



**Edições Universitárias
Lusófonas**

«PSICANÁLISE»

Colecção dirigida por José Martinho

A Colecção «Psicanálise» das Edições Universitárias Lusófonas tem como objectivo principal publicar trabalhos inéditos sobre o ensino, a investigação e a formação psicanalítica, preferencialmente de autores que escrevem directamente na língua portuguesa.

1. *Cem Anos Sobre o Sonho, «A Injecção dada a Irma» de Sigmund Freud.*
Org. José Martinho, Paulo Sargento dos Santos e Nuno Colaço (1986)
2. *Facetas da Psicanálise.*
Org. José Martinho (1993)
3. *Persona - Uma Introdução às Teorias da Personalidade.*
José Martinho (2004)
4. *Psicanálise & Arredores.*
Filipe Pereirinha (2005)
5. *O Manto da Paternidade.*
Mário Botas (2007)
6. *Sexualidade Feminina: O Mal-Estar na Menopausa.*
Selma Calasans Rodrigues (2007)
7. *Transferência, Construções e Fins da Psicanálise*
Sigmund Freud (2011)
8. *Inspiração Psicanalítica, Freud e as Psicoterapias Dinâmicas e de Suporte*
José Martinho (2011)

Sigmund Freud

Transferência, Construções
e Fins da Psicanálise



Edições Universitárias
Lusófonas

© Edições Universitárias Lusófonas

Título: *Transferência, Construções e Fins da Psicanálise*

Autor: *Sigmund Freud*

1ª Edição: *Edições Universitárias Lusófonas, Julho de 2011*

Capa: *VLR Design, Lda*

Paginação: *Nuno Lourenço Ferreira*

Impressão e acabamento: *Clássica – Artes Gráficas, S.A.*

Depósito Legal: 331348/11

ISBN: 978-989-8512-01-7

Tiragem: 500 exemplares

Todos os direitos desta edição reservados por:

Edições Universitárias Lusófonas

Campo Grande, 376 - 1749-024 Lisboa

Telef.: 217 515 500 Fax: 217 577 006

Email: edicoes.lusofonas@ulusofona.pt

Índice

Observações sobre o amor transferencial	7
Construções na análise	27
Análise terminável e interminável	45



OBSERVAÇÕES SOBRE O AMOR TRANSFERENCIAL¹

O principiante em psicanálise poderá temer as dificuldades que lhe estarão reservadas quando interpretar as associações do paciente e lidar com o retorno do recalçado. Mas aprenderá a encarar estas como insignificantes, logo que fique convencido que as únicas dificuldades realmente sérias que tem de enfrentar residem no manejo da transferência.

Entre as diversas situações que podem surgir a este propósito, selecionarei apenas uma, em parte porque é muito corrente, em parte pelas importantes consequências práticas que tem, mas também pelo seu interesse teórico. O que tenho em mente é o caso em que uma paciente demonstra, mediante indicações inequívocas, ou mesmo declarando-o abertamente, que se enamorou, como qualquer outra mortal, do médico que a ana-

1 BEMERKUNGEN ÜBER DIE ÜBERTRAGUNGLIEBE.

(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.)

lisa. Esta situação tem aspetos trágicos e cómicos, mas também um lado sério. Ela é determinada por diversos e complexos fatores; e é tão inevitável e difícil de esclarecer que a técnica analítica necessitava há muito de uma discussão sobre o assunto. Só que aqueles que riem das fraquezas alheias nem sempre estão livres delas; eu mesmo não estive até agora apressado em cumprir essa tarefa; deparei-me constantemente com a obrigação da discrição profissional, a qual não pode ser dispensada na vida real, mas que é inútil para o nosso conhecimento. Na medida em que as publicações psicanalíticas também fazem parte da vida real, ficámos perante uma contradição insolúvel. Acabei por desprezar recentemente a questão da discrição, para demonstrar como a referida situação transferencial retardou o desenvolvimento da terapia psicanalítica durante a sua primeira década.

Para um leigo instruído (a pessoa civilizada ideal para a psicanálise), as coisas do amor não têm medida comum; são, por assim dizer, escritas numa página à parte, em que nenhum outro texto é tolerado. O leigo apenas vê dois desfechos possíveis quando uma paciente se apaixona pelo seu médico. Um, bastante raro, é que todas as circunstâncias levem a uma união legal e permanente entre eles; o outro, mais frequente, é que o médico e a paciente se separem e abandonem o trabalho que começaram e que devia levar ao restabelecimento dela, como se este trabalho tivesse sido repentinamente interrompido por um fenómeno elementar. Há ainda um terceiro desfecho concebível, que até pode parecer compatível com a con-

tinuação do tratamento: é que eles iniciem um relacionamento amoroso ilícito e que não se destine a durar para sempre. Mas este caminho não é admitido pela moral convencional, nem pelos códigos profissionais. Assim, o nosso leigo implorará ao analista que lhe assegure, tão inequivocamente quanto possível, que esta terceira alternativa estará excluída.

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

Tomemos o caso da segunda saída da situação que considerámos. Após a paciente se ter apaixonado pelo seu médico, eles separam-se e o tratamento é abandonado. Mas o estado da paciente pode obrigá-la a começar uma segunda tentativa de análise com um outro médico. O que acontece em seguida é que se irá também enamorar deste segundo médico; e, se terminar com ele e recomeçar com um terceiro, o mesmo acontecerá e assim por diante. A repetição deste fenómeno é, como sabemos, um dos fundamentos da teoria psicanalítica. Ele pode ser avaliado a partir de dois pontos de vista: o do médico e o da paciente que dele necessita.

Para o médico, o fenómeno traz um esclarecimento valioso e um aviso útil contra qualquer tendência à contratransferência que possa estar presente na sua mente. Ele deve reconhecer que o enamoramento da paciente é induzido pela situação analítica e não pelos encantos da sua pessoa; de maneira que não tem nenhum motivo para se orgulhar de uma tal "conquista", como seria chamada fora da análise. É sempre bom lembrar isto. Para a

paciente existem duas alternativas: abandonar o tratamento psicanalítico ou aceitar enamorar-se do seu médico como um destino inelutável.²

Não tenho dúvidas 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. Só o bem-estar da paciente devia constituir a pedra de toque; o amor dos parentes não é indispensável para a consecução de certos fins. Qualquer pessoa que, como Tolstoi, adote esta atitude em relação ao problema, pode permanecer na posse imperturbada da sua esposa ou filha, mas terá de suportar que se mantenha a neurose e a interferência na capacidade de amar que esta acarreta. Afinal, a situação é semelhante à de um tratamento ginecológico. Mas o pai ou o marido ciumento está grandemente equivocado se pensa que a paciente deixará de se enamorar do médico se fizer outro tipo de tratamento que não a análise para combater a sua neurose. Pelo contrário, a única diferença será que um amor deste tipo, destinado a permanecer oculto e não analisado, nunca poderá ajudar ao restabelecimento da paciente como a análise o teria feito.

Tomei conhecimento que alguns médicos que praticam a análise preparam frequentemente as suas pacientes para o surgimento da transferência erótica ou

2 Sabemos – mas não falarei disso aqui – que a transferência pode acarretar sentimentos menos ternos.

até mesmo as instigam a “ir em frente e enamorar-se do médico, de modo a que o tratamento possa progredir”. Tenho dificuldade em imaginar uma técnica mais insensata. Assim procedendo, o analista priva o fenómeno da sua espontaneidade, que é tão convincente, e cria para si próprio obstáculos difíceis de superar no futuro.

À primeira vista, não parece que o facto da paciente se enamorar sob transferência traga qualquer vantagem ao tratamento. Por mais dócil que tenha sido até então, ela perde repentinamente toda a compreensão e interesse pela análise, não fala nem escuta mais nada que não diga respeito ao seu amor, e exige que este lhe seja retribuído. Abandona os seus sintomas ou deixa de lhes prestar atenção, declarando mesmo que está curada. Há uma completa mudança de cena. É como se, numa peça, a ficção fosse subitamente interrompida pela irrupção da realidade, como quando se grita “fogo” durante uma representação teatral. Nenhum médico que viva este fenómeno pela primeira vez achará fácil manter o controlo do tratamento analítico e livrar a paciente da ilusão de que este chegou realmente ao fim.

Uma pequena reflexão vai ajudar a orientarmo-nos. Primeiro e antes de mais, mantenho que tudo o que interfere na continuação do tratamento pode constituir a manifestação de uma resistência. Não há dúvida de que a irrupção de uma apaixonada exigência de amor é, em grande parte, um trabalho da resistência. Há muito que se tinham notado na paciente sinais de uma transferência afetuosa, e pode ter-se a certeza de que a docilidade

dela, a sua aceitação das interpretações analíticas, a sua notável compreensão e o alto grau de inteligência que mostrava deviam ser atribuídos a esta atitude em relação ao médico. Agora, tudo isto faz parte do passado. Ela ficou sem a mínima compreensão interna, parecendo ter sido absorvida totalmente pelo seu amor. Para mais, esta modificação ocorre habitualmente no momento preciso em que se está a tentar levá-la a admitir ou a recordar um fragmento particularmente aflitivo ou pesadamente recalcado da história da sua vida. Ela já estava enamorada há muito tempo, mas agora a resistência está a começar a utilizar o seu amor a fim de dificultar a continuação do tratamento, desviar todo o seu interesse desse trabalho e colocar o analista numa posição canhestra.

Examinando a situação de perto, reconhece-se a influência de motivos que a complicam ainda mais, dos quais alguns se encontram vinculados ao enamoramento e outros são expressões específicas da resistência. Do primeiro tipo são os esforços da paciente para se certificar da sua capacidade irresistível de sedução, para destruir a autoridade do médico rebaixando-o ao nível do amante, e assim conquistar todas as outras vantagens prometidas pelo amor. Em relação à resistência, podemos suspeitar que faz ocasionalmente uso da declaração de amor da paciente como um meio para colocar à prova a autoridade do analista, de maneira que, se ele mostrar sinais de complacência, possa ser chamado à ordem. Acima de tudo, fica-se com a impressão de que a resistência age como um *agent provocateur*; que intensifica o estado amoroso

da paciente e exagera a sua disposição à rendição sexual, a fim de justificar ainda mais enfaticamente o recalca-mento e apontar para os perigos da licenciosidade. Como sabemos, estas motivações acessórias, que em casos mais simples podem não estar presentes, foram encaradas por Adler como o essencial de todo o processo.

Mas como é que o analista se deve comportar para não fracassar em tal situação, se estiver persuadido de que o tratamento deve ser levado avante, apesar da transferência erótica que ele deve enfrentar com calma?

Ser-me-ia fácil enfatizar aqui os padrões universalmente aceites da moralidade e insistir que o analista não deve nunca, em quaisquer circunstâncias, aceitar ou retribuir os ternos sentimentos que lhe são oferecidos; que, inversamente, deve ponderar que chegou a sua vez de apresentar à mulher que o ama as exigências da moral social e a necessidade da renúncia, de a fazer abandonar os seus desejos, para, depois de ter dominado o lado animal do seu Eu, prosseguir o trabalho da análise.

Não atenderei, contudo, a estas expectativas, nem à primeira, nem à segunda. A primeira, porque não escrevo para a clientela, mas sim para médicos que se defrontam com sérias dificuldades, e também porque, neste caso, posso fazer remontar a prescrição moral à sua fonte, que são as conveniências. Encontro-me aqui na feliz posição de poder substituir a proibição moral por considerações de técnica analítica, sem qualquer alteração no resultado.

Ainda mais decididamente, recuso-me a atender à segunda expectativa que mencionei. Instigar a paciente a

suprimir ou a sublimar os seus desejos, no momento em que ela admitiu a transferência erótica, seria, não uma maneira analítica de lidar com eles, mas uma maneira insensata. Seria exatamente como se, após invocar mediante astutos encantamentos um espírito dos infernos, o mandássemos de volta para baixo, sem lhe ter feito uma única pergunta. Ter-se-ia, assim, trazido o recalco à consciência apenas para, assustados, o recalcar mais uma vez. Não nos devemos iludir sobre o êxito de qualquer procedimento deste tipo. Como sabemos, as paixões são pouco afetadas pelos discursos sublimes. A paciente apenas sentirá humilhação e não deixará de se vingar por causa desta.

Tão pouco posso advogar um caminho intermédio, que certas pessoas considerariam como especialmente engenhoso. Este consistiria em declarar que se retribuem os sentimentos amorosos da paciente, mas, ao mesmo tempo, evitando qualquer complementação física desta afeição, até que se possa orientar o relacionamento para canais mais calmos e elevá-lo a um nível mais alto. A minha objeção a este expediente é que o tratamento analítico se baseia no amor à verdade, residindo neste facto grande parte do seu efeito educativo e valor ético. É perigoso desviar-se deste fundamento. Todo aquele que se empenhou na técnica analítica não será mais 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 a estrita sinceridade dos nossos

pacientes, colocamos em perigo toda a nossa autoridade, se deixarmos que nos apanhem a desviarmos da verdade. Além disso, a experiência de se deixar levar um pouco por sentimentos ternos em relação à paciente não é inteiramente sem perigo. O controlo sobre nós próprios 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 pela análise da contratransferência.

Já deixei claro que a técnica analítica exige do médico que ele negue à paciente que anseia por amor a satisfação que esta exige. O tratamento deve ser levado a cabo na abstinência. Não se trata apenas de abstinência física, nem de privação de tudo o que a paciente deseja, pois talvez nenhuma pessoa enferma possa tolerar isto. Inversamente, considero que a necessidade e o desejo da paciente devem persistir, a fim de poderem servir de forças que a incitem a trabalhar e mudar. Devemos cuidar de não tentar apaziguar estas forças por meio de substitutos; o que então poderíamos oferecer não seria mais que uma aparência, pois a condição da paciente é tal que, até que os seus recalamentos sejam removidos, ela é incapaz de alcançar uma satisfação real.

