filhos, obtém permissão para transformar-se numa aranha e deixar-se cair pelo fio tecido por ele próprio. O fio é curto demais e o esforço para emitir ainda mais fio do corpo resulta em defecação.

### SONHO E REALIDADE

Um camponês deitou-se e teve um sonho. Viu-se no campo com os seus bois, arando. Então repentinamente, caiu um raio e o matou. Depois sentiu muito claramente sua alma flutuando para cima, até que, por fim, chegou ao Céu. São Pedro estava parado nos portões de entrada e ia mandar o camponês entrar sem mais conversa, mas esse implorou que lhe fosse permitido descer à Terra uma vez mais, a fim de poder, pelo menos, despedir-se da mulher e dos filhos. Mas São Pedro disse que não poderia fazê-lo, pois uma vez um homem chegue ao Céu não lhe é permitido retornar ao mundo. Ante isto, o camponês chorou e implorou



lastimosamente, até que, por fim, São Pedro concordou. Entretanto, só havia uma maneira possível de o camponês ver sua família de novo e essa era São Pedro transformá-lo num animal e enviá-lo para baixo. Assim, o camponês foi transformado numa aranha e teceu um longo fio, pelo qual se deixou cair. Quando chegou exatamente em cima de seu lar, ao nível das chaminés e já podia ver as crianças brincando no prado, para seu horror notou que não podia mais fiar. Naturalmente, seu medo foi grande, pois certamente queria chegar até o chão. Então se espremeu e espremeu para fazer o fio mais comprido. Espremeu-se com toda a força — houve um ruído alto — e o camponês acordou. Algo muito humano havia-lhe acontecido enquanto dormia.

Encontramos aqui o fio tecido como um novo símbolo para fezes evacuadas, embora a psicanálise não nos forneça nenhum correspondente para essa simbolização mas, pelo contrário, atribua outro significado simbólico a fio. Esta contradição será resolvida posteriormente. [Ver em [1].]

O sonho seguinte, ricamente elaborado e mordazmente narrado, poderia ser descrito como 'sociável'; ele termina com a esposa sendo sujada. Seus pontos de concordância com o sonho anterior, no entanto, são muito marcantes. O Camponês, é verdade, não está morto, mas se acha no Céu, quer retornar à Terra e experimenta a mesma dificuldade em 'fiar' um fio suficientemente longo para permitir-lhe chegar em baixo. Todavia, não tece este fio para si mesmo como uma aranha, de seu próprio corpo, mas, de maneira menos fantástica, de tudo que pode amarrar, e, como o fio ainda não é bastante longo para chegar, os anjinhos efetivamente o aconselham a defecar e a encompridar a corda com os excrementos.

#### A ASCENSÃO DO CAMPONÊS AO CÉU

Um camponês teve o seguinte sonho. Ele escutara que o trigo no Céu estava muito valorizado, de maneira que pensou que gostaria de levar seu trigo para lá. Carregou a carroça, arreou o cavalo e pôs-se a caminho. Viajou muito tempo até que viu a estrada do Céu e a seguiu. Assim chegou aos portões do Céu e — vejam só! — eles estavam abertos. Avançou direto, a fim de ir parar lá dentro, mas mal havia dirigido a carroça para eles quando — blam! — os portões se fecharam com estrondo. Então, começou a implorar: 'Deixem-me entrar, por favor, sejam bondosos!' Mas os anjos não o deixaram entrar e disseram-lhe que havia chegado tarde. Então, ele viu que nada tinha a fazer ali, que não havia nada para ele, de modo que deu meia volta. Mas — imaginem! — a estrada pela qual havia viajado desaparecera. O que deveria fazer? Dirigiu-se novamente aos anjos: 'Queridinhos, por favor, sejam bonzinhos e levem-me de volta à Terra, se for possível! Dêem-me uma estrada, a fim de que possa voltar a casa com meu cavalo e minha carroça!' Mas os anjos responderam: 'Não, filho do homem, seu cavalo e sua carroça ficam aqui e você pode descer como quiser.' 'Mas como é que vou descer.' Então, ele apanhou as rédeas. Desceu, desceu, e então olhou para baixo — a Terra ainda estava muito longe. Subiu novamente e encompridou a corda que havia atado, acrescentando-lhe a cilha e os tirantes. Depois, começou a descer novamente, mas mesmo assim ainda não alcançava a Terra; de modo que atou também os varais e o corpo da carroça. Ainda era curto. O que fazer agora? Deu tratos à bola e então pensou: 'Ah, vou encompridá-la com o casaco, as calças, a camisa e depois com o cinto'. E foi o que fez; atou tudo e desceu. Quando chegou ao final do cinto, a Terra ainda se achava longe. E aí não soube o que fazer; não tinha mais nada para atar e pular era perigoso; poderia quebrar o pescoço. Implorou novamente aos anjos: 'Sejam gentis, levem-me de volta para a Terra!' Os anjos responderam: 'Cague, que o estrume dará uma corda.' E ele cagou e cagou quase meia hora, até não lhe sobrar mais nada para cagar. Deu uma longa corda e ele desceu

por ela. Desceu, desceu e chegou ao fim da corda, mas a Terra ainda se achava longe. Começou então a implorar de novo aos anjos que o levassem de volta para a Terra. Mas os anjos responderam: 'Ora, filho do homem, mije, que o mijo dará um cordão de seda!' O camponês mijou e mijou, sem parar, até não poder mais. Viu que o mijo se havia realmente transformado num cordão de seda e agarrou-se nele. Desceu, desceu e chegou ao fim do cordão; olhou e este não chegava ainda à Terra: eram necessárias ainda uma braça e meia ou duas. Mais uma vez implorou aos anjos que o levassem para baixo, mas os anjos responderam: 'Não, irmão, agora não tem mais ajuda; pula!' O camponês balançou-se indeciso na corda; não conseguia reunir coragem para pular. Mas, então, viu que não lhe restava outra saída e — bum! — em vez de pular do Céu, caiu voando da estufa e só recobrou os sentidos no meio do quarto. Aí acordou e gritou: 'Mulher, mulher, onde é que você está?' A esposa acordou, pois escutara o alarido, e disse 'Diabos o levem, está ficando maluco?' Apalpou em volta e viu a sujeira: o marido havia cagado e mijado em cima dela. Começou a xingá-lo e a repreendê-lo severamente. O camponês perguntou: 'Por que está reclamando? Já temos amolações bastantes, de qualquer jeito. O cavalo está perdido, ficou lá no Céu, e eu quase morri. Deus seja louvado que ainda me acho vivo, pelo menos!' 'que besteiras está falando? Você andou bebendo demais. O cavalo está no estábulo, você estava em cima da estufa e me sujou toda e depois pulou lá de cima'. Foi então que o homem recobrou o domínio e somente aí começou a compreender que havia simplesmente sonhado aquilo tudo e então contou à mulher o sonho, de como havia viajado até o Céu e, de lá, descera novamente à Terra.

Neste ponto, contudo, a psicanálise impõe-nos uma interpretação que altera toda nossa visão desta espécie de sonhos. Objetos extensíveis, assim nos diz a experiência de interpretação de sonhos, são normalmente símbolos de ereção. Em ambas estas anedotas de sonhos, a ênfase reside no elemento de o fio recusar-se a ficar suficientemente longo e a ansiedade no sonho acha-se também ligada ao mesmo elemento. O fio, além disso, como todas as coisas a ele análogas (cordel, corda, barbante etc.), é um símbolo do sêmen. O camponês, pois, está-se esforçando por produzir uma ereção e somente quando esta não é bem sucedida é que recorre à defecação. Surge imediatamente, nestes sonhos, uma necessidade sexual por trás da excremental.

Esta necessidade sexual, porém, é muito mais adequada para explicar os constituintes remanescentes do conteúdo do sonho. Somos forçados a admitir, se estivermos prontos a presumir que estes sonhos fictícios são, em essência, corretamente construídos, que a ação onírica pela qual terminam deve ter um significado, o significado pretendido pelos pensamentos latentes do sonhador. Se este defeca sobre a mulher no final, então todo sonho deve ter isto por objetivo e fornecer o motivo para tal desenlace. Este motivo não pode significar senão um insulto à esposa, ou, estritamente falando, uma rejeição a ela. É então fácil estabelecer associação entre isto e a significação mais profunda da ansiedade expressa no sonho.

A situação, a partir da qual este último sonho se desenvolve, pode ser explicada de acordo com as sugestões seguintes. A pessoa adormecida é dominada por uma intensa necessidade erótica, indicada por símbolos bastante claros no início do sonho (ele ouvira dizer que o trigo — provavelmente equivalente ao sêmen — estava muito valorizado. Avançou, a fim de passar com seu cavalo e carroça — símbolos genitais — pelos portões abertos do Céu). Mas este impulso libidinal provavelmente se aplica a um objeto inatingível. Os portões se fecham, ele abandona sua intenção e quer retornar à Terra. Mas a esposa, deitada a seu lado, não o atrai; esforça-se em vão por conseguir uma ereção com ela. O desejo de livrar-se dela, a fim de substituí-la por

outra mulher melhor é, no sentido infantil, um desejo de morte. Quando alguém acalenta tais desejos em seu inconsciente contra uma pessoa que, não obstante, é realmente amada, eles se transformam, para esse alguém, em medo da morte, temor por sua própria vida. Daí a presença, nestes sonhos, do estado de morto, da ascensão ao Céu, do desejo hipócrita de ver mulher e filhos novamente. Mas a libido sexual desapontada encontra liberação ao longo do caminho da regressão, no impulso de desejo excremental, que injuria e emporcalha o objeto sexual imprestável.

Se este sonho específico torna plausível uma interpretação deste tipo, então, em vista das peculiaridades do material que o sonho contém, só podemos conseguir testar a interpretação aplicando-a a toda uma sucessão de sonhos com conteúdo afim. Com este objetivo em vista, retornemos aos sonhos anteriormente mencionados, onde encontramos a situação de um homem que dorme com outro como companheiro de leito. A presença da mulher nestes sonhos adquire agora, retrospectivamente, significado adicional. O que dorme, dominado por um impulso libidinal, rejeita o homem; quer vê-lo longe e uma mulher em seu lugar. Um desejo de morte, dirigido contra o companheiro de cama masculino e indesejado, é certo que não é tão severamente punido pela censura moral quanto um dirigido contra a esposa, mas a reação é suficientemente ampla para fazer voltar o desejo contra si próprio ou contra o objeto feminino desejado. O próprio sonhador é levado pela morte; e não é o homem que está morto, mas a mulher pela qual o sonhador anseia. Todavia, no final, a rejeição do objeto sexual masculino encontra um escoadouro no emporcalhamento deste, e isto é sentido e vingado pelo outro como uma afronta.

Nossa interpretação adapta-se, assim, a este grupo de sonhos. Se retornarmos agora aos sonhos acompanhados pelo emporcalhamento da mulher, estaremos preparados para descobrir que elementos ausentes ou apenas sugeridos no sonho que tomamos como exemplo são inequivocamente expressos em outros sonhos semelhantes.

No sonho de defecação seguinte, o emporcalhamento da mulher não é enfatizado, mas é-nos dito muito claramente, tanto quanto possível no reino do simbolismo, que o impulso libidinal se acha dirigido para outra mulher. A pessoa que sonha não deseja sujar seu próprio campo, mas pretende defecar na terra do vizinho.

### ESTÚPIDO!

Um camponês sonhou que estava trabalhando em seu campo de trevos. Foi surpreendido por uma necessidade urgente e, visto não querer sujar seu próprio trevo, correu até a árvore que se erguia no campo do vizinho, baixou as calças e deixou cair uma rodela de bom tamanho sobre o chão. Finalmente, quando satisfeito acabou, quis limpar-se e começou a arrancar grama com vontade. Mas, o que era aquilo? Nosso camponês acordou de seu sono com um tranco e agarrou sua bochecha dolorida, que alguém havia acabado de esbofetear. ‘Seu estúpido velho e surdo’ — voltando a si, ouviu a mulher, a seu lado na cama, a xingá-lo. ‘Quer parar de puxar os meus pêlos, quer?’

Arrancar cabelos (grama), que aqui toma o lugar de emporcalhar, está mencionado ao lado deste no sonho seguinte. A experiência psicanalítica demonstra que se origina do grupo de símbolos relativos à masturbação (*ausreissen*, *abreissen* [sacar, arrancar]).

O desejo de morte da pessoa que sonha, dirigido contra a esposa, pareceria ser o que mais exige confirmação em nossa interpretação. Mas no sonho que se segue, o sonhador realmente enterra a esposa

(hipocritamente designada como um tesouro), ao enterrar o recipiente que contém o ouro na terra e, como é comum nos sonhos sobre tesouro, ao deixar cair um monte de fezes em cima, para assinalar o lugar. Durante a escavação, ele está com as mãos ocupadas na vagina da mulher.

#### O SONHO DO TESOURO

Certa vez um camponês teve um sonho terrível. Pareceu-lhe que era tempo de guerra e que todo o distrito estava sendo saqueado pelos soldados inimigos. Mas ele possuía um tesouro em relação ao qual se achava tão assustado que não sabia bem o que fazer com ele nem mesmo onde, na verdade, deveria escondê-lo. Por fim, pensou em enterrá-lo no jardim, onde sabia de um lugar bom e apropriado. E sonhou ainda que saiu e foi até o lugar onde queria cavar a terra, de maneira a colocar grande pote no buraco. Mas, ao procurar uma ferramenta para escavar, não encontrou nada em volta e afinal teve de usar as mãos. Assim, cavou o buraco com as mãos nuas, nele depositou o pote de barro com o dinheiro e cobriu tudo novamente com terra. Já ia embora, mas deteve-se lá um instante e pensou consigo mesmo: 'Mas, quando os soldados se forem de novo, como farei para encontrar o tesouro, se não puser uma marca aqui?' E imediatamente começou a procurar; procurou aqui e acolá, em cima e em baixo, em todo o lugar. Não, no final nada encontrou, em parte alguma que lhe pudesse indicar novamente o lugar em que enterrara o dinheiro. Logo em seguida, porém, sentiu uma necessidade. 'Ah', disse consigo, 'é isso mesmo, posso cagar em cima'. De maneira que abaixou as calças imediatamente e fez um belo monte no lugar em que enterrara o pote. Viu então perto dele, um pouco de grama e ia arrancá-la, de modo a poder limpar-se com ela. Nesse momento, porém, recebeu uma bofetada tal que, por um segundo, ficou inteiramente tonto e olhou em volta espantado. Logo em seguida escutou a esposa, fora de si de raiva, a gritar-lhe: 'Seu bastardo atrevido, seu imprestável! Pensa que tenho de aturar tudo que vem de você? Primeiro mexe com as duas mão na minha boceta, depois caga em cima dela e agora quer até arrancar-lhe os pêlos!'

Com este exemplo, retornamos aos sonhos de tesouro com que começamos, e observamos que estes sonhos de defecação que se relacionam a tesouros contêm pouco ou nenhum medo da morte, enquanto que os outros, nos quais a relação com a morte é diretamente expressa (sonhos de uma ascensão ao Céu), desprezam o tesouro e motivam a defecação de outras maneiras. É quase como se a transformação hipócrita da esposa num tesouro evitasse a punição pelo desejo de morte.

Um desejo de morte dirigido contra a mulher é muito claramente admitido em outro sonho de ascensão ao Céu, o qual, contudo, não termina pela defecação sobre o corpo da mulher, mas por uma atividade sexual que inclui seus órgãos genitais, como já acontecera no sonho anterior. A pessoa que sonha realmente encurta a vida da esposa, a fim de alongar a sua, ao passar óleo da lâmpada da vida dela para a sua própria. Como compensação por esta hostilidade indisfarçada, aparece no final do sonho algo semelhante a uma tentativa de carícia.

#### A LUZ DA VIDA

São Pedro apareceu a um homem quando este se achava profundamente adormecido e levou-o para o Paraíso. O homem concordou em ir de toda boa vontade e partiu com São Pedro. Passearam pelo Paraíso longo tempo e chegara a um bosque, grande e espaçoso mas mantido em perfeita ordem, onde lâmpadas dependuradas ardiam em cada árvore. O homem perguntou a São Pedro o que significava aquilo. São Pedro respondeu que eram lâmpadas que só ardiam enquanto um homem vivia; assim que o óleo se gastava e a

lâmpada se apagava, o homem também tinha de morrer ao mesmo tempo. Isto interessou muito ao homem e ele perguntou a São Pedro se podia levá-lo até sua própria Lâmpada. São Pedro deferiu-lhe o pedido e conduziu-o até a lâmpada da esposa; ao lado desta, achava-se a lâmpada do homem. Este viu que a lâmpada da esposa ainda tinha bastante óleo, mas que havia muito pouco na sua e isto o deixou muito triste, pois teria de morrer cedo, e perguntou se São Pedro podia despejar um pouco mais de óleo na sua lâmpada. São Pedro respondeu que era Deus que colocava o óleo, no momento em que um homem nascia e determinava para cada um a duração da vida. Isto deixou o homem muito abatido e ele chorou e lamentou-se ao lado de sua lâmpada. São Pedro lhe disse: 'Fique aí, mas eu tenho de ir — tenho mais o que fazer.' O homem rejubilou-se com isto e, mal São Pedro se achava fora de vista, começou a mergulhar o dedo na lâmpada da mulher e a pingar o óleo na sua própria. Fez isto diversas vezes e, quando São Pedro se aproximou, ele deu um pulo, aterrorizado, acordou do sonho, e viu que estivera enfiando o dedo na boceta da mulher e depois fazendo-o pingar dentro da boca e lambendo o dedo.

*Nota.* Segundo uma versão contada por um viajante de Sarajevo, o homem desperta após levar da mulher um bofetão nos ouvidos, pois a havia acordado ao mexer em suas partes pudendas. Nesta versão, São Pedro acha-se ausente e, ao invés de lâmpadas pendentes, há vidros com óleo a queimar. De acordo com uma terceira versão, que escutei de um estudante em Mostar, um venerável homem de barbas brancas mostra ao homem diversas velas a arder. A dele é muito delgada, e a da mulher enormemente espessa. A fim de alongar sua vida, o homem começa então, com ardente entusiasmo, a lamber a vela grossa. Mas leva então uma tremenda bofetada. 'Eu sabia que você era um bobo, mas, honestamente, não sabia que fosse um porco também', disse-lhe a mulher, porque, no sono, ele lhe estava lambendo a boceta.

A história é extraordinariamente difundida na Europa.

Este é o momento de relembrar o 'sonho mau' da mulher que terminou por ela puxar o órgão de seu marido, como se quisesse arrancá-lo [Ver a partir de [1]]. A interpretação que vimos razão para efetuar naquele caso concorda inteiramente com a interpretação dos sonhos de defecação dos homens, tal como é exposta aqui. No sonho da esposa insatisfeita, também ela descaradamente se livra do marido (e da filha), como obstáculos existentes no caminho da satisfação.

Outro sonho de defecação, sobre cuja interpretação não podemos, talvez, estar completamente certos, sugere, contudo, que devemos admitir existirem certas diferenças na intenção desses sonhos, e lança nova luz sobre sonhos como os que acabamos de mencionar e sobre alguns que ainda devem se seguir, nos quais a ação onírica consiste na manipulação dos órgãos genitais da mulher.

#### 'DE MEDO'

O Paxá passou a noite com o Bei. Quando chegou o dia seguinte, o Bei ficou deitado na cama e não quis levantar-se. O Bei perguntou ao Paxá: 'O que foi que você sonhou?' 'Sonhei que sobre o minarete havia outro minarete.' 'Poderia ser?' ficou pensando o Bei. 'E que mais você sonhou?' 'Sonhei', disse ele, 'que sobre o minarete havia um cântaro de cobre e que havia água no cântaro. O vento soprou e o cântaro de cobre balançou. Agora, o que teria feito você, se houvesse sonhado isso?' 'Teria me mijado, e cagado também, de medo.' 'Veja você, eu só me mijei.'

Este sonho exige uma interpretação simbólica, por seu conteúdo manifesto ser inteiramente incompreensível, embora os símbolos sejam inequivocamente claros. Por que deveria o sonhador senti-se realmente assustado pela visão de um cântaro de água a balançar-se na ponta de um minarete? Mas um minarete é otimamente adequado para ser símbolo do pênis e o receptáculo de água a mover-se ritmicamente parece um bom símbolo dos órgãos genitais femininos no ato da copulação. O Paxá teve portanto um sonho de copulação e, se seu hospedeiro sugere a defecação com relação a ele, é provável que a interpretação deva ser buscada na circunstância de ambos serem homens velhos e impotentes, em quem a velhice ocasionou a mesma proverbial substituição do prazer sexual pelo excremental que, como vimos, surgiu nos outros devido à falta de um objeto sexual apropriado. Para um homem que não mais pode copular, diz o povo com seu grosseiro amor pela verdade, ainda resta o prazer de cagar; podemos dizer de tal homem que há uma volta do erotismo anal, que existia antes do erotismo genital, e foi reprimido e substituído por este último impulso. Os sonhos de defecação podem assim ser também sonhos de impotência.

A diferença entre as interpretações não é tão pronunciada como poderia parecer à primeira vista. Também os sonhos de defecação, nos quais a vítima é uma mulher, tratam da impotência — uma impotência relativa, pelo menos, quanto à pessoa específica que não mais possui qualquer atração para o que sonha. Uma sonho de defecação torna-se assim o sonho de um homem que não mais pode satisfazer uma mulher, bem como de um homem a quem uma mulher não mais satisfaz.

A mesma interpretação (de sonhos de impotência) também pode ser aplicada a um sonho das *Facetiae*, de Poggio, que, manifestamente, se apresenta como o sonho de um homem ciumento — isto é, na realidade, de um homem que não acha que possa satisfazer sua mulher.

#### O ANEL DA FIDELIDADE

Franciscus Philelphus tinha ciúmes da mulher e, atormentado pelo grande temor de que ela tivesse relações com outro homem, dia e noite lhe montava guarda. Visto que o que nos ocupa na vigília costuma retornar nos sonhos, apareceu-lhe durante o sono um demônio que lhe disse que, se agisse de acordo com suas ordens, a mulher sempre lhe permaneceria fiel. No sonho, Franciscus respondeu-lhe que ficaria muito penhorado e prometeu-lhe uma recompensa.

‘Toma este anel!’, respondeu o demônio, ‘e usa-o em teu dedo com cuidado. Enquanto o usares, tua mulher não poderá deitar-se com nenhum outro homem sem o teu conhecimento.’

Enquanto acordava, excitado de alegria, sentiu que estava enfiando o dedo na vulva da esposa.

Os ciumentos não tem melhor expediente; desta maneira, suas mulheres nunca se podem deixar possuir por outro homem sem o conhecimento dos maridos.

Esta anedota de Poggio é considerada como a fonte de uma história de Rabelais, que, sob outros aspectos muito semelhante, é mais clara, uma vez que realmente descreve o marido, já velho, a trazer para casa uma jovem esposa, que então lhe dá motivos para temores ciumentos.

Hans Carvel era um homem instruído, experimentado e diligente; um homem de honra, de boa compreensão e julgamento, benevolente, caridoso com os pobres, e um alegre filósofo. Além disso, era um bom companheiro, que gostava de uma troça, um tanto corpulento e instável, mas também bem construído sob



todos os aspectos. Na velhice, casou-se com a filha de Concordat, o meirinho, mulher jovem, bonita, boa, alegre, vivaz e agradável, apenas talvez um pouco amistosa demais com os vizinhos e criados do sexo masculino. Assim, aconteceu que, ao fim de algumas semanas, ele se tornou ciumento como um tigre e desconfiou que ela estivesse dando suas voltinhas por aí. Para resguardar-se disto, relatou-lhe toda uma série de agradáveis histórias de castigos por adultério, leu-lhe muitas vezes em voz alta encantadoras lendas de mulheres virtuosas, pregou-lhe o evangelho da castidade, escreveu-lhe um pequeno volume de canções em louvor da fidelidade matrimonial, atacou com palavras mordazes e cáusticas a licenciosidade das esposas indisciplinadas e, além disso tudo, ofertou-lhe um magnífico colar, cravejado de safiras orientais.

Mas, independente disso, viu que ela se dava com os vizinhos de maneira tão amistosa e sociável que seu ciúme cresceu ainda mais. Certa noite, enquanto se achava deitado com ela na cama, em meio a estas penosas reflexões, sonhou que falava com o Demônio Personificado e lamentava seu pesar. Mas o Diabo o confortou, pôs-lhe um anel no dedo e disse-lhe: 'Toma este anel; enquanto o leares no dedo, nenhum outro homem terá conhecimento carnal de tua mulher, sem teu conhecimento e contra tua vontade.' 'Mil agradecimentos, ó Senhor Diabo!' exclamou Hans Carvel. 'Renegarei Maomé antes de tirar este anel do dedo.' O Diabo desapareceu: Hans Carvel, porém, acordou com o coração feliz e descobriu que estava com o dedo enfiado naquela parte de sua mulher.

Esqueci-me de contar que a jovem esposa, ao senti-lo deu um pulo com as nádegas para trás, como se dissesse: 'Pare! Não, não! Não é isso o que se deve botar aí!' — o que fez Hans Carvel imaginar que alguém queria arrancar o seu anel.

Não é uma medida infalível? Creiam-me, ajam de acordo com este exemplo e tomem cuidado para, em todas as ocasiões, ter o anel da mulher no dedo!

O Demônio, que aparece aqui como conselheiro, como o faz nos sonhos de tesouro, dá-nos uma pista sobre algo dos pensamentos latentes do sonhador. Originalmente, pelo menos, imaginava-se que ele 'tomasse' a esposa infiel que é difícil de vigiar. Mostra, então, no sonho manifesto, um meio infalível de guardá-la permanentemente. Nisto também identificamos uma analogia com o desejo de livrar-se de alguém (desejo de morte) dos sonhos de defecação.

Concluiremos esta pequena compilação de sonhos, acrescentando um sonho de loteria, cuja vinculação com os outros é bastante ligeira, mas serve para confirmar a sugestão que apresentamos anteriormente [ver em [1]], de que a loteria simboliza um contrato de casamento.

#### NÃO ADIANTA CHORAR SOBRE O LEITE DERRAMADO!

Um mercador teve um estranho sonho. Sonhou que vira uma bunda de mulher, com tudo o que lhe é próprio. Numa das metades estava o número 1 e, na outra, um 3. Diante disso, o mercador teve a idéia de comprar um bilhete de loteria. Pareceu-lhe que essa figura de seu sonho constituía um augúrio feliz. Sem esperar até a nona hora, a primeira coisa que fez foi correr até o banco, pela manhã, a fim de adquirir o bilhete. Chegado lá, sem deter-se para pensar, pediu o bilhete nº 13, ou seja, os menos Algarismos que havia visto no sonho. Após haver comprado o bilhete, nem só um dia se passou sem que ele examinasse todos os jornais, para ver se seu número havia saído. Após uma semana, ou no máximo dez dias, surgiu a lista de extração. Quando a examinou, viu que seu número não havia saído, mas sim o número 103, série 8, que havia ganho



200.000 rublos. O mercador quase arrancou os cabelos. 'Devo ter cometido um engano! Há algo errado!' Achava-se fora de si, quase inconsolável e não podia conceber qual a razão de haver ele tido um sonho assim. Resolveu então debater o assunto com um amigo, para ver se este não poderia explicar seu infortúnio. Encontrou o amigo e contou-lhe tudo minuciosamente. Então, o amigo disse: 'Seu simplório! Então você não viu o zero entre o número 1 e o número 3 na bunda?!' 'Ah, diabos me levem, nunca me ocorreu que a bunda tinha um zero.' 'Mas estava lá claro e evidente, só que você não calculou certo o número da loteria. E o número 8, pertencente à série — a boceta lhe mostra isso — ela é como um número 8'. — Não adianta chorar sobre o leite derramado!

Nossa intenção ao publicar este breve artigo foi dupla. Por um lado, desejávamos sugerir que não se deve deixar desencorajar pela natureza amiúde repulsivamente suja e indecente deste material popular de nele buscar confirmação valiosa das opiniões psicanalíticas. Assim, nesta ocasião, pudemos estabelecer o fato de que o folclore interpreta os símbolos oníricos da mesma maneira que a psicanálise, e que, ao contrário da altamente proclamada opinião popular, deriva um grupo de sonhos de necessidades e desejos que se tornaram imediatos. Por outro lado, gostaríamos de expressar a opinião de que é cometer uma injustiça com o povo comum supor que emprega esta forma de entretenimento simplesmente para satisfazer os desejos mais grosseiros. Parece antes que por trás destas feias fachadas se acham ocultas reações mentais a impressões da vida que devem ser tomadas a sério, que até mesmo entristecem — reações a que o povo comum está pronto a entregar-se, desde que se façam acompanhar por uma produção de prazer grosseiro.

## SOBRE A PSICANÁLISE (1913 [1911])

### NOTA DO EDITOR INGLÊS

(a) EDIÇÃO ALEMÃ:

(1911 Data de composição; não subsiste texto alemão.)

(b) TRADUÇÃO INGLESA:

'On Psycho-Analysis'

1913 *Congresso Médico Australasiano, Atas da Nona Sessão, 2, Parte 8, 839-42.*

A presente tradução inglesa é uma versão modificada da publicada em 1913.

No começo de março de 1911, Freud recebeu um convite do Dr. Andrew Davidson, secretário da Seção de Medicina Psicológica e Neurologia, para enviar um artigo a ser lido perante o Congresso Médico Australasiano, que se deveria reunir em Sidney em setembro daquele ano. Ele enviou o artigo em 13 de maio; foi devidamente lido e posteriormente publicado nas Atas do Congresso, juntamente com artigos (também sobre assuntos psicanalíticos) da autoria de Jung e Havelock Ellis.

Nenhum texto alemão pôde ser achado, mas parece improvável, a partir de evidências internas, que a versão publicada possa ter sido escrita pelo próprio Freud em inglês. É mais provável que tenha sido traduzida de um original, alemão, possivelmente na Austrália. Não parece haver razão específica, portanto, para ater-se ao texto publicado, e, por conseguinte, efetuamos nele algumas ligeiras modificações terminológicas e estilísticas.

### SOBRE A PSICANÁLISE

Em resposta à amistosa solicitação do Secretário de sua Seção de Neurologia e Psiquiatria, aventuro-me a chamar a atenção deste Congresso para o tema da psicanálise, que está sendo extensamente estudada, na época atual, na Europa e nos Estados Unidos.

A psicanálise constitui uma combinação notável, pois abrange não apenas um método de pesquisas das neuroses, mas também um método de tratamento baseado na etiologia assim descoberta. Posso começar dizendo que a psicanálise não é fruto da especulação mas sim o resultado da experiência; e, por essa razão, como todo novo produto da ciência, acha-se incompleta. É viável a todos convencerem-se por suas próprias investigações da correção das teses nelas corporificadas e auxiliar no desenvolvimento ulterior do estudo.