Admitamos que o princípio de que o tratamento seja levado a cabo na abstinência se estenda muito para além do caso isolado que estamos aqui a considerar; e que necessite ser completamente debatido, a fim de podermos definir os limites da sua possível aplicação. Todavia, vou

me manter tão próximo 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 desta liberdade para retribuir o amor da paciente e acalmar a sua necessidade de afeição?

Se ele tivesse sido guiado pelo cálculo de que esta concordância da sua parte lhe garantiria o domínio sobre a paciente, o capacitaria a influenciá-la a realizar as tarefas exigidas pelo tratamento, libertá-la duradoiramente da sua neurose, então a experiência mostrar-lhe-ia inevitavelmente que o 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 uma divertida anedota, ao pastor e ao corretor de seguros. O corretor de seguros, livre-pensador, estava à beira da morte e os 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 abriu-se. O livre-pensador não tinha sido convertido, mas o pastor foi embora com um seguro.

Se os avanços da paciente fossem retribuídos, isso constituiria um grande triunfo para ela, mas uma derrota completa para a análise. A paciente teria tido sucesso contra aquilo com que a análise luta, a repetição, em ato (*acting out*), na vida real, do que apenas devia ser recordado como material psíquico e elaborado mentalmente. No

curso ulterior do relacionamento amoroso, ela acabaria por expressar todas as inibições e reações patológicas da sua vida erótica sem que houvesse qualquer possibilidade de corrigi-las; o episódio penoso terminaria em remorso e num grande fortalecimento da sua propensão para o recalçamento. Na verdade, a relação amorosa destrói o consentimento da paciente à influência da análise. Uma combinação das duas seria, pois, impossível.

Portanto é tão desastroso para a análise que o anseio de amor da paciente seja satisfeito, quanto que seja eliminado. O caminho que o analista deve seguir não é nenhum destes; é um caminho para o qual não existe modelo na vida comum. Ele tem de tomar cuidado para não se afastar do amor transferencial, repeli-lo ou torná-lo desagradável para a paciente; mas deve, de um modo igualmente resoluto, recusar-lhe qualquer retribuição. O analista deve manter o domínio do amor transferencial, mas tratá-lo como algo irreal, que a análise deve atravessar para remontar às origens inconscientes desse amor, e poder trazer à luz o que na vida erótica da paciente se encontra profundamente oculto para a consciência e o controlo exercido por esta. Quanto mais claramente o analista permite que se perceba que ele está à prova de qualquer tentação, mais prontamente poderá extrair da situação o seu conteúdo analítico. A paciente, cujo recalçamento sexual ainda não foi removido, mas simplesmente empurrado para um segundo plano, sentir-se-á, então, bastante segura para permitir que venham à luz as suas pré-condições para amar, todas as fantasias que

emergem dos seus desejos sexuais, todas as características pormenorizadas de seu estado amoroso. A partir daí, ela própria abrirá o caminho para as raízes infantis do seu amor.

É verdade que existe determinada classe de mulheres para quem esta tentativa de preservar a transferência erótica para os fins do trabalho analítico sem satisfazê-la não terá êxito. Trata-se de mulheres que não toleram outra coisa que as suas grandes paixões. São filhas da natureza que se recusam a aceitar que o psíquico venha no lugar do material, ou, nas palavras do poeta, que apenas são acessíveis à “lógica da sopa e ao argumento dos bolinhos”. [“Suppenlongik mit Knödelgründen”, de *Die Wanderraten* de Heine, transcrito erradamente por Freud: “Knödelargumenten”]. Com estas pessoas tem de se escolher entre retribuir o 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 de se bater em retirada, sem sucesso, e tudo o que se pode fazer é revolver na sua própria mente o problema de como é que uma capacidade de neurose se liga a tão obstinada necessidade de amor.

Muitos analistas estarão de acordo sobre o meio pelo qual outras mulheres, menos violentas no seu amor, podem ser gradualmente levadas a adotar a atitude analítica. O que fazemos acima de tudo é acentuar, para a paciente, o elemento inequívoco da resistência nesse amor. Como se diz, o verdadeiro amor devia torná-la dócil e intensificar a sua prestação na solução dos seus problemas,

simplesmente porque o homem de quem está enamorada espera isso dela. Neste caso, ela escolheria alegremente 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 um lugar adequado. Mas em vez disso, dizemos nós, ela mostra um espírito teimoso e rebelde, abrandando todo o interesse pelo tratamento e não sente claramente respeito pelas bem fundamentadas convicções do médico; expressa deste modo uma resistência através do disfarce de estar enamorada dele. Além disso, não se comove por colocar o médico numa situação difícil; se ele recusa o seu amor, como o dever e o entendimento da situação o compelem a fazer, ela pode representar o papel da mulher desprezada, e afastar-se dos esforços terapêuticos por vingança e ressentimento, exatamente como o seu amor ostensivo está a fazer.

Como segundo argumento contra a genuinidade desse amor, apresentamos o facto de ele não exibir uma só característica nova ou que tenha a sua origem na situação atual, mas compor-se inteiramente de repetições, cópias de reações anteriores, inclusive infantis. Isto prova-se mediante uma análise pormenorizada do comportamento amoroso da paciente.

Quando 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, desven-

dar a escolha infantil do objeto da paciente e as fantasias que se teceram em redor dele.

Gostaria agora de examinar estes argumentos com olhos críticos e levantar a questão de saber se, ao apresentá-los à paciente, estamos realmente a dizer a verdade, ou se não estamos desesperadamente a utilizar encoberimentos e deturpações. Noutras palavras: podemos verdadeiramente dizer que o estado de enamoramento que se manifesta no tratamento analítico não é real?

Acho que dizemos a verdade, mas não toda a verdade, se não atendermos às consequências. Dos nossos dois argumentos, o primeiro é o mais forte. O papel desempenhado pela resistência no amor transferencial é inquestionável e muito considerável. Mas a resistência não cria esse amor; ela encontra-o já pronto, à mão de semear, fazendo apenas uso dele e agravando as suas manifestações. Tão pouco a genuinidade do fenómeno deixa de ser provada pela resistência. O segundo argumento é muito mais fraco. É verdade que o amor consiste em novas reedições de antigas características e que ele repete reações infantis. Mas este é o carácter essencial de todo o estado amoroso. Não existe estado deste tipo que não reproduza protótipos infantis. É precisamente desta determinação infantil que recebe o seu carácter compulsivo, beirando, o patológico. O amor transferencial possui talvez um grau menor de liberdade que o amor que surge na vida comum e é chamado "normal"; ele exhibe a sua dependência do padrão infantil mais claramente e é menos adaptável

e capaz de modificação; mas isto tudo não constitui o essencial.

Através de que outros sinais pode a genuinidade de um amor ser reconhecida? Pela sua utilidade, a sua eficácia a alcançar o objetivo? A este respeito, o amor transferencial não parece ficar a dever nada a ninguém; tem-se a impressão de que, com ele, se pode obter qualquer coisa.

Resumamos, portanto. Não temos o direito de contestar que o estado amoroso que faz o seu aparecimento no tratamento analítico tenha o caráter de um amor verdadeiro. O parecer tão desprovido de normalidade é suficientemente explicado pelo facto de que estar enamorado na vida comum, fora da análise, é também mais semelhante aos fenómenos mentais anormais que aos normais. Não obstante, o amor transferencial caracteriza-se por certos aspetos que lhe asseguram uma 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 da consideração pela realidade, é menos sensato, menos interessado nas consequências e mais egoísta na sua avaliação da pessoa amada do que estamos preparados para admitir no caso do amor normal. Contudo, não devemos esquecer que esses afastamentos da norma constituem precisamente aquilo que é essencial a respeito do estar enamorado.

É a primeira destas três características do amor transferencial que constitui o fator decisivo da ação do analista. Foi ele que provocou este amor ao oferecer o tratamento

analítico a fim de curar a neurose. Para o analista, trata-se da consequência 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 preparou para nenhum outro método de cura. Após todas as dificuldades terem sido superadas, ela confessará muitas vezes ter tido uma fantasia antecipatória na altura em que começou o tratamento, no sentido de que, se ela se comportasse bem, seria recompensada no final pela afeição do médico.

Para o médico, os motivos éticos unem-se aos técnicos para o impedir de dar o seu amor à paciente. O objetivo que tem de manter em vista é que a essa mulher, cuja capacidade de amor está prejudicada por fixações infantis, deve adquirir o pleno controlo de uma função que lhe é de tão inestimável importância; que ela não deve dissipá-la no tratamento, mas mantê-la pronta para o momento em que, após o tratamento, as exigências da vida real se fazem sentir. A análise não deve encenar a situação de uma corrida de cães em que o prémio seria uma grinalda de salsichas, mas que um humorista estragou ao atirar uma única salsicha para a pista; o resultado foi que os cães se atiraram à salsicha e esqueceram tudo sobre a corrida e a grinalda que os atraía para a vitória distante. Não quero dizer que é sempre fácil ao médico manter-se 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 uma tarefa árdua. O amor sexual é indubitavelmente uma das mais importantes coisas da vida, e a satisfação mental e física do seu gozo constitui um de seus pontos culminantes. À parte alguns excêntricos fanáticos, todos sabem isso e conduzem a sua vida desta maneira; só a ciência parece refinada demais para o admitir. Por outro lado, quando uma mulher solicita amor, rejeitá-la é um papel penoso para um homem desempenhar. Apesar da neurose e da resistência, existe um fascínio incomparável numa mulher de elevados princípios que confessa a sua paixão. Não são os desejos cruamente sensuais da paciente que constituem a maior tentação. Até é provável que estes repugnem e possam ser encarados como um fenómeno natural exigindo a tolerância do médico. Talvez sejam os mais subtis e misteriosos desejos que emanam de uma mulher que podem fazer com que um homem esqueça a sua técnica e missão médica no interesse de uma bela experiência.

E, no entanto, o analista não pode ceder. Por mais alto que preze o amor, tem de prezar ainda mais a oportunidade de ajudar a sua paciente a passar por um estágio decisivo da sua vida. Ela tem de aprender com ele a ir além do princípio do prazer, a abandonar uma satisfação imediata, mas que é socialmente inaceitável, a favor de uma outra mais distante, talvez inteiramente incerta, mas psicológica e socialmente irrepreensível. Para conseguir esta superação, ela deve ser conduzida através do pri-

meio período do seu desenvolvimento mental e, nesse caminho, adquirir a parte adicional de liberdade mental que distingue a atividade mental consciente - no sentido sistemático - da inconsciente.

Assim, o psicoterapeuta analítico deve travar uma tripla batalha: na sua própria mente, contra as forças que procuram arrastá-lo para um nível abaixo da análise; fora desta, contra os opositores que contestam a importância da sexualidade e o impedem de fazer uso dela na técnica; e, dentro da análise, contra os pacientes que a princípio se comportam como opositores, mas depois sobrevalorizam a vida sexual que os domina tentando que o analista se torne cativo da sua paixão socialmente indomada.

O público leigo, sobre cuja atitude em relação à psicanálise falei no início, apossar-se-á sem dúvida deste debate sobre o amor transferencial como mais uma oportunidade de dirigir a atenção do mundo para o sério perigo deste método terapêutico. O psicanalista sabe que trabalha com forças altamente explosivas e que precisa de avançar com tanta cautela e escrúpulo quanto um químico. Mas em que momento é que os químicos foram proibidos de manejar as substâncias explosivas indispensáveis pelos seus efeitos? É digno de nota que a psicanálise tenha de conquistar para si própria todas as liberdades que foram há muito tempo concedidas a outras atividades médicas. Não sou favorável a abandonar os métodos inócuos de tratamento; em muitos casos, estes são suficientes. A sociedade humana tem de saber lidar com o *furor sanandi* como com qualquer outro fanatismo; mas

acreditar que as neuroses podem ser vencidas pela administração de mezinhas inócuas é subestimar grosseiramente esses distúrbios, tanto quanto à sua origem, como à sua importância prática. Não; na clínica médica haverá sempre lugar para o *ferrum* e para o *ignis*, lado a lado com as *medicinas*; da mesma maneira, não seremos capazes de passar sem uma psicanálise devidamente orientada, que não tenha medo de manejar os mais perigosos impulsos mentais e de obter o domínio sobre estes em benefício do paciente.

...

LISTA DOS TRABALHOS DE FREUD QUE TRATAM PRINCIPALMENTE DA TÉCNICA E TEORIA PSICANALÍTICA

A data ao início de cada título é a do ano durante o qual o trabalho foi provavelmente escrito. A data do final é a da publicação.

- 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 dos 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 Perspetivas Futuras da Terapia Psicanalítica (1910d)
- 1910 Psicanálise “Selvagem” (1910k)
- 1911 ‘O Manejo da Interpretação dos 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 (“dèjà 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 *Para Além do Princípio de Prazer, Capítulo III* (1920g)
- 1923 Considerações sobre a Teoria e a Prática da Interpretação dos Sonhos (1923c)
- 1926 *A Questão da Análise Leiga, Capítulo V* (1926e)
- 1932 *Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise, Conferência XXXIV* (1933a)
- 1937 Análise Terminável e Interminável (1937c)
- 1937 Construções em Análise (1937d)
- 1938 *Compêndio de Psicanálise, Capítulo VI* (1940a).