A psicanálise começou com pesquisas sobre histeria, mas, com o decorrer dos anos, estendeu-se muito além desse campo de trabalho. Os *Estudos sobre a Histeria*, de autoria de Breuer e minha, publicados em 1895, foram os primórdios da psicanálise. Eles seguiram o rastro do trabalho de Charcot sobre histeria ‘traumática’, as investigações dos fenômenos da hipnose efetuadas por Liébeault e Bernheim e os estudos de Janet sobre os processos mentais inconscientes. A psicanálise logo encontrou-se em nítida oposição com as opiniões de Janet, por (a) declinar de remontar a histeria diretamente à degeneração hereditária congênita; (b) oferecer, ao invés de mera descrição, uma explicação dinâmica baseada na ação recíproca das forças psíquicas, e (c) atribuir a origem da dissociação psíquica (cuja importância fora reconhecida também por Janet) não a uma [falha de] síntese mental resultante de incapacidade congênita, mas sim a um processo psíquico especial, conhecido como ‘repressão’ (*‘Verdrängung’*).

Foi conclusivamente provado que os sintomas histéricos são resíduos (reminiscências) de experiências profundamente comovedoras, afastadas da consciência cotidiana, e que sua forma é determinada (de maneira que exclui a ação deliberada) por pormenores dos efeitos traumáticos das experiências. Segundo este ponto de vista, as perspectivas terapêuticas residem na possibilidade de livrar-se desta ‘repressão’, de modo a permitir que parte do material psíquico inconsciente se torne consciente e privá-la assim de seu poder patogênico. Esta visão é dinâmica, na medida em que encara os processos psíquicos como deslocamentos de energia psíquica que podem ser medidos pelo valor de seu efeito sobre os elementos afetivos. Isto é muito significativo na histeria, onde o processo de ‘conversão’ cria os sintomas pela transformação de uma quantidade de impulsos mentais em inervações somáticas.

Os primeiros exames e tentativas psicanalíticas de tratamento foram feitos com o auxílio do hipnotismo. Posteriormente, este foi abandonado e o trabalho foi efetuado pelo método da ‘associação livre’, com o paciente em seu estado normal. Esta modificação teve a vantagem de permitir que o processo fosse aplicado a um número muito maior de casos de histeria, assim como a outras neuroses e também a pessoas sadias. Tornou-se necessário, porém, o desenvolvimento de uma técnica especial de interpretação, a fim de tirar conclusões das idéias expressadas pela pessoa em investigação. Estas interpretações estabeleceram com completa certeza o fato de que as dissociações psíquicas são inteiramente sustentadas por ‘resistências internas’. Parece portanto justificada a conclusão de que as dissociações se originaram devido a conflito interno, que conduziu à ‘repressão’ do impulso subjacente. Para superar este conflito e desta maneira curar a neurose, é necessária a mão orientadora de um médico treinado em psicanálise.

Ademais, demonstrou-se ser geralmente verdadeiro que, em todas as neuroses, os sintomas patológicos são realmente os produtos finais desses conflitos, que conduziram à ‘repressão’ e à ‘divisão’ (*splitting*) da mente. Os sintomas são gerados por mecanismos diferentes: (a) seja como formações de substituição das forças reprimidas, seja (b) como conciliações entre as forças repressoras e reprimidas, seja (c) como formações reativas e salvaguardas contra as forças reprimidas.

As pesquisas estenderam-se ulteriormente às condições que determinam se os conflitos psíquicos conduzirão ou não à 'repressão' (isto é, à dissociação dinamicamente provocada), visto não ser necessário dizer que um conflito psíquico, *per se*, pode ter também um desfecho normal. A conclusão a que a psicanálise chegou foi que tais conflitos davam-se sempre entre os instintos sexuais (empregando a palavra 'sexual' em seu sentido mais amplo) e os desejos e tendências do restante do ego. Nas neuroses, são os instintos sexuais que sucumbem à 'repressão', e constituem assim a base mais importante para a gênese dos sintomas, que podem, por conseguinte, ser encarados como substitutos de satisfações sexuais.

Nosso trabalho sobre a questão da disposição às afecções neuróticas acrescentou o fato 'infantil' ao somático e ao hereditário, até então identificados. A psicanálise foi obrigada a remontar a vida mental dos pacientes até sua primeira infância, e chegou-se à conclusão de que inibições de desenvolvimento mental ('infantilismos') apresentam uma disposição à neurose. Especificamente, aprendemos, de nossas investigações da vida sexual, que existe realmente algo chamado 'sexualidade infantil', que o instinto sexual é constituído de muitos componentes e atravessa um complicado curso de desenvolvimento, cujo desfecho final, após muitas restrições e transformações, é a sexualidade 'normal' dos adultos. As enigmáticas perversões do instinto sexual que ocorrem em adultos parecem ser inibições de desenvolvimento, fixações ou crescimentos assimétricos. Assim, as neuroses são o negativo das perversões.

O desenvolvimento cultural imposto à humanidade é o fator que torna inevitáveis as restrições e repressões do instinto sexual, sendo exigidos sacrifícios maiores ou menores, de acordo com a constituição individual. O desenvolvimento quase nunca é conseguido de modo suave e podem ocorrer distúrbios (quer por causa da constituição individual ou de incidentes sexuais prematuros) que deixem atrás de si uma disposição a futuras neuroses. Tais disposições podem permanecer inofensivas se a vida do adulto progride de modo satisfatório e tranquilo, mas podem tornar-se patogênicas se as condições da vida madura proíbem a satisfação da libido ou exigem gravemente sua supressão.

Pesquisas sobre a atividade sexual de crianças conduziram a outra concepção do instinto sexual, baseada não em seus intuitos, mas em suas fontes. O instinto sexual possui em alto grau a capacidade de ser desviado dos objetivos sexuais diretos e ser dirigido no sentido de metas mais elevadas, que não são mais sexuais ('sublimação'). O instinto fica assim capacitado a efetuar contribuições muito importantes às realizações sociais e artísticas da humanidade.

O reconhecimento da presença simultânea dos três fatores de 'infantilismo', 'sexualidade' e 'repressão' constitui a principal característica da teoria psicanalítica e assinala sua distinção de outras visões da vida mental patológica. Ao mesmo tempo, a psicanálise demonstrou que não existe diferença fundamental, mas apenas de grau, entre a vida mental das pessoas normais, dos neuróticos e dos psicóticos. Uma pessoa normal tem de passar pelas mesmas repressões e lutar com as mesmas estruturas substitutas; a única diferença é que ela lida com estes acontecimentos com menos dificuldade e mais sucesso. O método psicanalítico de investigação pode, por conseguinte, ser aplicado igualmente à explanação dos fenômenos psíquicos normais e tornou possível descobrir o estreito relacionamento existente entre produtos psíquicos patológicos e estruturas normais, tais como os sonhos, os pequenos erros da vida cotidiana, e fenômenos tão valiosos como chistes, mitos e obras da imaginação. A explicação foi conduzida mais longe no caso dos sonhos e resultou aqui na seguinte fórmula geral: 'O sonho é uma realização, disfarçada de um desejo reprimido.' A interpretação de

sonhos tem por objetivo a remoção do disfarce a que os pensamentos do que sonha foram submetidos. Constitui, além disso, auxílio altamente valioso à técnica psicanalítica, porque é o método mais conveniente de obter uma compreensão interna (*insight*) da vida psíquica inconsciente.

Amiúde há uma tendência nos círculos médicos e, especialmente, nos círculos psiquiátricos, para contradizer as teorias da psicanálise sem nenhum estudo real ou aplicação prática delas. Isto se deve não apenas à notável novidade destas teorias e ao contraste que apresentam com as opiniões até aqui sustentadas pelos psiquiatras, mas também ao fato de as premissas e a técnica da psicanálise acharem-se relacionadas muito mais de perto com o campo da psicologia que com o da medicina. Não se pode discutir, contudo, que os ensinamentos puramente médicos e não psicológicos até o presente muito pouco fizeram por uma compreensão da vida mental. O progresso da psicanálise é ainda retardado pelo termo que o observador médio sente de ver-se a si mesmo em seu próprio espelho. Os homens de ciência tendem a enfrentar resistências emocionais com argumentos e, assim, satisfazem-se a si mesmos para sua própria satisfação! Quem quer que deseje não ignorar uma verdade fará bem em desconfiar de suas antipatias e, se quiser submeter a teoria da psicanálise a um exame crítico, que primeiro se analise a si mesmo.

Não posso achar que nestas poucas frases tenha conseguido pintar um quadro claro dos princípios e propósitos da psicanálise, mas a elas adicionarei uma relação das principais publicações sobre o assunto, cujo estudo fornecerá maiores esclarecimentos a quem quer que eu possa ter interessado.

1. Breuer e Freud, *Studien über Hysterie*, 1895, Fr. Deuticke, Viena. Uma parte deles foi traduzida para o inglês em 'Selected Papers on Hysteria and other Psycho-neuroses', do Dr. A. A. Brill, Nova Iorque, 1909.
2. Freud, *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*, Viena, 1905. Tradução inglesa do Dr. Brill, 'Three Contributions to the Sexual Theory', Nova Iorque, 1910.
3. Freud, *i*, S. Karger, Berlim, 3ª edição. 1910.
4. Freud, *Die Traumdeutung*, Viena, 1900, 3ª ed., 1911.
5. Freud, 'The Origin and Development of Psycho-analysis', *Amer. Jour. of Psychology*, abril, 1910. Também em alemão: *Ueber Psychoanalyse*, Cinco conferências pronunciadas na Universidade Clark, Worcester, Mass., 1909.
6. Freud, *Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten*, Viena, 1905.
7. Freud, *Collection of minor papers on the Doctrine of Neuroses*, 1893-1906. Viena, 1906.
8. Idem, segunda compilação. Viena, 1909.
9. Hitschmann, *Freud's Neurosenlehre*, Viena, 1911.
10. C. G. Jung, *Diagnostische Associationsstudien*, dois volumes, 1906-1910.
11. C. G. Jung, *Über die Psychologie der Dementia Praecox*, 1907.
12. *Jahrbuch für psycho-analytische und psychopathologische Forschungen*, publicado por E. Bleuler e S. Freud, organizado por Jung. A partir de 1909.
13. *Schriften zur angewandten Seelenkunde*, Fr. Deuticke, Viena, a partir de 1907. Onze partes, da autoria de Freud, Jung, Abraham, Pfister, Rank, Jones, Riklin, Graf, Sadger.

14. *Zentralblatt für Psychoanalyse*. Organizado por A. Adler e W. Stekel. J. Bergmann, Wiesbaden. A partir de setembro de 1910.

## FORMULAÇÕES SOBRE OS DOIS PRINCÍPIOS DO FUNCIONAMENTO MENTAL (1911)

### NOTA DO EDITOR INGLÊS

#### FORMULIERUNGEN ÜBER DIE ZWEI PRINZIPIEN DES PSYCHISCHEN GESCHEHENS

##### (a) EDIÇÕES ALEMÃS:

1911 Jb. psychoan. psychopath. Forsch., 3 (1), 1-8.

1913 S. K. S. N., 3, 271-9. (1921, 2ª ed.)

1924 G. S., 5, 409-17.

1931 *Theoretische Schriften*, 5-14.

1943 G. W., 8, 230-8.

##### (b) TRADUÇÃO INGLESA:

'Formulations Regarding the Two Principle in Mental Functioning'

1925 C. P., 4, 13-21. (Trad. de M. N. Searl.)

A presente tradução inglesa, com o título modificado, baseia-se na publicada em 1925, mas foi em grande parte redigida novamente.

Informa-nos o Dr Ernest Jones que Freud começou a planejar este artigo em junho de 1910, e que trabalhava nele simultaneamente com a história clínica de Schreber (1911c). Seu progresso foi lento, mas, em 26 de outubro, falou sobre o assunto perante a Sociedade Psicanalítica de Viena; achou a assistência indiferente, porém, e ele próprio se achava insatisfeito com sua apresentação. Foi somente em dezembro que começou realmente a escrever o artigo. Achava-se pronto ao final de janeiro de 1911, mas não foi publicado senão no fim da primavera, quando apareceu no mesmo número do *Jahrbuch* que o caso Schreber.

Com este notório artigo, que constitui um dos clássicos da psicanálise, e com a terceira parte, quase contemporânea, da história clínica de Schreber, Freud pela primeira vez, após um intervalo de mais de dez anos, novamente empreendeu o exame das hipóteses teóricas gerais que se achavam implícitas em suas descobertas clínicas. Sua primeira tentativa ampla de tal exame fora feita em terminologia quase neurológica, em seu 'Project for a Scientific Psychology', de 1895, que, no entanto, não foi publicado durante a sua vida

(Freud, 1950a). O Capítulo VII de *A Interpretação de Sonhos* (1900a) foi a exposição de um conjunto muito semelhante de hipótese, mas, desta vez, em termos puramente psicológicos. Grande parte do material do presente artigo (especialmente em sua primeira parte) deriva diretamente destas duas fontes. O trabalho dá a impressão de ter o caráter de um levantamento de estoque. É como se Freud estivesse trazendo à sua própria inspeção, por assim dizer, as hipóteses fundamentais de um período anterior e preparando-as para servir de base para os principais exames teóricos que se achavam adiante, no futuro imediato: o artigo sobre narcisismo, por exemplo, e a grande série dos artigos metapsicológicos.

A presente exposição de suas opiniões é excessivamente condensada, não sendo fácil de assimilar, mesmo hoje. Embora saibamos agora que Freud muito pouco dizia nela que já não se achasse há muito tempo em sua mente, por ocasião de sua publicação deve ter impressionado os leitores como desconcertantemente cheia de novidades. Os parágrafos assinalados (1), por exemplo, a partir de [1], seriam verdadeiramente obscuros para aqueles que não se achassem familiarizados com o 'Projeto' ou com os artigos metapsicológicos e que tivessem de retirar o esclarecimento que pudessem de um certo número de passagens quase igualmente condensadas e muito pouco sistematizadas de *A Interpretação de Sonhos*. Não é de surpreender que a primeira assistência de Freud se mostrasse indiferente.

O tema principal da obra é a distinção entre os princípios reguladores (o princípio de prazer e o princípio de realidade) que dominam, respectivamente, os processos mentais primário e secundário. A tese, na verdade, já fora enunciada na Seção 1 da Parte I do 'Projeto' e elaborada nas Seções 15 e 16 da Parte I e nas partes posteriores da Seção I da Parte III. Foi novamente examinada no Capítulo VII de *A interpretação de Sonhos* (Ver a partir de [1] e [2], 1972), mas o tratamento mais completo foi reservado para o artigo sobre a metapsicologia dos sonhos (1917d [1915]), escrito cerca de três anos após o presente. Um relato mais pormenorizado do desenvolvimento das opiniões de Freud sobre a questão de nossa atitude mental para com a realidade pode ser encontrado na Nota do Editor Inglês a esse artigo (Ver a partir de [1], 1974).

Perto do fim do trabalho, surgem vários outros tópicos relacionados, cujo desenvolvimento ulterior (como o do tema principal) é deixado para posterior investigação. Na verdade, todo o artigo foi (como o próprio Freud observa) de natureza preparatória e exploratória, mas não é menos interessante por essa razão.

A maior parte deste artigo, na versão de 1925, foi incluída em *General Selection from the Works of Sigmund Freud* (1937, 45-53), de Rickman.

## FORMULAÇÕES SOBRE OS DOIS PRINCÍPIOS DO FUNCIONAMENTO MENTAL

Há muito tempo observamos que toda neurose tem como resultado e, portanto, provavelmente, como propósito arrancar o paciente da vida real, aliená-lo da realidade. Não poderia um fato assim fugir à observação de Piere Janet; ele falou de uma perda de '*la fonction du réel*' ['a função da realidade'] como sendo característica especial dos neuróticos, mas sem descobrir a vinculação deste distúrbio com as determinantes fundamentais da neurose. Pela introdução do processo de repressão na gênese das neuroses, pudemos obter uma certa compreensão interna (*insight*) com referência a isto. Os neuróticos afastam-se da realidade por achá-la insuportável — seja no todo ou em parte. O tipo mais extremo deste afastamento da realidade é apresentado por certos casos de psicose alucinatória que procuram negar o evento específico que ocasionou o



desencadeamento de sua insanidade (Griesinger). Mas, na verdade, todo neurótico faz o mesmo com algum fragmento da realidade. E defrontamo-nos agora com a tarefa de investigar o desenvolvimento da relação dos neuróticos e da humanidade em geral com a realidade e, desta maneira, de trazer a significação psicológica do mundo externo e real para a estrutura de nossas teorias.

Na psicologia que se baseia na psicanálise, acostumamo-nos a tomar como ponto de partida os processos mentais inconscientes, com cujas peculiaridades nos tornamos familiarizados através da análise. Consideramos que são os processos mais antigos, primários, resíduos de uma fase de desenvolvimento em que eram o único tipo de processo mental. O propósito dominante obedecido por estes processos primários é fácil de reconhecer; ele é descrito como o princípio de prazer-desprazer [*Lust-Unlust*], ou, mais sucintamente, princípio de prazer. Estes processos esforçam-se por alcançar prazer; a atividade psíquica afasta-se de qualquer evento que possa despertar desprazer. (Aqui, temos a repressão.) Nossos sonhos à noite e, quando acordados, nossa tendência a afastar-nos de impressões aflitivas são resquícios do predomínio deste princípio e provas do seu poder.

Retorno a linhas de pensamento já desenvolvidas noutra parte quando sugiro que o estado de repouso psíquico foi originalmente perturbado pelas exigências peremptórias das necessidades internas. Quando isto aconteceu, tudo que havia sido pensado (desejado) foi simplesmente apresentado de maneira alucinatória, tal como ainda acontece hoje com nossos pensamentos oníricos a cada noite. Foi apenas a ausência da satisfação esperada, o desapontamento experimentado, que levou ao abandono desta tentativa de satisfação por meio da alucinação. Em vez disso, o aparelho psíquico teve de decidir tomar uma concepção das circunstâncias reais no mundo externo e empenhar-se por efetuar nelas uma alteração real. Um novo princípio de funcionamento mental foi assim introduzido; o que se apresentava na mente não era mais o agradável, mas o real, mesmo que acontecesse ser desagradável. Este estabelecimento do *princípio de realidade* provou ser um passo momentoso.

(1) Em primeiro lugar, as novas exigências efetuaram uma sucessão de adaptações necessárias no aparelho psíquico, as quais, devido a nosso conhecimento insuficiente ou incerto, só podemos relatar muito superficialmente.

A significação crescente da realidade externa elevou também a importância dos órgãos sensoriais, que se acham dirigidos para esse mundo externo, e da *consciência* a eles ligada. A consciência aprendeu então a abranger qualidades sensórias, em acréscimo às qualidades de prazer e desprazer que até então lhe haviam exclusivamente interessado. Institui-se uma função especial, que tinha de periodicamente pesquisar o mundo externo, a fim de que seus dados já pudessem ser conhecidos se uma urgente necessidade interna surgisse: a função da *atenção*. Sua atividade vai encontrar as impressões sensórias a meio caminho, ao invés de esperar por seu aparecimento. Ao mesmo tempo, provavelmente, foi introduzido um sistema de *notação*, cuja tarefa era assentar os resultados desta atividade periódica da consciência — uma parte do que chamamos *memória*.

O lugar da repressão, que excluía da catexia como produtoras de desprazer algumas das idéias emergentes, foi assumido por uma *passagem de julgamento imparcial*, que tinha de decidir se determinada idéia era verdadeira ou falsa — isto é, se se achava ou não em concordância com a realidade —, decisão que era determinada efetuando-se uma comparação com os traços de memória da realidade.

Nova função foi então atribuída à descarga motora, que, sob o predomínio do princípio de prazer, servira como meio de aliviar o aparelho mental de adições de estímulos, e que realizara esta tarefa ao enviar inervações para o interior do corpo (conduzindo a movimentos expressivos, mímica facial e manifestações de afeto). A descarga motora foi agora empregada na alteração apropriada da realidade; foi transformada em ação.

A coibição da descarga motora (da ação), que então se tornou necessária, foi proporcionada através do processo do *pensar*, que se desenvolveu a partir da apresentação de idéias. O pensar foi dotado de características que tornavam possível ao aparelho mental tolerar uma tensão aumentada de estímulo, enquanto o processo de descarga era adiado. Ele é essencialmente um tipo experimental de atuação acompanhado por deslocamento de quantidades relativamente pequenas de catexia, junto com menor dispêndio (descarga) destas. Para este fim, foi necessária a transformação de catexias livremente móveis em catexias vinculadas o que se conseguiu mediante elevação do nível de todo o processo catexial. É provável que o pensar fosse originalmente inconsciente, na medida em que ultrapassava simples apresentações ideativas e era dirigido para as relações entre impressões de objetos, e que não adquiriu outras qualidades perceptíveis à consciência até haver-se ligado a resíduos verbais.

(2) Uma tendência geral de nosso aparelho mental, que pode ser remontada ao princípio econômico de poupar consumo [de energia], parece encontrar expressão na tenacidade com que nos apegamos às fontes de prazer à nossa disposição e na dificuldade com que a elas renunciamos. Com a introdução do princípio de realidade, uma das espécies de atividade de pensamento foi separada; ela foi liberada no teste de realidade e permaneceu subordinada somente ao princípio de prazer. Esta atividade é o *fantasiar*, que começa já nas brincadeiras infantis, e, posteriormente, conservada como *devaneio*, abandona a dependência de objetos reais.

(3) A substituição do princípio de prazer pelo princípio de realidade, com todas as conseqüências psíquicas envolvidas aqui esquematicamente condensadas numa só frase, não se realiza, na verdade, de repente; tampouco se efetua simultaneamente em toda a linha, pois, enquanto este desenvolvimento tem lugar nos instintos do ego, os instintos sexuais se desligam deles de maneira muito significativa. Os instintos sexuais comportam-se auto-eroticamente a princípio; obtêm sua satisfação do próprio corpo do indivíduo e, portanto, não se encontram na situação de frustração que forçou a instituição do princípio de realidade. Quando, posteriormente, começa o processo de encontrar um objeto, ele é logo interrompido pelo longo período de latência que retarda o desenvolvimento sexual até a puberdade. Estes dois fatores — auto-erotismo e período de latência — ocasionam que o instinto sexual seja detido em seu desenvolvimento psíquico e permaneça muito mais tempo sob o domínio do princípio de prazer, do qual, em muitas pessoas, nunca é capaz de se afastar.

Em conseqüência dessas condições, surge uma vinculação mais estreita entre o instinto sexual e a fantasia, por um lado, e, por outro, entre os instintos do ego e as atividades da consciência. Tanto em pessoas sadias quanto em neuróticos, esta vinculação impressiona-nos como muito íntima, embora as considerações de psicologia genética que acabaram de ser apresentadas levem-nos a identificá-la como *secundária*. A continuidade do auto-erotismo é que torna possível reter por tanto tempo a satisfação momentânea e imaginária mais simples em relação ao objeto sexual, em lugar da satisfação real, que exige esforço e adiamento. No campo da fantasia, a repressão permanece todo-poderosa; ela ocasiona a inibição de idéias *in statu nascendi*

antes que possam ser notadas pela consciência, se a catexia destas tiver probabilidade de ocasionar uma liberação de desprazer. Este é o ponto fraco de nossa organização psíquica; e ele pode ser empregado para restituir ao domínio do princípio de prazer processos de pensamento que já se haviam tornado racionais. Parte essencial da disposição psíquica à neurose reside assim na demora em ensinar os instintos sexuais a considerar a realidade e, como corolário, nas condições que tornam possível esta demora.

(4) Tal como o ego-prazer nada pode fazer a não ser *querer*, trabalhar para produzir prazer e evitar o desprazer, assim o ego-realidade nada necessita fazer a não ser lutar pelo que é *útil* e resguardar-se contra danos. Na realidade, a substituição do princípio de prazer pelo princípio de realidade não implica a deposição daquele, mas apenas sua proteção. Um prazer momentâneo, incerto quanto a seus resultados, é abandonado, mas apenas a fim de ganhar mais tarde, ao longo do novo caminho, um prazer seguro. Mas a impressão endopsíquica causada por esta substituição foi tão poderosa que se reflete num mito religioso especial. A doutrina da recompensa noutra vida pela renúncia — voluntária ou forçada — dos prazeres terrenos nada mais é que uma projeção mítica desta revolução na mente. Seguindo constantemente neste sentido, as *religiões* puderam efetuar uma renúncia completa do prazer na vida, adiante a promessa de compensação numa existência futura; mas não realizaram, por este meio, uma conquista do princípio de prazer. É a *ciência* que chega mais perto de obter êxito nessa conquista; ela, contudo, também oferece prazer intelectual durante seu trabalho e promete um lucro prático ao final.

(5) A *educação* pode ser descrita, sem mais, como um incentivo à conquista do princípio de prazer e à sua substituição pelo princípio de realidade; isto é, ela procura auxiliar o processo de desenvolvimento que afeta o ego. Para este fim, utiliza uma oferta de amor dos educadores como recompensa; e falha, portanto, se uma criança mimada pensa que possui esse amor de qualquer jeito e não pode perdê-lo, aconteça o que acontecer.

(6) A *arte* ocasiona uma reconciliação entre os dois princípios, de maneira peculiar. Um artista é originalmente um homem que se afasta da realidade, porque não pode concordar com a renúncia à satisfação instintual que ela a princípio exige, e que concede a seus desejos eróticos e ambiciosos completa liberdade na vida de fantasia. Todavia, encontra o caminho de volta deste mundo de fantasia para a realidade, fazendo uso de dons especiais que transformam suas fantasias em verdades de um novo tipo, que são valorizadas pelos homens como reflexos preciosos da realidade. Assim, de certa maneira, ele na verdade se torna o herói, o rei, o criador ou o favorito que desejava ser, sem seguir o longo caminho sinuoso de efetuar alterações reais no mundo externo. Mas ele só pode conseguir isto porque outros homens sentem a mesma insatisfação, que resulta da substituição do princípio de prazer pelo princípio de realidade; é em si uma parte da realidade.

(7) Enquanto o ego passa por suas transformações, de *ego-prazer* para *ego-realidade*, os instintos sexuais sofrem as alterações que os levam de seu auto-erotismo original, através de diversas fases intermediárias, ao amor objetual a serviço da procriação. Se estamos certos em pensar que cada passo destes dois cursos de desenvolvimento pode tornar-se local de uma disposição à doença neurótica posterior, é plausível supor que a forma assumida pela doença subsequente (*a escolha da neurose*) dependerá da fase específica de desenvolvimento do ego e da libido na qual a inibição disposicional do desenvolvimento ocorreu. Assim, uma significação inesperada liga-se aos aspectos cronológicos dos dois desenvolvimentos (que ainda não foram estudados) e a possíveis variações em sua sincronização.

(8) A característica mais estranha dos processos inconscientes (reprimidos), à qual nenhum pesquisador se pode acostumar sem o exercício de grande autodisciplina, deve-se ao seu inteiro desprezo pelo teste de realidade; eles equiparam a realidade do pensamento com a realidade externa e os desejos com sua realização — com o fato — tal como acontece automaticamente sob o domínio do antigo princípio de prazer. Daí também a dificuldade de distinguir fantasias inconscientes de lembranças que se tornaram inconscientes. Mas nunca nos devemos permitir ser levados erradamente a aplicar os padrões da realidade a estruturas psíquicas reprimidas e, talvez por causa disso, a menosprezar a importância das fantasias na formação dos sintomas, sob o pretexto de elas não serem realidades, ou a remontar um sentimento neurótico de culpa a alguma outra fonte, por não haver provas de que qualquer crime real tenha sido cometido. Somos obrigados a empregar a moeda-corrente do país que estamos explorando; em nosso caso, uma moeda neurótica. Suponha-se, por exemplo, que estamos tentando solucionar um sonho como este. Um homem, que outrora cuidara do pai durante longa e penosa doença mortal, contou-me que nos meses seguintes à morte daquele havia repetidamente sonhado que *o pai estava novamente vivo e lhe falava da maneira costumeira. Mas ele achava excessivamente penoso que o pai houvesse realmente morrido, apenas sem sabê-lo*. O único modo de compreender este sonho aparentemente absurdo é acrescentar ‘como aquele que sonhou quisera’ ou ‘em consequência de seu desejo’ após as palavras ‘que ele [o que sonhou] o desejaria’, às últimas palavras. O pensamento onírico é então o seguinte: foi-lhe penosa a lembrança de haver sido obrigado a desejar a morte do pai (como liberação) enquanto este ainda se achava vivo, e quão terrível teria sido se o pai houvesse tido qualquer suspeita disso.

As deficiências deste breve artigo, que é mais preparatório que expositivo, serão talvez desculpadas, apenas em pequena parte, se eu alegar que são inevitáveis. Nestas poucas observações sobre as consequências psíquicas da adaptação ao princípio de realidade, fui obrigado a esboçar opiniões que, no momento, teria preferido reter e cuja justificação certamente exigirá esforço nada insignificante. Mas tenho esperança de que não escapará à observação do leitor benevolente como, nestas páginas também, o predomínio do princípio de realidade está começando.

## TIPOS DE DESENCADEAMENTO DA NEUROSE (1912)

### NOTA DO EDITOR INGLÊS

#### ÜBER NEUROTISCHE ERKRANKUNGSTYPEN

##### (a) EDIÇÕES ALEMÃS:

1912 *Zbl. Psychoan.*, 2 (6), 297-302.

1913 *S. K. S. N.*, 3, 306-13. (1921, 2ª ed.)

1924 *G. S.*, 5, 400-8.

1943 *G. W.*, 8, 322-30.

##### (b) TRADUÇÃO INGLESA:

'Types of Neurotic Nosogenesis'

1924 *C. P.*, 2, 113-21. (Trad. de E. C. Mayne.)

A presente tradução inglesa, com título diferente, é nova, da autoria de James Strachey.

Este artigo apareceu no número de março de 1912 da *Zentralblatt*. Constitui uma ampliação de observações contidas num parágrafo da análise de Schreber (1911c), pp. 83 e seg., anteriores, e seu tema é a classificação das causas precipitantes das enfermidades neuróticas. Naturalmente, Freud já se ocupara muitas vezes com o assunto mas em seus primeiros escritos a posição foi obscurecida pela proeminência neles concedida aos eventos traumáticos. Após haver abandonado mais ou menos completamente a teoria do trauma, seu interesse focalizou-se em grande parte [p. ex., no 'Resumo', ao final dos *Três Ensaios* (1905d), ver a partir de [1], 1972] nas diversas causas *predisponentes* à neurose. As causas precipitantes são mencionadas em um ou dois artigos contemporâneos, mas apenas nos termos mais gerais e, às vezes, depreciativos. [Ver, por exemplo, o artigo sobre a etiologia das neuroses (1906a), em [2]] É verdade, contudo, que a noção de 'privação' ('*Entbehrung*') aparece ocasionalmente, p. ex. em 'Sobre a Psicoterapia' (1905a), em [3], mas somente no sentido de privação devida a circunstância externa. A possibilidade de a neurose resultar de um obstáculo *interno* à satisfação surge em data um tanto posterior — no artigo, por exemplo, sobre os efeitos da moralidade 'civilizada' (1908d) — talvez, como Freud sugere adiante (em [4]), sob o impacto do trabalho de Jung. No artigo por último mencionado, o termo '*Versagung* (frustração)' é utilizado para descrever obstáculo interno. Reaparece, mas desta vez com referência apenas a obstáculos *externos*, na análise de Schreber,

bastante anterior (1911c) (ver em [1] e [2]), bem como em dois artigos contemporâneos deste — sobre a dinâmica da transferência (1912b), em [3], e sobre a tendência ao aviltamento no amor (1912d), ver em [4], 1970. No presente artigo, porém, Freud empregou a palavra pela primeira vez, a fim de introduzir um conceito mais abrangente, a abarcar *ambos* os tipos de obstáculos.