CONSTRUÇÕES NA ANÁLISE ³

Sempre dei grande crédito a um bem conhecido e sábio homem de ciência, pelo facto de ter tratado a psicanálise com justiça, numa época em que a maioria das pessoas não se sentia nesta obrigação. Mas, em determinada ocasião, expressou uma opinião sobre a técnica analítica que é ao mesmo tempo depreciativa e injusta. Declarou que, ao fornecermos interpretações a um paciente, tratamo-lo segundo o famoso princípio *Heads I win, tails you lose* [caras ganho eu, coroas perdes tu]. Isto equivale a dizer que, se o paciente concorda connosco, a interpretação está certa, mas se não concorda, esta contradição é apenas um sinal da sua resistência, o que novamente demonstra que estamos certos. Deste modo, temos sempre razão contra o pobre e desamparado infeliz que analisamos, pouco importando saber como ele reage ao que lhe é apresentado. Como é realmente verdade que um “não” dos nossos pacientes não é suficiente para nos fazer

3 KONSTRUKTIONEN IN DER ANALYSE

(a) EDIÇÕES ALEMÃS

1937 *Int. Z. Psychoanal.*, 23 (4), 459-69.

1950 *G. W.* 16, 43-56.

(b) TRADUÇÃO INGLESA:

'Constructions in Analysis'

1938 *Int. J. Psycho-Anal.*, 19 (4), 377-87. (Trad. de James Strachey.)

1950 *C. P.*, 5, 358-71.

abandonar uma interpretação, uma revelação como esta sobre a natureza da nossa técnica foi muito bem acolhida pelos opositores da análise. Por esta razão, vale a pena fornecer uma descrição pormenorizada do modo como estamos acostumados a avaliar o “sim” ou o “não” dos nossos pacientes durante o tratamento analítico, ou seja, a expressão do seu acordo ou desacordo. No decorrer desta apologia, o analista praticante não aprenderá naturalmente nada que já não saiba.

O trabalho da análise convida o paciente a levantar o recalçamento (emprego aqui este termo num sentido amplo) que pesa sobre o seu desenvolvimento infantil e a substituí-lo por respostas que correspondam a uma condição psíquica mais madura. Tendo este objetivo em vista, o sujeito vai recordando certas experiências que esqueceu. Sabemos que os seus atuais sintomas e inibições são a consequência de um recalçamento deste tipo; eles constituem um substituto da coisa esquecida. Que espécie de material é que o paciente põe à nossa disposição para o podermos colocar no caminho da recuperação do que foi perdido? Todo o tipo de material: recordações fragmentadas, sonhos, valiosíssimos em si, mas regra geral bastante deformados por todos os fatores relacionados com a sua formação. Com a “associação livre”, surgem ideias em que podemos descobrir alusões às representações recalçadas e afetos conexos, bem como reações contra estes. Finalmente, há a repetição do material recalçado, a qual se pode traduzir em comportamentos dentro ou fora da situação analítica, por vezes bastante

significativos, outras vezes triviais. A prática demonstrou, ainda, que a relação transferencial com o analista favorece o retorno do recalcado. É toda esta matéria-prima - se assim podemos dizer - que se tem de reunir para chegar àquilo que se procura.

Deste modo, procuraríamos um quadro fidedigno dos anos esquecidos do paciente, que seria, em todos os aspetos, completo. Devo aqui recordar que o trabalho analítico está dividido e é levado a cabo em dois lugares separados, e que envolve duas pessoas, cabendo a cada uma delas uma tarefa. Pode parecer momentaneamente estranho que um facto tão fundamental como este não tenha sido apontado há muito tempo, mas percebemos facilmente que, se não foi sublinhado, era por ser bem conhecido, por assim dizer, autoevidente; é esta trivialidade que ponho agora em relevo e examino com um propósito específico. Todos sabemos que a pessoa que está em análise é levada a recordar algo que experimentou e recalçou. Como os determinantes dinâmicos deste processo são muito interessantes, o que se passa do outro lado, o papel desempenhado pelo analista, foi deixado em segundo plano. Dado que o analista não experimentou nem recalçou nada do material considerado, a sua tarefa não pode ser a de recordar o passado. Em que consiste então? A encontrar a coisa esquecida a partir dos signos de que dispõe, mais corretamente, a construí-la. A oportunidade e o modo como transmitirá esta construção a quem está a ser analisado, bem como as explicações que a acompanharão, irão constituir o vínculo entre os dois

parceiros do trabalho analítico, o analista e o paciente. O trabalho de construção, ou, se preferirmos, de reconstrução, assemelha-se muito à escavação, por um arqueólogo, de uma morada destruída e soterrada, ou de um edifício antigo. Os dois processos são semelhantes, exceto pelo facto que o analista trabalha em melhores condições e tem mais material à sua disposição, já que aquilo com que lida não está morto, mas vivo. Talvez também haja uma outra razão. Tal como o arqueólogo que ergue as paredes do prédio a partir dos alicerces que permaneceram de pé, que determina o número e a posição das colunas pelas depressões no chão, que reconstrói as decorações e as pinturas murais a partir dos restos encontrados nos escombros, assim, também, procede o analista, quando extrai as suas inferências dos fragmentos de lembranças, das associações e do comportamento do sujeito em análise. Ambos possuem um direito indiscutível de reconstruir por meio da substituição e combinação dos restos que sobreviveram. Para mais, ambos estão sujeitos a muitas das mesmas dificuldades e fontes de erro. Um dos mais melindrosos problemas com que se defronta o arqueólogo é a determinação da idade dos seus achados, por exemplo, se um objeto aparece num certo nível do solo, resta decidir se ele pertence a esse nível ou se foi trazido para lá em consequência de alguma perturbação. É fácil imaginar as dúvidas correspondentes que surgem no caso das construções analíticas.

Como dissemos, o analista trabalha em condições mais favoráveis que o arqueólogo, já que dispõe de um mate-

rial diferente do das escavações, por exemplo, repetições de reações infantis, e do que a transferência traz associado a estas repetições. Além disso, o escavador lida com objetos destruídos, dos quais grandes e importantes partes certamente se perderam, devido à violência mecânica, ao fogo ou ao saque. Mas, depois da descoberta, não há esforço que possa garantir que aquilo que se perdeu consegue ser achado e unido aos restos que permaneceram. O único recurso é o da reconstrução, que frequentemente só pode atingir um certo grau de probabilidade. Não é isso que se passa com o objeto psíquico do sujeito do qual o analista procura a história. Defrontamo-nos geralmente aqui com uma situação que ocorre em raras circunstâncias com um objeto arqueológico, como as ruínas de Pompeia ou o túmulo de Tutankhamon. Todos os elementos essenciais ficaram preservados; mesmo o que parece completamente perdido está presente, de alguma maneira e nalgum lugar, tendo apenas sido enterrado e tornado inacessível. É de duvidar que uma estrutura psíquica possa ser totalmente destruída. Depende exclusivamente do trabalho analítico ser capaz de trazer à luz o que se oculta. Existem apenas dois dados que pesam contra a extraordinária vantagem de que desfruta o trabalho da análise, a saber, que os objetos psíquicos são incomparavelmente mais complexos que os objetos materiais, e que ainda possuímos um conhecimento insuficiente do que esperamos encontrar, uma vez que a estrutura íntima do objeto psíquico permanece misteriosa. A nossa comparação entre estas duas formas de trabalho não pode

ir além deste ponto; mas a principal diferença entre elas reside no facto que, para o arqueólogo, a reconstrução é o objetivo final dos seus esforços, ao passo que, para o analista, a construção constitui apenas um trabalho preliminar.

II

A construção não é, porém, um trabalho preliminar no sentido que tudo deve estar terminado antes do trabalho seguinte começar, como é o caso com a construção de casas, onde as paredes devem ser erguidas e as janelas inseridas antes de proceder à decoração interna das divisões. O analista sabe que as coisas acontecem de modo diferente na análise, pois os dois trabalhos são executados lado a lado, um deles um pouco à frente e o outro logo a seguir. O analista completa a construção com um fragmento e comunica-a ao sujeito de forma a agir sobre este; ele constrói constantemente, ainda que lide sempre da mesma maneira com o material, prosseguindo, assim, de modo alternado, até ao fim. Se nas descrições da técnica analítica se fala tão pouco de “construções”, isso deve-se ao facto que se prefere falar das “interpretações” e seus efeitos. Mas acho que “construção” é um termo mais adequado para descrever o que se passa no conjunto. A interpretação incide sobre um fragmento isolado, tal como um lapso ou um ato falhado. Há construção quando se preenche uma lacuna e se leva o sujeito a encontrar a sua posição na sua história, aproximadamente como

no seguinte exemplo: "Até os onze anos de idade você imaginava ser o único e ilimitado possuidor da sua mãe; quando nasceu um outro bebê, teve uma grande desilusão. A sua mãe deixou-o durante algum tempo e, após ter reaparecido, nunca mais se dedicou exclusivamente a si. Os seus sentimentos para com ela tornaram-se ambivalentes, e o seu pai adquiriu uma nova significação..."; e assim por diante.

A atenção deste meu artigo está voltada exclusivamente para o trabalho preliminar das construções. Surge, então, a questão de saber que garantia temos, enquanto trabalhamos nessas construções, de que não cometemos erros e arriscamos o sucesso do tratamento pela apresentação de uma construção incorreta. Pode parecer impossível que se consiga dar uma resposta a esta questão para todos os casos; mas, antes deste debate, posso dar uma informação reconfortante que provém da experiência analítica, uma vez que esta ensina que nenhum dano é causado se, ocasionalmente, cometemos um erro ou comunicamos ao paciente uma construção falsa, como se fosse a verdade histórica provável. É natural que haja aqui um desperdício de tempo, e que aquele que não faz mais do que apresentar ao paciente construções falsas não crie uma boa impressão, nem leve o tratamento muito longe; mas um erro isolado não causa prejuízo. O que realmente se passa neste caso é que o paciente não é tocado pelo que lhe foi apresentado, não diz "sim", nem "não". Isto pode significar que sua resposta foi adiada; porém, se nada mais se desenvolve, podemos concluir que houve

equivoco, e admitimo-lo para o paciente num momento oportuno, sem sacrificar a nossa autoridade. Esta oportunidade surge quando vem à luz um novo material que nos permita fazer uma melhor construção e corrigir deste modo o nosso erro. Abandona-se, então, a falsa construção como se ela nunca tivesse existido, e, na verdade, ficamos até frequentemente com a impressão - peço aqui emprestadas as palavras a Polónio – que a isca da falsidade fisgou a carpa da verdade (cf. *Hamlet*). O perigo de desencaminharmos um paciente pela sugestão, persuadindo-o a aceitar algo em que nós próprios acreditamos, mas que ele não devia aceitar, foi enormemente exagerado. Um analista teria de se comportar muito mal antes que este infortúnio pudesse dominá-lo; acima de tudo, teria de se culpar por não permitir que os seus pacientes tenham a oportunidade de falar. Posso garantir, sem me gabar, que este tipo de abuso nunca ocorreu na minha prática clínica.

Decorre do que foi dito que não estamos de modo nenhum inclinados a desprezar as indicações que se podem tirar da reação do paciente à comunicação de uma das nossas construções. O assunto merece ser examinado com mais pormenor, pois também é verdade que não aceitamos o “não” de um analisando pelo seu valor nominal; pelas mesmas razões, não aceitamos o seu “sim”. Mas não se justifica que nos acusem de deformarmos invariavelmente as suas observações, transformando-as em confirmações. Na realidade, as coisas não são tão simples,

não sendo mesmo fácil para nós próprios chegar a uma conclusão.

Um simples “sim” do paciente não deixa de ser ambíguo. Na verdade, pode significar que reconhece que a construção apresentada está correta, mas pode também não ter sentido ou, mesmo, ser “hipócrita”, uma vez que a resistência pode dar o seu voto a uma verdade que não foi descoberta. O “sim” não possui um valor em si, a menos que seja seguido de confirmações indiretas; depois do “sim”, o paciente pode trazer novas lembranças que completem e ampliem a construção. Neste caso, consideramos que o “sim” correspondeu ao problema.

O “não” do analisando é tão ambíguo quanto o seu “sim”, na verdade, de menor valor ainda. Só em poucos casos é que mostra ser a expressão de um legítimo desacordo. Mais frequentemente expressa uma resistência que pode ser evocada pelo tema geral da construção; pode também surgir de um outro fator da complexa situação analítica. Portanto, o “não” de um paciente pode ser compatível com uma construção sem provar que esta seja verdadeira. Como toda a construção incompleta apenas abrange um fragmento do que foi esquecido, podemos supor que o paciente não responde ao que lhe foi dito, mas fundamenta a sua oposição na parte que ainda não foi revelada. Regra geral, não dará o seu assentimento até que tenha sabido toda a verdade, a qual se estende por um campo bastante mais vasto. Desta maneira, a única interpretação segura do seu “não” é que este aponta para

a incompletude. Então, não há dúvida de que a construção não disse tudo.