Daqui por diante, ‘Frustração’, como principal causa precipitante da neurose, tornou-se uma das armas mais comumente usadas no arsenal clínico de Freud, e reaparece em muitos de seus escritos posteriores. O mais elaborado destes exames posteriores pode ser encontrado na Conferência XXII das *Conferências Introdutórias* (1916-17). O caso aparentemente contraditório de uma pessoa cair doente no momento de alcançar êxito — o próprio oposto na frustração — foi apresentado e resolvido por Freud no decurso de um artigo sobre diversos tipos de caráter (1916d), ver a partir de [1], 1974, e ele retornou mais uma vez ao mesmo ponto em sua carta aberta a Romain Rolland, que descreve uma visita à Acrópole (1936a). Numa passagem da história clínica do ‘Wolf Man’ (1918b), Freud mostrou existir uma omissão na presente relação de tipo de desencadeamento da neurose — o tipo resultante de uma frustração *narcísica* (ver em [1]).

A maior parte deste artigo, na versão de 1924, foi incluída na *General Selection from the Works of Sigmund Freud* (1937, 70-8), de Rickman.

### TIPOS DE DESENCADEAMENTO DA NEUROSE

Nas páginas que se seguem, descreverei, com bases em impressões alcançadas empiricamente, as mudanças que as condições têm de experimentar a fim de ocasionar a irrupção de uma doença neurótica numa pessoa com disposição a essa. Tratarei assim da questão dos fatores precipitantes das enfermidades e pouco terei a dizer sobre suas formas. O presente exame das causas precipitantes diferirá de outros pelo fato de que as mudanças a serem enumeradas referem-se exclusivamente à libido do indivíduo, pois a psicanálise nos ensinou que são as vicissitudes da libido que decidem em favor da saúde ou da moléstia nervosa. Neste sentido, tampouco se gastarão palavras sobre o conceito de disposição. Foi precisamente a pesquisa psicanalítica que nos capacitou a demonstrar que a disposição neurótica reside na história do desenvolvimento da libido, e a remontar os fatores operantes nesse desenvolvimento a variedade inatas de constituição sexual e a influências do mundo externo experimentadas na primeira infância.

(a) A causa precipitante mais óbvia, mais facilmente descobrível e mais inteligível de um desencadeamento da neurose deve ser vista no fator externo que pode ser descrito, em termos gerais, como *frustração*. O indivíduo foi sadio enquanto sua necessidade de amor foi satisfeita por um objeto real no mundo externo; torna-se neurótico assim que esse objeto é afastado dele, sem que um substituto ocupe seu lugar. Aqui, a felicidade coincide com a saúde e a infelicidade, com a neurose. É mais fácil para o destino que para o médico ocasionar uma cura, pois aquele pode oferecer ao paciente um substituto para a possibilidade de satisfação que perdeu.

Assim, para este tipo, ao qual indubitavelmente pertence a maioria dos seres humanos em geral, a possibilidade de cair enfermo surge apenas quando há abstinência. E daí se pode avaliar que papel importante na causação das neuroses pode ser desempenhado pela limitação imposta pela civilização ao campo das satisfações acessíveis. A frustração tem efeito patogênico por represar a libido e submeter assim o indivíduo a

um teste de quanto tempo ele pode tolerar este aumento de tensão psíquica e que métodos adotará para lidar com ela. Há apenas duas possibilidades de permanecer sadio quando existe uma frustração persistente de satisfação no mundo real. A primeira é transformar a tensão psíquica em energia ativa, que permanece voltada para o mundo externo e acaba por arrancar dele uma satisfação real da libido. A segunda é renunciar à satisfação libidinal, sublimar a libido represada e voltá-la para a consecução de objetivos que não são mais eróticos e fogem à frustração. O fato de estas duas possibilidades serem realizadas nas vidas dos homens prova que a infelicidade não coincide com a neurose e que a frustração não decide sozinha se sua vítima permanece sadia ou tomba enferma. O efeito imediato da frustração reside em ela colocar em jogo os fatores disposicionais que até então haviam sido inoperantes.

Onde estes se acham presentes e são desenvolvidos de modo suficientemente intenso, há o risco de a libido tornar-se 'introvertida'. Ela vira as costas à realidade, que, devido à frustração persistente, perdeu o valor para o indivíduo, e volta-se para a vida da fantasia, na qual cria novas estruturas de desejo e revive os traços de outras anteriores, esquecidas. Em consequência da estreita vinculação existente entre a atividade da fantasia e o material presente em todos, que é infantil e reprimido e se tornou inconsciente, bem como graças à excepcional posição desfrutada pela vida de fantasia com referência ao teste de realidade, a libido pode, daí por diante, mover-se num curso retroativo; pode seguir o caminho da *regressão* ao longo de linhas infantis e lutar por objetivos que se coadunem com elas. Se estes esforços, que são incompatíveis com a individualidade atual do paciente, adquirem intensidade suficiente, tem de resultar um conflito entre eles e a outra parte da personalidade, que manteve sua relação com a realidade. O conflito é solucionado pela formação de sintomas e seguido pelo desencadeamento da doença manifesta. O fato de todo o processo ter-se originado da frustração no mundo real reflete-se no resultado: os sintomas, nos quais o terreno da realidade é mais uma vez alcançado, representam satisfações substitutas.

(b) O segundo tipo de causas precipitante da enfermidade não é, de maneira alguma, tão evidente quanto o primeiro e, em verdade, só foi possível descobri-lo através de minuciosas investigações analíticas que se seguiram à teoria dos complexos da escola de Zurique. Aqui o indivíduo não cai enfermo em resultado de uma mudança no mundo externo, que substituiu a satisfação pela frustração, mas em resultado de um esforço interno para conseguir a satisfação que lhe é acessível na realidade. Cai enfermo por causa de sua tentativa de adaptar-se à realidade e de atender às *exigências da realidade* — tentativa no curso da qual se defronta com dificuldades internas insuperáveis.

É aconselhável traçar uma distinção nítida entre os dois tipos de desencadeamento de enfermidade, uma distinção mais nítida do que a observação via de regra permite. No primeiro tipo, o proeminente é uma mudança no mundo externo; no segundo, a ênfase recai sobre uma mudança interna. No primeiro, o indivíduo cai doente a partir de uma experiência; no segundo, a partir de um processo de desenvolvimento. No primeiro caso, defronta-se com a tarefa de renunciar à satisfação e cai enfermo devido à sua incapacidade de resistência; no segundo, sua tarefa é trocar um tipo de satisfação por outro, e sucumbe devido à sua inflexibilidade. No segundo caso, o conflito entre o esforço do indivíduo para permanecer tal como é e o esforço para modificar-se, a fim de atender a novos intuitos e novas exigências da realidade, acha-se presente desde o início. No primeiro caso, o conflito só surge após a libido represada haver escolhido outras, e incompatíveis,



possibilidades de satisfação. O papel desempenhado pelo conflito e pela fixação anterior da libido é incomparavelmente mais óbvio no segundo tipo que no primeiro, onde tais fixações imprestáveis podem talvez surgir apenas como resultado da frustração externa.

Um jovem que até então tenha satisfeito sua libido por meio de fantasias que findem pela masturbação, e que agora busca substituir um regime que se aproxima do auto-erotismo pela escolha de um objeto real — ou uma jovem que dedicou toda sua afeição ao pai ou ao irmão e que deve agora, a bem de um homem que a está cortejando, permitir que seus desejos libidinais incestuosos até então inconscientes se tornem conscientes —, ou uma mulher casada, que gostaria de renunciar a suas inclinações polígamas e fantasias de prostituição, de modo a tornar-se uma consorte fiel ao marido e perfeita mãe para o filho: todos estes caem enfermos devido aos mais louváveis esforços, se as fixações anteriores de suas libidos são suficientemente poderosas para resistir a um deslocamento; e este ponto será decidido, uma vez mais, pelos fatores da disposição, da constituição e da experiência infantil. Todos eles, poder-se-ia dizer, defrontam-se com a sorte da arvorezinha do conto de fadas de Grimm, que queria ter folhas diferentes. Do ponto de vista higiênico — que, certamente, não é o único a ser levado em consideração — só se poderia desejar para eles que continuassem a ser tão subdesenvolvidos, inferiores e inúteis como o eram, antes de caírem enfermos. A mudança pela qual os pacientes se esforçam, mas realizam apenas imperfeitamente ou de modo algum, tem invariavelmente o valor de um passo à frente do ponto de vista da vida real. Mas é diferente se aplicarmos padrões éticos; vemos as pessoas caírem enfermas tão freqüentemente quando põem de lado um ideal como quando buscam atingi-lo.

Apesar das diferenças muito claras entre os dois tipos de desencadeamento de enfermidade que descrevemos, eles, não obstante coincidem em seus pontos essenciais e podem, sem dificuldade, ser reunidos numa unidade. Cair doente devido à frustração também pode ser encarado como uma incapacidade de adaptação à realidade — isto é, no caso específico em que a realidade frustra a satisfação da libido. Cair enfermo sob as condições do segundo tipo conduz diretamente a um caso especial de frustração. É verdade que a realidade não frustra aqui *todos* os tipos de satisfação, mas frustra aquele que o indivíduo declara ser o único possível. Tampouco a frustração provém imediatamente do mundo externo, mas, em primeiro lugar, de certas tendências no ego do indivíduo. Não obstante, ela permanece sendo o fator comum e o mais abrangente. Em consequência do conflito que se estabelece imediatamente no segundo tipo, ambas as espécies de satisfação — tanto a habitual quanto a que se visa — são igualmente inibidas; dá-se um represamento da libido, com todas as suas consequências, tal como no primeiro caso. Os eventos psíquicos que conduzem à formação de sintomas são, se é que há alguma diferença, mais fáceis de acompanhar no segundo tipo que no primeiro; pois naquele as fixações patogênicas da libido não precisam ser recentemente estabelecidas, mas já se encontraram em vigor enquanto o indivíduo era sadio. Certa quantidade de introversão da libido em geral já se acha presente; e poupa-se parte da regressão do indivíduo ao estágio infantil, devido ao fato de seu desenvolvimento não ter ainda completado seu curso.

(c) O tipo seguinte, que descreverei como cair doente devido a *uma inibição no desenvolvimento*, parece uma exageração do segundo, ou seja, cair doente devido às exigências da realidade. Não existe razão teórica para distingui-lo, mas apenas prática, pois aqueles em que nos achamos interessados aqui são pessoas que caem enfermas logo que passam da idade irresponsável da infância e que, assim, nunca atingiram uma fase de saúde — isto é, uma fase de capacidade de realização e fruição que é geralmente ilimitada. A

característica essencial do processo disposicional é, nestes casos, muito simples. A libido nunca abandonou as fixações infantis; as exigências da realidade não são subitamente feitas a uma pessoa integral ou parcialmente madura, mas originam-se do próprio fato de ficar mais velho, visto ser óbvio que elas constantemente se alteram com a idade crescente do indivíduo. Assim, o conflito cai para o segundo plano, em comparação com a insuficiência. Mas também aqui toda nossa outra experiência leva-nos a postular um esforço de superação das fixações da infância; pois, de outra maneira, o resultado do processo nunca poderia ser a neurose, mas apenas um infantilismo estacionário.

(d) Tal como o terceiro tipo apresentou-nos a determinante disposicional quase em isolamento, também o quarto tipo, que agora se segue, chama nossa atenção para outro fator, que entra em consideração em todo caso isolado e facilmente poderia, por essa própria razão, ser negligenciado num exame teórico. Vemos cair enfermas pessoas que até então haviam sido sadias, que não se defrontaram com nenhuma experiência nova e cuja relação com o mundo externo não sofreu alteração, de maneira que o desencadeamento de sua moléstia inevitavelmente dá a impressão de espontaneidade. Uma consideração mais chegada desses casos, contudo, demonstra-nos que, não obstante, uma mudança *realizou-se* neles, mudança cuja importância temos de avaliar em alto grau como causa de enfermidade. Em resultado de haverem atingido um período específico da vida, e em conformidade com processos biológicos normais, a *quantidade* de libido em sua economia mental experimentou um aumento que em si é suficiente para perturbar o equilíbrio da saúde e estabelecer as condições necessárias para uma neurose. É notório que aumentos mais ou menos súbitos de libido deste tipo acham-se habitualmente associados à puberdade e à menopausa — quando as mulheres chegam a determinada idade; além disso, em algumas pessoas, eles se podem manifestar em periodicidades que ainda são desconhecidas. Aqui, o represamento da libido é o fator primário; ele se torna patogênico em consequência de uma frustração *relativa* procedente do mundo externo, que ainda teria concedido satisfação a uma reivindicação menor por parte da libido. Esta, insatisfeita e represada, pode mais uma vez abrir caminhos para a regressão e despertar os mesmos conflitos que demonstramos no caso da frustração externa absoluta. Desse modo, lembramo-nos de que o fator qualitativo não deve ser negligenciado em qualquer consideração das causas precipitantes da doença. Todos os outros fatores — frustração, fixação, inibição de desenvolvimento — permanecem ineficientes, a menos que afetem determinada quantidade de libido e ocasionem um razoável represamento desta. É verdade que não podemos medir esta quantidade de libido que nos parece indispensável para um efeito patogênico; só podemos postulá-la após a moléstia resultante haver começado. Só há uma direção na qual podemos determiná-la mais precisamente. Podemos supor que não se trata de uma quantidade *absoluta*, mas da relação entre a cota de libido em operação e a quantidade de libido com que o ego individual é capaz de lidar — isto é, de manter sob tensão, sublimar ou empregar diretamente. Por este motivo, um aumento *relativo* na quantidade de libido pode ter os mesmos efeitos que um aumento absoluto. Um debilitamento do ego, devido a doença orgânica ou a alguma exigência especial à sua energia, poderá causar o surgimento de neuroses que de outra maneira permaneceriam latentes, apesar de qualquer disposição que pudesse se achar presente.

A importância na causação de doenças que deve ser atribuída à *quantidade* de libido acha-se em concordância satisfatória com duas teses principais da teoria das neuroses a que a psicanálise nos levou; em primeiro lugar, a tese de que as neuroses derivam do conflito entre o ego e a libido e, em segundo, a

descoberta de que não existe distinção *qualitativa* entre as determinantes da saúde e as da neurose, e que, pelo contrário, as pessoas sadias têm de avir-se com as mesmas tarefas de dominação de sua libido — simplesmente, saíram-se melhor nelas.

Resta dizer algumas palavras sobre a relação destes tipos com os fatos da observação. Se passar em revista o conjunto de pacientes em cuja análise acho-me presentemente empenhado, tenho de registrar que nem um só deles constitui exemplo puro de qualquer dos quatro tipos de desencadeamento. Em cada um, antes, encontro uma parte de frustração operando lado a lado com uma parte de incapacidade a adaptar-se às exigências da realidade; a inibição no desenvolvimento, que coincide, naturalmente, com a inflexibilidade das fixações, tem de ser levada em conta em todos eles e, como já disse, a importância da quantidade de libido nunca deve ser desprezada. Descubro, em verdade, que em diversos desses pacientes a doença apareceu em ondas sucessivas, entre as quais houve intervalos sadios, e que cada uma dessas ondas foi remontável a um tipo diferente de causa precipitante. Dessa maneira, a formulação desses quatro tipos não pode reivindicar qualquer valor teórico elevado; eles são simplesmente modos diferentes de estabelecer uma constelação patogênica específica na economia mental — a saber, o represamento da libido, que o ego não pode desviar sem danos com os meios à sua disposição. Mas esta situação em si apenas se torna patogênica em resultado de um fator quantitativo; ela não chega como novidade à vida mental e não é criada pelo impacto daquilo que se denomina ‘causa da doença’.

Determinada importância *prática* pode ser prontamente concedida a estes tipos de desencadeamento. Na verdade, devem ser encontrados em sua forma pura em casos individuais; não teríamos observado o terceiro e o quarto tipos se eles não houvessem, em certos indivíduos, constituído as únicas causas precipitantes da enfermidade. O primeiro tipo expõe-nos a influência extraordinariamente poderosa do mundo externo, e o segundo, a influência não menos importante — e que se opõe à primeira — da individualidade peculiar do sujeito. A patologia não poderia fazer justiça ao problema dos fatores precipitantes nas neuroses enquanto estivesse simplesmente preocupada em decidir se estas afecções eram de natureza ‘endógena’ ou ‘exógena’. Era obrigada a enfrentar toda observação que apontasse para a importância da abstinência (no sentido mais alto da palavra) como causa precipitante, com a objeção de que outras pessoas toleram as mesmas experiências sem caírem enfermas. Se, contudo, buscasse enfatizar a individualidade peculiar do sujeito como sendo o fator decisivo essencial entre a doença e a saúde, estaria obrigada a tolerar a ressalva de que pessoas que possuem esta peculiaridade podem permanecer sadias indefinidamente, enquanto são capazes de mantê-la. A psicanálise alertou-nos de que devemos abandonar o contraste infrutífero entre fatores externos e internos, entre experiência e constituição, e ensinou-nos que invariavelmente encontraremos a causa do desencadeamento da enfermidade neurótica numa situação psíquica específica que pode ser ocasionada de várias maneiras.

## CONTRIBUIÇÕES A UM DEBATE SOBRE A MASTURBAÇÃO (1912)

### NOTA DO EDITOR INGLÊS

#### ZUR ONANIE-DISKUSSION

##### (a) EDIÇÕES ALEMÃS:

1912 Em *Die Onanie (Diskussionen der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung, 2)*, Wiesbaden: Bergmann, p. iii-iv e 132-40.

1925 *G. S.*, 3 324-37.

1931 *Sexualtheorie und Traumlehre*, 228-39.

1943 *G. W.*, 8, 332-45.

##### (b) TRADUÇÃO INGLESA:

'Masturbation'

1921 *Medical Critic and Guide* (Nova Iorque), 24 (setembro), 327-34. (Omitindo a 'Introdução'.)  
(Trad. de Eden Paul.)

A presente tradução inglesa, nova, é da autoria de James Strachey.

O debate sobre masturbação realizado na Sociedade Psicanalítica de Viena foi muito mais prolongado que o anterior, sobre o suicídio; as contribuições de Freud a este foram igualmente publicadas (1910g). As minutas da Sociedade, impressas no Volume II do *Zentralblatt für Psychoanalyse* (1911-12), mostram que 14 membros (incluindo Freud) tomaram parte nos debates, que ocuparam 9 noites, de 22 de novembro de 1911 a 24 de abril de 1912. Foi nesta última ocasião que Freud fez suas observações finais, descritas nas minutas como 'Epílogo'. A 'Introdução' não foi pronunciada numa reunião, mas constitui simplesmente o prefácio ao opúsculo em que os artigos acabaram por ser publicados.

Este trabalho contém, de longe, o exame mais amplo da masturbação que pode ser encontrado nos escritos de Freud, embora breves alusões a ela sejam bastante frequentes. Em seus primeiros artigos, a masturbação figura principalmente por causa de sua relação com as 'neuroses atuais' e, em particular, como agente causador da neurastenia. (Ver, por exemplo, a Seção I de seu artigo em francês sobre a etiologia das neuroses, 1896a.) É interessante descobrir Freud defendendo bravamente essa posição no presente trabalho e

aproveitando a oportunidade para efetuar um de seus poucos pronunciamentos posteriores sobre as 'neuroses atuais' em geral (ver em [1] e nota de rodapé do Editor Inglês ao artigo sobre psicanálise 'silvestre' (1910*k*), em [2], 1970.

Após estes primeiros artigos, a primeira descrição importante da masturbação, feita por Freud, apareceu na Seção 4 do segundo de seus *Três Ensaíos* (1905*d*), a partir de [1], 1972. Aqui pela primeira vez, pôs ele em relevo a significação da masturbação na primeira infância. Entretanto, foi apenas na terceira edição (1915) daquela obra (isto é, *após* a data do presente debate) que a existência de três fases distintas de masturbação foi claramente demonstrada. (Ver em [2].) Tampouco foi essa distinção evidenciada na seguinte referência demorada ao assunto, por parte de Freud, na história clínica do 'Rat Man' (1909*d*), em [1]. Contudo, duas proposições importantes foram demonstradas em artigos aproximadamente do mesmo período: a vinculação da masturbação com as fantasias, no artigo sobre fantasias histéricas (1908*a*), e sua conexão com a ameaça de castração, no trabalho sobre teorias sexuais infantis (1908*c*), e, naturalmente, na análise de 'Little Hans' (1909*b*). Uma curta passagem no artigo sobre os efeitos da moral 'civilizada' (1908*d*) deve também ser mencionada, na qual as objeções à masturbação são apresentadas em linhas semelhantes às do presente trabalho. Incidentalmente, Freud aí observa que o comportamento sexual de uma pessoa amiúde 'estabelece um padrão' para toda sua maneira de reagir ao mundo externo; e isto indubitavelmente explica a obscura referência adiante, no parágrafo (*b*), em [1], ao 'estabelecimento de um padrão psíquico'.

É fato curioso que, à parte seus exames dos sentimentos de culpa ligados à masturbação e das características especiais desta em meninas, para a qual se chama a atenção em notas de rodapé adiante, em [1] e [2], quase todas as referências posteriores de Freud ao tópico ocorrem em relação ao pavor da castração. Seu interesse nos outros aspectos do assunto parece ter-se exaurido na presente contribuição.

## CONTRIBUIÇÕES A UM DEBATE SOBRE A MASTURBAÇÃO

### I - INTRODUÇÃO

Nunca foi objetivo dos debates na Sociedade Psicanalítica de Viena afastar divergências ou chegar a conclusões. Os diferentes oradores, que se mantêm unidos por assumirem uma visão fundamental semelhante dos mesmos fatos, permitem-se dar a mais nítida expressão à variedade de suas opiniões individuais, sem considerar sequer a probabilidade de converterem alguém da platéia que possa pensar de modo diverso. Pode haver muitos pontos nesses debates que foram mal enunciados e mal compreendidos, mas o resultado final, não obstante, é que todos receberam a mais clara impressão das opiniões diferentes das suas e comunicaram suas próprias opiniões diferentes a outras pessoas.

O debate sobre masturbação, do qual, na realidade, apenas fragmentos são publicados aqui, durou diversos meses e foi conduzido segundo o plano de cada orador, por seu turno, ler um artigo, que era seguido de um debate exaustivo. Somente os artigos acham-se incluídos na atual publicação, não os debates, que foram altamente estimulantes e nos quais as diferentes opiniões foram expressas e defendidas. De outro modo, este opúsculo teria atingido dimensões que certamente o impediriam de ser amplamente lido e provar-se eficaz.

A escolha do tópico não necessita justificativas, nestes dias em que por fim se faz uma tentativa de submeter os problemas da vida sexual do homem a exame científico. Numerosas repetições dos mesmos pensamentos e assertivas foram inevitáveis; elas constituem, naturalmente, os sinais de concordância entre os oradores. Com referência às muitas divergências de opiniões, não pode ser tarefa do coordenador harmonizá-las ou tentar ocultá-las. Espera-se que o interesse do leitor não seja rechaçado pelas repetições nem pelas contradições.

Foi nosso intuito, nesta ocasião, indicar a direção em que o estudo do problema da masturbação foi forçado, pelo surgimento de método de abordagem psicanalítico. Até onde fomos bem sucedidos nesse propósito tornar-se-á evidente do aplauso dos leitores, ou talvez de modo ainda mais claro, de sua desaprovação.

VIENA, verão de 1912.

## II - CONSIDERAÇÕES FINAIS

SENHORES: os membros mais idosos deste grupo serão capazes de lembrar que, há alguns anos, fizemos uma tentativa prévia de um debate coletivo deste tipo — um 'simpósio', como nossos colegas americanos o chamam — sobre o assunto da masturbação. Naquela ocasião, as opiniões expressas apresentavam divergências tão importantes que não nos aventuramos a expor nossas Atas ao público. Desde então o mesmo grupo, juntamente com alguns recém-chegados, havendo estado ininterruptamente em contato com fatos observados e mantido um intercâmbio constante de idéias uns com os outros, esclareceram suas opiniões e chegaram a um terreno comum, de maneira que a aventura que havíamos anteriormente abandonado não mais parece tão temerária. Tenho realmente a impressão de que os pontos sobre os quais concordamos, em conexão com a masturbação, são hoje mais firmes e mais profundos que as divergências, embora estas últimas inegavelmente existam. Algumas das aparentes contradições são apenas resultado das muitas direções diferentes a partir das quais os senhores se aproximaram do assunto, enquanto que, na verdade, as opiniões em apreço podem muito bem encontrar lugar lado a lado.

Com sua permissão, apresentar-lhes-ei um resumo dos pontos sobre os quais parecemos achar-nos acordes ou divididos.

Todos nós *concordamos*, acho eu,

(a) sobre a importância das fantasias que acompanham ou representam o ato masturbatório,

(b) sobre a importância do sentimento de culpa, qualquer que seja sua fonte, que se acha ligado à masturbação, e

(c) sobre a impossibilidade de atribuir um determinante qualitativo aos efeitos prejudiciais da masturbação. (Sobre este último ponto, o acordo não é unânime.)

*Diferenças não solucionadas de opinião* apareceram

(a) com respeito à negação de um fator somático nos efeitos da masturbação,

(b) com respeito a uma negação geral dos efeitos prejudiciais da masturbação,

(c) com respeito à origem do sentimento de culpa, que alguns dos senhores desejam atribuir diretamente à falta de satisfação, enquanto outros aduzem fatores sociais, além disso, ou à atitude da personalidade do indivíduo no momento, e

(d) com respeito à ubiquidade da masturbação nas crianças.

Por fim, *incertezas* significativas existem

(a) quanto ao mecanismo dos efeitos prejudiciais da masturbação, se os houver, e

(b) quanto à relação etiológica da masturbação com as 'neuroses atuais'.

Com referência à maioria dos pontos de controvérsia entre nós, temos de agradecer as críticas desafiantes de nosso colega, Wilhelm Stekel, baseadas em sua grande e independente experiência. Não há dúvida de que deixamos muitíssimos pontos para serem estabelecidos e esclarecidos por algum grupo futuro de observadores e pesquisadores, mas podemos consolar-nos em saber que trabalhamos honestamente e sem espírito estreito, e que, assim procedendo, abrimos caminhos ao longo dos quais a pesquisa posterior poderá viajar.

Não devem esperar muito de minhas próprias contribuições às questões em que estamos interessados. Estão cientes da minha preferência pelo tratamento fragmentário de um assunto, com ênfase nos pontos que me parecem mais bem estabelecidos. Nada tenho de novo a oferecer — nenhuma solução, só algumas repetições de coisas que já sustentei, algumas palavras em defesa dessas velhas assertivas contra ataques a elas feitos por alguns dos senhores, e, além disso, alguns comentários que se devem inevitavelmente impor a quem quer que escute seus artigos.

Como bem sabem, dividi a masturbação segundo a idade do indivíduo em (1) masturbação em bebês, que inclui todas as atividades auto-eróticas que servem ao intuito da satisfação sexual, (2) masturbação em crianças, que se origina diretamente do tipo precedente e já se fixou em certas zonas erógenas, e (3) masturbação na puberdade, que continua a masturbação da infância ou é dela separada pelo período de latência. Em algumas das explicações que ouvi dos senhores, plena justiça não foi inteiramente feita a esta divisão temporal. A unidade ostensiva da masturbação, que é nutrida pela terminologia médica costumeira, deu origem a certas generalizações em que uma diferenciação segundo os três períodos da vida teria sido mais justificada. Foi também de lamentar não termos sido capazes de prestar tanta atenção à masturbação feminina quanto à masculina; a masturbação feminina, acredito eu, é merecedora de estudo especial e em seu caso é particularmente verdadeiro que uma ênfase especial resida nas modificações dela que aparecem em relação à idade do indivíduo.

Chego agora às objeções levantadas por Reitler ao meu argumento teleológico em favor da ubiquidade da masturbação na primeira infância. Admito que este argumento tem de ser abandonado. Se mais uma edição de meus *Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade* for exigida, ela não mais conterá a frase que se acha sob ataque. Renunciarei à minha tentativa de adivinhar os intuitos da Natureza e contentar-me-ei em descrever os fatos.

Outra observação de Reitler, é, penso eu, significativa e importante. Foi ela no sentido de que certas disposições do aparelho genital, que são peculiares aos seres humanos, parecem tender a impedir a relação sexual na infância. Aqui, contudo, surgem minhas dúvidas. A oclusão do orifício sexual feminino e a ausência de um os *penis* que garantisse a ereção são, afinal de contas, dirigidos apenas contra o coito real, não contra



excitações sexuais em geral. Reitler parece-me assumir uma visão antropomórfica demais da maneira pela qual a Natureza persegue seus objetivos — como se se tratasse de uma questão de ela sustentar um só propósito, como é o caso da atividade humana. Entretanto, até onde podemos ver, nos processos naturais grande número de objetivos é perseguido, um ao lado de outro, sem interferir um com o outro. Se devemos falar da Natureza em termos humanos, teríamos de dizer que ela nos parece ser o que, no caso dos homens, chamaríamos de inconsistente. De minha parte, penso que Reitler não deveria dar tanto peso a seus próprios argumentos teleológicos. O emprego da teleologia como hipótese heurística tem seu lado duvidoso: em determinadas ocasiões, nunca se pode dizer se demos com uma ‘harmonia’ ou uma ‘desarmonia’. É o mesmo que acontece quando se enfia um prego na parede de uma sala; não podemos estar certos se vamos dar contra ripa, emboço ou tijolo.

Sobre a questão da relação da masturbação e das emissões com a causação da chamada ‘neurastenia’, descobri-me, como muito dos senhores, em oposição a Stekel, e, sujeito a uma limitação que mencionarei dentro em pouco, sustento contra ele minhas opiniões anteriores. Nada vejo que nos obrigue a abandonar a distinção entre ‘neuroses atuais’ e psiconeuroses, e não posso encarar a gênese dos sintomas, no caso das primeiras, senão como tóxica. Aqui, Stekel me parece realmente estender demais a psicogenia. Minha opinião ainda é a mesma da primeira ocasião, há mais de quinze anos: a saber, que as duas ‘neuroses atuais’ — a neurastenia e a neurose de angústia (e talvez devêssemos adicionar a hipocondria propriamente dita como uma terceira ‘neurose atual’) — fornecem às psiconeuroses a necessária ‘submissão somática’; elas fornecem o material excitativo, que é então psiquicamente selecionado e recebe um ‘revestimento psíquico’, de maneira que, falando de modo geral, o núcleo do sintoma psiconeurótico — o grão de areia no centro da pérola — é formado de uma manifestação sexual somática. Isto é mais claro, é verdade, na neurose de angústia e sua relação com a histeria do que na neurastenia, sobre a qual nenhuma investigação psicanalítica cuidadosa foi feita ainda. Na neurose de angústia, como amiúde puderam convencer-se, há no fundo um pequeno fragmento de excitação não descarregada, vinculada ao coito, que emerge como sintoma de ansiedade ou fornece o núcleo para a formação de um sintoma histérico.