As respostas diretas do paciente depois que lhe ter sido comunicada uma construção fornecem muito poucas provas para saber se acertámos ou errámos. É sobretudo importante que existam formas indiretas de confirmação, sob todos os aspetos mais fidedignas. Uma delas é uma expressão usada com pouca variação pelas mais diversas pessoas: “nunca pensei” (ou “nunca teria pensado”) “isso” (ou “nisso”). Sem qualquer hesitação, pode ser traduzida por: “Sim, é nisso que penso”. Infelizmente, esta fórmula chega mais frequentemente aos ouvidos do analista depois de interpretações isoladas, do que depois de uma longa construção. Uma confirmação igualmente valiosa é feita (desta vez positivamente) quando o paciente associa algo que contém, ou é semelhante ou análogo ao conteúdo da construção. Em vez de extrair um exemplo destes de uma análise (o que seria fácil de achar, mas longo a relatar), prefiro falar de uma pequena experiência extra-analítica que apresenta bem uma situação semelhante, contendo um efeito quase cómico. Esta experiência está relacionada como um dos meus colegas na clínica médica do qual dei consultas há muito tempo. Um dia, ele trouxe-me a jovem esposa que estava a criar-lhe problemas: ela recusava-se, sob toda a espécie de pretextos, a ter relações sexuais com ele. O que ele esperava de mim era que eu lhe expusesse as consequências do seu imprudente comportamento. Fui diretamente ao assunto explicando que a sua recusa traria provavelmente maus

resultados para a saúde do seu marido, ou o deixaria exposto a tentações que podiam conduzir à rutura do casamento. Então, ele interrompeu subitamente a minha observação dizendo: "O inglês a quem diagnosticou um tumor no cérebro também faleceu." A princípio, a sua observação pareceu incompreensível; aquele "também" era um mistério, pois não faláramos de ninguém que tivesse morrido. Pouco tempo depois, compreendi. Evidentemente, que estava pretendendo confirmar o que eu dissera; estava querendo dizer "Sim, tem toda a razão. O seu diagnóstico também foi confirmado no caso do outro paciente." É um excelente paralelo das confirmações indiretas que obtemos na análise a partir das associações. Não tentarei negar que, da parte do meu colega, havia também outros pensamentos com importância na determinação da sua observação.

Confirmações indiretas oriundas de associações que se ajustam ao conteúdo de uma construção – como o "também" da minha história - fornecem uma base valiosa para avaliar se a construção tem probabilidade de ser confirmada no decorrer da análise. É particularmente notável quando, por meio de um ato falhado, uma confirmação deste tipo se insinua através de uma negação direta. Publiquei outrora, num outro lugar, um belo exemplo destes. O nome "Jauner" (familiar em Viena) surgia repetidamente nos sonhos de um de meus pacientes, sem que uma explicação suficiente aparecesse nas suas associações. Finalmente interpretei, afirmando que, quando ele dizia "Jauner", queria provavelmente dizer "Gauner"

[velhaco ou patife]; ao que prontamente replicou: “Isso parece demasiado “jewagt” [em vez de “gewagt”, ousado]. Uma outra vez, quando sugeri a um paciente que achava certos honorários muito altos, ele quis negar a sugestão com as seguintes palavras: “Dez dólares não são nada para mim”; mas, em vez de dólares, inseriu uma moeda de menor valor e disse: “dez xelins”.

Se uma análise é dominada por poderosos fatores que levem a uma reação terapêutica negativa, tais como o sentimento de culpa, a necessidade masoquista de sofrer ou a repugnância em receber auxílio do analista, o comportamento do paciente, depois que lhe foi oferecida uma construção, permite-nos frequentemente, e com maior facilidade, chegar a uma conclusão. Se a construção é errada, não há mudança, mas, se ela é correta ou está próxima da verdade, ele reage com um inequívoco agravamento dos seus sintomas e estado geral.

Podemos resumir o assunto afirmando que não se justifica a crítica que as nossas construções desprezam ou subestimam a importância da atitude dos analisandos. Prestamos-lhes atenção e, com frequência, retiramos informações valiosas. Mas as reações do paciente raramente deixam de ser ambíguas, não permitindo fazer um julgamento definitivo. Só a continuação da análise é capaz de decidir se as nossas construções são corretas ou inúteis. Não pretendemos que uma única construção seja mais do que uma conjetura que aguarda exame, confirmação ou rejeição. Não reivindicamos nenhuma autoridade para ela, nem exigimos o acordo direto do pacien-

te; não discutimos com ele, caso a princípio a negue. Em suma, conduzimo-nos segundo o modelo da conhecida personagem de uma das farsas de Nestroy - o criado que tem sempre nos lábios uma resposta para qualquer questão ou objeção: "Tudo se irá tornar claro no decorrer dos futuros desenvolvimentos."

III

Não vale a pena descrever como isto ocorre no processo da análise, o modo como a nossa conjetura se transforma numa convicção do paciente. Tudo isto é familiar à experiência quotidiana do analista e fácil de compreender. Um único ponto exige investigação e explicação. O caminho que parte da construção do analista devia terminar na recordação do paciente, mas nem sempre conduz tão longe. Com bastante frequência, não conseguimos que o paciente recorde aquilo que foi recalcado. Mas uma análise bem conduzida, convence da verdade da construção, o que, do ponto de vista terapêutico, tem o mesmo valor que uma recordação recapturada. O problema de saber as circunstâncias em que isto se processa, e como é possível que aquilo que parece um substituto incompleto produza um resultado tão importante, constitui tema para uma posterior investigação.

Concluo este meu breve artigo com algumas considerações que abrem uma perspectiva mais ampla. Em certas análises, fiquei impressionado pelo modo como a comunicação de uma construção apropriada fez emergir nos

pacientes um fenómeno surpreendente e, a princípio, incompreensível. Eles recordam-se de maneira muito viva - que descreveram como “ultraclara” -, não do acontecimento que era objeto da construção, mas de pormenores relativos a este. Por exemplo, recordam, com anormal nitidez, os rostos das pessoas presentes, ou as salas em que este podia ter acontecido, ou os móveis das salas, que naturalmente a construção não podia conhecer. Isto passa-se em sonhos e estados de vigília semelhantes às fantasias, depois de uma construção ter sido apresentada. Como estas recordações não levaram a mais nada, é plausível considerá-las como sendo uma conciliação [com o analista]. Uma vez ativado pela comunicação da construção, o retorno do recalcado esforça-se por encaminhar os traços mnésicos até à consciência; mas a resistência consegue, não deter esse movimento, mas deslocá-lo para elementos adjacentes e com menor significação.

Estas recordações podiam ser alucinações, se à sua clareza se tivesse acrescentado a crença nos elementos concretos. A importância desta analogia pareceu maior quando observei que verdadeiras alucinações ocorriam ocasionalmente noutros pacientes que não eram psicóticos. O meu pensamento progrediu da seguinte forma: talvez seja uma característica geral das alucinações – fenómeno ao qual não se prestou ainda a devida atenção – que aquilo que a criança viu ou ouviu numa época em que ainda não sabia falar, que viveu e depois esqueceu, volte através delas e force o caminho até à consciência, provavelmente deformado e deslocado pelas forças que

se opõem a esse retorno. A estreita relação entre as alucinações e as formas específicas da psicose fez com que a nossa linha de pensamento pudesse ser levada mais além. Pode ser que os próprios delírios em que as alucinações estão constantemente inseridas sejam menos independentes do impulso inconsciente ou do retorno do recalcado do que geralmente presumimos. Regra geral, acentuamos dois fatores no mecanismo de um delírio: o afastamento do mundo real e das suas forças motivadoras, por um lado, e, pelo outro, a influência exercida pela realização do desejo sobre o conteúdo do delírio. Mas não poderá antes acontecer que o processo dinâmico seja que o retorno do recalcado se sirva do afastamento da realidade para forçar o conteúdo a entrar na consciência, ao mesmo tempo que as resistências que despertam neste processo, e a tendência à realização do desejo partilham a responsabilidade pela deformação e o deslocamento do que é recordado? Afinal de contas, este é o mecanismo familiar dos sonhos, que a intuição igualou à loucura desde os tempos mais remotos.

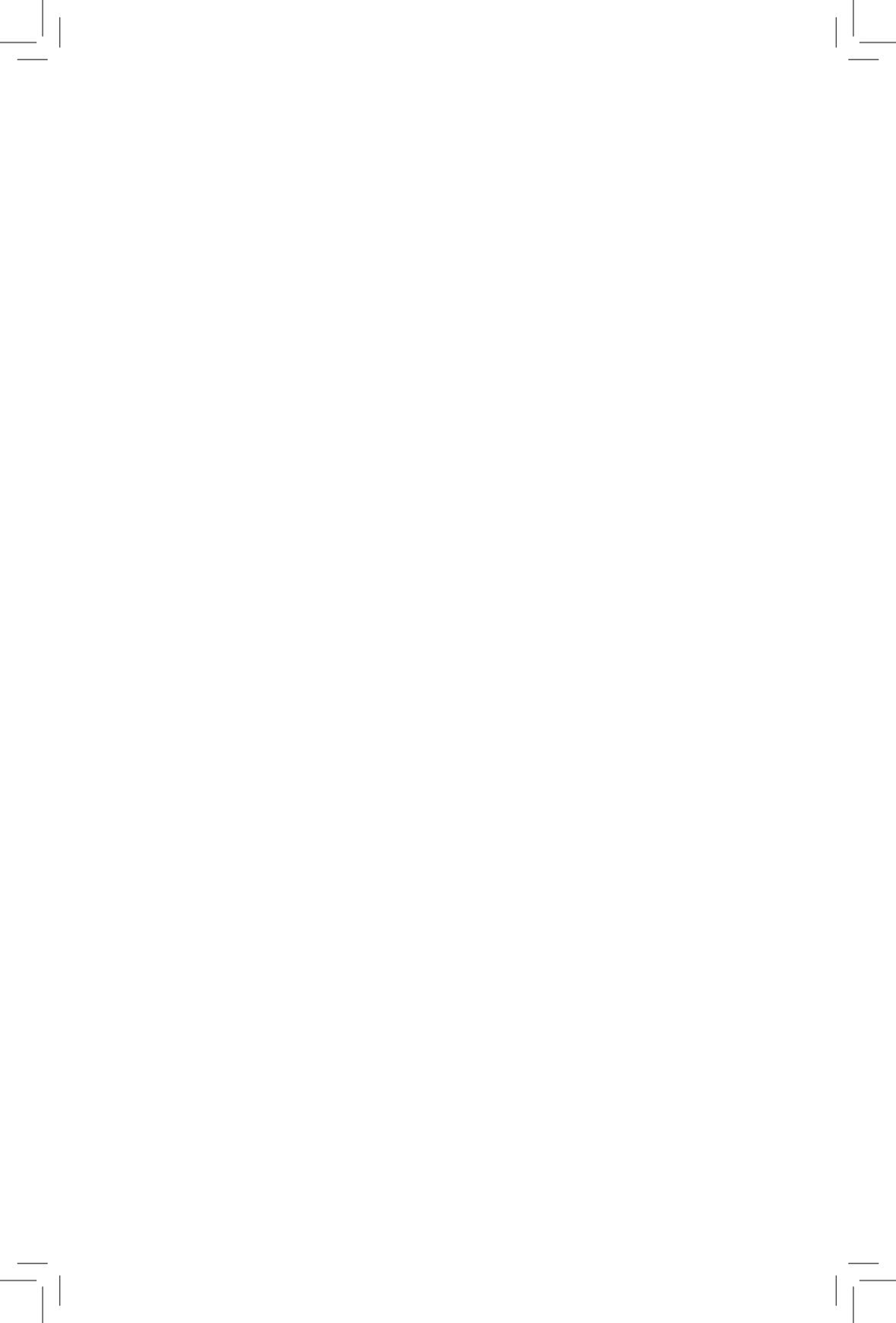
Esta concepção dos delírios não é, penso eu, inteiramente nova; não obstante, ela dá ênfase a um ponto de vista que geralmente não vem para o primeiro plano. Não há apenas método na loucura como o poeta já percebera, mas também um fragmento de verdade histórica, sendo plausível supor que a crença compulsiva que se liga aos delírios retire a sua força de fontes infantis desse tipo. Tudo o que posso dizer por hoje em apoio desta teoria é que se trata de reminiscências, não de novas inscrições.

Valeria provavelmente a pena fazer uma tentativa para estudar os casos deste distúrbio com base nas hipóteses aqui apresentadas, e proceder ao seu tratamento segundo essas mesmas linhas. Abandonaríamos o esforço inglório de tentar convencer o paciente do erro do seu delírio, e da sua contradição com a realidade; ao contrário, o reconhecimento do núcleo de verdade do delírio abriria um campo comum sobre o qual o trabalho terapêutico poderia desenvolver-se. Este trabalho consistiria em libertar o fragmento da verdade histórica das suas deformações e ligações com o presente, e conduzi-lo de volta para o passado a que pertence. A transposição do material do passado esquecido para o presente, ou para uma expectativa futura, é habitual nos neuróticos, não menos do que nos psicóticos. Com frequência, quando um neurótico é levado por um estado de ansiedade a ficar à espera de algum acontecimento terrível, está simplesmente sob a influência da lembrança recalçada (que procura entrar na consciência, mas que não se pode tornar consciente) de algo de terrificante que aconteceu naquela ocasião. Acredito que adquiriríamos um mais significativo e valioso conhecimento a partir de um trabalho deste tipo com psicóticos, mesmo que este não conduza a nenhum sucesso terapêutico.

Sei que é de pouca utilidade tratar um assunto tão importante como este da maneira apressada que empreguei. Porém, não pude resistir à sedução de uma analogia. Os delírios dos pacientes parecem ser os equivalentes das construções que erguemos no decurso do tratamento

analítico: tentativas de explicação e de cura, embora seja verdade que estas, nas condições da psicose, não possam fazer mais do que substituir o fragmento de realidade que foi rejeitado para o passado remoto. Será a tarefa de cada investigação individual revelar as conexões íntimas que existem entre o material do recalçamento atual e o do recalçamento originário. Tal como a nossa construção só é eficaz se recuperar um fragmento da experiência esquecida, também o delírio deve o seu poder de convicção ao elemento de verdade histórica que insere no lugar da realidade rejeitada. Desta maneira, a minha ideia original sobre a histeria aplicar-se-ia também aos delírios, ou seja, que aqueles que lhes estão sujeitos sofrem das suas próprias reminiscências. Bem entendido que nunca pretendi, através desta breve fórmula, discutir a complexidade da causa da doença, ou excluir dela muitos outros fatores.

Se substituirmos o indivíduo isolado pela humanidade como um todo, descobriremos que também ela desenvolveu delírios inacessíveis à crítica lógica, que contradizem a realidade. Se, apesar disso, estes delírios são capazes de exercer um poder extraordinário sobre os homens, a investigação conduz à mesma explicação que no caso do indivíduo. Eles devem esse seu poder ao fragmento de verdade histórica que trouxeram à tona a partir do recalçamento primordial do real.



ANÁLISE TERMINÁVEL E INTERMINÁVEL⁴

I

A experiência ensinou-nos que a terapia psicanalítica - a superação dos sintomas, inibições e outras perturbações de um sujeito de caráter neurótico - consome muito tempo. Deste modo procedeu-se a várias tentativas para reduzir o tempo de duração da análise. Estes esforços não precisavam de ser justificados, pois podia-se alegar que se apoiavam nas mais fortes considerações da razão e da conveniência. Provavelmente também havia neles um traço do desprezo impaciente com que a ciência médica de outros tempos encarou as neuroses, considerando-as doenças imaginárias e inoportunas. Mas agora que se foi obrigado a reconhecer a existência das neuroses, alguns tentam livrar-se delas do modo mais rápido possível.

Neste sentido foi realizada uma tentativa particularmente marcante por Otto Rank, após a publicação do

4 DIE ENDLICHE UND DIE UNENDLICHE ANALYSE

(a) EDIÇÕES ALEMÃS:

1937 *Int. Z. Psychoanal.*, 23 (2), 209-40.

1950 *G. W.*, 16, 59-99.

(b) TRADUÇÃO INGLESA:

'*Analysis Terminable and Interminable*'

1937 *Int. J. Psycho-Anal.*, 18 (4), 374-405. (Trad. de Joan Riviere.)

1950 *C.P.* 5, 316-57.

seu livro *O Traumatismo do Nascimento* (1924). Ele partiu da suposição que a verdadeira origem da neurose residia no nascimento, uma vez que envolvia a possibilidade da “fixação originária” da criança à mãe não ser superada ou persistir como o “recalcado primordial.” Rank tinha a esperança de que se tratássemos este primeiro trauma através de uma análise subsequente, ficaríamos livres de todas as neuroses. Este fragmento de trabalho analítico pouparia o resto, e bastariam alguns meses para realizar uma tal tarefa. Não vou discutir se o argumento de Rank era audaz e engenhoso, direi apenas que não suportou o exame crítico. Como produto da sua época, concebido na tensão entre a miséria do pós-guerra na Europa e a “prosperity” dos Estados Unidos, foi projetado para adaptar o ritmo da terapia psicanalítica à pressa da vida americana. Não se ouviu muito falar do que Rank fez pelos doentes; provavelmente, não fez mais nada do que faria um Corpo de Bombeiros que, chamado a socorrer uma casa que se incendiou devido a uma lâmpada de óleo caída no chão, se contentasse em retirar a lâmpada do quarto em que o fogo começou. Não há dúvida é que, por este meio, conseguir-se-ia uma considerável diminuição das atividades dos bombeiros. A teoria e a prática do experimento de Rank são hoje coisas do passado, como a prosperidade americana.

Antes mesmo da guerra também adotei uma maneira de acelerar o tratamento analítico. Seguiu nessa época um jovem russo, um homem estragado pela opulência, que chegara a Viena num estado de completo desamparo,

acompanhado por um médico particular e um assistente. Em poucos anos foi possível devolver-lhe uma grande parte da sua independência, despertar o seu interesse pela vida e proceder a um ajustamento das suas relações pessoais mais importantes. No entanto, o progresso interrompeu-se aí. Não foi possível ir mais longe no esclarecimento da neurose da sua infância, na qual assentava a posterior. O paciente considerava a sua situação como sendo altamente confortável e não desejava dar qualquer passo em frente que o levasse para mais próximo do final do tratamento. Era um caso de tratamento que se inibia a si próprio; corria, pois, o perigo de fracassar em consequência do seu - parcial - sucesso. Neste dilema, recorri à medida heroica de fixar um limite de tempo para a análise. No início do ano, informei o paciente de que esse era o último ano do seu tratamento, não importando o que haveria de conseguir durante o tempo que ainda lhe restava. A princípio, não acreditou em mim, mas, assim que se convenceu que eu falava a sério, a mudança desejada verificou-se. As suas resistências definharam e, nesses últimos meses do seu tratamento, foi capaz de reproduzir as lembranças e de descobrir as conexões necessárias para a compreensão da sua neurose infantil e o domínio da atual. Quando me deixou, em meados do verão de 1914, suspeitando tão pouco quanto nós do que se iria passar, acreditei que a sua cura fora radical e permanente.

Já disse que me enganara numa nota de rodapé acrescentada em 1923 à história clínica deste paciente. Quando no fim da guerra ele voltou a Viena, pobre e refugiado,

tive de o ajudar a dominar uma parte da transferência que não tinha sido resolvida. Esta tarefa foi realizada em alguns meses, e pude terminar a minha nota de rodapé com a declaração que, “desde então, o paciente tem-se sentido normal e comportado de um modo não excepcional, apesar da guerra o ter despojado do seu lar, das suas posses e de todos os relacionamentos familiares.” Passaram-se quinze anos sem que este veredicto tenha sido refutado, mas certas reservas tornaram-se necessárias. O paciente permaneceu em Viena, onde manteve um lugar na sociedade, ainda que humilde. Durante esse período, o seu bom estado de saúde interrompeu-se várias vezes por crises que foram interpretadas como ramificações da antiga neurose. Graças à perícia de uma de minhas alunas, a Dra. Ruth Mack Brunswick, algumas consultas foram pondo momentaneamente fim a esses episódios críticos. Tenho esperança que a Dra. Mack Brunswick publique em breve o sucedido. Algumas das crises do paciente ainda estavam relacionadas com resíduos da transferência; quando isso acontecia, por efémeras que fossem, apresentavam um carácter declaradamente paranoico. Outras vezes, o material patogénico consistia em fragmentos da história infantil que não tinham vindo à luz enquanto eu o analisava, e que agora se desprendiam - a comparação é inevitável - como suturas depois de uma operação, ou pequenos fragmentos de osso necrosado. Considerarei que a história do restabelecimento deste paciente era menos interessante do que a da sua doença.

Ainda utilizei a fixação de um limite de tempo noutros casos, levando também em conta a experiência de colegas. Mas só pode haver um veredicto sobre o valor desta chantagem: ela seria eficaz desde que se acertasse no tempo correto; só que nunca podemos garantir a realização completa da tarefa. Pelo contrário, embora uma parte do material se torne acessível sob a pressão da ameaça, outra parte será certamente retida e, assim, ficará sepultada, perdida para os esforços terapêuticos. Uma vez que o analista fixou um limite de tempo, não pode mais ampliá-lo, pois o paciente perderia toda a fé nele. A saída mais óbvia para o paciente seria continuar o tratamento com um outro analista, mas sabemos que esta mudança envolveria uma perda de tempo e o abandono dos frutos do trabalho já realizado. Também não se pode estabelecer qualquer regra geral quanto ao momento oportuno para recorrermos a este artifício técnico; a decisão deve ser deixada ao tato do analista. Mas não é possível retificar um erro de cálculo. O ditado que diz que o leão só salta uma vez deve ser aplicado aqui.

II

A discussão técnica de saber como acelerar o lento progresso de uma análise conduz a uma outra questão, bastante mais interessante: existe algo que possamos chamar "fim da análise"; e existe alguma possibilidade de levar uma análise até este término? A julgar pela conver-

sa comum dos analistas, parece que sim, pois, quando deploram ou desculpam as imperfeições de um colega, ouvimos frequentemente dizer: “a sua análise não terminou”, ou “ele nunca foi analisado até ao fim.”

Primeiro, há que decidir do significado da ambígua expressão “fim da análise.” De um ponto de vista prático é fácil responder. Uma análise termina quando o analista e o paciente deixam de se encontrar para a sessão analítica. Isto acontece quando duas condições foram aproximadamente preenchidas: em primeiro lugar, que o paciente não sofra mais dos seus sintomas, tenha superado a sua ansiedade e inibições; em segundo lugar, que o analista julgue que a maior parte do material recalcado se tornou consciente, e que foi compreendida tanta coisa ininteligível, vencidas tantas resistências internas, que já não há necessidade de temer mais uma repetição do processo patológico. No caso de certas dificuldades externas impedirem este processo de alcançar o seu objetivo é melhor falar de uma análise incompleta, em vez de uma análise inacabada.

O outro significado do termo “fim da análise” é muito mais ambicioso. O que procuramos neste sentido é saber se o analista exerceu uma influência tão poderosa sobre o paciente que não se pode mais esperar uma mudança, caso a análise fosse prosseguida. É como se a análise permitisse chegar a um nível de absoluta normalidade psíquica, capaz de permanecer estável para sempre; como se ela tivesse conseguido levantar todos os recalcamientos, preencher todas as lacunas da memória do paciente.

O que podemos fazer primeiramente é consultar a nossa experiência para indagar se tais coisas acontecem de facto, e, depois, voltar à nossa teoria, para descobrir se há uma possibilidade de virem a acontecer.

Todo o analista já tratou de casos que apresentaram este gratificante desfecho. Conseguiu-se esclarecer o distúrbio neurótico do paciente, que nunca mais voltou, nem foi substituído por nenhuma outra perturbação. Houve também lugar para a compreensão interna dos determinantes do sucesso terapêutico. Constatou-se para mais que o ego do paciente não foi muito alterado e que pôde ultrapassar o trauma que esteve na origem da sua neurose. O problema é que a etiologia do sintoma neurótico é mista.

Por um lado, existe a força das pulsões, o facto de estas serem ou não recalcitrantes à sua dominação pelo ego; por outro lado, existem os efeitos dos traumas precoces que o ego imaturo foi incapaz de dominar. Regra geral, há uma combinação dos dois fatores, o constitucional e o accidental. Quanto mais forte for o fator constitucional, mais prontamente um trauma conduzirá a uma fixação que perturba o desenvolvimento; quanto mais forte for o trauma, mais os seus efeitos prejudiciais se tornarão manifestos, mesmo quando a situação pulsional é normal. O tratamento psíquico é mais bem sucedido quando a etiologia é do tipo traumático; graças ao fortalecimento do ego do paciente, consegue substituir, por uma solução correta, a decisão inadequada que foi tomada precocemente na vida. Apenas se deve falar de "tratamento

terminado” neste caso. Elucidou tudo o que devia e não necessita prosseguir. Mas se o paciente que foi tratado desta maneira não adoece mais, ficamos, no entanto, sem saber se a sua imunidade é ou não é devida a um destino bondoso que lhe poupou provações demasiadamente severas.

A força constitucional de uma pulsão e a alteração desfavorável do ego adquirida na luta defensiva contra esta, através do deslocamento e da condensação, são os fatores que mais pesam na eficácia ou não do tratamento, logo que podem contribuir para que este se torne interminável. Fica-se tentado a fazer do primeiro fator – a força da pulsão – o responsável pelo surgimento do segundo - a alteração do ego -, mas este último possui a sua própria etiologia. Na verdade, temos de admitir que o nosso conhecimento destes assuntos ainda é insuficiente. Só recentemente é que começaram a ser matéria de estudo psicanalítico. Neste campo, parece-me que o interesse dos analistas ainda está mal orientado. Em vez de perguntar como se processa a cura pela análise (assunto que penso ter sido suficientemente esclarecido), devia-se questionar quais são os obstáculos que aparecem no caminho desta. Isto conduz-me a dois problemas surgidos diretamente da clínica, como espero demonstrar pelos exemplos que se seguem. Certo homem que praticou a análise com grande sucesso chegou à conclusão de que as suas relações com os homens e as mulheres - com os homens que eram os seus rivais e com as mulheres que amava - não estavam livres de impedimentos neuróticos;

por esta razão, resolveu submeter-se a uma análise com alguém que considerava superior a si. Esta iluminação crítica do seu próprio Eu obteve um bom resultado. Casou-se com a mulher que amava e tornou-se amigo e mestre dos seus supostos rivais. Muitos anos se passaram deste modo, durante os quais as suas relações com o antigo analista permaneceram também desanuviadas. Mas um dia, sem qualquer razão externa atribuível, surgiram os problemas. O homem incompatibilizou-se com o seu analista e censurou-o por ter falhado ou não ter conduzido a sua análise até ao fim. O analista, dizia ele, devia ter levado em consideração o facto de uma relação transferencial nunca poder ser puramente positiva; devia ter prestado atenção à possibilidade de uma transferência negativa. O analista justificou-se dizendo que, na época da análise, não havia sinal de transferência negativa. Mas, mesmo que tivesse falhado na observação de certos sinais muito débeis dela - o que não estava inteiramente excluído, considerando o horizonte limitado da análise naqueles primeiros dias -, ainda era duvidoso que teria tido o poder de ativar um tema (ou, como dizemos, um "complexo"), simplesmente por este não estar ativo no paciente naquela ocasião. Ativá-lo exigiria certamente um comportamento pouco amigável da parte do analista. Para mais, nem toda a boa relação entre um analista e o seu paciente, durante e após a análise, deve ser concebida como transferencial; existem também relações realmente amistosas que provam ser viáveis.