Stekel partilha com muitos autores psicanalíticos de uma inclinação a rejeitar as diferenciações morfológicas que fizemos dentro da mixórdia das neuroses e a aglomerá-las todas sob uma só denominação — psicastenia, talvez. Neste ponto freqüentemente o contradissemos e apegamo-nos à nossa expectativa de que as diferenças morfológico-clínicas se mostrarão valiosas como indicações ainda não compreendidas de processos essencialmente distintos. Quando ele — corretamente — nos mostra que encontrou regularmente os mesmos complexos presentes, tanto no que são chamados de neurastênicos como em outros neuróticos, seu argumento falha em atender o tema em debate. Há muito tempo sabemos que os mesmos complexos e conflitos devem ser procurados também em todas as pessoas normais e sadias. Na verdade, acostumamo-nos a atribuir a todo ser humano civilizado certa quantidade de repressão e impulsos perversos, determinada cota de erotismo anal, de homossexualismo e assim por diante, bem como uma porção de complexo paterno e complexo materno e de outros complexos fora esses, tal como na análise química de uma substância orgânica esperamos encontrar certos elementos: carbono, oxigênio, hidrogênio, nitrogênio e traços de enxofre. O que distingue as substâncias orgânicas umas das outras são as quantidades relativas desses elementos e a maneira pela qual as ligações entre eles se acham constituídas. Do mesmo modo, no caso das pessoas

normais e neuróticas, o que se acha em debate não é se esses complexos e conflitos *existem*, mas se se tornaram patogênicos e, nesse caso, mediante que mecanismos assim se tornaram.

A essência das teorias a respeito das 'neuroses atuais' que apresentei no passado e estou defendendo hoje reside na minha declaração, baseada em experimentos, de que seus sintomas, diferentemente dos psiconeuróticos, não podem ser analisados. Isto equivale a dizer que a prisão-de-ventre, as dores de cabeça e a fadiga do chamado neurastênico não admitem serem remontadas, histórica ou simbolicamente, a experiência operantes, e não podem ser compreendidas como substitutos da satisfação sexual ou como conciliações entre impulsos instintuais opostos, como é o caso dos sintomas psiconeuróticos (ainda que os últimos talvez possam ter a mesma aparência). Não acredito que seja possível contrariar esta declaração com o auxílio da psicanálise. Por outro lado, admitirei hoje aquilo em que fui incapaz de acreditar anteriormente — que um tratamento analítico pode ter um efeito curativo indireto sobre sintomas 'atuais'. Ele pode consegui-lo, ou permitindo que os danos atuais sejam mais bem tolerados, ou capacitando a pessoa doente a escapar deste danos pela efetivação de uma mudança em seu regime sexual. Seriam perspectivas desejáveis, do ponto de vista de nosso interesse terapêutico.

Se no final eu for condenado por estar errado sobre o problema teórico das 'neuroses atuais', poderei consolar-me com o progresso em nosso conhecimento, que deve desprezar as opiniões de um indivíduo. Podem perguntar então por que, visto que faço uma estimativa tão louvável das limitações de minha própria infalibilidade, não cedo imediatamente a estas novas sugestões, mas prefiro representar de novo a familiar comédia de um velho a aferrar-se obstinadamente às suas opiniões. Minha resposta é que ainda não vejo nenhuma prova que me induza a ceder. Anteriormente, efetuei várias alterações em meus pontos de vista e não as ocultei do público. Fui censurado por causa dessas mudanças, tal como hoje sou censurado por causa de meu conservadorismo. Não que fique intimado por uma censura ou pela outra, mas sei que tenho um destino a cumprir. Não posso fugir a ele e não preciso movimentar-me em sua direção. Esperá-lo-ei e, entretanto, conduzir-me-ei em relação a nossa ciência tal como a experiência anterior me ensinou.

Repugna-me assumir posição na questão, tratada tão amplamente pelos senhores, da nocividade da masturbação, pois ela não oferece uma abordagem correta aos problemas que nos interessam. Mas todos temos de fazê-lo, não há dúvida: o mundo não parece ter outro interesse na masturbação. Lembrar-lhe-ei que, em nossa série anterior de debates sobre o assunto, tivemos entre nós, como visitante, um eminente pediatra vienense. O que foi que ele repetidamente pediu-nos para dizer-lhe? Simplesmente, até que ponto a masturbação é prejudicial e por que ela prejudica certas pessoas e não outras. Dessa maneira, temos de forçar nossas pesquisas a efetuar um pronunciamento para atender a esta exigência prática.

Tenho de confessar que aqui, mais uma vez, não posso partilhar o ponto de vista de Stekel, apesar das muitas observações corretas e corajosas que ele nos fez sobre o assunto. A seu ver, a nocividade da masturbação equivale apenas a um preconceito insensato que, devido simplesmente a limitações pessoais, não nos dispomos a rejeitar com suficiente cuidado. Acredito, contudo, que, se fixarmos nossos olhos sobre o problemas *sine ira et studio* — na medida, é claro, em que pudermos fazê-lo —, seremos antes obrigados a declarar que assumir tal posição contradiz nossas opiniões fundamentais sobre a etiologia das neuroses. A masturbação corresponde essencialmente à atividade sexual infantil e à sua retenção subsequente, em idade mais madura. Derivamos as neuroses de um conflito entre os impulsos sexuais de uma pessoa e suas outras

tendências (do ego). Ora, alguém poderia dizer: 'Em minha opinião o fator patogênico nesta relação etiológica reside unicamente na reação do ego à sua sexualidade.' Com isto, estaria afirmando que qualquer um poderia manter-se livre da neurose, se apenas estivesse disposto a permitir uma satisfação irrestrita aos seus impulsos sexuais. Mas é evidentemente arbitrário, e também sem sentido, chegar a tal decisão, e não permitir que os próprios impulsos sexuais tomem qualquer parte no processo patogênico. Mas se admitirmos que os impulsos sexuais podem ter um efeito patogênico, não mais negaremos um significado semelhante à masturbação, que afinal consiste apenas em pôr em execução esses impulsos instintuais, do sexo. Em todos os casos que parecem demonstrar que a masturbação é patogênica, poderão sem dúvida remontar a operação ainda mais longe — até os instintos que se manifestam na masturbação e as resistências que são dirigidas contra esses instintos. A masturbação não é nada definitivo — somática ou psicologicamente —, não é um 'agente' real, mas simplesmente o nome para certas atividades. Entretanto, por mais que remontemos atrás, nossa opinião sobre a causação da doença continuará, não obstante, adequadamente ligada a essa atividade. E não esqueçam que a masturbação não deve ser igualada à atividade sexual em geral: ela é atividade sexual sujeita a certas condições limitantes. Assim também persiste a possibilidade de que sejam precisamente essas peculiaridades da atividade masturbatória os veículos de seus efeitos patogênicos.

Somos, portanto, mais uma vez trazidos dos argumentos para a observação clínica, e por ela advertidos para não apagar o título 'Efeitos Prejudiciais da Masturbação'. Somos, pelo menos, confrontados nas neuroses com casos em que a masturbação causou dano.

Este dano parece ocorrer de três modos diferentes:

(a) Um *prejuízo orgânico* pode ocorrer, mediante algum mecanismo desconhecido. Aqui temos de levar em conta as considerações de excesso e satisfação inadequada, que foram amiúde mencionadas pelos senhores.

(b) O prejuízo pode ocorrer através do estabelecimento de um *padrão psíquico*, segundo o qual não há necessidade de tentar alterar o mundo externo a fim de satisfazer uma grande necessidade. Todavia, onde se desenvolve uma reação de grande alcance contra este padrão, os mais valiosos traços de caráter podem ser iniciados.

(c) Uma *fixação de objetivos sexuais infantis* pode ser possível, e uma persistência de infantilismo psíquico. Temos aqui a disposição para a ocorrência de uma neurose. Como psicanalistas, não podemos deixar de estar grandemente interessados neste resultado da masturbação — que neste caso significa, é claro, uma masturbação que ocorre na puberdade e continua posteriormente. Devemos lembrar a significação que a masturbação adquire como realizadora da fantasia — aquela região a meio caminho, inserida entre a vida de acordo com o princípio de prazer e a vida de acordo com o princípio de realidade e temos de lembrar-nos de como a masturbação possibilita efetuar desenvolvimentos e sublimações sexuais na fantasia, que, não obstante, não são progressos, mas conciliações prejudiciais — embora seja verdade, como uma importante observação de Stekel apontou, que esta mesma conciliação torna inofensivas graves inclinações perversas e previne as piores conseqüências da abstinência.

Com base em minha experiência médica, não posso excluir uma redução permanente na potência como um dos resultados da masturbação, embora assegure a Stekel que, em vários casos, ela pode tornar-se apenas aparente. Este resultado específico da masturbação, contudo, não pode ser classificado sem hesitação

entre os prejudiciais. Certa diminuição da potência masculina e da brutal agressividade nela envolvida é muito a propósito, do ponto de vista da civilização. Ela facilita a prática, pelos homens civilizados, das virtudes da moderação e confiança sexual que lhes incumbem. A virtude acompanhada de plena potência é geralmente considerada tarefa árdua.

Isto pode parecer-lhes cínico, mas podem ficar certos de que não há essa intenção. Dispõe-se a ser apenas um fragmento de descrição árida, sem considerar se pode causar satisfação ou aborrecimento, pois a masturbação, como tantas outras coisas, tem *les défauts de ses vertus* e, por outro lado, *les vertus de ses défauts*. Se estamos deslindando um assunto complicado e complexo com um interesse prático unilateral em sua nocividade e empregos, temos de aturar descobertas desagradáveis.

Além disso, penso que podemos distinguir com vantagem o que podemos descrever como prejuízos *diretos* causados pela masturbação daqueles que resultam *indiretamente* da resistência e indignação do ego contra essa atividade sexual. Não me interessei por estas últimas conseqüências.

E agora sou obrigado a acrescentar algumas palavras sobre a segunda das duas penosas questões que foram formuladas. Supondo que a masturbação possa ser prejudicial, sob que condições e em que pessoas ela prova sê-lo?

Como a maioria dos senhores, acho-me inclinado a recusar dar uma resposta geral à questão. Ela coincide parcialmente com outra pergunta, mais abrangente: quando a atividade sexual em geral se torna patogênica para determinadas pessoas? Se colocarmos esta consideração de lado, resta-nos uma questão de pormenor, referente às características da masturbação, na medida em que representa uma maneira e forma especiais de satisfação sexual. Aqui seria o lugar para repetir o que já conhecemos e foi debatido em relação a outros assuntos — avaliar a influência do fator *quantitativo* e da operação combinada de diversos fatores patogênicos. Acima de tudo, contudo, deveríamos deixar amplo campo para o que se conhece como disposições constitucionais de um indivíduo. Mas é preciso confessar que lidar com estas é ocupação difícil, pois temos o hábito de formar nossa opinião sobre as disposições individuais *ex post facto*: atribuímos esta ou aquela disposição às pessoas após o evento, quando elas já caíram doentes. Não temos método de descobri-las de antemão. Conduzimo-nos, em verdade, como o rei escocês de uma das novelas de Victor Hugo, que se gabava de possuir um método infalível de identificar a feitiçaria. Ele fazia cozer a mulher acusada em água fervente e depois provava o caldo. Segundo o gosto, julgava então: ‘Esta era bruxa’, ou ‘Esta não era.’

Poderia chamar sua atenção para outra questão, da qual muito pouco nos ocupamos em nossos debates: a da masturbação ‘inconsciente’. Quero dizer a masturbação durante o sono, durante estados anormais, ou crises. Lembrar-se-ão das muitas crises histéricas em que atos masturbatórios tornam a acontecer de maneira disfarçada ou irreconhecível, após o indivíduo haver renunciado a essa forma de satisfação, e dos muitos sintomas na neurose obsessiva que buscam substituir e repetir este tipo de atividade sexual, que foi anteriormente proibido. Podemos também falar de um retorno terapêutico da masturbação. Muitos dos senhores terão descoberto ocasionalmente, como eu, que representa um grande progresso se, durante o tratamento, o paciente se aventura a dedicar-se à masturbação novamente, embora possa não ter intenção de estacionar permanentemente neste ponto de parada infantil. Com respeito a isto, posso lembrar-lhes que número considerável precisamente dos mais graves padecedores de neuroses evitou toda rememoração da

masturbação no passado, enquanto que a psicanálise é capaz de provar que essa espécie de atividade sexual não lhes foi de forma alguma estranha durante o mais remoto e esquecido período de suas vidas.

Mas penso que chegou a hora de parar, pois todos nós achamo-nos de acordo sobre uma coisa — que o assunto da masturbação é inteiramente inexaurível.

## UMA NOTA SOBRE O INCONSCIENTE NA PSICANÁLISE (1912)

### NOTA DO EDITOR INGLÊS

#### A NOTE ON THE UNCONSCIOUS IN PSYCHO-ANALYSIS

##### (a) EDIÇÕES INGLESAS:

1912 *Atas da Sociedade de Pesquisas Psíquicas*, 26 (Parte 66), 312-18.

1925 *C. P.*, 4, 22-9.

##### (b) TRADUÇÃO ALEMÃ:

‘Einige Bemerkungen über den Begriff des Unbewussten in der Psychoanalyse’

1913 *Int. Z. Psychoanal.*, 1 (2), 117-23.

1918 *S. K. S. N.*, 4, 157-67 (1922, 2ª ed.)

1924 *G. S.*, 5, 433-42.

1924 *Technik und Metapsychol.*, 155-64.

1931 *Theoretische Schriften*, 15-24.

1943 *G. W.*, 8, 430-39.

Em 1912, Freud foi convidado pela Sociedade de Pesquisas Psíquicas de Londres a contribuir para uma ‘Parte Médica Especial’ de suas *Atas*, sendo o presente artigo o resultado. Foi escrito por Freud em inglês, mas revisado, segundo parece, na Inglaterra, antes de sua publicação em novembro de 1912. Uma versão alemã do trabalho apareceu no número de março de 1913 da *Zeitschrift*. Nada existe nele que demonstre que não tenha sido também escrito pelo próprio Freud, mas explica-nos o Dr. Jones. (19155, 352) que constituiu de fato uma tradução do artigo inglês de Freud por um de seus principais seguidores, Hanns Sachs. Por último, deve-se acrescentar que quando o artigo foi reimpresso no Volume IV dos *Collected Papers*, em 1925, foi submetido a outra ligeira ‘revisão secundária’, que atualizou a terminologia.

Em resultado disto tudo, ficamos sem nenhum texto completamente fidedigno do artigo. Indubitavelmente, tanto a revisão quanto a tradução foram excelentemente realizadas e, provavelmente, o próprio Freud examinou a ambas. Não obstante, temos de necessariamente permanecer na incerteza onde há uma questão da escolha precisa de termos por Freud. Para tomar um exemplo de uma das dificuldades: o

termo ‘concepção’ é repetidamente utilizado nos parágrafos 2 a 5. Estaríamos inclinados a supor que Freud tivesse em mente a palavra alemã ‘*Vorstellung*’, que é geralmente vertida nesta tradução pela palavra inglesa ‘*idea*’ (‘idéia’). E, de fato, ‘*Vorstellung*’ é a palavra empregada, nos lugares correspondentes, na tradução alemã. Ao final do sétimo parágrafo e no oitavo, a palavra ‘*idea*’ aparece no texto inglês, e a palavra correspondente no alemão é ‘*Idee*’. Mas, no décimo e décimo primeiro parágrafos, onde mais uma vez encontramos o inglês ‘*idea*’, a tradução alemã é quase sempre ‘*Gedanke*’ (que geralmente traduzimos como ‘thought’, ‘pensamento’), mas num dos lugares, ‘*Vorstellung*’.

Nas circunstâncias, achamos ser o procedimento mais apropriado simplesmente reimprimir a versão original inglesa, exatamente como apareceu nas *Atas* originais da S. P. P., com notas de rodapé ocasionais, onde a terminologia exige comentários.

Nossa razão para lamentar esta incerteza textual será compreendida quando se lembrar que este se acha entre os mais importantes dos trabalhos teóricos de Freud. Aqui, pela primeira vez, forneceu ele uma longa e ponderada descrição das premissas para sua hipótese de processos mentais inconscientes e especificou os diversos sentidos em que empregou o termo ‘inconsciente’. O artigo constitui de fato um estudo para o trabalho maior sobre o mesmo assunto que deveria escrever cerca de três anos mais tarde (1915e). Como o artigo anterior, ‘Sobre os Dois Princípios do Funcionamento Mental’ (1911b), e a Seção III da análise de Schreber (1911c), o atual constitui prova do interesse renovado de Freud pela teoria psicanalítica.

A discussão das ambigüidades inerentes à palavra ‘inconsciente’ é de particular interesse, com a distinção entre os seus três empregos — o ‘descritivo’, o ‘dinâmico’, e o ‘sistemático’. O presente relato é mais elaborado e claro que o muito mais sucinto fornecido na Seção II do artigo maior (Ver em [1], 1974). Neste apenas dois usos são diferenciados, o ‘descritivo’ e o ‘sistemático’, e nenhuma distinção clara parece ser feita entre este último e o ‘dinâmico’ — termo que, no presente artigo, é aplicado ao inconsciente *reprimido*. Em dois exames posteriores do mesmo tópico, no Capítulo I de *O Ego e o Id* (1923b), e na Conferência XXXI das *New Introductory Lectures* (1933a), Freud retornou à distinção tríplice feita aqui; e o terceiro emprego do termo, o ‘sistemático’ (aflorado apenas ligeiramente ao final do presente trabalho), surgiu então com um passo no sentido da divisão estrutural da mente em ‘id’, ‘ego’, e ‘superego’, que muito deveria esclarecer toda a situação.

A maior parte deste artigo, na versão de 1925, foi incluída na *General Selection from the Works of Sigmund Freud* (1937, 54-62), da autoria de Rickman.

## UMA NOTA SOBRE O INCONSCIENTE NA PSICANÁLISE

Desejo expor em poucas palavras e tão simplesmente quanto possível o que o termo ‘inconsciente’ veio a significar na Psicanálise e somente nesta.

Uma concepção — ou qualquer outro elemento psíquico — que se ache agora *presente* em minha consciência pode tornar-se *ausente* no momento seguinte, e *novamente presente*, após um intervalo, imutada, e, como dizemos, de memória, não como resultado de uma nova percepção por nossos sentidos. É este fato que estamos acostumados a explicar pela suposição de que, durante o intervalo, a concepção esteve presente em nossa mente, embora *latente* na consciência. Sob que forma ela pode ter existido enquanto presente na mente e latente na consciência não temos meios de adivinhar.



Neste exato momento, podemos estar preparados para enfrentar a objeção filosófica de que a concepção latente não existiu como objeto de psicologia, mas como uma disposição física para a repetição do mesmo fenômeno psíquico, isto é, da dita concepção. Mas podemos replicar que isso é uma teoria que ultrapassa de muito o domínio da psicologia propriamente dita; que ela simplesmente incorre em petição de princípio ao asseverar que 'consciente' é um termo idêntico a 'psíquico', e que está positivamente errada ao negar à psicologia o direito de explicar seus fatos mais comuns, tais como a memória, por seus próprios meios.

Ora, permitam-nos chamar de 'consciente' a concepção que está presente em nossa consciência e da qual nos damos conta, e que este seja o único significado do termo 'consciente'. Quanto às concepções latentes, se temos qualquer razão para supor que elas existam na mente — como tínhamos, no caso da memória — que elas sejam designadas pelo termo 'inconsciente'.

Assim, uma concepção inconsciente é uma concepção da qual não estamos cientes, mas cuja existência, não obstante, estamos prontos a admitir, devido a outras provas ou sinais.

Esta poderia ser considerada uma amostra desinteressante de trabalho descritivo ou classificatório se nenhuma outra experiência apelasse ao nosso julgamento senão os fatos da memória ou os casos de associação por vínculos inconscientes. Entretanto, o experimento bem conhecido da 'sugestão pós-hipnótica' ensina-nos a insistir na importância da distinção entre *consciente* e *inconsciente*, e parece aumentar o seu valor.

Neste experimento, tal como realizado por Bernheim, uma pessoa é colocada em estado hipnótico e subsequenteiramente despertada. Enquanto se encontrava no estado hipnótico, sob a influência do médico, foi-lhe ordenado executar determinada ação num certo momento fixado após seu despertar, digamos meia hora mais tarde. Ela desperta e parece plenamente consciente e em seu estado normal; não tem lembrança do estado hipnótico e, contudo, no momento predeterminado, aparece-lhe na mente o impulso a fazer tal tipo de coisa, e ela o faz conscientemente, embora sem saber por quê. Parece impossível fornecer qualquer outra descrição do fenômeno a não ser dizer que a ordem esteve presente na mente da pessoa num estado de latência, ou que esteve presente inconscientemente, até que o momento determinado chegou, e então tornou-se consciente. Mas não foi sua totalidade que emergiu para a consciência: somente a concepção do ato a ser executado. Todas as outras idéias associadas a essa concepção — a ordem, a influência do médico, a recordação do estado hipnótico — permaneceram inconscientes mesmo então.

Mas temos mais a aprender deste experimento. Somos levados da visão puramente descritiva a uma visão *dinâmica* do fenômeno. A idéia da ação ordenada na hipnose não apenas tornou-se objeto de consciência em determinado momento, mas o aspecto mais notável do fato é que esta idéia tornou-se *ativa*; foi traduzida em ação, assim que a consciência tornou-se ciente de sua presença. Sendo a ordem do médico o estímulo real à ação, é difícil não admitir que a idéia da ordem do médico se tornou ativa também. Entretanto, esta última idéia não se revelou à consciência, como o fez seu resultado, a idéia da ação; permaneceu inconsciente e, assim, foi *ativa* e *inconsciente* ao mesmo tempo.

Uma sugestão pós-hipnótica é uma produção de laboratório, um fato artificial. Mas, se adotarmos a teoria dos fenômenos histéricos, primeiramente apresentada por P. Janet e elaborada por Breuer e eu mesmo,

não nos faltarão muitos fatos naturais que mostram o caráter psicológico da sugestão pós-hipnótica ainda mais clara e distintamente.

A mente do paciente histérico acha-se cheia de idéias ativas, porém inconscientes; todos os seus sintomas procedem de tais idéias. É, na verdade, a característica mais marcante da mente histérica ser governada por elas. Se a mulher histérica vomita, pode fazê-lo devido à idéia de estar grávida. Entretanto, ela não tem conhecimento desta idéia, embora possa ser facilmente detectada em sua mente e tornada consciente mediante um dos processos técnicos da psicanálise. Se se acha executando os arrancos e movimentos que constituem seu 'ataque', ela nem mesmo conscientemente representa para si as ações pretendidas e pode perceber estas ações com os sentimentos desligados de um observador. Não obstante, a análise demonstrará que estava desempenhando seu papel na reprodução dramática de algum incidente de sua vida, cuja lembrança esteve inconscientemente ativa durante a crise. A mesma preponderância de idéias inconscientes ativas é revelada pela análise como sendo o fato essencial na psicologia de todas as outras formas de neurose.

Aprendemos, portanto, pela análise dos fenômenos neuróticos, que uma idéia latente ou inconsciente não é, necessariamente, uma idéia fraca, e que a presença dessa idéia na mente admite provas indiretas do tipo mais convincente, equivalentes à prova direta fornecida pela consciência. Sentimo-nos justificados em fazer nossa classificação concordar com este acréscimo ao nosso conhecimento, introduzindo uma distinção fundamental entre diferentes tipos de idéias latentes ou inconscientes. Estávamos acostumados a pensar que toda idéia latente assim se tornou por ser fraca e que se transformou em consciente logo que se tornou forte. Adquirimos hoje a convicção de que há algumas idéias latentes que não penetram na consciência, por mais fortes que possam se haver tornado. Assim, chamamos as idéias latentes do primeiro tipo de *pré-conscientes*, enquanto reservamos o termo *inconsciente* (propriamente dito) para o último tipo que viemos a estudar nas neuroses. O termo *inconsciente*, que foi empregado antes no sentido puramente descritivo, vem agora a implicar algo mais. Designa não apenas as idéias latentes em geral, mas especialmente idéias com certo caráter dinâmico, idéias que se mantêm à parte da consciência, apesar de sua intensidade e atividade.

Antes de prosseguir com minha exposição, referir-me-ei a duas objeções que têm probabilidades de serem levantadas neste ponto. A primeira delas pode ser assim enunciada: ao invés de concordar com a hipótese de idéias inconscientes, das quais nada sabemos, é melhor presumir que a consciência pode ser dividida, de modo que certas idéias ou outros atos psíquicos possam constituir uma consciência separada, que se tornou desligada e separada da massa de atividade psíquica consciente. Casos patológicos famosos, como o do Dr. Azam [A referência é ao caso de Férida X, notável exemplo de personalidade alternada ou dupla, provavelmente o primeiro deste tipo a ser investigado e registrado minuciosamente. O caso foi descrito em várias publicações por E. Azam, de Bordeaux. Seu primeiro relatório apareceu na *Revue Scientifique*, em 26 de maio de 1876, e foi seguido, algumas semanas depois, por um artigo dos *Annales médico-psychologiques*. (Ver Azam, 1876, e seu último livro, 1887.)], parecem contribuir muito para demonstrar que a divisão da consciência não constitui imaginação fantasista.

Aventuro-me a alegar contra essa teoria que ela é uma suposição gratuita, baseada no mau uso da palavra 'consciente'. Não temos o direito de estender o significado desta palavra a ponto de fazê-la incluir uma consciência da qual seu próprio possuidor não se acha ciente. Se os filósofos encontram dificuldade em aceitar a existência de idéias inconscientes, a existência de uma consciência inconsciente parece-me ainda mais

objetável. Os casos descritos como divisão (*splitting*) da consciência, como o do Dr. Azam, poderiam de preferência ser denominados de deslocamento da consciência — essa função ou o que quer que seja — que oscila entre dois complexos psíquicos diferentes que se tornam conscientes e inconscientes alternadamente.

A outra objeção que poderia ser levantada seria que aplicamos à psicologia normal conclusões que são tiradas principalmente do estudo de estados patológicos. Estamos capacitados a respondê-la por outro fato, cujo conhecimento devemos à psicanálise. De certas deficiências de função da mais freqüente ocorrência entre pessoas sadias, tais como por exemplo, *lapsus linguae*, erros de memória e de fala, esquecimento de nomes etc., pode-se facilmente demonstrar que dependem da ação de fortes idéias inconscientes, da mesma maneira que os sintomas neuróticos. Apresentaremos outro argumento ainda mais convincente num estágio posterior deste estudo.

Pela diferenciação de idéias pré-conscientes e inconscientes, somos levados a abandonar o campo da classificação e a formar uma opinião sobre as relações funcionais e dinâmicas na ação psíquica. Encontramos uma *atividade pré-consciente* que passa para a consciência sem dificuldade e uma *atividade inconsciente* que assim permanece e parece se achar isolada da consciência.

Ora, não sabemos se estes dois modos de atividade psíquica são idênticos ou essencialmente divergentes desde o início, mas podemos perguntar por que devem tornar-se diferentes no decorrer da ação psíquica. A esta última questão, a psicanálise fornece uma resposta clara e firme. Não é, de modo algum, impossível ao produto da atividade inconsciente penetrar na consciência, mas para esta tarefa é necessária uma certa quantidade de esforço. Quando tentamos realizá-la em nós próprios, damo-nos conta de uma sensação distinta de *repulsão*, que tem de ser dominada, e, quando a produzimos num paciente, obtemos os mais indiscutíveis sinais do que chamamos de sua *resistência* a ela. Assim, aprendemos que a idéia inconsciente acha-se excluída da consciência por forças vivas que se opõem à sua recepção, embora não objetem a outras idéias, as pré-conscientes. A psicanálise não deixa campo para dúvida de que a repulsão das idéias inconscientes só é provocada pelas tendências incluídas na essência destas. A teoria mais provável que pode ser formulada, neste estágio de nosso conhecimento, é a seguinte. A inconsciência é uma fase regular e inevitável nos processos que constituem nossa atividade psíquica; todo ato psíquico começa como um ato inconsciente e pode permanecer assim ou continuar a evoluir para a consciência, segundo encontra resistência ou não. A distinção entre atividade pré-consciente e inconsciente não é primária, mas vem a ser estabelecida após a repulsão ter surgido. Somente então a diferença entre idéias pré-conscientes, que podem aparecer na consciência e reaparecer a qualquer momento, e idéias inconscientes, que não podem fazê-lo, adquire um valor tanto teórico quanto prático. Uma analogia grosseira, mas não inadequada, a esta suposta relação da atividade consciente com a inconsciente poderia ser traçada com o campo da fotografia comum: a primeira etapa da fotografia é o 'negativo'; toda imagem fotográfica tem de passar pelo processo negativo e alguns desses negativos, que se saíram bem no exame, são admitidos ao 'processo positivo', que termina pelo retrato.

Mas a distinção entre atividade pré-consciente e inconsciente e o reconhecimento da barreira que as mantém apartadas não são o último ou o mais importante resultado da investigação psicanalítica da vida psíquica. Existe um produto psíquico encostando nas pessoas mais normais que, contudo, apresenta analogia muito marcante com as mais violentas produções da insanidade e não foi mais inteligível aos filósofos que a própria insanidade. Refiro-me aos sonhos. A psicanálise se fundamenta na análise dos sonhos e a

interpretação deles constitui a obra mais completa que a jovem ciência realizou até o presente. Um dos mais comuns de formação onírica pode ser descrito como segue: uma seqüência de pensamentos foi despertada pelo funcionamento da mente durante o dia e reteve um pouco de sua atividade, fugindo à inibição geral de interesses que introduz o sono e constitui a preparação psíquica para o dormir. Durante a noite, a seqüência de pensamentos consegue encontrar vinculações com uma das tendências inconscientes presentes desde a infância na mente do que sonha, mas ordinariamente *reprimida* e excluída de sua vida consciente. Com a força tomada de empréstimo a esta ajuda inconsciente, os pensamentos, resíduo do trabalho do dia, tornam-se então ativos novamente e surgem na consciência sob a forma de sonho. Ora, três coisas aconteceram:

(1) Os pensamentos sofreram uma mudança, um disfarce e uma deformação, que representam a parte do ajudante inconsciente.

(2) Os pensamentos ocuparam a consciência numa ocasião em que não o deveriam.

(3) Uma parte do inconsciente, que doutra maneira não teria podido fazê-lo, surgiu na consciência.

Aprendemos a arte de descobrir os 'pensamentos residuais', os *pensamentos latentes dos sonhos*, e, comparando-os com o sonho aparente, pudemos formar opinião sobre as modificações que experimentaram e a maneira pela qual estas foram ocasionadas.