Passo agora ao meu segundo exemplo, que levanta o mesmo problema. Uma mulher solteira, já não muito jovem, foi prejudicada na sua vida desde a puberdade por uma incapacidade de caminhar, devido às severas dores que sentia nas pernas. O seu estado era de natureza histerica e desafiou muitos tipos de tratamento. Uma análise que durou três quartos do ano removeu o problema e devolveu à paciente, pessoa excelente e capaz, o seu direito a participar na vida. Mas foi sistematicamente desafortunada nos anos que seguiram o restabelecimento. A sua família foi atingida por várias desgraças, perdas financeiras e, à medida que ficava mais velha, ela via desvanecer-se toda a esperança de felicidade no amor e no casamento. A ex-inválida resistiu valentemente a tudo e foi sempre um apoio para a família nesses tempos bastante difíceis. Não consigo recordar se doze ou catorze anos após o fim da sua análise, devido a hemorragias profundas, foi obrigada a submeter-se a um exame ginecológico. Encontrou-se um mioma que tornou aconselhável uma histerectomia completa. A partir desta operação, a mulher adoeceu uma vez mais. Enamorou-se do seu cirurgião e afundou-se em fantasias masoquistas sobre as temíveis alterações que produziria dentro de si - fantasias com que ocultava o seu romance -, mostrando-se simultaneamente inacessível a uma nova tentativa de análise. Ficou mal até o fim da vida. O tratamento analítico bem-sucedido tinha sido realizado há tanto tempo que já não se podia esperar muito mais dos efeitos que tivera. Foi um tratamento efetuado nos primeiros anos do meu trabalho

como analista. Indubitavelmente, a segunda moléstia da paciente pode ter tido origem na mesma fonte da primeira, que fora superada com êxito; pode também ter sido uma manifestação diferente dos mesmos impulsos recalcados que tenha encontrado uma solução incompleta. Mas estou inclinado a pensar que, se não fosse o novo trauma, não teria havido uma nova irrupção da neurose.

Estes dois exemplos, intencionalmente selecionados entre um grande número de outros semelhantes, bastarão para iniciar um exame dos tópicos considerados. Os céticos, os otimistas e os ambiciosos assumirão pontos de vista inteiramente diferentes. Os primeiros dirão que está agora provado que mesmo um tratamento analítico bem-sucedido não protege o paciente de sofrer mais tarde de outra neurose, ou de uma neurose derivada da mesma raiz, o que equivale a dizer, de uma recorrência do seu antigo problema. Os outros considerarão que isso não está provado. Objeterão que os dois exemplos datam dos primeiros dias da análise, vinte e trinta anos atrás, respectivamente, e que, desde então, se adquiriu uma compreensão interna mais profunda e um conhecimento mais amplo, e que a nossa técnica se modificou de acordo com novas descobertas. Hoje, dirão eles, podemos exigir e esperar que uma cura analítica se mostre permanente, ou, pelo menos, caso um paciente adoça de novo, que a sua nova doença não mostre ser uma revivificação do primeiro distúrbio a manifestar-se sob novas formas. A nossa experiência, sustentarão, não nos obriga a restringir

tão concretamente as exigências que podem ser feitas ao método terapêutico.

A minha razão para escolher esses dois exemplos foi precisamente o facto de residirem muito atrás no passado. É óbvio que quanto mais recente for o desfecho bem-sucedido de uma análise, menos utilizável será para a nossa discussão, visto que não dispomos de meios para predizer qual será a história posterior do restabelecimento. As expectativas dos otimistas pressupõem claramente uma série de coisas que não são autoevidentes. Presumem, de início, que há realmente uma possibilidade de se livrar de um conflito pulsional (ou, de modo mais correto, de um conflito entre o ego e uma pulsão) definitivamente ou para sempre; em segundo, que, enquanto tratamos alguém por causa de um determinado conflito pulsional, podemos, por assim dizer, vaciná-lo contra a possibilidade de qualquer outro conflito deste tipo; e, em terceiro lugar, que temos o poder, para fins de profilaxia, de despertar um conflito patogénico dessa espécie que não se revelou através de nenhuma indicação, e que é aconselhável fazê-lo. Coloco estas questões sem me propor responder-lhes agora. Talvez nem seja possível dar-lhes qualquer resposta certa.

Poder-se-á lançar alguma luz sobre o assunto mediante certas considerações teóricas. Um ponto pelo menos já se tornou claro: se atendermos às exigências mais rigorosas da terapia analítica, a nossa estrada não conduzirá a um encurtamento da sua duração, nem passará por ele.

III

Uma experiência analítica que se estende já por várias décadas, assim como as modificações que introduzi na natureza e no modo da minha atuação, incentivam-me a tentar responder às questões que se apresentam.

No passado, ocupei-me de um número bastante grande de pacientes que, como era natural, desejavam ser tratados tão rapidamente quanto possível. Nos últimos anos, dediquei-me principalmente às análises didáticas, e só um número relativamente pequeno de casos graves permaneceram comigo em tratamento contínuo, interrompido por vezes por breves intervalos. Ora, com as análises didáticas, o objetivo já não é o mesmo, pois não se trata mais de abreviar o tratamento, mas de extinguir as possibilidades de doença nos sujeitos e levar a uma profunda alteração da sua personalidade.

Dos três fatores que reconhecemos como decisivos para o tratamento analítico - a influência dos traumas, a força constitucional das pulsões e as alterações do ego -, apenas nos interessa por enquanto o segundo, a força das pulsões. Um momento de reflexão levanta uma dúvida quanto a saber se o uso restritivo do adjetivo "constitucional" (ou "congénito") é pertinente. Por mais que o fator constitucional seja importante à partida, não impede que possa haver uma transformação ou um reforço que interfira nele no decorrer da vida e tenha os seus próprios efeitos. Devemos, assim, modificar a nossa fórmula e dizer "a força das pulsões no momento atual", em vez da

“força constitucional das pulsões”. A primeira das nossas perguntas era “se é possível que a terapia analítica livre de modo permanente e definitivo o sujeito do conflito entre a pulsão e o ego?”. Para evitar toda a má compreensão é necessário que explique melhor o que entendo por livrar-se permanentemente de uma exigência pulsional. Não é fazer com que esta reivindicação desapareça, para que não se ouça mais falar dela. Em geral, isso é impossível e indesejável. O que quero dizer é outra coisa, que podia ser grosseiramente descrito como “domar” a pulsão. Significa isto que a pulsão seria colocada em completa harmonia com o ego, ou que se tornaria acessível a todas as influências deste último, de forma a não procurar mais a sua satisfação de modo independente? Se me perguntarem por que métodos ou meios este resultado se poderia obter, não seria fácil dar uma resposta. Façamos aqui um apelo à Feiticeira metapsicológica: “So muss denn doch die Hexe dran!” <“Bem precisamos que a Feiticeira nos ajude”: Goethe, *Fausto*, verso 2365>, pois sem a especulação ou teorização metapsicológica - quase disse o “fantasiar” -, não daremos nenhum passo em frente. Infelizmente, aqui como noutros lugares, o que a Feiticeira revela não é muito claro nem minucioso. Apenas temos uma pista para começar - embora seja uma pista do mais alto valor - a antítese entre o processo primário e o secundário; é para esta antítese que me volto agora.

Se retomarmos a nossa primeira questão, descobriremos que a nova linha de abordagem conduz inevitavelmente a uma conclusão. A questão era de saber se é

possível livrar-se de modo permanente e definitivo de um conflito pulsional, isto é, “domar” a pulsão. Formulada nestes termos, a questão não faz nenhuma menção à força da pulsão, mas é precisamente desta que o resultado depende. Partamos da presunção que aquilo que a análise realiza para os neuróticos não é mais do que aquilo que as pessoas normais conseguem para si próprias sem o auxílio dela. Contudo, a experiência quotidiana ensina-nos que, numa pessoa normal, qualquer solução de um conflito pulsional só é válida para uma pulsão parcial, ou para uma relação específica entre a força da pulsão e a força do ego. Se a força deste diminui, quer seja pela doença, quer seja pela exaustão, ou por alguma causa semelhante, as pulsões que até então haviam sido controladas com êxito, podem renovar as suas exigências e esforçar-se para obter satisfações substitutivas através de maneiras anormais. Uma prova irrefutável desta afirmação é fornecida pelos nossos sonhos noturnos; sabemos que reagem à atitude do sono assumida pelo ego por um despertar das exigências pulsionais.

Por duas vezes no curso do desenvolvimento individual, certas pulsões são consideravelmente reforçadas: na puberdade e, nas mulheres, na menopausa. Não ficamos surpresendidos se uma pessoa, que antes não o era, se o torne neurótica nestas ocasiões. Quando as exigências das pulsões eram fracas, o ego conseguia dominá-las, mas quando se tornam mais fortes, ele já não o pode fazer mais. Os recalcamientos comportam-se como represas contra a pressão da água. Os mesmos efeitos produzidos

por estes dois reforços fisiológicos da pulsão podem ser ocasionados, de maneira irregular, por causas acidentais, em qualquer outro período da vida. Estas modificações podem derivar de novos traumas, frustrações forçadas, ou da influência colateral e mútua das pulsões. O resultado é sempre o mesmo, e salienta o poder irresistível do fator quantitativo na etiologia da doença.

Podem-me dizer que devia estar envergonhado por não adiantar, nesta minha extensa exposição, nada que não seja bem conhecido e evidente. Comportamo-nos sempre como se já soubéssemos tudo, mas a verdade é que a maioria dos nossos conceitos negligenciaram até agora dar ao ponto de vista económico a mesma importância que deram à perspectiva dinâmica e topográfica. A minha desculpa é de estar agora a chamar a atenção para esta negligência.

Antes de decidir responder à questão, tenho de considerar uma objeção cuja força reside no facto de estar provavelmente predisposto a seu favor. Dir-se-á que os meus argumentos são todos deduzidos de processos aparentemente naturais entre o ego e as pulsões, e pressupõem que a terapia analítica nada pode realizar senão sob condições favoráveis e normais. Mas será realmente assim? Não é precisamente uma reivindicação da nossa teoria que a análise produz um estado que nunca surge espontaneamente no ego, e que esse estado recentemente criado constitui a diferença essencial entre uma pessoa que foi analisada e outra que não o foi? Conservemos em mente esta nossa reivindicação. Os recalamentos que se

efetuam na primeira infância são mecanismos de defesa que o ego imaturo e débil utiliza. Posteriormente, mesmo que não leve a cabo novos recalcamientos, os antigos persistem, e os serviços que prestam continuam a ser utilizados pelo ego para o domínio das pulsões.

Livramo-nos dos novos conflitos através do que chamo “recalcamento secundário.” Podemos aplicar ao recalcamento infantil a afirmação que os recalcamientos dependem do poder relativo das forças envolvidas, e que não se podem manter contra um aumento da força das pulsões. A análise capacita o ego que atingiu uma maior maturidade a fazer uma revisão dos antigos mecanismos de defesa; alguns são deste modo demolidos, ao passo que outros são apenas identificados, ou reconstruídos com um material mais sólido. O grau de firmeza destas novas represas é bastante diferente do das anteriores; podemos confiar que não cederão tão facilmente ante uma subida da maré pulsional. A façanha da terapia analítica seria a correção subsequente deste processo do recalcamento, correção que poria fim à dominância do fator quantitativo.

A nossa teoria pôde chegar até aqui; não a vamos abandonar, exceto sob uma irresistível pressão. Mas o que tem a nossa experiência a dizer sobre ela? Talvez esta ainda não seja suficientemente ampla para chegar a uma firme conclusão. Ela confirma as nossas expectativas com bastante frequência, mas nem sempre. Tem-se a impressão de que não se deve ficar surpreendido se, no final, mostrar que a diferença entre uma pessoa que não foi

analisada e o comportamento de uma pessoa após tê-lo sido não é tão radical como dissemos, esperamos e argumentamos. Se assim for, isso significará que a análise às vezes tem êxito na eliminação da influência de uma pulsão, mas não invariavelmente, ou que o efeito da análise se limita a aumentar o poder da resistência das inibições, de maneira que se mostrem à altura de exigências muito maiores do que antes da análise, ou se nenhuma análise tivesse sido efetuada. Realmente não posso comprometer-me com uma decisão sobre este ponto, nem sei se é atualmente possível tomar uma decisão.

Existe, contudo, um outro ângulo a partir do qual podemos abordar o problema da variabilidade do efeito de uma análise. Sabemos que o primeiro passo para chegar ao domínio intelectual do nosso meio ambiente é descobrir generalizações, regras e leis que ponham alguma ordem no caos. Fazendo-o, simplificamos o mundo dos fenómenos, mas não podemos evitar falsificá-lo, especialmente se lidarmos com processos de desenvolvimento e mudança. Estivemos interessados em discernir uma alteração qualitativa e, assim procedendo, negligenciámos, inicialmente pelo menos, o fator quantitativo. No mundo real, as transições e os estádios intermediários são muito mais comuns do que estados opostos nitidamente diferenciados. Ao estudar o desenvolvimento e as mudanças, dirigimos unicamente a nossa atenção para o resultado; desprezamos o facto de que estes processos são geralmente mais ou menos incompletos, o que equivale a dizer que são apenas alterações parciais. Um arguto sa-

tirista da antiga Áustria, Johann Nestroy, disse uma vez: “todo o passo em frente apenas tem metade do tamanho que parece no início.” É tentador atribuir uma validade geral a este malicioso ditado. Existem quase sempre manifestações residuais, uma pendência parcial, por exemplo, quando um mecenas generoso nos surpreende com algum traço isolado de avareza, ou quando uma pessoa que é sistematicamente muito bondosa se permite subitamente uma ação hostil. Estas “manifestações residuais” são valiosas para a pesquisa genética. Elas mostram que as louváveis e preciosas qualidades se baseiam na compensação e na sobrecompensação, que, como era de esperar, não foram completamente bem-sucedidas. A nossa primeira descrição do desenvolvimento da libido foi que uma fase oral original dava lugar a uma fase anal-sádica, e que esta, por sua vez, era seguida de uma fase fálico-genital. A investigação posterior não contradisse esta opinião, mas corrigiu-a, acrescentando que estas substituições não se realizam de modo repentino, mas gradativamente, de maneira que partes da organização anterior persistem lado a lado da mais recente, e que mesmo no desenvolvimento normal a transformação nunca é completa e os restos das fixações libidinais anteriores ainda podem ser mantidos na configuração final. O mesmo pode ser visto em muitos outros campos. De todas as errôneas e supersticiosas crenças da humanidade que foram supostamente superadas, não existe uma só cujos resíduos não perdurem hoje entre nós, nos estratos inferiores dos povos civilizados, ou mesmo nos mais ele-

vados níveis da cultura. O que um dia veio à vida aferra-se diabolicamente à existência. Por vezes, fica-se inclinado a duvidar se os dragões dos dias primevos estão realmente extintos.

Aplicando estas observações ao nosso problema, penso que a resposta à questão de como explicar os resultados variáveis da nossa terapia analítica, bem podia ser a de que nós também nos esforçamos por substituir os inseguros recalcamientos pelo controlo de um ego que seria digno de confiança, sem alcançarmos sempre o nosso objetivo de modo completo. A transformação é conseguida, mas com frequência apenas parcialmente: partes dos antigos mecanismos permanecem intocadas pelo trabalho da análise. É difícil provar que é realmente assim, mas não temos outra maneira de ajuizar o que acontece, exceto pelo resultado que estou a explicar. Não obstante, as impressões que se recebem durante o trabalho de análise não contradizem esta pressuposição; na verdade, parecem confirmá-la. Mas não devemos tomar a clareza de nossa própria compreensão interna como a medida da convicção que produzimos no paciente. Seria possível dizer que falta "profundidade" à sua convicção? É sempre a questão do tão facilmente desprezado fator quantitativo. Se for esta a resposta correta à nossa pergunta, podemos dizer que a análise, ao reivindicar a cura das neuroses pelo controlo da pulsão, está sempre correta na teoria, mas nem sempre na prática, e isso porque nem sempre consegue garantir, num grau suficiente, as fundações sobre as quais um controlo da pulsão se ba-

seia. É fácil descobrir a causa deste fracasso parcial. No passado, o fator quantitativo da força pulsional opôs-se aos esforços defensivos do ego; por essa razão, pedimos auxílio à análise. Agora, o mesmo fator estabelece um limite à eficácia deste novo esforço. Se a força da pulsão é excessiva, o ego maduro, apoiado pela análise, fracassa na sua missão, tal como o ego desamparado anteriormente fracassara. O seu controlo sobre a pulsão é melhorado, mas permanece imperfeito, porque a transformação do mecanismo defensivo apenas é incompleta. Nada há de surpreendente nisso, visto que o poder dos instrumentos com que a análise opera não é ilimitado, mas restrito, e o resultado final depende sempre da força relativa dos agentes psíquicos que lutam entre si.

Sem dúvida que é desejável abreviar a duração do tratamento analítico, mas só podemos conseguir este objetivo terapêutico se aumentarmos o poder da análise de assistir ao ego. A influência hipnótica pareceu ser um instrumento excelente para esse fim, mas as razões pelas quais tivemos de abandoná-la são bem conhecidas. Ainda não foi encontrado um substituto para a hipnose. Desse ponto de vista, podemos compreender a razão pela qual um mestre da análise como Ferenczi veio a dedicar os últimos anos de sua vida a experimentos terapêuticos que, infelizmente, se mostraram vãos.

IV

As duas outras questões - se enquanto tratamos determinado conflito pulsional podemos proteger o paciente dos futuros conflitos, e se é viável e conveniente para fins profiláticos despertar um conflito que não se manifesta? -, devem ser tratadas em conjunto, pois a primeira tarefa só pode ser levada a cabo na medida em que a segunda o é, ou seja, na medida em que um possível conflito futuro se transforma num conflito concreto e atual, ao qual podemos aplicar a nossa influência. Esta nova maneira de enunciar o problema é apenas uma ampliação da anterior. Ao passo que, no primeiro caso, considerámos como nos resguardávamos contra um retorno do mesmo conflito, agora consideramos como nos resguardamos contra a sua possível substituição por um outro conflito. Isto soa a uma proposição muito ambiciosa, mas tudo o que estamos a tentar fazer é tornar claros os limites da eficácia da terapia analítica.

Por muito que a nossa ambição terapêutica seja tentada a empreender tais tarefas, a experiência rejeita categoricamente a noção. Se um conflito pulsional não está presentemente ativo, se não se manifesta, não podemos provocá-lo, mesmo pela análise. O aviso para deixar repousar os cães que dormem, que com tanta frequência ouvimos em relação aos nossos esforços para explorar o submundo psíquico, é peculiarmente despropositado quando aplicado às condições da vida mental, pois, se as pulsões provocam distúrbios, isso prova que os cães não

dormem, e, se eles realmente parecem estar adormecidos, não nos cabe a nós despertá-los. Esta última afirmação, contudo, não parece ser inteiramente exata e exige uma discussão mais pormenorizada. Consideremos os meios que temos à nossa disposição para transformar um conflito pulsional latente num manifesto. Só podemos fazer duas coisas: proporcionar situações em que o conflito se torna ativo, ou contentar-nos em discuti-lo na análise e apontar para a possibilidade de o despertar. A primeira destas alternativas pode ser levada a cabo de duas maneiras: na realidade ou na transferência, em qualquer dos casos expondo o paciente a uma certa quantidade de sofrimento real, mediante a frustração e o recalçamento da libido. Já fazemos uso de uma técnica deste tipo no procedimento analítico comum, a que afirma que a análise deve ser levada a cabo “num estado de abstinência”? Mas esta é uma técnica que se utiliza para tratar um conflito já ativo. Procuramos levar esse conflito ao ponto culminante, desenvolvê-lo até ao tom mais grave, a fim de aumentar a força pulsional disponível para o solucionar. A experiência analítica ensinou-nos que o melhor é sempre inimigo do bom e que, em todas as fases do restabelecimento do paciente, temos de lutar contra a sua inércia, que está pronta a se contentar com uma solução incompleta.

Se aquilo que se visa é a prevenção dos conflitos pulsionais que não estão ativos, mas meramente potenciais, então não é suficiente tentar regular os sofrimentos presentes que o paciente não pode evitar. Teríamos de deci-

dir provocar-lhe novos sofrimentos, e isso, até hoje, deixámo-lo muito corretamente ao destino. Receberíamos admonições de todos os lados contra a nossa presunção de competir com o destino, se sujeitássemos as pobres criaturas humanas a experimentos tão cruéis. E que tipo de experimentos seriam estes? Poderíamos por exemplo, para fins profiláticos, assumir a responsabilidade de destruir um casamento satisfatório, ou de fazer com que um paciente abandone um cargo do qual depende a sua subsistência? Afortunadamente, nunca nos encontramos na posição de ter de considerar se estas intervenções na vida real do paciente eram justificadas; não possuímos os plenos poderes que se teriam tornado necessários, e o objeto da nossa experiência terapêutica recusar-se-ia certamente a cooperar com isso. Na prática, este procedimento está virtualmente excluído, mas existem objeções teóricas, pois o trabalho da análise progride melhor se as experiências patogênicas do paciente pertencerem ao passado, de modo a que o seu ego se possa situar a uma certa distância delas. Em estados de crise aguda, a análise é, para todos os fins e intuitos, inutilizável. Todo o interesse do ego é absorvido pela realidade penosa, e ele retrai-se da análise que tenta revelar as influências do passado para além do mais superficial. Criar um novo conflito só tornaria o trabalho de análise mais prolongado e difícil.

Objetar-se-á que estas observações são inteiramente desnecessárias. Ninguém pensa propositadamente provocar novos sofrimentos, a fim que seja possível tratar um possível conflito pulsional. Como façanha preventiva não

havia muito que se gabar. Por exemplo, sabemos que um paciente curado da escarlatina fica imune a um retorno da mesma doença, mas jamais ocorre a um médico infectar com escarlatina uma pessoa sadia para a tornar imune à mesma. A medida protetora não deve produzir a mesma situação de perigo produzida pela doença, apenas algo de muito mais leve, como é o caso da vacina contra a varíola e de muitos outros procedimentos semelhantes. Na profilaxia analítica contra conflitos pulsionais, os únicos métodos utilizados são os dois que mencionamos: a produção artificial dos novos conflitos na transferência (conflitos a que falta finalmente o caráter de realidade) e o despertar destes conflitos na imaginação do paciente, falando-lhe sobre eles e familiarizando-o com a sua possibilidade.

Não sei se podemos assegurar que o primeiro destes dois procedimentos mais brandos está inteiramente excluído na análise. Nenhuma experiência foi feita especificamente nesta direção. Mas veem-se logo as dificuldades, que não lançam uma luz muito promissora sobre tal empreendimento. Em primeiro lugar, a escolha destas situações para a transferência é muito limitada. Os pacientes não podem trazer todos os seus conflitos para a transferência, nem o analista é capaz de invocar todos os possíveis conflitos pulsionais a partir da situação transferencial. Ele pode provocar ciúmes ou fazer experimentar desapontamentos amorosos, mas não há indicação técnica para isso. Seja como for, estas coisas acontecem por si mesmas na maioria das análises. Em segundo lugar, não

devemos desprezar o facto de que todas as medidas deste tipo obrigariam o analista a comportar-se de maneira pouco amigável com o paciente, o que teria um efeito prejudicial sobre a atitude afetuosa - a transferência positiva - que é o motivo mais forte para o paciente participar no trabalho conjunto da análise. Assim, não devemos esperar muito deste procedimento.

Isto deixa-nos apenas um método: o único que com toda a probabilidade se considerou de início. Falamos ao paciente sobre as possibilidades de outros conflitos pulsionais e despertamos a expectativa de que tais conflitos possam ocorrer. O que esperamos é que esta informação e advertência tenham o efeito de ativar nele um dos conflitos que indicámos, em grau modesto, mas suficiente para o tratamento. Só que, desta vez, a experiência não fala com voz incerta. O resultado esperado não ocorre. O paciente recebe a nossa mensagem, mas não reage. Pode pensar para consigo: "É muito interessante, mas não sinto nada." Aumentamos o seu conhecimento, mas nada alteramos nele. A situação é muito semelhante ao que acontece às pessoas que leem obras de psicanálise. O leitor é apenas estimulado pelas passagens que sente aplicarem-se a si mesmo, que dizem respeito a conflitos ativos nele. O resto deixa-o frio. Podemos ter experiências análogas, creio, quando damos educação sexual às crianças. Estou longe de sustentar que esta é prejudicial ou desnecessária, mas é claro que o efeito preventivo de uma tal medida liberal tem sido grandemente sobrestimado. Após esses esclarecimentos, as crianças ficam a co-

nhecer algo que não conheciam, mas não fazem uso do novo saber que receberam como presente. Viemos a perceber que nem sequer têm grande pressa de sacrificar, ao novo conhecimento, as teorias sexuais que despontaram com o crescimento, e que construíram em harmonia e na dependência da sua imperfeita organização libidinal: teorias sobre o papel da cegonha, sobre a natureza do coito ou sobre o modo como nascem os bebés. Muito tempo depois de lhes terem dados esclarecimentos sexuais, elas comportam-se como os povos primitivos a quem se pregou o cristianismo, mas que continuam a adorar em segredo os seus antigos ídolos.

V

Partimos da questão de saber como podemos abreviar a duração inconvenientemente longa do tratamento analítico e, ainda com esta questão em mente, passámos a considerar se uma cura permanente é possível, ou se podemos impedir uma doença futura através da prevenção. Descobrimos, que os fatores decisivos para o sucesso dos esforços terapêuticos são a influência da etiologia traumática, a força relativa das pulsões que devem ser controladas, e o que denominámos a “alteração do ego”. Apenas o segundo destes fatores foi pormenorizadamente examinado; em conexão com ele, tivemos a oportunidade de reconhecer a importância do fator quantitativo e sublinhar a abordagem metapsicológica em qualquer tentativa de explicação.

Sobre o terceiro fator, a alteração do ego, ainda não dissemos nada. Quando voltamos a atenção para ele, a primeira impressão que temos é a de que há muito a perguntar e muito a responder aqui; o que temos para dizer mostrará ser bastante inadequado. Esta primeira impressão é confirmada quando se entra no problema. Como se pensa normalmente, a situação analítica é uma aliança com a pessoa que está em tratamento, a fim de dominar partes não controladas do seu id e incluí-las na síntese do seu ego. O facto de uma tal cooperação fracassar nos psicóticos, dá-nos uma primeira base sólida para um melhor juízo. Se quisermos efetuar um pacto deste tipo, tem de ser com um ego normal. Mas um ego normal é, como a normalidade em geral, uma ficção ideal. O ego anormal, inútil para os nossos fins, infelizmente não é uma ficção. Na verdade, toda a pessoa normal é apenas normal em média. O seu ego aproxima-se do ego do psicótico num lugar ou noutra e em maior ou menor extensão; é apenas o grau do seu afastamento de determinada extremidade da série, e da sua proximidade da outra, que fornece a medida provisória do que tão indefinidamente denominamos “alteração do ego”.