Os pensamentos latentes do sonho não diferem em nenhum aspecto dos produtos de nossa atividade consciente habitual; merecem o nome de pensamentos pré-conscientes e, em verdade, podem ter sido conscientes em algum momento do estado de vigília. Entretanto, por entrarem em contato com as tendências inconscientes durante a noite, assimilaram-se a estas, degradaram-se, por assim dizer, à condição de pensamentos inconscientes, e ficaram sujeitos às leis pelas quais a atividade inconsciente é dirigida. E aqui temos a oportunidade de aprender o que não poderíamos ter adivinhado pela especulação, ou por outra fonte de informação empírica — que as leis da atividade inconsciente diferem amplamente daquelas da consciente. Inferimos pormenorizadamente quais são as peculiaridades do *Inconsciente* e podemos esperar aprender ainda mais sobre elas mediante investigação mais profunda dos processos da formação onírica.

Essa investigação não se acha ainda nem na metade, e uma exposição dos resultados obtidos até agora é pouco possível sem entrar nos problemas mais intocados da análise de sonhos. Não gostaria de interromper este exame, porém, sem indicar a mudança e o progresso em nossa compreensão do inconsciente devido ao estudo psicanalítico dos sonhos.

A inconsciência pareceu-nos, a princípio, apenas uma característica enigmática de um ato psíquico definido. Atualmente ela significa mais para nós. É sinal de que este ato partilha da natureza de determinada categoria psíquica, que conhecemos por outras características mais importantes, e que ele pertence a um sistema de atividade psíquica merecedor de nossa plena atenção. O valor índice do inconsciente ultrapassou de muito sua importância como propriedade. O sistema assinalado pelo fato de seus atos isolados serem inconscientes é chamado 'O Inconsciente', por falta de termo melhor e menos ambíguo. Em alemão, proponho denotar esse sistema pelas letras *Ubw*, abreviatura da palavra '*Unbewusst*'. E este é o terceiro e mais significativo sentido que o termo 'inconsciente' adquiriu na psicanálise.

## UM SONHO PROBATÓRIO (1913)

### NOTA DO EDITOR INGLÊS

#### EIN TRAUM ALS BEWEISMITTEL

##### (a) EDIÇÕES ALEMÃS:

1913 *Int. Z. Psychoanal.*, 1 (1), 73-8.

1918 *S. K. S. N.*, 4 177-188. (1922, 2ª ed.)

1925 *G. S.*, 3 267-77.

1925 *Traumlehre*, 11-21.

1931 *Sexualtheorie und Traumlehre*, 316-26.

1946 *G. W.*, 10, 12-22.

##### (b) TRADUÇÃO INGLESA:

'A Dream which Bore Testimony'

1924 *C. P.*, 2, 133-43 (Trad. de E. Glover.)

A presente tradução inglesa baseia-se na publicada em 1924.

Em seu primeiro aparecimento na *Zeitschrift* (no começo de 1913), este artigo foi o primeiro de vários, escritos por diversos autores, incluídos sob o título geral 'Beiträge zur Traumdeutung' ('Contribuições à Interpretação de Sonhos').

O trabalho apresenta a peculiaridade de ser uma análise de sonhos, de segunda mão. Independente disto, é digno de nota por contar uma descrição excepcionalmente clara do papel desempenhado pelos pensamentos oníricos latentes na formação de sonhos e por sua insistência na necessidade de manter em mente a distinção entre os pensamentos oníricos e o próprio sonho.

*UM SONHO PROBATÓRIO*

Uma senhora que padecia da mania dubitativa e cerimoniais obsessivos insistia em que suas enfermeiras nunca a deixassem fora de suas vistas por um só momento: doutra maneira, ela começaria a ruminar sobre ações proibidas que poderia ter cometido enquanto não se achava sendo observada. Certa noite, enquanto repousava no sofá, pensou que vira a enfermeira de serviço adormecer. Ela gritou: 'Está me vendo?' A enfermeira deu um pulo e respondeu: 'Naturalmente que estou.' Isto forneceu à paciente motivo para nova dúvida e, após certo tempo, repetiu a pergunta, que a enfermeira respondeu com protestos renovados; exatamente nesse momento, outra assistente chegou, trazendo a ceia da paciente.

Este incidente ocorreu numa sexta-feira à noite. Na manhã seguinte, a enfermeira relatou um sonho que teve o efeito de desfazer as dúvidas da paciente.

SONHO — *Alguém lhe havia confiado uma criança. A mãe da criança saíra de casa e ela [a que sonhou] perdera-a. Enquanto andava, indagava das pessoas na rua se haviam visto a criança. Depois, chegou a uma grande extensão de água e cruzou uma estreita ponte para pedestres. (Houve um adendo: Subitamente apareceu-lhe à frente, sobre a ponte, como uma 'fata Morgana', a figura de outra enfermeira.) Então, achou-se num lugar familiar, onde encontrou uma mulher que conhecera menina e que na época era vendedora numa loja de víveres e depois se casara. Perguntou à mulher, que estava parada em frente a sua porta: 'Você viu a criança?' A mulher não prestou atenção à pergunta, mas informou-a de que se achava divorciada do marido, acrescentando que tampouco o casamento é sempre feliz. Ela acordou sentindo-se tranqüilizada e pensou que a criança apareceria perfeitamente bem na casa de um vizinho.*

ANÁLISE — A paciente presumiu que este sonho se referia ao cochilo que a enfermeira havia negado. A partir de informações adicionais voluntariamente prestadas pela última, pôde interpretar o sonho de maneira que, embora incompleta sob certos aspectos, foi suficiente para todos os fins práticos. Eu próprio somente ouvi o relato da senhora e não entrevistei a enfermeira. Citarei primeiramente a interpretação da paciente e depois suplementá-la-ei com o que nossa compreensão geral das leis que governam a formação onírica nos permitem acrescentar.

'A enfermeira contou-me que a criança do sonho fazia-a lembrar-se de um caso cujo cuidado lhe dera a mais viva satisfação. Foi o de uma criança incapaz de enxergar devido a uma inflamação dos olhos (blenorria). A mãe, contudo, não abandonava a casa: ajudava a cuidar da criança. Por outro lado, recordo-me também que quando meu marido, que tem alta consideração por esta enfermeira, partiu, deixou-me aos seus cuidados e ela prometeu cuidar de mim como cuidaria de uma criança.'

Além disso, sabemos pela análise da paciente que, ao insistir em nunca ser deixada fora da vista, ela se recolocara na posição de ser outra vez criança.

'Ter perdido a criança', continuou a paciente, 'significou que ela não me vira; perdera-me de vista. Isto constituiu sua admissão de que realmente adormecera por certo tempo e não me contara a verdade posteriormente.'

Ignorava o significado do pequeno fragmento de sonho em que a enfermeira indagava das pessoas na rua se haviam visto a criança; por outro lado, foi capaz de elucidar os pormenores posteriores do sonho manifesto.

‘A grande extensão de água fez a enfermeira pensar no Reno; acrescentou, contudo, que era muito maior que o Reno. Então lembrou-se de que na noite anterior eu lhe lera a história de Jonas e a baleia, e lhe contara que, certa vez, eu própria vira uma baleia no Canal da Mancha. Imagino que a grande extensão de água fosse o mar e constituísse uma alusão à história de Jonas.

‘Acho também que a estreita ponte para pedestres proveio da mesma história, que era divertidamente escrita em dialeto. A anedota relata como um instrutor religioso descreveu a seus alunos as maravilhosas aventuras de Jonas, após o que um menino objetou que não podia ser verdade, visto que o próprio professor lhes dissera antes que as baleias só podiam engolir criaturas minúsculas, devido à estreiteza de seus esôfagos. O professor escapou da dificuldade dizendo que Jonas era judeu e que os judeus se enfiavam em qualquer lugar. Minha enfermeira é muito piedosa mas inclinada a dúvidas religiosas, e censurei-me no caso de a história que lhe lera poder tê-las suscitado.

‘Nessa ponte estreita, viu agora o aparecimento de outra enfermeira, a quem conhecia. Contou-me a história desta última: havia-se jogado no Reno por ter sido dispensada de um caso, devido a algo de que fora culpada. Ela própria temera, portanto, ser dispensada por haver adormecido. Ademais, no dia seguinte ao incidente e após relatar o sonho, a enfermeira chegou amargamente e, quando lhe perguntei o motivo, respondeu de modo bastante rude: “A senhora sabe por que tão bem quanto eu e agora não vai mais confiar em mim!”

Visto a aparição da enfermeira afogada constituir um adendo, e um adendo especialmente claro, teríamos aconselhado a senhora a começar sua interpretação do sonho neste ponto. Segundo o relato daquela que sonhou, também esta primeira metade do sonho foi acompanhada por aguda ansiedade; a segunda parte preparou o caminho para a sensação de tranqüilidade com que despertou.

‘Encaro a parte seguinte do sonho’, disse a senhora, continuando sua análise, ‘como corroboração certa de minha opinião de que o sonho tinha a ver com o que acontecera naquela noite de sexta-feira, pois a pessoa que anteriormente fora vendedora numa loja de víveres só se podia referir à atendente que trouxe a ceia naquela ocasião. Observei também que a enfermeira se havia queixado de náuseas o dia todo. A pergunta que fez àquela mulher: “Viu a criança?” é obviamente remontável à minha pergunta: “Está me vendo?”, que lhe fiz pela segunda vez exatamente quando a atendente chegou com os pratos.’

Também no sonho a indagação a respeito da criança foi feita em duas ocasiões. O fato de a mulher não responder — não prestar atenção — pode ser por nós encarado como uma depreciação desta outra atendente, feita em favor da que sonhou; ela representou-se no sonho como superior à outra mulher, exatamente porque ela própria tinha de enfrentar censuras devido à sua própria falta de atenção.

‘A mulher que apareceu no sonho não era, na realidade, divorciada do marido. A situação foi tirada de um incidente da vida da outra atendente, que se separara — “divorciara” — de um homem, por ordem dos pais. A observação de que “tampouco o casamento sempre corre bem” foi provavelmente uma consolação utilizada no decurso da conversa entre as duas mulheres. Esta consolação prefigurou outra, com a qual o sonho terminou: “A criança aparecerá perfeitamente bem”.



‘Concluí deste sonho que, na noite em apreço, a enfermeira realmente adormecera e que estava com medo de ser demitida por causa disso. Devido a isso, não mais senti qualquer dúvida sobre a correção de minha observação. Incidentalmente, após relatar o sonho, ela acrescentou sentir muito não ter trazido um livro de sonhos com ela. Ao meu comentário de que tais livros se acham repletos das mais ignorantes superstições, respondeu que, embora não fosse de modo algum supersticiosa, apesar disso todos os acontecimentos desagradáveis da sua vida haviam acontecido numa sexta-feira. Devo acrescentar que, atualmente, o tratamento que me dá não é de modo algum satisfatório; ela anda suscetível e irritável e faz cenas a respeito de nada.’

Acho que devemos reconhecer à senhora o mérito de ter interpretado e avaliado corretamente o sonho de sua enfermeira. Como tão amiúde acontece com a interpretação de sonhos durante a análise, a tradução do sonho não depende unicamente dos produtos da associação, mas também temos de levar em conta as circunstâncias de sua narração, o comportamento do que sonhou antes e depois da análise do sonho, bem como toda observação e revelação feita pelo que sonhou durante a mesma ocasião — durante a mesma sessão analítica. Se levarmos em consideração a suscetibilidade da enfermeira, sua atitude para com as sextas-feiras aziagas etc., confirmaremos a conclusão de que o sonho continha uma admissão de que, apesar de sua negativa, ela havia realmente cochilado e estava com medo de ser mandada embora para longe da ‘criança’ a seus cuidados.

Enquanto, para a senhora que o relatou a mim, este sonho tinha significação prática, para nós ele estimula o interesse teórico em duas direções. É verdade que terminou por uma consolação, mas, em geral, representou uma *admissão* importante com referência à relação da enfermeira com sua paciente. Como acontece que um sonho, que afinal de contas deve servir de realização de um desejo, possa tomar o lugar de uma admissão que nem mesmo foi de qualquer vantagem para a que sonhou? Devemos realmente admitir que, além de sonhos de realização de desejo (e de ansiedade), existem também sonhos de admissão, assim como de advertência, reflexão, adaptação etc.?

Devo confessar que ainda não compreendo muito bem por que a posição que tomei contra qualquer tentação desse tipo, em *A Interpretação de Sonhos*, causou desconfiças nas mentes de tantos psicanalistas, entre eles alguns bem conhecidos. Parece-me que a diferenciação entre sonhos de realização de desejo, admissão, advertência, adaptação etc. não tem muito mais sentido que a diferenciação, necessariamente aceita, dos especialistas médicos em ginecologistas, pediatras e dentistas. Permitam-me recapitular aqui, tão sucintamente quanto possível, o que disse sobre este assunto em *A Interpretação de Sonhos*.

Os chamados ‘resíduos diurnos’ podem atuar como perturbadores do sonho e construtores de sonhos; eles são processos de pensamento afetivamente catexizados do dia do sonho, que resistiram ao rebaixamento geral [de energia] pelo sono. Estes resíduos diurnos são descobertos por remontarem o sonho manifesto aos pensamentos oníricos latentes; constituem porções do último e acham-se assim entre as atividades do estado de vigília — conscientes ou inconscientes — que conseguiram persistir no período de sono. Em consonância com a multiplicidade de processos de pensamento no consciente e pré-consciente, estes resíduos diurnos têm os mais numerosos e diversos significados: eles podem ser desejos ou temores que não foram resolvidos, ou intenções, reflexões, advertências, tentativas de adaptação a tarefas atuais etc. Até este ponto, a classificação de sonhos que se acha em consideração parece ser justificada pelo conteúdo que é revelado pela

interpretação. Estes resíduos do dia, contudo, não são o próprio sonho: falta-lhes o elemento essencial principal de um sonho. De si próprios não são capazes de construir um sonho. São, estritamente falando, apenas o material psíquico para a elaboração onírica, exatamente como os estímulos sensórios e somáticos, quer accidentais quer produzidos sob condições experimentais, constituem o material *somático* para a elaboração onírica. Conferir-lhes o papel principal na construção de sonhos é simplesmente repetir, num ponto novo, o erro pré-analítico que explicava os sonhos atribuindo-os à má digestão ou à pressão sobre a pele. Os erros científicos, em verdade, têm vida tenaz, e mesmo quando refutados acham-se prontos a insinuar-se novamente, sob novos disfarces.

O estado atual de nosso conhecimento leva-nos a concluir que o fator essencial na construção de sonhos é um desejo inconsciente — geralmente um desejo infantil, agora reprimido — que pode vir a se expressar nesse material somático ou psíquico (e também nos resíduos diurnos, portanto) e pode abastecer estes com uma força que os capacita a forçar seu caminho em direção à consciência, mesmo durante a suspensão do pensamento, à noite. O sonho é, em todos os casos, uma realização *deste* desejo inconsciente, seja o que for que possa conter mais — advertência, reflexão, admissão, ou qualquer outra parte do rico conteúdo do estado de vigília pré-consciente que continuou, sem ser tratado, noite adentro. É este desejo inconsciente que dá à elaboração onírica seu caráter peculiar, como revisão inconsciente do material pré-consciente. Um psicanalista pode caracterizar como sonhos apenas os produtos da elaboração onírica: apesar do fato de só se chegar aos pensamentos oníricos latentes a partir da interpretação do sonho, ele não pode considerá-los como parte deste, mas apenas como parte da reflexão pré-consciente. (A revisão secundária pela instância consciente é aqui considerada como parte da elaboração onírica. Mesmo que devêssemos separá-la, isto não envolveria nenhuma alteração em nossa concepção. Teríamos então de dizer: os sonhos, no sentido analítico, compreendem a elaboração onírica propriamente dita, juntamente com a revisão secundária de seus produtos.) A conclusão a ser tirada destas considerações é que não se pode colocar o caráter realizador de desejos dos sonhos no mesmo nível que seu caráter de advertência, admissão, tentativa de solução etc., sem negar o conceito de uma dimensão psíquica de profundidade, o que equivale a dizer, sem negar o ponto de vista da psicanálise.

Retornemos agora ao sonho da enfermeira, a fim de demonstrar a qualidade de profundidade na realização de desejo nele contida. Já sabemos que a interpretação que a senhora deu ao sonho não era, de modo algum, completa; havia partes dele a que ela foi incapaz de fazer justiça. Ademais, ela sofria de neurose obsessiva, condição que, pelo que observei, torna consideravelmente mais difícil compreender os símbolos oníricos, tal como a demência precoce torna-o mais fácil.

Não obstante, nosso conhecimento do simbolismo onírico capacita-nos a compreender partes não interpretadas deste sonho e descobrir uma significação mais profunda por trás das interpretações já fornecidas. Não podemos deixar de notar que parte do material empregado pela enfermeira provém do complexo de dar a luz, de ter filhos. A extensão de água (o Reno, o Canal onde a baleia foi vista) era certamente a água da qual as crianças provém. E depois, também, ela veio à água em busca de uma criança. A lenda de Jonas, fator de determinação dessa água, a pergunta de saber como Jonas (a criança) podia passar através de passagem tão estreita pertencem ao mesmo complexo. E a enfermeira que se atirou no Reno por mortificação encontrou uma

consolação simbólico-sexual para seu desespero de vida na modalidade de sua morte — entrando na água. A estreita ponte para pedestres sobre a qual a aparição a encontrou foi, com toda probabilidade, também um símbolo genital, embora tenha de admitir que aqui nos falta ainda um conhecimento mais preciso.

O desejo ‘quero ter um filho’ parece, portanto, ter sido o construtor onírico a partir do inconsciente; nenhum outro seria mais bem calculado para consolar a enfermeira pelo estado aflitivo das coisas na vida real. ‘Serei dispensada: perderei a criança que está aos meus cuidados. Que importa? Em vez disso, arranjurei uma criança real, minha própria.’ A parte não interpretada do sonho, na qual ela pergunta a todos na rua sobre a criança, pode talvez caber aqui; a interpretação então seria: ‘E mesmo que tenha de me oferecer nas ruas, sei como arranjar um filho para mim.’ Um laivo de desafio na que sonhou, até aqui disfarçado, se revela subitamente neste ponto. Sua admissão encaixa-se aqui pela primeira vez: ‘Fechei os olhos e comprometi minha reputação profissional de pessoa conscienciosa; agora, vou perder meu lugar. Serei tão tola de afogar-me, como a enfermeira X? Não: abandonarei a enfermagem completamente e me casarei; serei uma mulher e terei um filho de verdade; nada me impedirá.’ Esta interpretação é justificada pela consideração de que ‘ter filhos’ constitui realmente a expressão infantil de um desejo de ter relações sexuais; na verdade, pode ter sido escolhida na consciência como expressão eufemística deste desejo objetável.

Assim, a admissão desvantajosa da que sonhou, admissão para que mostrou inclinação mesmo no estado de vigília, tornou-se possível no sonho por ser empregada por um seu traço latente de caráter [o ‘laivo de desafio’], com o intuito de ocasionar a realização de um desejo infantil. Podemos presumir que este traço tinha uma vinculação estreita — com referência tanto a época quanto a conteúdo — com o desejo de um filho e de prazer sexual.

A inquirição subsequente da senhora a quem devo a primeira parte desta interpretação forneceu algumas informações inesperadas sobre a vida anterior da enfermeira. Antes de dedicar-se à enfermagem desejara casar com um homem que estivera intensamente interessado nela, mas abandonara o casamento projetado devido à oposição de uma tia, com quem suas relações constituíam uma curiosa mistura de dependência e desafio. Esta tia que impedira o matrimônio era a superiora de uma Ordem dedicada à enfermagem. A que sonhou sempre a considerara como modelo. Tinha esperanças de ser sua herdeira e a ela achava-se ligada por esse motivo. Não obstante opusera-se à tal, não ingressando na Ordem como aquela havia planejado. O desafio apresentado no sonho era, portanto, dirigido contra a tia. Atribuímos uma origem anal-erótica a este traço caracterológico, e podemos levar em consideração o fato de os interesses que a tornavam dependente da tia serem de natureza financeira; lembramo-nos também de que as crianças favorecem a teoria anal de nascimento.

Este fator de desafio infantil pode talvez permitir-nos presumir uma relação mais estreita entre a primeira e a última cena do sonho. A antiga vendedora numa loja de víveres representa no sonho a atendente que trouxe a ceia da senhora para a sala exatamente quando essa fazia a pergunta: ‘Está me vendo?’ Parece, contudo, que ela foi destinada para o papel de rival hostil em geral. A que sonhou depreciou sua capacidade como enfermeira fazendo-a não tomar o menor interesse pela criança perdida, mas tratar apenas de assuntos particulares em sua resposta. Deslocou assim para esta figura a indiferença que começava a sentir pela criança a seus cuidados. O infeliz casamento e divórcio que ela própria deve ter temido em seus mais secretos desejos foram atribuídos à outra mulher. Sabemos, contudo, que fora a tia que separara a que sonhou de seu noivo. Daí

a ‘vendedora de víveres’ (figura não necessariamente sem significado infantil simbólico) poder representar a superiora-tia, que na realidade não era muito mais idosa do que a que sonhou e que desempenhara o papel tradicional de rival-mãe em sua vida. Uma confirmação satisfatória desta interpretação pode ser achada no fato de que o lugar ‘familiar’ em que ela encontrou essa pessoa, parada na frente da porta, era exatamente o lugar em que sua tia residia, como superiora.

Devido à falta de contato entre o analista e a pessoa sob análise, não é aconselhável penetrar mais profundamente na estrutura do sonho. Entretanto podemos talvez dizer que, na medida em que foi acessível à interpretação, forneceu-nos muitas confirmações bem como muitos novos problemas.

## A OCORRÊNCIA, EM SONHOS, DE MATERIAL ORIUNDO DE CONTOS DE FADAS (1913)

### NOTA DO EDITOR INGLÊS

#### MÄRCHENSTOFFE IN TRÄUMEN

##### (a) EDIÇÕES ALEMÃS:

1913 *Int. Z. Psychoanal.*, 1 (2), 147-51.

1918 *S. K. S. N.*, 4 168-76 (1922, 2ª ed.)

1925 *G. S.*, 3, 259-66.

1925 *Traumlehre*, 3-10.

1931 *Sexualtheorie und Traumlehre*, 308-15.

1946 *G. W.*, 10, 2-9.

##### (b) TRADUÇÃO INGLESA:

‘The Occurrence in Dreams of Material from Fairy Tales’

1925 *C. P.*, 4, 236-43 (Trad. de James Strachey.)

A presente tradução inglesa é uma reimpressão ligeiramente corrigida da publicada em 1925.

O segundo dos dois exemplos relatados neste artigo derivou da análise do caso do ‘Wolf Man’, que ainda se achava em tratamento com Freud por ocasião de sua publicação. A totalidade desta parte do trabalho foi incluída literalmente na história clínica, escrita em 1914 mas só publicada quatro anos depois — ‘From the History of an Infantile Neurosis’ (1918*b*). A análise do sonho é ali levada muito adiante (Ver a partir de [1].)

## A OCORRÊNCIA, EM SONHOS, DE MATERIAL ORIUNDO DE CONTOS DE FADAS

Não é surpreendente descobrir que a psicanálise confirma nosso reconhecimento do lugar importante que os contos de fadas populares alcançaram na vida mental de nossos filhos. Em algumas pessoas, a rememoração de seus contos de fadas favoritos ocupa o lugar das lembranças de sua própria infância; elas transformaram esses contos em lembranças encobridoras.

Elementos e situações derivados de contos de fadas podem também ser encontrados em sonhos. Interpretando as passagens em apreço, o paciente produzirá o conto de fadas significativo como associação. No presente artigo, darei dois exemplos desta ocorrência muito comum, mas não será possível fazer mais que aludir às relações entre os contos de fadas e a história da infância do que sonhou e sua neurose, embora esta limitação envolva o risco de romper vínculos que foram de máxima importância para o analista.

I

Aqui temos o sonho de uma jovem casada, que recebera a visita do marido alguns dias antes: *Ela se achava num quarto que era inteiramente castanho. Uma portinha levava ao alto de uma escada íngreme e, por esta escada, entrou no quarto um curioso homenzinho — pequeno, de cabelos brancos, calvo no alto da cabeça e de nariz vermelho. Ele dançou em volta do quarto na frente dela, portou-se da maneira mais engraçada e depois desceu pela escada novamente. Estava vestido com uma indumentária cinzenta, através da qual todas as partes de sua figura achavam-se visíveis.* (Subseqüentemente, foi feita uma correção: *Estava usando um casaco preto comprido e calças cinzentas.*)

A análise foi a seguinte. A descrição da aparência pessoal do homúnculo ajustava-se ao sogro da que sonhou, sem que nenhuma alteração fosse necessária. Imediatamente depois, porém, ela pensou na história de ‘Rumpelstiltskin’, que dançou à roda da mesma maneira engraçada que o homem no sonho e, assim fazendo, revelou seu nome à rainha; mas por isso perdeu seu direito ao primeiro filho daquela, e, em sua fúria, rasgou-se em dois.

No dia anterior ao do sonho, ela estivera do mesmo modo furiosa com o marido e exclamara: ‘Poderia rasgá-lo em dois’.

O quarto castanho, a princípio, causou dificuldades. Tudo o que lhe ocorria era a sala de jantar dos pais, que tinha painéis dessa cor — em madeira castanha. Contou então algumas histórias de cama que eram tão infortáveis para duas pessoas dormirem. Poucos dias antes, quando o assunto da conversa fora camas de outros países, ela dissera algo muito *mal à propôs* — de modo inteiramente inocente, segundo sustentava — e todos na sala haviam rido às gargalhadas.

O sonho era agora quase inteligível. O quarto de madeira castanha era, em primeiro lugar, uma cama, e, através da vinculação com a sala de jantar, um leito matrimonial. Ela, portanto, achava-se em sua cama de casal. O visitante deve ter sido seu jovem marido, que, após uma ausência de vários meses, visitara-a para desempenhar seu papel na cama dupla. Mas primeiramente era o pai do marido, seu sogro.

Por trás desta primeira interpretação, temos um vislumbre de material mais profundo e puramente sexual. Aqui, o quarto era a vagina. (O quarto estava nela — o que foi invertido no sonho.) O homenzinho que fazia caretas e comportava-se de modo tão engraçado era o pênis. A porta estreita e a escada íngreme

confirmavam a opinião de que a situação era uma representação da relação sexual. Geralmente estamos acostumados a encontrar o pênis simbolizado por uma criança; mas descobriremos que havia boas razões para um pai ser introduzido para representar o pênis, neste caso.

A solução da parte remanescente do sonho confirmar-nos-á inteiramente esta interpretação. A que sonhou, ela própria, explicou a indumentária cinzenta transparente como um preservativo. Podemos depreender que considerações de prevenção de concepção e preocupações sobre saber se aquela visita do marido não poderia ter lançado a semente de um segundo filho, achavam-se entre as causas indutoras do sonho.

O *casaco preto*. Casacos deste tipo ficavam admiravelmente bem no marido. Ela queria persuadi-lo a usá-los sempre, ao invés de suas roupas usuais. Vestido no casaco preto, portanto, seu marido era como ela gostava de vê-lo. O *casaco preto e as calças cinzentas*. Em dois níveis diferentes, um acima do outro, isto tinha o mesmo significado: 'Gostaria que você se vestisse assim. Gosto de você assim.'

Rumpelstiltskin estava vinculado aos pensamentos contemporâneos subjacentes ao sonho — os resíduos diurnos — por uma nítida relação antitética. No conto de fadas, ela chega a fim de levar o primeiro filho da rainha. No sonho, o homenzinho chega sob a forma de um pai, porque presumivelmente trouxera consigo um segundo filho. Mas Rumpelstiltskin também forneceu acesso ao estrato infantil, mais profundo, dos pensamentos oníricos. O cômico sujeitinho, cujo próprio nome é desconhecido, cujo segredo é tão avidamente discutido, que pode realizar truques extraordinários — no conto de fadas, transforma palha em ouro — a fúria contra ele, ou melhor, contra seu possuidor, que é invejado por possuí-lo (a inveja que a menina tem do pênis) — todos foram elementos cuja relação com os fundamentos da neurose da paciente mal podem, como disse, ser aflorados neste artigo. Os cabelos cortados curtos do homenzinho do sonho achavam-se indubitavelmente vinculados também ao tema da castração.

Se observarmos cuidadosamente, a partir de exemplos claros, a maneira pela qual os sonhadores utilizam os contos de fadas e o momento no qual os trazem à baila, podemos talvez conseguir recolher algumas sugestões que nos ajudarão a interpretar obscuridades remanescentes nos próprios contos de fadas.

## II

Um jovem contou-me o sonho abaixo. Ele possuía uma base cronológica para suas primeiras lembranças na circunstância de os pais terem-se mudado de uma propriedade rural para outra antes de ele completar cinco anos de idade; o sonho, que disse ser o seu mais antigo, ocorreu quando se achava ainda na primeira propriedade.

*'Sonhei que era noite e que eu estava deitado na cama. (Meu leito tem o pé da cama voltado para a janela: em frente da janela havia uma fileira de velhas nogueiras. Sei que era inverno quando tive o sonho, e de noite.) De repente, a janela abriu-se sozinha e fiquei aterrorizado ao ver que alguns lobos brancos estavam sentados na grande nogueira em frente da janela. Havia seis ou sete deles. Os lobos eram inteiramente brancos e pareciam-se mais com raposas ou cães pastores, pois tinham caudas grandes, como as raposas, e orelhas empinadas, como cães quando prestam atenção a algo. Com grande terror, evidentemente de ser comido pelos lobos, gritei e acordei. Minha babá correu até minha cama, para ver o que me havia acontecido. Levou muito tempo até que me convencesse de que fora apenas um sonho; tivera uma imagem tão clara e*

vívida da janela a abrir-se e dos lobos sentados na árvore. Por fim acalmei-me, senti-me como se houvesse escapado de algum perigo e voltei a dormir.

‘A única ação no sonho foi a abertura da janela, pois os lobos estavam sentados muito quietos e sem fazer nenhum movimento sobre os ramos da árvore, à direita e à esquerda do tronco, e olhavam para mim. Era como se tivessem fixado toda a atenção sobre mim. Acho que foi meu primeiro sonho de ansiedade. Tinha três, quatro, ou no máximo, cinco anos de idade na ocasião. Desde então, até contar onze ou doze anos, sempre tive medo de ver algo terrível em meus sonhos.’

Ele acrescentou um desenho da árvore com os lobos, que confirmava sua descrição. A análise do sonho trouxe à luz o seguinte material.

Sempre vinculava este sonho à recordação de que, durante esses anos de infância, tinha um medo tremendo da figura de um lobo num livro de contos de fadas. Sua irmã mais velha, que era muito mais idosa que ele, costumava apoquentá-lo segurando esta figura específica na sua frente, sob qualquer pretexto, para que ele ficasse aterrorizado e começasse a gritar. Na figura, o lobo achava-se ereto, dando um passo com uma das patas, com as garras estendidas e as orelhas empinadas. Achava que a figura deveria ter sido uma ilustração da história do ‘Chapeuzinho Vermelho’.

Por que os lobos eram brancos? Isto fê-lo pensar nas ovelhas, grandes rebanhos das quais eram mantidos nas vizinhanças da propriedade. O pai ocasionalmente o levava a visitar esses rebanhos e, todas as vezes que isso acontecia, ele se sentia muito orgulhoso e feliz. Posteriormente — segundo indagações feitas, pode facilmente ter sido pouco antes da época do sonho — irrompeu uma epidemia entre as ovelhas. O pai mandou buscar um seguidor de Pasteur, que vacinou os animais, mas após a inoculação morreram ainda mais delas que antes.

Como os lobos apareceram na árvore? Isto fê-lo lembrar-se de uma história que ouvira o avô contar. Não podia recordar-se se fora antes ou depois do sonho, mas seu assunto constitui argumento decisivo em favor da primeira opinião. A história dizia assim: um alfaiate estava sentado trabalhando em seu quarto, quando a janela se abriu e um lobo pulou para dentro. O Alfaiate perseguiu-o com seu bastão — não (corrigiu-se), apanhou-o pela cauda e arrancou-a fora, de modo que o lobo fugiu correndo, aterrorizado. Algum tempo mais tarde, o alfaiate foi até a floresta e subitamente viu uma alcatéia de lobos vindo em sua direção; então trepou numa árvore para fugir-lhes. A princípio, os lobos ficaram perplexos; mas o aleijado, que se achava entre eles e queria vingar-se do alfaiate, propôs que trepassem uns sobre os outros, até que o último pudesse apanhá-lo. Ele próprio — tratava-se de um animal velho e vigoroso — ficaria na base da pirâmide. Os lobos fizeram como ele sugeria, mas o alfaiate reconheceu o visitante a que havia castigado e de repente gritou, como fizera antes: ‘Apanhem o cinzento pela cauda!’ O lobo sem rabo, aterrorizado pela recordação, correu, e todos os outros desmoronaram.

Nesta história aparece a árvore sobre a qual os lobos se achavam sentados no sonho; mas contém também uma alusão inequívoca ao complexo de castração. O lobo *velho* tivera a cauda arrancada pelo alfaiate. As caudas de raposa dos lobos do sonho eram provavelmente compensações por esta falta de cauda.

Por que havia seis ou sete lobos? Não parecia haver resposta para esta pergunta, até eu levantar uma dúvida sobre saber se a figura que o assustava estava vinculada à história de ‘Chapeuzinho Vermelho’. Este conto de fadas só oferece oportunidade para duas ilustrações — Chapeuzinho Vermelho encontrando-se com o



lobo na floresta e a cena em que o lobo se deita na cama, com o barrete de dormir da avó. Teria de haver, portanto, algum outro conto de fadas por trás de sua recordação da figura. Ele logo descobriu que só podia ser a história de 'O Lobo e os Sete Cabritinhos'. Nesta, ocorre o número sete, e também o número seis, pois o lobo só comeu seis dos cabritinhos, enquanto que o sétimo se escondeu na caixa do relógio. O branco também nela aparece, pois o lobo fizera branquear sua pata no padeiro, após o cabritinhos haverem-no reconhecido, em sua primeira visita, pela pata cinzenta. Além disso, os dois contos de fadas possuem muito em comum. Em ambos existe o comer, a abertura da barriga, a retirada das pessoas que haviam sido comidas e sua substituição por pesadas pedras, e, finalmente, em ambas o lobo mau perece. Além disso tudo, na história dos cabritinhos aparece a árvore. O lobo deitou-se sob uma árvore, após a refeição, e roncou.

Por uma razão especial, terei de tratar deste sonho novamente alhures, interpretá-lo e julgar sua significação com maiores pormenores; pois ele é o mais antigo sonho de ansiedade que o jovem que sonhou recordou de sua infância, e seu conteúdo, tomado juntamente com outros sonhos que o seguiram pouco após e com certos acontecimentos de seus primeiros anos de vida, é de interesse muito especial. Temos de limitar-nos aqui à relação do sonho com os dois contos de fadas que têm tanto em comum um com o outro, 'Chapeuzinho Vermelho' e 'O Lobo e os Sete Cabritinhos'. O efeito produzido por estas histórias foi demonstrado no pequeno que as sonhou mediante uma fobia animal comum. Esta fobia só se distinguia de outros casos semelhantes pelo fato de o animal causador da ansiedade não ser um objeto facilmente acessível à observação (tal como um cavalo ou um cão), mas conhecido dele somente de histórias e livros de figuras.

Examinarei em outra ocasião a explicação destas fobias animais e a significação que se lhes atribui. Observarei apenas, por antecipação, que essa explicação se acha em completa harmonia com a característica principal apresentada pela neurose de que o atual sonhador padeceu mais tarde na vida. Seu medo do pai era o motivo mais forte para ele cair doente e sua atitude ambivalente em relação a todo representante paterno foi o aspecto dominante de sua vida, assim como de seu comportamento durante o tratamento.

Se, no caso de meu paciente, o lobo foi simplesmente um primeiro representante paterno, surge a questão de saber se o conteúdo oculto nos contos de fadas do lobo que comeu os cabritinhos e de 'Chapeuzinho Vermelho' não pode ser simplesmente um medo infantil do pai. Além disso, o pai de meu paciente tinha a característica, apresentada por tantas pessoas em relação aos filhos, de permitir-se 'ameaças afetuosas'; e é possível que, durante os primeiros anos do paciente, o pai (embora se tornasse severo mais tarde) pudesse, mais de uma vez, enquanto acariciava o menininho ou com ele brincava, tê-lo ameaçado por brincadeira 'de engoli-lo'. Uma de minhas pacientes contou-me que seus dois filhos nunca puderam chegar a gostar do avô, porque, no decurso de seus ruidosos e afetuosos brinquedos com eles, costumava assustá-los dizendo que lhes cortaria as barrigas.

## O TEMA DOS TRÊS ESCRÍNIOS (1913)

### NOTA DO EDITOR INGLÊS

#### DAS MOTIV DER KÄSTCHENWAHL

##### (a) EDIÇÕES ALEMÃS:

1913 *Imago*, 2 (3), 257-66.

1918 *S. K. S. N.*, 4, 470-85 (1922, 2ª ed.)

1924 *G. S.*, 10, 243-56.

1924 *Dichtung und Kunst*, 15-28.

1946 *G. W.*, 10, 24-37.

##### (b) TRADUÇÃO INGLESA:

'The Theme of the Three Caskets'

1925 *C. P.*, 4, 244-56. (Trad. de C. J. M. Hubback.)

A presente tradução inglesa baseia-se na de 1925.

A correspondência de Freud (citada em Jones, 1955, 405) mostra que a idéia subjacente a este artigo ocorreu-lhe em junho de 1912, embora o trabalho só fosse publicado um ano depois. Em carta a Ferenczi de 7 de julho de 1913, ele relacionou a 'determinante subjetiva' do artigo com suas três filhas (Freud, 1960a).

### O TEMA DOS TRÊS ESCRÍNIOS

I

Duas cenas de Shakespeare, uma de uma comédia e a outra de uma tragédia, proporcionaram-me ultimamente ocasião para colocar e solucionar um pequeno problema.

A primeira destas cenas é a escolha dos pretendentes entre os três escrínios, em *O Mercador de Veneza*. A bela e sábia Portia está comprometida, a pedido do pai, a tomar como marido apenas aquele de seus pretendentes que escolha o escrínio certo entre os três que se lhe acham à frente. Os três escrínios são de ouro, prata e chumbo: o certo é aquele que contém o retrato dela. Dois pretendentes já partiram sem sucesso; escolheram ouro e prata. Bassanio, o terceiro, decide-se em favor do chumbo; assim ganha a noiva, cuja afeição já era sua antes do julgamento da fortuna. Cada um dos pretendentes dá os motivos para sua escolha num discurso em que louva o metal que prefere e deprecia os outros dois. A tarefa mais difícil compete assim ao afortunado terceiro pretendente; o que ele encontra para dizer em glorificação do chumbo, contra o ouro e a prata, é pouco e tem um cunho forçado. Se, na clínica psicanalítica, nos defrontássemos com tal discurso, suspeitaríamos que haveria motivos escondidos por trás das insatisfatórias razões apresentadas.

Shakespeare não inventou este oráculo da escolha de um escrínio; tirou-o de uma história das *Gesta Romanorum*, no qual uma moça tem de fazer a mesma escolha para conquistar o filho do Imperador. Também aqui o terceiro metal, o chumbo, é o portador da fortuna. Não é difícil adivinhar que temos aqui um tema antigo, que exige ser interpretado, explicado à sua origem. Uma primeira conjectura quanto ao significado desta escolha entre ouro, prata e chumbo é rapidamente confirmada por uma afirmação de Stucken, que efetuou um estudo do mesmo material num amplo campo. Escreve ele: 'A identidade dos três pretendentes de Portia fica clara por sua escolha: o Príncipe de Marrocos escolhe o escrínio de ouro — ele é o Sol; o Príncipe de Aragão escolhe o escrínio de prata — ele é a Lua; Bassanio escolhe o escrínio de chumbo — ele é o filho da estrela!' Em apoio de sua explicação, cita um episódio da epopéia folclórica estoniana, 'Kalewipoeg', no qual os três pretendentes aparecem sem disfarce como os filhos do Sol, da Lua e estrelas (o último sendo 'o filho mais velho da Estrela Polar') e, mais uma vez, a noiva cabe ao terceiro.

Assim nosso pequeno problema conduziu-nos a um mito astral! Só é pena que, com esta explicação, não nos achemos no final da questão. Ela não está exaurida, pois não partilhamos da crença de alguns pesquisadores de que os mitos foram lidos nos céus e trazidos à Terra; estamos mais inclinados a julgar, com Otto Rank, que eles foram projetados para os céus após haverem surgido alhures, sob condições puramente humanas. É neste conteúdo humano que reside nosso interesse.

Examinemos novamente nosso material. Na épica estoniana, tal como no conto oriundo das *Gesta Romanorum*, o tema é uma moça que escolhe entre três pretendentes; na cena de *O Mercador de Veneza*, o assunto é aparentemente o mesmo, mas, ao mesmo tempo, nele aparece algo com o caráter de uma inversão do tema: um homem escolhe entre três — escrínios. Se aquilo em que estamos interessados fosse um sonho, ocorrer-nos-ia em seguida que os escrínios são também mulheres, símbolos do que é essencial na mulher, e portanto da própria mulher — como arcas, cofres, caixas, cestos etc. Se corajosamente presumirmos que há substituições simbólicas do mesmo tipo também nos mitos, então a cena do escrínio em *O Mercador de Veneza* tornar-se realmente a inversão que suspeitamos. Com um aceno de varinha de condão, como se estivéssemos num conto de fadas, despojamos de nosso tema a indumentária astral e agora percebemos que ele é um tema humano, a escolha de um homem entre três mulheres.

Este mesmo conteúdo, porém, pode ser encontrado noutra cena de Shakespeare, num de seus dramas mais poderosamente comoventes; não a escolha de uma noiva desta vez, mas ligada por muitas semelhanças ocultas à escolha do escrínio em *O Mercador de Veneza*. O velho Rei Lear resolve dividir seu reino, enquanto ainda se acha vivo, entre as três filhas, em proporção à quantidade de amor que cada uma delas expressar por ele. As duas mais velhas, Goneril e Regan, exaurem-se em asseverações e louvores de seu amor por ele; a terceira, Cordélia, recusa-se a fazê-lo. Ele deveria ter reconhecido o desprezioso e mudo amor da terceira filha e o recompensado, mas não o faz. Repudia Cordélia e divide o reino entre as outras duas, para sua própria ruína e ruína geral. Não é esta, mais uma vez, a cena de uma escolha entre três mulheres, das quais a mais jovem é a melhor, a mais excelsa?

Imediatamente ocorrer-nos-ão outras cenas oriundas de mitos, contos de fadas e da literatura, com a mesma situação por conteúdo. O pastor Páris tem de escolher entre três deusas, das quais declara ser a terceira a mais bela. Cinderela também é uma filha mais nova, preferida pelo príncipe às duas irmãs mais velhas. Psiqué, na história de Apulcio, é a mais jovem e bela de três irmãs. Ela é, por um lado, reverenciada como Afrodite em forma humana; por outro, é tratada por esta deusa como Cinderela foi tratada por sua madrasta e é-lhe atribuída a tarefa de selecionar um monte de sementes misturadas, o que realiza com o auxílio de pequenas criaturas (pombas no caso de Cinderela, formigas no de Psiqué). Quem quer que se preocupasse em fazer um levantamento mais amplo do material descobriria indubitavelmente outras versões do mesmo tema, conservando as mesmas características essenciais.

Contentemo-nos com Cordélia, Afrodite, Cinderela e Psiqué. Em todas as histórias, as três mulheres, das quais a terceira é a mais excelsa, devem seguramente ser encaradas como de certo modo semelhantes, se são representadas como irmãs. (Não devemos deixar-nos desencaminhar pelo fato de a escolha de Lear ser entre três *filhas*; isto pode não representar nada mais do que ele ter de ser representado como um velho. Um velho não pode escolher muito bem entre três mulheres, de nenhuma outra maneira. Assim, elas se tornaram suas filhas.)

Mas quem são estas três irmãs e por que deve a escolha recair na terceira? Se pudermos responder esta pergunta, estaremos na posse da interpretação que estamos buscando. Já fizemos anteriormente uso de uma aplicação da técnica psicanalítica, quando explicamos os três escrínios simbolicamente como três mulheres. Se tivermos a coragem de proceder da mesma maneira, estaremos iniciando um caminho que nos levará primeiro a algo inesperado e incompreensível, mas que talvez, por uma estrada indireta, nos conduzirá a um objetivo.

Deve impressionar-nos que esta excelsa terceira mulher tenha, em diversos casos, certas qualidades peculiares, além de sua beleza. São qualidades que parecem tender no sentido de algum tipo de unidade e não devemos por certo esperar encontrá-las igualmente bem assinaladas em todos os exemplos. Cordélia torna-se irreconhecível, indistinguível como o chumbo, permanece muda, 'ama e cala'. Cinderela se esconde de maneira a não ser encontrada. Podemos talvez permitir-nos igualar ocultamento e mudez. Estes, naturalmente, seriam apenas dois exemplos, dos cinco que escolhemos. Mas há uma insinuação da mesma coisa a ser encontrada, de modo bastante curioso, em dois outros casos. Decidimos comparar Cordélia, com sua recusa obstinada, ao chumbo. No breve discurso de Bassanio, enquanto está escolhendo o escrínio, diz ele do chumbo (sem, de maneira alguma, conduzir a fala para a observação):

‘Tua palidez comove-me mais que a eloquência.’

Quer dizer: ‘Tua simplicidade comove-me mais que a natureza espalhafatosa dos outros dois.’ Ouro e prata são ‘gritantes’; o chumbo é mudo — na verdade, como Cordélia, que ‘ama e cala’.

Nos antigos relatos gregos do julgamento de Páris, nada se diz de tal reticência por parte de Afrodite. Cada uma das três deusas fala ao jovem e tenta conquistá-lo através de promessas. Mas, de modo bastante esquisito, num tratamento inteiramente moderno da mesma cena, esta característica da terceira, que nos impressionou, faz seu aparecimento de novo. No libreto de *La Belle Hélène*, de Offenbach, Páris, após falar das solicitações das outras duas deusas, descreve a conduta de Afrodite na competição pelo prêmio da beleza:

La troisième, ah! la troisième...

La troisième ne dit rien.

Elle eut le prix tout de même...

Se nos decidirmos a encarar as peculiaridades de nossa ‘terceira’ como concentradas em sua ‘mudez’, então a psicanálise nos dirá que, nos sonhos, a mudez é uma representação comum da morte.

Há mais de dez anos, um homem muito inteligente me contou um sonho que desejava utilizar como prova da natureza telepática dos sonhos. Nele, vira um amigo ausente de quem não havia recebido notícias por tempo muito longo, e censurara-o energicamente por seu silêncio. O amigo não deu resposta. Posteriormente descobriu-se que havia encontrado a morte por suicídio, aproximadamente à época do sonho. Permitam-nos deixar o problema da telepatia de lado: entretanto, não parece haver qualquer dúvida de que aqui a mudez no sonho representava a morte. Esconder-se e não ser encontrado — algo com que o príncipe se defronta por três vezes na história de Cinderela — constitui outro símbolo inequívoco de morte nos sonhos; assim também um palor acentuado, do qual a ‘palidez’ do chumbo em determinada variante do texto shakespereano é um lembrete. Ser-nos-ia muito mais fácil transpor estas interpretações da linguagem dos sonhos para a modalidade da expressão empregada no mito que agora está sendo considerada, se pudéssemos fazer parecer provável que a mudez deve ser interpretada como sinal de estar morto, em outras produções que não os sonhos.

Neste ponto, escolheria a nona história dos *Contos de Fadas* de Grimm, a que tem o título de ‘Os Doze Irmãos’. Um rei e uma rainha têm doze filhos, todos rapazes. O rei declara que se o décimo terceiro for uma menina, os rapazes terão de morrer. Na expectativa do nascimento dela, manda fazer doze ataúdes. Com o auxílio da mãe, os doze filhos buscam refúgio numa floresta escondida e juram dar morte a qualquer moça que possam encontrar. Nasce uma menina, cresce e sabe um dia, por sua mãe, que teve doze irmãos. Decide procurá-los e, na floresta, encontra o mais jovem; este a reconhece, mas fica ansioso por escondê-la, devido ao juramento dos irmãos. A irmã diz: ‘Morrerei alegremente, se assim puder salvar meus doze irmãos.’ Estes a acolhem afetuosamente porém, e ela fica com eles, tomando conta da casa. Num pequeno jardim ao lado da casa crescem doze lírios. A moça os colhe e dá um a cada irmão. Nesse momento, os irmãos são transformados em corvos e desaparecem, junto com a casa e o jardim. (Corvos são pássaros-espíritos; a morte dos doze irmãos pela irmã é representada pela colheita das flores, tal como o é, no começo da história, pelos ataúdes e pelo desaparecimento dos irmãos.) À moça, que mais uma vez está pronta a salvar os irmãos da morte, é dito então que, como condição, ela deve ficar muda por sete anos e não pronunciar uma só palavra.

Ela se submete ao teste, que a coloca em perigo mortal; isto é, ela própria morre pelos irmãos, como prometera fazer antes de encontrá-los. Por permanecer muda, consegue finalmente libertar os corvos.

Na história de ‘Os Setes Cisnes’, os irmãos que foram transformados em pássaros são libertados exatamente da mesma maneira: são restituídos à vida pela mudez da irmã. A moça tomou a firme resolução de liberar os irmãos, ‘mesmo que isso lhe custasse a vida’, e mais uma vez (sendo esposa do rei) arrisca a própria vida ao recusar-se a abandonar sua mudez, a fim de defender-se contra acusações perversas.

Seria certamente possível coligar outras provas, nos contos de fadas, de que a mudez deve ser compreendida como representando a morte. Estas indicações levar-nos-iam a concluir que a terceira das irmãs entre as quais a escolha é feita é uma morta. Mas ela pode ser também algo mais — a saber, a própria Morte, a Deusa da Morte. Graças a um deslocamento que está longe de ser raro, as qualidades que uma divindade confere aos homens são atribuídas à própria divindade. Um deslocamento assim surpreender-nos-ia ainda menos em relação à Deusa da Morte, visto que nas versões e representações modernas, que estas histórias estariam assim antecipando, a própria Morte nada mais é que um morto.

Mas se a terceira das irmãs é a Deusa da Morte, as irmãs nós conhecemos. Trata-se das Parcas, das Moiras, das Nornas, a terceira das quais é chamada Átropos, a inexorável.

## II

Colocaremos de lado por enquanto a tarefa de inserir a interpretação encontrada em nosso mito e escutaremos o que os mitólogos têm a ensinar-nos sobre o papel e a origem das Parcas.

A primitiva mitologia grega (em Homero) conhecia apenas uma só *g*, a personificar o destino inevitável. O desenvolvimento ulterior desta Moira única num conjunto de três (ou, menos amiúde, duas) deusas-irmãs provavelmente efetuou-se com base noutras figuras divinas a que as Moiras se achavam estreitamente relacionadas — as Graças e as Horas [as Estações].

As Horas eram originalmente deusas das águas do céu, distribuidoras da chuva e do orvalho, e das nuvens das quais a chuva cai; visto as nuvens serem concebidas como algo que fora tecido, aconteceu que essas deusas fossem encaradas como fiandeiras, atributo que depois se relacionou às Moiras. Nas terras mediterrâneas favorecidas pelo Sol, é da chuva que a fertilidade do solo depende, e assim as Horas tornaram-se deusas da vegetação. A beleza das flores e a abundância dos frutos eram criações suas, e a elas era creditada abundância de traços agradáveis e encantadores. Tornaram-se as representantes divinas das Estações, sendo provavelmente devido a esta conexão que havia três delas, se a natureza sagrada do número três não foi explicação suficiente. Pois os povos da antiguidade a princípio distinguiam apenas três estações: inverno, primavera e verão. O Outono só foi acrescentado em período greco-romano posterior, após o que as Horas foram muitas vezes representadas na arte em número de quatro.

As Horas mantiveram sua relação com o tempo. Posteriormente, presidiram às horas do dia, como a princípio haviam feito às épocas do ano; e, por fim, seu nome veio a ser simplesmente uma designação das horas (*heure*, *ora*). As Nornas da mitologia germânica são aparentadas com as Horas e as Moiras e apresentam esta significação de tempo em seus nomes. Era inevitável, contudo, que se viesse a ter uma visão mais profunda da natureza essencial desta deidades, e que sua essência fosse transposta para a regularidade com

que as estações mudam. As Horas, assim, tornaram-se as guardiãs da lei natural e da Ordem divina que fazem a mesma coisa reaparecer na Natureza numa seqüência inalterável.

Esta descoberta da Natureza reagiu sobre a concepção da vida humana. O mito da natureza transformou-se num mito humano: as deusas do tempo tornaram-se deusas do Destino. Este aspecto das Horas, porém, encontrou expressão apenas nas Moiras, que vigiam a ordenação necessária da vida humana tão inexoravelmente quanto as Horas, a ordem normal da Natureza. A inelutável severidade da Lei e sua relação com a morte e a dissolução, que haviam sido evitadas nas encantadoras figuras das Horas, estavam agora caracterizadas nas Moiras, como se os homens só houvessem percebido toda a seriedade da lei natural quando tiveram de submeter suas próprias personalidades a ela.

Os nomes das três fiandeiras foi também significativamente explicado pelos mitólogos. Láquesis, o nome da segunda, parece designar 'o acidental que se acha incluído na regularidade do destino' — ou, como diríamos, a 'experiência'; tal como Átropos representa 'o inelutável' — a Morte. A Cloto sobriaria então significar a disposição inata, com suas implicações fatídicas.

Mas já é tempo de retornar ao tema que estamos tentando interpretar — o tema da escolha entre três irmãs. Ficaremos profundamente desapontados em descobrir quão ininteligíveis se tornam as situações sob exame e que contradições resultam de seu conteúdo aparente, se aplicarmos a elas a interpretação que descobrimos. Segundo nossa suposição, a terceira das irmãs é a Deusa da Morte, a própria Morte. Mas no Julgamento de Páris ela é a deusa por sua beleza; em *O Mercador de Veneza*, é a mais bela e sábia das mulheres; no *Rei Lear*, é a única filha leal. Podemos perguntar se pode existir contradição mais completa. Talvez, por improvável que possa parecer, haja outra ainda mais completa ao alcance da mão. Na verdade, certamente existe, visto que, onde quer que nosso tema ocorra, a escolha entre as mulheres é livre e no entanto recai na morte. Afinal de contas, ninguém escolhe a morte e é apenas por fatalidade que se tomba vítima dela.

Entretanto, contradições de um certo tipo — substituições pelo contrário exato — não oferecem dificuldade séria ao trabalho da interpretação analítica. Não apelaremos aqui para o fato de os contrários serem tão amiúde representados por um só e mesmo elemento nos modos de expressão utilizados pelo inconsciente, tal como, por exemplo, nos sonhos. Mas lembraremos que existem na vida mental forças motivadoras que ocasionam a substituição pelo oposto, na forma do que é conhecido como formação reativa; e é precisamente na relação de forças ocultas como estas que procuramos a recompensa de nossa indagação. As Moiras foram criadas em resultado de uma descoberta que advertiu o homem de que ele também faz parte da natureza e, portanto, acha-se sujeito à imutável lei da morte. Algo no homem estava fadado a lutar contra esta sujeição, pois é apenas com extrema má-vontade que ele abandona sua pretensão a uma posição excepcional. O homem, como sabemos, faz uso de sua atividade imaginativa a fim de satisfazer os desejos que a realidade não satisfaz. Assim sua imaginação rebelou-se contra o reconhecimento da verdade corporificada no mito das Moiras e construiu em seu lugar o mito dele derivado, no qual a Deusa da Morte foi substituída pela Deusa do Amor e pelo que lhe era equivalente em forma humana. A terceira das irmãs não era mais a Morte; era a mais bela, a melhor, a mais desejável e amável das mulheres. Tampouco foi esta substituição, de modo algum, tecnicamente difícil: ela foi preparada por uma antiga ambivalência e executada ao longo de uma linha primeva



de conexão, que não poderia ter sido há muito esquecida. A própria Deusa do Amor, que agora assumira o lugar da Deusa da Morte, fora outrora idêntica a ela. Mesmo a Afrodite grega não abandonara inteiramente sua vinculação com o mundo dos mortos, embora há muito tempo houvesse entregado seu papel ctônico a outras figuras divinas, a Perséfone ou à triforme Artêmis-Hécate. As grandes deusas-Mães dos povos orientais, contudo, parecem todas ter sido tanto criadoras quanto destruidoras — tanto deusas da vida e da fertilidade quanto deusas da morte. Assim, a substituição por um oposto desejado em nosso tema retorna a uma identidade primeva.

A mesma consideração responde à pergunta de como a característica de uma escolha juntou-se ao mito das três irmãs. Aqui também houve uma inversão desejada. A escolha se coloca no lugar da necessidade, do destino. Desta maneira, o homem supera a morte, que reconheceu intelectualmente. Não é concebível maior triunfo da realização de desejos. Faz-se uma escolha onde, na realidade, há obediência a uma compulsão; e o escolhido não é uma figura de terror, mas a mais bela e desejável das mulheres.

Numa inspeção mais chegada observamos, sem dúvida, que o mito original não é tão completamente deformado que traços dele não apareçam e revelem sua presença. A livre escolha entre as três irmãs não é, propriamente falando, uma escolha livre, pois deve necessariamente recair na terceira, do contrário todo tipo de malefício pode acontecer, como sucede em *Rei Lear*. A mais bela e melhor das mulheres, que assumiu o lugar da Deusa da Morte, manteve certas características que beiram o sinistro, de maneira que, a partir delas, pudemos adivinhar o que jaz por baixo.

Até aqui, estivemos acompanhando o mito e sua transformação, sendo de se esperar que indicamos corretamente as causas ocultas da transformação. Podemos agora voltar nosso interesse para a maneira pela qual o dramaturgo fez uso do tema. Ficamos com a impressão de que uma redução do tema ao mito original está sendo realizada em seu trabalho, de maneira que, uma vez mais, temos a sensação da comovente significação que foi enfraquecida pela deformação. É mediante esta redução da deformação, este retorno parcial ao original, que o dramaturgo alcança seu efeito mais profundo sobre nós.

Para evitar más interpretações, gostaria de dizer que não é minha intenção negar que a história dramática do *Rei Lear* destina-se a inculcar duas sábias lições: a própria vida e que devemos guardar-nos de aceitar a lisonja pelo seu valor aparente. Estas advertências e outras semelhantes são indubitavelmente postas em relevo pela peça; mas me parece inteiramente impossível explicar o irresistível efeito de *Rei Lear* a partir da impressão que tal seqüência de pensamento produziria, ou supor que os motivos pessoais do dramaturgo não foram além da intenção de ensinar essas lições. Sugere-se, também, que seu intuito foi apresentar a tragédia da ingratidão, cujo aguilhão bem pode ter sentido no próprio coração, e que o efeito da peça repousa no elemento puramente formal de sua apresentação artística; mas isto não pode, segundo me parece, tomar o lugar da compreensão que nos foi trazida pela explicação a que chegamos do tema da escolha entre as três irmãs.

Lear é um homem velho. É por esta razão, como já dissemos, que as três irmãs aparecem como filhas suas. O relacionamento de um pai com os filhos, que poderia ser uma fonte fecunda de muitas situações dramáticas, não recebe consideração ulterior na peça. Mas Lear não é apenas um homem velho: é um homem moribundo. Desta maneira, a extraordinária premissa da divisão de sua herança perde toda sua estranheza.

Mas o homem condenado não está disposto a renunciar o amor das mulheres; insiste em ouvir quanto é amado. Permitam-nos agora recordar a comovente cena final, um dos pontos culminantes da tragédia no teatro moderno. Lear carrega o corpo morto de Cordélia para o palco. Cordélia é a Morte. Se invertermos a situação, ela se torna inteligível e familiar par nós. Ela é Deusa da Morte que, como as Valquírias na mitologia germânica, recolhe do campo de batalha o herói morto. A sabedoria eterna, vestida deste mito primevo, convida o velho a renunciar ao amor, escolher a morte e reconciliar-se com a necessidade de morrer.

O dramaturgo nos leva mais próximo do tema antigo, por representar o homem que faz a escolha entre as três irmãs como idoso e moribundo. A revisão regressiva que assim aplicou ao mito, deformada como foi pela transformação prenhe de desejo, permite-nos vislumbres suficientes de seu significado original para capacitar-nos a chegar também a uma interpretação alegórica superficial das três figuras femininas do tema. Poderíamos argumentar que o que se acha representado aqui são as três inevitáveis relações que um homem tem com uma mulher — a mulher que o dá à luz, a mulher que é a sua companheira e a mulher que o destrói; ou que elas são as três formas assumidas pela figura da mãe no decorrer da vida de um homem — a própria mãe, a amada que é escolhida segundo o modelo daquela, e por fim, a Terra Mãe, que mais uma vez o recebe. Mas é em vão que um velho anseia pelo amor de uma mulher, como o teve primeiro de sua mãe; só a terceira das Parcas, a silenciosa Deusa da Morte, toma-lo-á nos braços.

## DUAS MENTIRAS CONTADAS POR CRIANÇAS (1913)

### NOTA DO EDITOR INGLÊS

#### ZWEI KINDERLÜGEN

##### (a) EDIÇÕES ALEMÃS:

1913 *Int. Z. Psychoanal.*, 1, (4), 359-62.

1918 *S. K. S. N.*, 4, 189-94, (1922, 2ª ed.)

1924 *G. S.*, 5, 238-43.

1926 *Psychoanalyse der Neurosen*, 16-22.

1931 *Neurosenlehre und Technik*, 17-21.

1943 *G. W.*, 8, 422-7.

##### (b) TRADUÇÃO INGLESA:

'Infantile Mental Life: Two Lies Told by Children'

1924 *C. P.*, 2, 144-9. (Trad. de E. C. Mayne.)

A presente tradução inglesa é versão modificada (sob um título abreviado) da publicada em 1924.

Em seu primeiro aparecimento na *Zeitschrift* (no verão de 1931), este artigo foi o primeiro de vários, escritos por diversos autores, incluídos sob o título geral 'Aus dem infantilen Seelenleben'. Este título foi

incorporado à reimpressão de 1918 do trabalho e também inserido no título da tradução inglesa de 1924; posteriormente, foi abandonado.

### *DUAS MENTIRAS CONTADAS POR CRIANÇAS*

Podemos entender que as crianças contem mentiras quando, assim procedendo, estão imitando as mentiras ditas por adultos. Mas um certo número de mentiras contadas por crianças bem educadas possuem significação especial e deveriam fazer com que seus responsáveis refletissem, de preferência a ficarem zangados. Estas mentiras ocorrem sob a influência de sentimentos excessivos de amor e se tornam momentosas quando conduzem a uma má compreensão entre a criança e a pessoa que ela ama.

#### I

Uma menina de sete anos (em seu segundo ano na escola) pedira ao pai dinheiro para comprar tintas de pintar ovos de Páscoa. O pai recusara, dizendo que não o tinha. Pouco depois, a menina pediu-lhe dinheiro como contribuição para uma coroa para o funeral da princesa reinante, que falecera recentemente. Cada um dos escolares deveria trazer cinqüenta pfennigs [seis pence]. O pai deu-lhe dez marcos [dez xelins]; ela pagou sua contribuição, colocou nove marcos na escrivaninha do pai e com os restantes cinqüenta pfennigs comprou algumas tintas, que escondeu em seu armário de brinquedos. Ao jantar, o pai suspeitosamente perguntou-lhe o que havia feito com os cinqüenta pfennigs faltantes e se ela não havia comprado tintas com eles, afinal. Ela o negou, mas o irmão, dois anos mais velho que ela, e com quem havia planejado pintar os ovos, traiu-a; as tintas foram encontradas no armário. O pai irado entregou a criminosa à mãe, para o castigo, e este foi severamente administrado. Posteriormente, a mãe ficou, ela própria, muito abalada, quando viu quão grande era o desespero da filha. Acariciou a menininha após a punição e levou-a para um passeio, a fim de consolá-la. Mas os efeitos da experiência, descritos pela própria paciente como o 'ponto decisivo em sua vida', mostraram ser inerradicáveis. Até então, fora uma criança brincalhona e autoconfiante; depois, tornou-se acanhada e tímida. Quando noivou e sua mãe empreendeu a compra dos móveis e do enxoval, assumiu uma raiva incompreensível até mesmo para ela própria. Tinha a impressão de que, afinal de contas, era o dinheiro *dela*, e que ninguém mais deveria comprar nada com ele. Como recém-casada, acanhava-se de pedir dinheiro ao marido para qualquer despesa com suas necessidades pessoais e efetuou uma distinção não exigida entre o dinheiro 'dela' e o dele. Durante o tratamento, aconteceu ocasionalmente que as remessas do marido a ela se atrasassem, de modo que era deixada sem recursos numa cidade estranha. Após haver-me contado isto uma vez, fi-la prometer que, se acontecesse de novo, ela me pediria emprestada a pequena quantia necessária. Prometeu fazê-lo; mas, na ocasião seguinte de dificuldades financeiras, não se ateve à promessa, mas preferiu empenhar suas jóias. Explicou-me que não poderia receber dinheiro de mim.

A apropriação dos cinqüenta pfennigs em sua infância tivera uma significação que o pai não poderia adivinhar. Algum tempo antes de começar a ir à escola, fizera uma travessura singular com dinheiro. Um vizinho, com quem mantinham relações amistosas, mandara a menina com uma pequena soma de dinheiro, na companhia de seu próprio filho, que era ainda mais moço, comprar algo numa loja. Sendo a mais velha dos dois, ela trazia o troco de volta para casa; mas ao encontrar o criado do vizinho na rua, jogou o dinheiro sobre a calçada. Na análise desta ação, que ela própria achava inexplicável, ocorreu-lhe pensar em Judas, que jogara

fora os trinta dinheiros de prata que recebera por trair o Mestre. Disse que certamente se achava familiarizada com a história da Paixão, antes de freqüentar a escola. Mas de que maneira poderia ela identificar-se com Judas?

Quando contava três anos e meio de idade, tivera uma babá de quem gostava extremamente. Esta moça envolveu-se num caso amoroso com um médico cuja clínica cirúrgica ela visitou com a criança. Parece que, nessa ocasião, a criança assentiu a diversos atos sexuais. Não é certo se ela viu o médico dar dinheiro à moça, mas não há dúvida de que, para assegurar-se do silêncio da menina, a moça deu-lhe algumas moedinhas, com as quais compras foram feitas (provavelmente doces) no caminho para casa. É também possível que o próprio médico, ocasionalmente, desse dinheiro à criança. Não obstante, por ciúme, a menina traiu a moça à mãe. Brincou tão ostensivamente com as moedas que trouxera para casa que a mãe não pôde deixar de perguntar: 'Onde foi que você conseguiu esse dinheiro?' A moça foi despedida.

Tirar dinheiro de alguém veio assim a significar precocemente para ela uma rendição física, uma relação erótica. Tirar dinheiro do pai equivalia a uma declaração de amor. A fantasia de que o pai era seu amante era tão sedutora que, com seu auxílio, seu desejo pueril de tintas para os ovos de Páscoa facilmente pôs-se em ação, apesar da proibição. Ela não podia admitir, contudo, que se havia apropriado do dinheiro; foi obrigada a negá-lo, porque seu motivo para o feito, inconsciente para ela própria, não podia ser admitido. A punição do pai constituiu assim uma rejeição da ternura que ela lhe oferecia — uma humilhação — e, dessa maneira, desencorajou-a. Durante o tratamento, ocorreu um período de grave depressão (cuja explicação levou-a a recordar-se dos acontecimentos aqui descritos) quando, em certa ocasião, fui obrigado a reproduzir essa humilhação, ao pedir-lhe para não me trazer mais flores.

Para os psicanalistas, mal preciso enfatizar o fato de que, nessa pequena experiência da criança, temos diante de nós um daqueles casos extremamente comuns em que o erotismo anal primitivo persiste na vida erótica posterior. Mesmo o desejo dela de pintar ovos com tintas derivava da mesma fonte.

## II

Uma mulher, que hoje se acha seriamente enferma em conseqüência de uma frustração na vida, foi, em outros tempos, uma moça particularmente capaz, amante da verdade, séria e virtuosa, e tornou-se uma esposa afetuosa. Mais cedo ainda, porém, nos primeiros anos de vida, havia sido uma criança descontente e cheia de vontades e, embora se houvesse transformado de modo bastante rápido numa menina excessivamente boa e conscienciosa, havia ocorrências em seus dias escolares que, quando caía enferma, provocavam-lhe profundas auto-acusações, e eram por ela encaradas como provas de depravação fundamental. Sua memória contou-lhe que, naqueles dias, amiúde gabara-se e mentira. Certa vez, no caminho para a escola, um colega dissera-lhe jactanciosamente: 'Ontem tivemos gelo ao jantar.' Ela replicou: 'Ora, nós temos gelo todos os dias.' Na realidade, não sabia o que gelo ao jantar poderia significar; só conhecia gelo nos compridos blocos em que é transportado, mas presumiu que deveria haver algo de grandioso em tê-lo ao jantar, de maneira que se recusou a ser suplantada pelo colega.

Quando estava com dez anos de idade, receberam a incumbência, na aula de desenho, de fazerem o desenho a mão livre de um círculo. Ela, porém, usou um compasso, produzindo assim facilmente um círculo perfeito, e mostrou sua realização em triunfo ao vizinho de sala. A professora chegou, ouviu-a gabar-se, descobriu as marcas do compasso no círculo e interrogou a criança. Mas ela obstinadamente negou o que

havia feito, não se rendeu a nenhuma prova e refugiou-se num silêncio emburrado. A professora consultou seu pai a respeito e foram ambos influenciados pelo comportamento geralmente bom da menina ao decidir não tomar outras medidas quanto ao assunto.

Ambas as mentiras da criança foram estimuladas pelo mesmo complexo. Como a mais velha de cinco filhos, a menininha cedo desenvolveu uma ligação inusitadamente intensa com o pai, que estava destinada, quando ela crescesse, a arruinar sua felicidade na vida. Mas ela não podia mais fugir à descoberta de que seu pai bem-amado não era uma personagem tão grande quanto se achava inclinada a pensar. Ele tinha de lutar com dificuldades financeiras; não era tão poderoso ou tão distinto quanto ela imaginara. Mas ela não podia suportar esse afastamento do seu ideal. Visto que, como fazem as mulheres, ela baseara toda sua ambição no homem que amava, tornou-se intensamente dominada pelo motivo de apoiar seu pai contra o mundo. Assim, gabava-se a seus colegas de escola, a fim de não ter de diminuir o pai. Mais tarde, quando aprendeu a traduzir gelo ao jantar por '*glace*', suas auto-acusações a respeito desta reminiscência conduziram-na facilmente a um pavor patológico de fragmentos ou estilhaços de vidro.

Seu pai era um excelente desenhista e amiúde despertara o prazer e a admiração dos filhos através de exhibições de sua habilidade. Fora como uma identificação dela própria com o pai que desenhara o círculo na escola — o que só pôde fazer com sucesso através de métodos enganosos. Era como se tivesse querido gabar-se: 'Olhem o que meu pai pode fazer!' A sensação de culpa que se achava ligada a seu afeto excessivo pelo pai encontrou expressão juntamente com a mesma tentativa de burla; uma admissão era impossível pela mesma razão que foi dada na primeira destas observações [ver em [1]]: inevitavelmente teria sido uma admissão de seu amor oculto e incestuoso.

Não devemos pensar levianamente em tais episódios da vida de crianças. Seria sério equívoco interpretar más ações infantis como estas como prognóstico de desenvolvimento de um mau caráter. Não obstante, elas se acham intimamente vinculadas às forças motivadoras mais poderosas nas mentes das crianças e anunciam disposições que levarão a contingências posteriores em suas vidas ou a futuras neuroses.

## A DISPOSIÇÃO À NEUROSE OBSESSIVA UMA CONTRIBUIÇÃO AO PROBLEMA DA ESCOLHA DA NEUROSE (1913)

### *NOTA DO EDITOR INGLÊS*

DIE DISPOSITION ZUR ZWANGSNEUROSE  
EIN BEITRAG ZUM PROBLEM DER NEUROSENWAHL

#### (a) EDIÇÕES ALEMÃS:

- 1913 *Int. Z. Psychoanal.*, 1 (6), 525-32.
- 1918 *S. K. S. N.*, 4, 113-24, (1922, 2ª ed.)
- 1924 *G. S.*, 5, 277-87.
- 1926 *Psychanalyse der Neurosen*, 3-15.
- 1931 *Neurosenlehre und Technik*, 5-16.
- 1943 *G. W.*, 8, 442-52.

#### (b) TRADUÇÃO INGLESA:

- 'The Predisposition to Obsessional Neurosis: A Contribution to the Problem of the Option of Neurosis'
- 1924 *C. P.*, 2, 122-32. (Trad. de E. Glover e E. C. Mayne.)

A presente tradução inglesa da autoria de James Strachey, com o título modificado, aparece aqui pela primeira vez.



Este artigo foi lido por Freud perante o Quarto Congresso Psicanalítico Internacional, realizado em Munique em 7 e 8 de setembro de 1913, e publicado no final desse ano.

Dois tópicos de importância especial são nele examinados. Em primeiro lugar, há o problema da ‘escolha da neurose’, que dá ao trabalho o seu subtítulo. Era um problema que apouquentava Freud desde tempos muito antigos. Três longos exames dele poderão ser encontrados entre os documentos de Fliess, datando de 1º de janeiro de 1896 (Freud, 1950a, Rascunho K), 30 de maio de 1896 (ibid., Carta 46, onde a própria expressão aparece), e 6 de dezembro de 1896 (ibid., Carta 52). Aproximadamente ao mesmo tempo que os dois primeiros destes, referências ao assunto apareceram em três trabalhos publicados de Freud: em seu artigo em francês sobre a hereditariedade e a etiologia das neuroses (1896a), no segundo de seus dois trabalhos sobre as neuropsicoses de defesa (1896b) e no artigo sobre ‘The Aetiology of Hysteria’ (1896c).

Nestes primeiros exames do problema, pode-se distinguir duas soluções diferentes, que se assemelhavam muito, contudo, por postular uma etiologia traumática para as neuroses. Primeiramente, houve a teoria passiva e ativa mencionada no presente artigo (ver em [1]), a teoria de que experiências sexuais passivas na primeira infância predispunham à histeria, e as ativas à neurose obsessiva. Dez anos depois, num exame do papel desempenhado pela sexualidade nas neuroses (1906a), Freud repudiou inteiramente essa teoria (Ver em [1], 1972).

A segunda destas primitivas teorias, que não foi mantida completamente distinta da primeira, atribuía o fator decisivo a considerações cronológicas. Imaginava-se que a forma assumida por uma neurose dependesse do período da vida em que a experiência traumática ocorresse, ou, noutra versão, dos períodos da vida em que se empreendeu ação defensiva contra o revivescimento da experiência traumática. Numa carta a Fliess, de 24 de janeiro de 1897 (Freud, 1950a, Carta 57), escreveu ele: ‘entretanto, a opinião que até aqui havia sustentado, de que a escolha da neurose era determinada pela ocasião de sua gênese, está-se tornando menos segura; a escolha parece antes ser fixada na mais remota infância. Mas a decisão ainda oscila entre a ocasião da gênese e a época da repressão, embora prefira agora a última.’ E, alguns meses mais tarde, em 14 de novembro de 1897 (ibid., Carta 75): ‘A escolha da neurose — a decisão de se é gerada histeria, neurose obsessiva ou paranóia — depende provavelmente da natureza da onda [de desenvolvimento] (isto é, de sua situação cronológica) que torna possível a repressão (isto é, que transforma uma fonte de prazer interno noutra de repugnância interna).’

Mas após outros dois anos, em 9 de dezembro de 1899 (ibid., Carta 125), surge uma passagem que parece prenunciar as opiniões posteriores de Freud: ‘Há não muito tempo, tive o que pode ter sido um primeiro vislumbre de algo novo. Tenho diante de mim o problema da “escolha da neurose”. Quando é que uma pessoa se torna histérica, ao invés de paranóica? Uma primeira tentativa grosseira, feita numa ocasião em que estava tentando assaltar a cidadela à força, apresentou a opinião de que isso dependia da idade em que os traumas sexuais ocorreram — da idade do indivíduo na época da experiência. Abandonei isso há muito tempo e fiquei sem nenhuma pista, até alguns dias atrás, quando comecei a perceber um vínculo com a teoria da sexualidade.

‘O estrato sexual mais baixo é o auto-erotismo, que passa sem qualquer objetivo psicosexual e exige apenas sensações locais de satisfação. Ele é sucedido pelo auto-erotismo (homo- e heteroerotismo); mas certamente também continua a existir como corrente separada. A histeria (e sua variante, a neurose obsessiva)

é auto-erótica; seu principal caminho é a identificação com a pessoa amada. A paranóia desfaz a identificação novamente; ela restabelece todas as figuras amadas na infância, que foram abandonadas (cf. meu exame dos sonhos exibicionistas), e desfaz o próprio ego em figuras exteriores. Assim, vem a encarar a paranóia como uma onda dianteira da corrente auto-erótica, como um retorno ao ponto de vista então predominante. A perversão correspondente a ela seria o que é conhecido como “paranóia idiopática”. As relações especiais do auto-erotismo com o “ego” original lançariam luz clara sobre a natureza desta neurose. Neste ponto, o fio se rompe.’

Aqui Freud se aproximava da posição delineada nas páginas de encerramento de seus *Três Ensaios* (1905d), a partir de [1], 1972. O complicado processo de desenvolvimento sexual sugerira uma nova versão da teoria cronológica; a noção de uma sucessão de possíveis ‘pontos de fixação’, nos quais esse processo está sujeito a ser detido e aos quais uma regressão se pode realizar, se são encontradas dificuldades na vida posterior. Deveria demorar vários anos, contudo, para que uma afirmação explícita fosse feita quanto à relação entre esta sucessão de pontos de fixação e a escolha da neurose. Ela se deu no artigo sobre os dois princípios do funcionamento mental (1911b), em [1], e (com muito maior extensão) na análise de Schreber, quase contemporânea (1911c), a partir de [2], anteriores. (Parece provável que este último exame fosse o que Freud tinha em mente ao falar aqui (ver em [3]) de uma abordagem anterior ao problema.) Mas toda a questão é examinada em termos mais gerais no presente artigo.

Isto nos conduz ao segundo tópico de importância especial que ele examina — a saber, o tópico das ‘organizações’ pré-genitais da libido. A noção é hoje tão familiar que nos surpreendemos em saber que ela fez seu primeiro aparecimento aqui; mas toda a seção dos *Três Ensaios* que dela trata (Ver em [1], 1972) foi, em verdade, acrescentada somente em 1915, dois anos após este trabalho ter sido publicado. O conhecimento de haver instintos sexuais componentes não genitais remonta, naturalmente, há muito mais atrás. Ele é proeminente na primeira edição dos *Três Ensaios* (1905d) e sugerido, nas cartas de Fliess, mais cedo ainda. (Ver, por exemplo, a Carta 75, de 14 de novembro de 1897.) O que é novo é a idéia de haver, no desenvolvimento sexual, estádios regulares, nos quais um ou outro dos instintos componentes domina todo o quadro.

Apenas um de tais estádios, o anal-sádico, é examinado no presente artigo. Freud, contudo, já distinguira dois estádios anteriores de desenvolvimento sexual; mas estes não eram caracterizados pelo predomínio de nenhum instinto componente determinado. O mais primitivo de todos, o do auto-erotismo, antes de qualquer escolha objetal ter sido feita, aparece na primeira edição dos *Três Ensaios* (Ver em [1], 1972), mas já fora especificado na carta a Fliess, de 1899, anteriormente citada (p. 394). O estádio seguinte, o primeiro em que ocorre escolha de objeto, mas onde este é o próprio eu (*self*) da pessoa, fora apresentado por Freud, sob o nome de narcisismo, cerca de três ou quatro anos antes do presente artigo (ver em [1]). Restavam a ser descritos dois outros estádios organizados no desenvolvimento da libido — um anterior e o outro posterior ao anal-sádico. O anterior, o estádio oral, mais uma vez demonstrou o predomínio de um instinto componente; ele foi primeiramente mencionado na seção da edição de 1915 dos *Três Ensaios* a que já se aludiu (Ver em [1], 1972). O estádio posterior, não mais pré-genital, mas ainda não inteiramente genital no sentido adulto, o estádio ‘fálico’, só apareceu em cena muitos anos depois, no artigo de Freud sobre ‘A Organização Geral Infantil da Libido’ (1923e).

Essa maneira, a ordem de publicação dos achados de Freud sobre as sucessivas organizações prematuras do instinto sexual pode ser assim resumida: estágio auto-erótico, 1905 (já descrito em particular, em 1899); estágio narcísico, 1911 (em particular, 1909); estágio anal-sádico, 1913; estágio oral, 1915; estágio fálico, 1923.

### *A DISPOSIÇÃO À NEUROSE OBSESSIVA*

#### *UMA CONTRIBUIÇÃO AO PROBLEMA DA ESCOLHA DA NEUROSE*

O problema de saber por que e como uma pessoa pode ficar doente de uma neurose acha-se certamente entre aqueles aos quais a psicanálise deveria oferecer uma solução, mas provavelmente será preciso encontrar primeiro solução para outro problema, mais restrito — a saber, por que é que esta ou aquela pessoa tem de cair enferma de uma neurose específica e de nenhuma outra. Este é o problema da ‘escolha da neurose’.

O que sabemos, até o presente, sobre este problema? Estritamente falando, apenas uma única proposição geral pode ser asseverada com certeza sobre o assunto. Lembrar-se-á que dividimos os determinantes patogênicos que estão envolvidos nas neuroses em aqueles que uma pessoa traz consigo, para a sua vida, e aqueles que a vida lhe traz — o constitucional e o acidental — mediante cuja operação combinada, somente, o determinante patogênico é via de regra estabelecido. Além disso, a proposição geral, à que aludi acima, estabelece que os motivos para determinar a escolha da neurose são inteiramente do primeiro tipo — isto é, que eles têm caráter de disposições e são independentes de experiências que operam patogenicamente.

Onde devemos procurar a fonte destas disposições? Tornamo-nos cientes de que as funções psíquicas envolvidas — sobretudo a função sexual, mas também várias importantes funções do ego — têm de passar por um longo e complicado desenvolvimento, antes de chegar ao estado característico do adulto normal. Podemos presumir que estes desenvolvimentos não são sempre tão serenamente realizados que a função total atravessasse esta modificação regular progressiva. Onde quer que uma parte dela se apegue a um estágio anterior resulta o que se chama ‘ponto de fixação’, para o qual a função pode regredir se o indivíduo ficar doente devido a alguma perturbação externa.

Assim, nossas disposições são inibições de desenvolvimento. Somos corroborados nesta opinião pela analogia dos fatos da patologia geral de outras moléstias. Entretanto, ante a questão de saber que fatores podem ocasionar tais distúrbios de desenvolvimento, o trabalho da psicanálise se interrompe: ela deixa o problema para a pesquisa biológica.

Já há alguns anos arriscamo-nos, com o auxílio destas hipóteses, a abordar o problema da escolha da neurose. Nosso método de trabalho, que visa a descobrir condições normais pelo estudo de suas perturbações, levou-nos a adotar uma linha de ataque muito singular e inesperada. A ordem em que as principais formas de psiconeurose são geralmente enumeradas — Histeria, Neurose Obsessiva, Paranóia, Demência Precoce — corresponde (ainda que não de modo inteiramente exato) à ordem das idades em que o desencadeamento destas perturbações ocorre. Formas histéricas de doença podem ser observadas mesmo na mais primitiva

infância; a neurose obsessiva geralmente apresenta seus primeiros sintomas no segundo período da infância (entre as idades de seis e oito anos); enquanto as outras duas psiconeuroses, que reuni sob o título de 'parafrenia', não aparecem senão depois da puberdade e durante a vida adulta. Estes distúrbios — os últimos a surgir — foram os primeiros a se mostrar acessíveis a nossa indagação sobre as disposições que resultam na escolha da neurose. As características peculiares a ambos — megalomania, afastamento do mundo dos objetos, dificuldade aumentada na transferência — obrigaram-nos a concluir que sua fixação disposicional deve ser procurada num estágio de desenvolvimento libidinal *antes* de a escolha objetal ter-se estabelecido — isto é, na fase do auto-erotismo e do narcisismo. Assim, estas formas de moléstia, que fazem seu aparecimento tão tardiamente, remontam a inibições e fixações muito primitivas.

Isto, por conseguinte, nos levaria a supor que a disposição à histeria e à neurose obsessiva, as duas neuroses de transferência propriamente ditas, que produzem seus sintomas bem cedo na vida, reside em fases posteriores de desenvolvimento libidinal. Mas em que ponto delas deveríamos encontrar uma inibição desenvolvimental? E, acima de tudo, qual seria a diferença de fases que determinaria uma disposição para a neurose obsessiva, em contraste com a histeria? Por longo tempo, nada deveria se aprender sobre isto, e minhas primeiras tentativas de descobrir estas duas disposições — a noção, por exemplo, de que a histeria poderia ser determinada pela passividade e a neurose obsessiva pela atividade, na experiência infantil — teve de ser logo abandonada, por incorreta.

Apoiar-me-ei agora, mais uma vez, na observação clínica de um caso individual. Durante longo período estudou uma paciente cuja neurose experimentou uma mudança fora do comum. Começou, após uma experiência traumática, como uma histeria direta de ansiedade e manteve esse caráter por alguns anos. Certo dia, contudo, subitamente, transformou-se numa neurose obsessiva do tipo mais grave. Um caso desta espécie não poderia deixar de ser significativo em mais de um sentido. Por um lado, poderia talvez reivindicar ser encarado como um documento bilingual e demonstrar como um conteúdo idêntico pode ser expresso, pelas duas neuroses, em linguagens diferentes. Por outro lado, ameaçava contradizer completamente nossa teoria de que a disposição origina-se da inibição do desenvolvimento, a menos que estivéssemos preparados para aceitar a suposição de que uma pessoa poderia possuir congenitamente mais de um ponto fraco em seu desenvolvimento libidinal. Disse a mim mesmo que não tínhamos o direito de desprezar esta última possibilidade, mas achava-me grandemente interessado em chegar a uma compreensão do caso.

Quando, no decurso da análise, isto aconteceu, fui forçado a ver que a situação era inteiramente diferente do que havia imaginado. A neurose obsessiva não constituía outra reação ao mesmo trauma que primeiramente provocara a histeria de ansiedade; era uma reação a uma segunda experiência, que havia apagado completamente a primeira. (Aqui, então, temos uma exceção — embora, é verdade, uma exceção não indiscutível — à nossa proposição que afirma que a escolha da neurose é independente da experiência [ver em [1]].)

Infelizmente, acho-me incapacitado, por razões familiares, para ingressar na história do caso até onde gostaria de fazê-lo e tenho de restringir-me à descrição que se segue. Até a ocasião em que caiu doente, a paciente fora uma esposa feliz e quase completamente satisfeita. Queria ter filhos, por motivos baseados numa fixação infantil de seus desejos, e adoeceu quando soube que era impossível tê-los do marido que era o único objeto de seu amor. A histeria de ansiedade com que reagiu a esta frustração correspondia, como ela própria

logo aprendeu a compreender, ao repúdio de fantasias de sedução em que seu firmemente implantado desejo de um filho encontrava expressão. Ela então fez tudo o que pôde para impedir que o marido adivinhasse que caíra enferma devido à frustração de que era a causa. Mas tenho boas razões para asseverar que todos possuem, em seu próprio inconsciente, um instrumento com que podem interpretar as elocuições do inconsciente das outras pessoas. O marido compreendeu, sem qualquer admissão ou explicação da parte dela, o que a ansiedade de sua esposa significava; sentiu-se magoado, sem demonstrá-lo, e, por sua vez, reagiu neuroticamente, fracassando — pela primeira vez — nas relações sexuais com ela. Imediatamente depois, partiu para uma viagem. A esposa acreditou que ele se havia tornado permanentemente impotente e produziu seus primeiros sintomas obsessivos no dia anterior ao seu esperado regresso.

O conteúdo de sua neurose obsessiva era uma compulsão por lavagem e limpeza escrupulosas, bem como medidas protetoras extremamente enérgicas contra danos graves que pensava que outras pessoas tinham razão para temer dela — isto é, formações reativas contra seus próprios impulsos *anal-eróticos* e *sádicos*. Sua necessidade sexual foi obrigada a encontrar expressão nestas formas, após sua vida genital ter perdido todo o valor devido à impotência do único homem que lhe poderia importar.

Este é o ponto de partida do pequeno e novo fragmento da teoria que formulei. Naturalmente, é apenas na aparência que ela se baseia nesta observação determinada; na realidade, reúne grande número de impressões anteriores, embora uma compreensão delas só tenha sido possibilitada por esta última experiência. Disse a mim mesmo que meu quadro esquemático do desenvolvimento da função libidinal exigia uma inserção suplementar. Para começar, havia apenas distinguido, primeira, a fase do auto-erotismo, durante a qual os instintos parciais do indivíduo, cada um por sua conta, buscam a satisfação de seus desejos no próprio corpo, e, depois, a combinação de todos os instintos componentes para a escolha de um objeto, sob a primazia dos órgãos genitais a agir em nome da reprodução. A análise das parafrenias, como sabemos, tornou necessária a inserção entre elas de um estágio de narcisismo, durante o qual a escolha de um objeto já se realizou, mas esse objeto coincide com o próprio ego do indivíduo. E agora vemos a necessidade de outro estágio ainda ser inserido, antes que a forma final seja alcançada, um estágio no qual os instintos componentes já se reuniram para a escolha de um objeto e este objeto é já algo extrínseco, em contraste com o próprio eu (*self*) do sujeito, mas no qual *a primazia das zonas genitais ainda não foi estabelecida*. Pelo contrário, os instintos componentes que dominam esta *organização pré-genital* da vida sexual são anal-erótico e o sádico.

Estou ciente de que tais hipóteses soam estranhas a princípio. É somente descobrindo suas relações com nosso conhecimento anterior que elas se nos tornam familiares; e, no final, é muitas vezes sua sina serem encarados como inovações menores e há muito tempo previstas. Voltemos-nos, portanto, com previsões como estas, para um exame da 'organização sexual pré-genital'.

(a) O papel extraordinário desempenhado por impulsos de ódio e erotismo anal na sintomatologia da neurose obsessiva já impressionou muitos observadores e foi recentemente enfatizado, com particular clareza, por Ernest Jones (1913). Isto decorre diretamente de nossa hipótese, se supomos que, nessa neurose, os instintos componentes em apreço mais uma vez assumiram a representação dos instintos genitais, dos quais foram precursores no processo de desenvolvimento.

Neste ponto, ajunta-se uma parte de nossa história clínica, que até agora havia escondido. A vida sexual da paciente começou, em sua mais remota infância, com fantasias de espancamento. Após estas

haverem sido suprimidas, estabeleceu-se um período de latência inusitadamente longo, durante o qual passou por um período de crescimento moral exaltado, sem qualquer despertar das sensações sexuais femininas. O casamento, que se realizou muito cedo, iniciou uma época de atividade sexual normal. Este período, durante o qual ela foi uma esposa feliz, continuou por vários anos, até que sua primeira grande frustração provocou a neurose histérica. Quando isto foi seguido pela perda de valor de sua vida genital, a vida sexual, como já disse, retornou ao estágio infantil do sadismo.

Não é difícil determinar a característica que distingue este caso de neurose obsessiva daqueles mais freqüentes que começam bem cedo e depois seguem um curso crônico, com exacerbações de tipo mais ou menos marcante. Nestes outros casos, uma vez estabelecida a organização sexual que contém a disposição à neurose obsessiva, ela, depois, nunca mais é completamente superada; em nosso caso, para começar, ela foi substituída pelo estágio mais alto de desenvolvimento e depois reativada, por regressão, a partir deste último.

(b) Se desejarmos colocar nossa hipótese em contato com linhas biológicas de pensamento, não devemos esquecer que a antítese entre masculino e feminino, que é introduzida pela função reprodutora, não pode ainda estar presente no estágio da escolha objetal pré-genital. Encontramos, em seu lugar, a antítese entre tendências com objetivo ativo e com objetivo passivo, a qual, posteriormente, se torna firmemente ligada à existente entre os sexos. A atividade é suprida pelo instinto comum de domínio, que chamamos sadismo quando o encontramos a serviço da função sexual; e, mesmo na vida sexual normal plenamente desenvolvida, ele tem importantes serviços subsidiários a desempenhar. A tendência passiva é alimentada pelo erotismo anal, cuja zona erógena corresponde à antiga e indiferenciada cloaca. Uma acentuação deste erotismo anal no estágio pré-genital de organização deixa atrás de si uma predisposição significativa ao homossexualismo, nos homens, quando o estágio seguinte da função sexual, a primazia dos órgãos genitais, é atingido. A maneira pela qual esta última fase é erguida sobre a precedente e a concomitante remodelação das catexias libidinais oferecem à pesquisa analítica os mais interessantes problemas.

Pode-se sustentar a opinião de que todas as dificuldades e complicações envolvidas nisto podem ser evitadas negando-se que haja qualquer organização pré-genital da vida sexual e sustentando que a vida sexual coincide com a função genital e reprodutora e começa com ela. Afirma-se-ia então, considerando as descobertas inequívocas da pesquisa analítica, que, pelo processo de repressão sexual, as neuroses são compelidas a dar expressão a tendências sexuais através de outros instintos, não sexuais, e assim sexualizam estes últimos à guisa de compensação. Mas esta linha de argumento colocar-nos-ia fora da psicanálise. Colocar-nos-á onde nos achávamos antes desta e significaria abandonar a compreensão que a psicanálise nos deu das relações entre saúde, perversão e neurose. A psicanálise sustenta-se ou tomba com o reconhecimento dos instintos componentes sexuais, das zonas erógenas e da ampliação, que assim se torna possível, do conceito de 'função sexual', em contraste com a 'função genital', mais restrita. Além disso, a observação dedesenvolvimento normal das crianças é, em si própria, suficiente para fazer-nos rejeitar qualquer tentação desse tipo.

c) No campo do desenvolvimento do *caráter*, estamos sujeitos a encontrar as mesmas forças instituais que encontramos em operação nas neuroses. Mas uma nítida distinção teórica entre as duas se faz necessária pelo único fato de que o fracasso da repressão e o retorno do reprimido — peculiares ao mecanismo da neurose — acham-se ausentes na formação do caráter. Nesta, a repressão não entra em ação ou então



alcança sem dificuldades reativas e sublimações. Daí os processos da formação de caráter serem mais obscuros e menos acessíveis à análise que os neuróticos.

Mas é precisamente no campo do desenvolvimento do caráter que deparamos com uma boa analogia com o caso que estivemos descrevendo — isto é, uma confirmação da ocorrência da organização sexual pré-genital sádica e anal-erótica. É fato bem conhecido, e que tem dado muito motivo para queixas, que após as mulheres perderem a função genital seu caráter, amiúde, sofre uma alteração peculiar. Tornam-se briguentas, irritantes, despóticas, mesquinhas e sovinas, o que equivale a dizer que apresentam tipicamente traços sádicos e anal-eróticos que não possuíam antes, durante seu período de feminilidade. Os autores de comédias e os satiristas em todas as épocas dirigiram suas invectivas contra o ‘velho dragão’ no qual a moça encantadora, a esposa amante e a terna mãe se transformaram. Podemos ver que esta alteração de caráter corresponde a uma regressão da vida sexual ao estágio pré-genital sádico e anal-erótico, na qual descobrimos a disposição à neurose obsessiva. Ela parece ser, então, não apenas o precursor da fase genital, mas, bastante amiúde, também seu sucessor, seu término, após os órgãos genitais haverem desempenhado sua função.

Uma comparação entre tal mudança de caráter e a neurose obsessiva é muito impressionante. Em ambos os casos, o trabalho da regressão é aparente. Mas enquanto na primeira encontramos uma regressão completa a seguir a repressão (ou supressão) que ocorreu suavemente, na neurose há conflito, um esforço para impedir que a regressão ocorra, formações reativas contra ela e formações de sintomas produzidos por conciliações entre os dois lados opostos, assim como uma divisão (*splitting*) das atividades psíquicas em algumas que são admissíveis à consciência e outras que são inconscientes.

(d) Nossa hipótese de uma organização sexual pré-genital é incompleta sob dois aspectos. Em primeiro lugar, não leva em consideração o comportamento de outros instintos componentes, com referência aos quais há muita coisa que valeria o exame e a discussão, e contenta-se com acentuar a marcante primazia do sadismo e do erotismo anal. Em particular, ficamos sempre com a impressão de que o instinto do conhecimento pode realmente tomar o lugar do sadismo no mecanismo da neurose obsessiva. Na verdade, ele é, no fundo, uma ramificação sublimada do instinto de domínio, exaltado em algo intelectual, e seu repúdio sob a forma de dúvida desempenha grande papel no quadro da neurose obsessiva.

A segunda lacuna em nossa hipótese é muito mais importante. Como sabemos, a disposição desenvolvimental a uma neurose só é completa se a fase do desenvolvimento do ego em que a fixação ocorre é levada em consideração, assim como a da libido. Mas nossa hipótese só se relacionou com a última, e, portanto, não inclui todo o conhecimento que deveríamos exigir. Os estádios de desenvolvimento dos instintos do ego são-nos presentemente muito pouco conhecidos; só sei de uma tentativa — a altamente promissora, feita por Ferenczi (1913) — de abordar estas questões. Não posso dizer se pode parecer muito precipitado se, com base nas indicações que possuímos, sugiro a possibilidade que uma ultrapassagem cronológica do desenvolvimento libidinal pelo desenvolvimento do ego deve ser incluída na disposição à neurose obsessiva. Uma precocidade deste tipo tornaria necessária a escolha de um objeto sob a influência dos instintos do ego, numa época em que os instintos sexuais ainda não assumiram sua forma final, e uma fixação no estágio da organização sexual pré-genital seria assim abandonada. Se considerarmos que os neuróticos obsessivos têm de desenvolver uma supermoralidade a fim de proteger seu amor objetual da hostilidade que espreita por trás dele, ficaremos incluídos a considerar um certo grau desta precocidade de desenvolvimento



do ego como típico da natureza humana e derivar a condição para a origem da moralidade do fato de desenvolvimento, o ódio é o precursor do amor. É este talvez o significado de uma assertiva da autoria de Stekel (1911a, 536), que na ocasião achei incompreensível de que o ódio, e não o amor, é a relação emocional primária entre os homens.

(e) Decorre, do que foi dito, que resta para a histeria uma relação íntima com a fase final do desenvolvimento libidinal, que se caracteriza pela primazia dos órgãos genitais e pela introdução da função reprodutora. Na neurose histérica, esta aquisição acha-se sujeita à repressão, que não implica regressão ao estágio pré-genital. A lacuna na determinação da disposição, devida à nossa ignorância do desenvolvimento do ego, é ainda mais evidente aqui do que na neurose obsessiva.

Por outro lado, não é difícil demonstrar que uma outra regressão, a um nível mais primitivo, ocorre também na histeria. A sexualidade das crianças do sexo feminino é, como sabemos, dominada e dirigida por um órgão masculino (o clitóris) e amiúde se comporta como a sexualidade dos meninos. Esta sexualidade masculina tem de ser abandonada mediante uma última onda de desenvolvimento, na puberdade, e a vagina, órgão derivado da cloaca, tem de ser elevada à zona erógena dominante. Ora, é muito comum na neurose histérica que esta sexualidade masculina reprimida seja reativada e, então, que a luta defensiva por parte dos instintos egossintônicos seja dirigida contra ela. Mas parece-me cedo demais para ingressar aqui num debate dos problemas da disposição à histeria.

## INTRODUÇÃO A *THE PSYCHO-ANALYTIC METHOD*, DE PFISTER (1913)

### NOTA DO EDITOR INGLÊS

#### (a) EDIÇÕES ALEMÃS:

1913 Em O. Pfister, *Die psychanalytische* [sic] *Methode* (Vol. 1 de *Pädagogium*), iv-v, Leipzig e Berlim, Klinkhardt. (1921, 2ª ed.; 1924, 3ª ed.)

1928 G. S., 11, 244-6.

1931 *Neurosenlehre und Technik*, 315-18.

1946 G. W., 10, 448-50.

#### (b) TRADUÇÃO INGLESA:

Introduction to Pfister's *The Psychoanalytic Method*

1917 Em Pfister, *The Psychoanalytic Method*, v-viii, Nova Iorque: Moffat, Yard; Londres: Kegan Paul. (Trad. de C. R. Payne.)

A presente tradução inglesa é nova, da autoria de James Strachey.

O Dr. Oskar Pfister, pastor religioso e educador de Zurique, autor da obra da qual este trabalho constitui introdução, foi por trinta anos amigo íntimo de Freud e inabalável partidário de suas teorias. Foi ele um dos primeiríssimos leigos a praticar a psicanálise e a parte posterior da introdução de Freud é talvez o seu primeiro apelo publicado em favor do reconhecimento dos analistas não médicos. Ele desenvolveu seus argumentos com muito maior amplitude, cerca de vinte anos mais tarde, em *The Question of Lay Analysis* (1926e).

A data ao final da introdução (que aqui aparece por acordo com os Srs. Routledge e Kegan Paul) é omitida nas reimpressões alemãs.

## INTRODUÇÃO A *THE PSYCHO-ANALYTIC METHOD*, DE PFISTER

A psicanálise teve sua origem em terreno médico, como um procedimento terapêutico para o tratamento de certas doenças nervosas que foram denominadas de ‘funcionais’ e consideradas, com crescente certeza, como conseqüências de distúrbios na vida emocional. Ela alcança seu fim — de remover as manifestações destes distúrbios, os sintomas — ao presumir que eles não são o único e possível resultado final de processos psíquicos específicos. Revela, portanto, a história do desenvolvimento desses sintomas na memória do paciente, revivifica os processos que os fundamentam e então os conduz, sob a orientação do médico, a um escoadouro mais favorável. A psicanálise estabeleceu para si os mesmos objetivos terapêuticos que o tratamento pelo hipnotismo, que foi introduzido por Liébeault e Bernheim e após demoradas e severas lutas alcançou lugar na técnica dos neuro-especialistas. Mas ela vai muito mais fundo na estrutura do mecanismo da mente e procura ocasionar resultados duradouros e modificações viáveis em seus assuntos.

Em sua época, o tratamento hipnótico por sugestão muito cedo ultrapassou a esfera da aplicação médica e pôs-se ao serviço da educação de jovens. Se devemos acreditar nos relatórios, ele mostrou ser um meio eficiente para pôr fim a defeitos pueris, hábitos físicos inconvenientes e traços de caráter doutra maneira irreduzíveis. Ninguém nessa época deixou de concordar ou surpreendeu-se com a ampliação de seus empregos, que, incidentalmente, só se tornaram plenamente compreensíveis mediante as pesquisas da psicanálise. Pois sabemos hoje que os sintomas patológicos amiúde nada mais são que substitutos de inclinações más (isto é, inúteis) e que os determinantes desses sintomas são estabelecidos nos anos de infância e juventude — durante o mesmo período em que os seres humanos são objeto da educação — quer as próprias doenças surjam já na juventude quer somente em época posterior da vida.

A educação e a terapêutica acham-se em relação atribuível, uma com a outra. A educação procura garantir que algumas das disposições [inatas] da criança não causem qualquer prejuízo ao indivíduo ou à sociedade. A terapêutica entra em ação se essas mesmas disposições já conduziram ao resultado não desejado dos sintomas patológicos. O desfecho alternativo — das disposições inúteis da criança, conduzindo, não a substitutos sob a forma de sintomas, mas a perversões diretas de caráter — é quase inacessível à terapêutica e, geralmente, fora da influência do educador. A educação constitui uma profilaxia, que se destina a prevenir ambos os resultados — tanto a neurose quanto a perversão; a psicoterapia procura desfazer o menos estável dos dois resultados a instituir uma espécie de pós-educação.

Em vista desta situação, surge imediatamente a questão de saber se a psicanálise não deveria ser utilizada para fins educativos, tal como a sugestão hipnótica o foi no passado. As vantagens seriam óbvias. O educador, por um lado, estaria preparado, por seu conhecimento das disposições humanas gerais da infância, para julgar quais dessas disposições ameaçam conduzir a um desfecho indesejável; e, se a psicanálise pode influenciar o curso tomado por tais desenvolvimentos, poderia aplicá-la *antes* que os sinais de um desenvolvimento desfavorável se estabeleçam. Assim, com o auxílio da análise, ele poderia ter uma influência profilática na criança, enquanto esta ainda é sadia. Por outro lado, poderia detectar as *primeiras* indicações de

um desenvolvimento, na direção da neurose e resguardar a criança contra o seu desenvolvimento ulterior, numa época em que, por diversas razões, uma criança nunca é levada ao médico. Não se pode deixar de pensar que uma atividade psicanalítica como esta por parte do educador — e do assistente pastoral em posição semelhante, nos países protestantes — inevitavelmente seria de inestimável valor e com freqüência poderia tornar desnecessária a intervenção do médico.

A única questão é saber se a prática da psicanálise pode não ter como pré-requisito um treinamento médico, do qual o educador e o assistente pastoral devem permanecer excluídos, ou se pode haver outras considerações que se oponham à sugestão de que a técnica da psicanálise não seja confiada a outra mão que não a de um médico. Confesso que não posso encontrar fundamento para reservas desse tipo. A prática da psicanálise exige muito menos treinamento médico que instrução psicológica e concepção humana livre. A maioria dos médicos não se acha preparada para exercer a psicanálise e fracassou completamente em apreender o valor desse procedimento terapêutico. O educador e o assistente pastoral estão sujeitos, pelos requisitos de sua profissão, a exercer a mesma consideração, cuidado e limitação que são geralmente praticados pelo médico, e, à parte isso, sua associação com jovens talvez os torne mais bem qualificados para compreender a vida mental desses jovens. Em ambos os casos, porém, a única garantia da aplicação inócua do procedimento analítico tem de depender da personalidade do analista.

Onde um caso margina a anormalidade mental, o educador analítico estará obrigado a familiarizar-se com o conhecimento psiquiátrico mais necessário e, além disso, a consultar um médico quando o diagnóstico e a prognose do distúrbio parecem duvidosos. Em muitos casos só será possível alcançar sucesso se houver colaboração entre o educador e o médico.

Sob determinado aspecto isolado, a responsabilidade de um educador pode talvez exceder a de um médico. Este tem como regra lidar com estruturas psíquicas que já se tornaram rígidas e encontrará na individualidade estabelecida do paciente um limite ao seu próprio êxito, mas, ao mesmo tempo, uma garantia da capacidade do paciente de resistir sozinho. O educador, contudo, trabalha com um material que é plástico e aberto a toda impressão, e tem de observar perante si mesmo a obrigação de não moldar a jovem mente de acordo com suas próprias idéias pessoais, mas, antes, segundo as disposições e possibilidades do educando.

Esperemos que a aplicação da psicanálise a serviço da educação rapidamente realizará as esperanças que educadores e médicos podem corretamente ligar a ela. Um livro como este de Pfister, que procura familiarizar os educadores com análise, poderá então contar com a gratidão das gerações posteriores.

VIENA, *fevereiro* de 1913.

## PREFÁCIO A *SCATALOGIC RITES OF ALL NATIONS*, DE BOURKE (1913)

### NOTA DO EDITOR INGLÊS

#### (a) EDIÇÕES ALEMÃS:

1913 Em J. G. Bourke, *Der Unrat in Sitte, Brauch, Glauben und Gewohnheitsrecht der Völker*, traduzido para o alemão por F. S. Krauss e H. Ihm, Leipzig, Ethnologischer Verlag.

1928 G. S., 11, 249-51.

1931 *Sexualtheorie und Traumlehre*, 242-5.

1946 G. W., 10, 453-5.

#### (b) TRADUÇÕES INGLÊSAS:

Preface to Bourke's *Scatalogic* [sic] *Rites of All Nations*.

1934 Em J. G. Bourke, *Scatalogic Rites of All Nations* (Nova Edição), vii-ix, Nova Iorque, American Anthropological Society.

1950 C. P., 5, 88-91. (Sob o título 'The Excretory Functions in Psycho-Analysis and Folklore') (Trad. de J. Strachey.)

A presente tradução inglesa é a publicada em 1950, ligeiramente revista.

O trabalho da autoria do Capitão John Gregory Bourke (Terceira Cavalaria, E. U. A.), a cuja tradução Freud contribuiu com este prefácio, foi originalmente publicado em 1891 (Washington: Lowdermilk), com as palavras 'Não é para Leitura Geral' na página de rosto. A atenção de Freud foi atraída para o livro (sem dúvida pelo Dr. Ernest Jones) no começo de 1912 e parece provável que a tradução alemã tenha sido feita por sua

recomendação. Ela apareceu como um dos volumes suplementares lançados anualmente pela revista *Anthropophyteia*, que era editada por um dos tradutores, F. S. Krauss. Freud mostrara seu interesse na revista dois ou três anos antes, numa carta aberta ao seu editor (1910f). Grande parte do material citado no artigo de Freud e Oppenheim sobre 'Os Sonhos no Folclore' (1957a [1911], em [1], anteriores) derivou da *Anthropophyteia* e trata dos tópicos examinados neste prefácio.

### PREFÁCIO A SCATALOGIC RITES OF ALL NATIONS, DE BOURKE

Enquanto vivia em Paris, em 1885, como aluno de Charcot, o que principalmente me atraía, à parte as próprias conferências do grande homem, eram as demonstrações e preleções dadas por Brouardel. Ele nos costumava mostrar, de material *post-mortem* no necrotério, quanto havia que merecia ser conhecido por médicos, mas de que a ciência preferia não fazer caso. Certa ocasião, ele estava discutindo as indicações que permitiam imaginar a categoria social, o caráter e a origem de um corpo não identificado, e ouvi-o dizer: '*Les genoux sales sont le signe d'une fille honnête*'. Utilizava os joelhos sujos de uma moça como prova de sua virtude!

A lição de que a limpeza corporal é muito mais prontamente associada ao vício que à virtude amiúde me ocorreu posteriormente, quando o trabalho psicanalítico me familiarizou com a maneira pela qual os homens civilizados lidam hoje com o problema de sua natureza física. Ficam claramente embaraçados com qualquer coisa que os faça lembrar demasiadamente sua origem animal. Tentam emular os 'anjos mais aperfeiçoados' da última cena de *Fausto*, que se queixam:

Uns bleibt ein Erdenrest  
zu tragen peinlich,  
und wär'er von Asbest,  
es ist nicht reinlich.

Entretanto, desde que devem necessariamente permanecer muito afastados de tal perfeição, os homens decidiram fugir ao dilema, negando, tanto quanto possível, a própria existência deste inconveniente 'resíduo da Terra', ocultando-o mutuamente e negando-lhe a atenção e o cuidado que poderia reivindicar como componente integrante de seu ser essencial. O caminho mais sábio indubitavelmente teria sido admitir sua existência e dignificá-lo tanto quanto sua natureza permitisse.

Está longe de ser matéria simples examinar ou descrever as conseqüências envolvidas nesta maneira de tratar o 'penoso resíduo da Terra', do que as funções sexuais e excretórias podem ser consideradas o núcleo. Bastará mencionar uma só destas conseqüências, aquela em que nos achamos mais interessados aqui: o fato de a ciência ser proibida de lidar com estes aspectos proscritos da vida humana, de maneira que quem quer que estude tais coisas é encarado como pouco menos 'impróprio' do que alguém que realmente *faz* coisa impróprias.

Não obstante, a psicanálise e o folclore não se deixaram impedir de transgredir essas proibições e, em resultado, puderam ensinar-nos todo tipo de coisas que são indispensáveis a uma compreensão da natureza humana. Se nos limitarmos aqui ao que foi aprendido sobre as funções excretórias, pode-se dizer que o principal achado da pesquisa psicanalítica foi o fato de que o bebê humano é obrigado a recapitular, durante a

primeira parte de seu desenvolvimento, as mudanças na atitude da raça humana para com matérias excrementícias que provavelmente tiveram seu início quando o *homo sapiens* pela primeira vez ergueu-se da Mãe Terra. Nos primeiros anos da infância, não existe ainda nenhum resíduo de vergonha sobre as funções excretórias ou de nojo pelas excreções. As crianças pequenas mostram grande interesse nestas, tal como em outras de suas secreções corporais; gostam de ocupar-se com elas e podem derivar muitos tipos de prazer deste procedimento. As excreções, encaradas como partes do próprio corpo da criança e produtos de seu próprio organismo, têm uma cota na estima — a estima narcísica, como deveríamos chamá-la — com que encara tudo que se relaciona ao seu eu (*self*). As crianças, em verdade, orgulham-se de suas próprias excreções e fazem uso delas para ajudar a fazer valer seus direitos contra os adultos. Sob a influência da criação, os instintos e inclinações coprófilas da criança sucumbem gradativamente à repressão; ela aprende a mantê-los secretos, a envergonhar-se deles e a sentir nojo pelos seus objetos. Estritamente falando, contudo, o nojo nunca chega ao ponto de aplicar-se às próprias excreções da criança, mas contenta-se em repudiá-los quando são produtos de outras pessoas. O interesse que até aqui se ligara ao excremento é transferido para outros objetos — por exemplo, das fezes para o dinheiro, que, naturalmente, demora a adquirir significação para as crianças. Importantes constituintes da formação do caráter se desenvolvem ou fortalecem a partir da repressão das inclinações coprófilas.

A psicanálise mostra ainda que, para começar, os intintos excrementais e sexuais não são distintos uns dos outros, nas crianças. O divórcio entre eles só ocorre mais tarde e permanece incompleto. Sua afinidade original, estabelecida pela anatomia do corpo humano, ainda se faz sentir de muitas maneiras em adultos normais. Finalmente, não se deve esquecer que não se pode esperar que estes desenvolvimentos produzam resultados mais perfeitos que quaisquer outros. Parte das antigas preferências persiste, parte das inclinações coprófilas continua a operar na vida posterior e se expressa nas neuroses, perversões e maus hábitos dos adultos.

O folclore adotou um método inteiramente diferente de pesquisa e, mesmo assim, chegou aos mesmos resultados que a psicanálise. Ele nos mostra quão incompletamente a representação das inclinações coprófilas foi efetuada entre diversos povos, em várias épocas, e quão de perto, em outros níveis culturais, o tratamento das substâncias excretórias se aproxima do usado pelas crianças. Demonstra também a natureza persistente e em verdade inerradicável dos interesses coprófilos, apresentando a nosso olhar espantado a multiplicidade de aplicações — no ritual mágico, nos costumes tribais, nas observâncias dos cultos religiosos e na arte de curar — mediante as quais a velha estima pelas excreções humanas encontrou nova expressão. Também a vinculação com a vida sexual parece ser integralmente preservada.

Esta expansão de nosso conhecimento certamente não envolve risco para nossa moralidade. A parte principal do que se conhece sobre o papel desempenhado pelas excreções na vida humana foi reunida em *Ritos Escatológicos de Todas as Nações*, de J. G. Bourke. Torná-la acessível aos leitores alemães é, portanto, não apenas um empreendimento corajoso, mas também meritório.



## BREVES ESCRITOS (1911-1913)

### A SIGNIFICAÇÃO DAS SEQÜÊNCIAS DE VOGAIS (1911)

Indubitavelmente, objeções foram amiúde levantadas à asserção feita por Stekel de que, em sonhos e associações, nomes que têm de ser encobertos parecem ser substituídos por outros que se lhes assemelham apenas por conterem a mesma seqüência de vogais. Uma analogia notável, contudo, é proporcionada pela história da religião. Entre os antigos hebreus, o nome de Deus era tabu; não podia ser falado em voz alta, nem registrado por escrito. (Isto está longe de ser um exemplo isolado da significação especial dos nomes nas civilizações arcaicas.) Esta proibição foi tão implicitamente obedecida que, até o dia de hoje, a vocalização das quatro consoantes do nome de Deus [Y H V H] permanece desconhecida. Ele era, contudo, pronunciado 'Jehovah', sendo suprido pelas vogais da palavra 'Adonai' ('Senhor'), contra a qual não havia tal proibição. (Reinach, 1905-12, 1 1.)

### 'GRANDE É DIANA DOS EFÉSIOS'(1911)

A antiga cidade grega de Éfeso na Ásia Menor, pela exploração de cujas ruínas, incidentalmente, tem-se de agradecer à nossa arqueologia austríaca, era especialmente célebre na antigüidade por seu esplêndido templo, dedicado a Artêmis (Diana). Os invasores jônicos — talvez no século VII antes de Cristo — conquistaram a cidade, que por muito tempo fora habitada por povos de raça asiática, e encontraram nela o culto de uma antiga deusa-mãe que possivelmente portava o nome de Oupis, e identificaram-na com Artêmis, deidade de sua terra natal. A prova das escavações mostra que, no decurso dos séculos, diversos templos foram erguidos no mesmo local em honra da deusa. Foi o quarto destes templos que foi destruído por um

incêndio iniciado pelo louco Heróstrato, no ano de 356, durante a noite em que Alexandre, o Grande, nasceu. Ele foi reconstruído, mais magnífico que nunca. Com a afluência de sacerdotes, mágicos e peregrinos, e com suas lojas em que amuletos, lembranças e oferendas eram vendidas, a metrópole comercial de Éfeso poderia ser comparada à moderna Lourdes.

Por volta de 54 A. D., o apóstolo Paulo passou diversos anos em Éfeso. Pregou, realizou milagres e encontrou muitos seguidores entre o povo. Foi perseguido e acusado pelos judeus; separou-se deles e fundou uma comunidade cristã independente. Em consequência da disseminação de sua doutrina, houve uma queda no comércio dos ourives, que costumavam fazer lembranças do lugar sagrado — figurinhas de Artêmis e modelos do templo — para os fiéis e peregrinos que chegavam de todo o mundo. Paulo era um judeu estrito demais para deixar a antiga deidade sobreviver sob outro nome; rebatizou-a, como os conquistadores jônicos haviam feito com a deusa Oupis. Foi assim que os piedosos artesãos e artistas da cidade tornaram-se apreensivos quanto a sua deusa, bem como quanto a seus ganhos. Revoltaram-se e, com gritos infundavelmente repetidos, de 'Grande é Diana dos Efésios!', afluíram pela rua principal, chamada 'Arcádia', até o teatro, onde seu líder, Demétrio, pronunciou discurso incendiário contra os judeus e contra Paulo. As autoridades tiveram dificuldade em reprimir o tumulto, o que conseguiram pela garantia de que a majestade da deusa era inatingível e achava-se fora do alcance de qualquer ataque.

A igreja fundada por Paulo em Éfeso não lhe permaneceu fiel muito tempo. Caiu sob a influência de um homem chamado João, cuja personalidade apresentou aos críticos alguns difíceis problemas. Ele pode ter sido o autor do Apocalipse, que abunda em invectivas contra o apóstolo Paulo. A tradição o identifica com o apóstolo João, a quem o quarto evangelho é atribuído. Segundo este evangelho, quando Jesus achava-se na cruz, exclamou para seu discípulo favorito, apontando para Maria: 'Eis tua mãe!' E, a partir daquele momento, João dedicou-se a Maria. Desse modo, quando João foi para Éfeso, Maria o acompanhou, e, por conseguinte, ao lado da igreja do apóstolo de Éfeso, foi construída a primeira basílica em honra da nova deusa-mãe dos cristãos. Sua existência é confirmada a partir do século IV. Agora, mais uma vez, a cidade tinha sua grande deusa e, fora o nome, pouca modificação houve. Também os ourives recuperaram o trabalho de fazer modelos do templo e imagens da deusa para os novos peregrinos. A função de Artêmis, contudo, expressa pelo atributo de *Κουροτροφος*, foi transmitida a um Santo Artemidoro, que assumiu a proteção das mulheres em trabalho de parto.

Depois veio a conquista pelo Islã, e finalmente, sua ruína e abandono, devido ao rio sobre o qual ficava haver-se tornado entulhado de areia. Mas, mesmo então, a grande deusa de Éfeso não abandonou suas reivindicações. Em nossos próprios dias, ela apareceu como uma virgem santa a uma piedosa menina alemã, Katharina Emmerich, em Dülmen. Descreveu a esta sua viagem a Éfeso, os móveis da casa em que lá vivera e na qual morrera, o formato de seu leito, e assim por diante. E tanto a casa quanto o leito foram de fato encontrados, exatamente como a virgem os descrevera, e são mais uma vez a meta das peregrinações dos fiéis.

*PREFÁCIO A OS DISTÚRBIOS PSÍQUICOS DA POTÊNCIA MASCULINA,*  
DE MAXIM STEINER (1913)

O autor desta pequena monografia, que trata da patologia e tratamento da impotência psíquica em indivíduos do sexo masculino, faz parte do pequeno grupo de médicos que cedo reconheceram a importância da psicanálise para o seu ramo especial da medicina e nunca deixaram de aperfeiçoar-se em sua teoria e técnica. Estamos cientes de que apenas uma pequena parte dos males neuróticos — que agora viemos a conhecer como resultado de distúrbios da função sexual — é tratada na própria neuropatologia. O maior número delas encontra lugar entre os distúrbios do órgão específico que é vítima de uma perturbação neurótica. É, portanto, conveniente e próprio que o tratamento desses sintomas ou síndromes seja também assunto do especialista, que, somente ele, é capaz de efetuar um diagnóstico diferencial entre uma doença orgânica e uma neurótica, que pode fixar o limite, no caso das formas mistas, entre seus elementos orgânicos e neuróticos, e que em geral nos pode dar informações sobre a maneira pela qual os dois fatores da doença reforçam-se mutuamente. Mas se as moléstias orgânicas ‘nervosas’ não devem ser negligenciadas, como meros apêndices dos distúrbios materiais do mesmo órgão — negligência esta que, por sua frequência e importância prática, estão longe de merecer —, o especialista, quer esteja interessado no estômago, no coração ou no sistema urogenital, deve, além de seu saber médico geral e de seus conhecimentos especializados, ser também capaz de fazer uso, para seu próprio campo de trabalho, das linhas de abordagem, descobertas e técnicas do especialista de nervos.

Um grande progresso terapêutico será feito quando os especialistas não mais dispensarem um paciente que sofra de um mal nervoso com um pronunciamento como ‘Você não tem nada; são só nervos’, ou com o conselho muito melhor: ‘Vá a um especialista de nervos; ele lhe ordenará um tipo leve de tratamento de água fria’. Indubitavelmente, também exigiremos do especialista em qualquer órgão que seja capaz de compreender e tratar distúrbios nervosos em seu campo, em vez de esperar que o especialista de nervos seja treinado para ser um especialista universal em todos os órgãos em que as neuroses produzem sintomas. E, por conseguinte, pode-se prever que somente as neuroses com sintomas principalmente psíquicos permanecerão na esfera do especialista em nervos.

Podemos esperar, portanto, que não esteja longe o dia em que se reconhecerá em geral que nenhuma espécie de perturbação nervosa pode ser compreendida e tratada sem o auxílio da linha de abordagem e, freqüentemente, da técnica da psicanálise. Uma asserção assim pode soar hoje como demonstração de exagero presunçoso, mas aventuro-me a profetizar que está destinada a tornar-se um lugar comum. Todavia, será sempre creditado ao autor da presente obra não ter esperado que isto acontecesse para admitir a psicanálise como tratamento dos males nervosos dentro de seu próprio e especializado ramo da medicina.

VIENA, março de 1913.