Se perguntarmos qual é a fonte da grande variedade dos tipos e graus de alteração do ego, não poderemos fugir à questão de saber se estas alterações são congénitas ou adquiridas. O segundo caso seria o mais fácil de tratar. Se forem alterações adquiridas, terão certamente acontecido no decorrer do desenvolvimento, desde os primeiros anos de vida, pois o ego deve tentar, desde o começo, de-

sempenhar a sua tarefa de mediação entre o id e o mundo exterior, sempre ao serviço do princípio de prazer e da proteção do id contra os perigos do mundo externo. Se, no decurso destes esforços, o ego aprende também a adotar uma atitude defensiva para com seu próprio id, e a tratar as exigências pulsionais deste último como perigos externos, pelo menos em parte, é porque compreendeu que uma satisfação da pulsão conduziria a conflitos com o mundo exterior. Mais tarde, sob a influência da educação, o ego costuma mudar a cena da luta de fora para dentro, e dominar o perigo interno antes que se torne externo; provavelmente tem razão para assim proceder. Durante esta luta em duas frentes - posteriormente haverá também uma terceira frente -, o ego faz uso de diversos procedimentos para desempenhar a sua tarefa, a qual, para falar em termos gerais, consiste em evitar o perigo, a ansiedade e o desprazer. Chamamos a estes procedimentos "mecanismos de defesa". O nosso conhecimento deles ainda não é suficiente. O livro de Anna Freud (1936) forneceu uma primeira compreensão da sua multiplicidade e significação multilateral.

Foi a partir de um destes mecanismos, o recalçamento, que se iniciou o estudo dos processos neuróticos. Nunca tive dúvida de que o recalçamento não era o único mecanismo que o ego podia usar para os seus fins. Não obstante, o recalçamento é bastante peculiar, pois é mais nitidamente diferenciado dos outros mecanismos do que estes o são entre si. Gostaria de esclarecer esta relação com os outros mecanismos através de uma analogia, embora sai-

ba que as analogias nunca levam muito longe. Imaginemos o que poderia acontecer a um livro, numa época em que os livros ainda não eram impressos, mas redigidos individualmente à mão. Suponhamos que um livro deste tipo contivesse afirmações que fossem consideradas indesejáveis em épocas posteriores. Robert Eisler (1929) dá o exemplo dos escritos de Flávio Josefo, que deviam conter passagens sobre Jesus Cristo ofensivas para o cristianismo posterior. Nos dias de hoje, o único mecanismo defensivo de que a censura oficial pode valer-se é confiscar e destruir todos os exemplares da edição. Porém, naquela época, eram utilizados diversos métodos para tornar o livro inócuo. Um deles consistia em riscar de um modo cerrado as passagens ofensivas, para que estas ficassem ilegíveis; neste caso, não podiam ser transcritas; o copista seguinte produzia um texto inatacável, mas com lacunas que deixavam essas passagens ininteligíveis. Outra maneira: se as autoridades não se satisfizessem com este procedimento, mas desejassem também ocultar qualquer indicação de que o texto fora mutilado, podiam deformá-lo: palavras isoladas ficariam de fora ou seriam substituídas por outras, novas frases seriam interpoladas. Melhor, a passagem inteira seria apagada, ao mesmo tempo que se colocaria outras no seu lugar dizendo o oposto. O transcritor seguinte podia, então, produzir um texto que não despertava suspeita, mas que estava falsificado. Ele não continha mais o que o autor desejava na verdade dizer.

Se esta analogia não é levada mais longe é porque o recalçamento tem a mesma relação com os outros mecanismos de defesa, que a omissão com a deformação do texto; podemos descobrir, nas diferentes formas desta falsificação, paralelos com as várias maneiras pelas quais o ego é alterado. Pode-se tentar levantar a objeção de que a analogia erra num ponto essencial, pois a deformação de um texto é obra de uma censura tendenciosa, da qual nenhuma contrapartida se pode encontrar no desenvolvimento do ego. Mas não é assim, pois um intuito tendencioso desse tipo é representado em elevado grau pela força compulsiva do princípio do prazer. O aparelho psíquico não tolera o desprazer; tem de desviá-lo a todo custo, e se a percepção da realidade acarreta desprazer, essa percepção - isto é a verdade - deve ser sacrificada. No que se refere aos perigos externos, o indivíduo pode ajudar-se durante algum tempo através da fuga e evitando a situação de perigo, até ficar suficientemente forte para afastar a ameaça e alterar a realidade. Mas não é possível fugir de si próprio; a fuga não constitui um auxílio contra perigos internos. Por esta razão, os mecanismos de defesa do ego estão condenados a falsificar a percepção interna e a dar somente uma representação imperfeita e deformada do id. Nas suas relações com o id, o ego é paralisado pelas suas restrições ou cegado pelos seus erros, e o resultado, na esfera dos eventos psíquicos, pode ser comparado ao caminhar sem um bom par de botas num país desconhecido.

Os mecanismos de defesa servem para manter afastados os perigos. Não vou discutir se dão resultado, mas é de duvidar que o ego possa passar inteiramente sem eles durante o seu desenvolvimento. Também é certo que se podem transformar em perigos. Às vezes, vê-se que o ego pagou um preço alto demais pelos serviços que eles lhe prestam. O dispêndio dinâmico necessário para mantê-los, e as restrições do ego que quase invariavelmente acarretam, mostram ser um pesado ônus sobre a economia psíquica. Para mais, estes mecanismos não são abandonados após terem assistido o ego durante os difíceis anos do seu desenvolvimento. Naturalmente que nenhum indivíduo faz uso de todos os mecanismos de defesa. Cada pessoa não utiliza mais do que uma seleção, mas os escolhidos colam-se ao seu ego. Tornam-se modalidades habituais da reação caracterial, repetidas durante a vida, sempre que ocorre uma situação semelhante à original. Isso transforma-os em infantilidades; eles partilham aqui a sorte das instituições que tentam manter-se em vida depois da sua época de utilidade já ter terminado. "Vernunft wird Unsinn, Wohltat Plage" <a Razão torna-se sem sentido, o bem-fazer, uma calamidade: Goethe, *Fausto*, verso 1976>, como se queixa o poeta. O ego do adulto, com a sua força aumentada, continua a defender-se contra perigos que não existem mais na realidade; na verdade, vê-se compelido a buscar na realidade situações que substituam aproximadamente a do perigo original, de modo a poder justificar o facto de manter as suas formas habituais de reagir. Assim, podemos facilmente entender

que os mecanismos de defesa ocasionam uma alienação cada vez mais ampla do mundo externo e um permanente enfraquecimento do ego, preparando o caminho para o desencadeamento da neurose contra a qual lutam.

De momento não estamos interessados no papel patogénico dos mecanismos de defesa. Tentamos descobrir qual é a influência da alteração do ego que lhes corresponde ao nível dos nossos esforços terapêuticos. O material para responder a esta pergunta é fornecido no volume a que já me referi, da autoria de Anna Freud. O ponto essencial é que o paciente repete estas modalidades de reação também durante o trabalho de análise, produ-las mesmas diante dos nossos olhos por assim dizer. Na verdade é apenas desta maneira que chegamos a conhecê-las. Isso não significa que elas tornem a análise impossível. Pelo contrário, constituem uma metade da tarefa analítica. A outra metade, aquela que a análise enfrentou nos seus primeiros dias, é a revelação do que está escondido no id. Durante o tratamento, o nosso trabalho terapêutico oscila constantemente para trás e para frente, como um pêndulo, entre um fragmento de análise do id e um fragmento de análise do ego. Num dos casos, desejamos tornar consciente algo do id; no outro, queremos corrigir algo no ego. A dificuldade é que os mecanismos de defesa dirigidos contra um perigo anterior reaparecem no tratamento como resistências contra o restabelecimento. Disso decorre que o ego trata o próprio restabelecimento como um novo perigo. O efeito terapêutico depende do tornar consciente o que está recaiado (no sentido amplo

da palavra) no id. Preparamos o caminho para esta tomada de consciência mediante interpretações e construções; mas enquanto o ego do paciente se apega às suas defesas primitivas e não abandona as suas resistências interpretamos apenas para nós próprios, não para ele. Ora, estas resistências, embora pertençam ao ego, são inconscientes e, em certo sentido, isoladas dentro do ego. O analista identifica-as mais facilmente do que o faz com o material oculto no id. Poder-se-ia supor que seria suficiente tratá-las como partes do id e, tornando-as conscientes, colocá-las em conexão com o restante do ego. Desta maneira, suporíamos que metade da tarefa da análise estaria realizada; não deveríamos enfrentar uma resistência contra a revelação das resistências. Contudo é isto que acontece. Durante o trabalho sobre as resistências, o ego retrai-se - em maior ou menor grau - de acordo com a situação analítica. Ele deixa de apoiar os nossos esforços para revelar o id; opõe-se a eles, desobedece à regra fundamental da análise, e não permite que surjam novas formações do inconsciente. Não podemos esperar que o paciente possua uma forte convicção do poder curativo da análise. Pode ter uma certa confiança no seu analista, que será fortalecida até um ponto eficaz pelos fatores da transferência positiva que nele despertarão. Sob a influência de impulsos desagradáveis, que sente como um resultado da ativação dos seus conflitos defensivos, as transferências negativas podem levar a melhor e anular completamente a situação analítica. O paciente passa a encarar o analista como um estranho que lhe exige algo de desagradável, e

comporta-se com ele exatamente como uma criança que não gosta de estranhos e não acredita em nada do que estes dizem. Se o analista tenta explicar uma das deformações efetuadas pelo paciente pela sua resistência, e corrigi-la, encontra a incompreensão e a inacessibilidade a argumentos bem fundados. Assim, percebemos que há uma resistência contra a revelação das resistências e que os mecanismos de defesa merecem realmente o nome que lhe demos, antes de terem sido examinados de mais perto. Constituem resistências não apenas à tomada de consciência dos conteúdos do id, mas também à análise como um todo, logo ao restabelecimento.

O efeito provocado no ego pelas defesas pode ser corretamente descrito como uma “alteração do ego”, se entendemos por esta um desvio relativo à ficção de um ego normal, que garantiria a lealdade inabalável ao trabalho da análise. É fácil, portanto, aceitar o facto, demonstrado pela experiência quotidiana, de que o resultado de um tratamento analítico depende essencialmente da força e da profundidade da raiz das resistências que ocasionam a alteração do ego. Mais uma vez confrontamo-nos com a importância do fator quantitativo e mais uma vez lembramos que a análise só pode valer-se de quantidades de energia definidas e limitadas, que têm de ser medidas contra as forças hostis. Ora a vitória, regra geral, está do lado dos grandes batalhões.

VI

A questão seguinte é a de saber se toda a alteração do ego – no sentido em que falámos – é adquirida durante as lutas defensivas dos primeiros anos. Não há dúvida na resposta. Não duvidamos da existência e importância das características distintivas, originais e inatas do ego. Isso certifica-se pelo facto de cada pessoa fazer uma seleção dos possíveis mecanismos de defesa, e apenas utilizar alguns deles, sempre os mesmos. Isto parece indicar que cada ego está dotado, desde o início, de disposições e tendências individuais, embora seja verdade que não podemos especificar a natureza destas ou aquilo que as determina. Para mais, sabemos que não devemos exagerar a diferença existente entre caracteres herdados e adquiridos, transformando-a numa antítese; o que foi adquirido pelos nossos antepassados forma certamente uma parte importante do que herdámos. Quando falamos numa “herança arcaica” pensamos geralmente no id, e parecemos presumir que, no começo da vida do indivíduo, ainda não existe ego algum. Mas não desprezaremos o facto do id e do ego serem originariamente um só. Tal não implica qualquer sobrevalorização mística da hereditariedade; apenas acreditamos que, antes do ego surgir, já estão estabelecidas as linhas de desenvolvimento, as tendências e reações que posteriormente apresentará. As peculiaridades psicológicas das famílias, raças e nações, inclusive na sua atitude para com a psicanálise, não permitem outra explicação. Na verdade é mais do que isso: a

experiência analítica convenceu-nos que mesmo conteúdos psíquicos específicos, tais como o simbolismo, não possuem outras fontes senão a transmissão hereditária; e investigações em diversos campos da antropologia social tornaram plausível supor que outros precipitados, igualmente especializados, deixados pelo desenvolvimento humano primitivo também estão presentes na herança arcaica.

Reconhecendo que as propriedades do ego com que nos defrontamos sob a forma de resistências podem ser determinadas pela hereditariedade, ou adquiridas nas lutas defensivas, a distinção topográfica entre o ego e o id perde muito de seu valor para a nossa investigação. Se avançarmos mais um passo na nossa experiência, deparamo-nos com resistências de um outro tipo, que já não podemos localizar, e que parecem depender de condições fundamentais do aparelho psíquico. Só posso fornecer alguns exemplos deste tipo de resistência, pois todo este campo de investigação ainda é desconcertantemente estranho e insuficientemente explorado. Por exemplo, deparamo-nos com pessoas a quem atribuímos uma especial "adesividade da libido". Os processos que o tratamento coloca em movimento nessas pessoas são muito mais lentos do que noutra, porque, aparentemente, elas não podem decidir-se a abandonar os investimentos libidinais de um determinado objeto, e a deslocar o seu interesse para um outro, embora não possamos descobrir nenhuma razão especial para essa lealdade ao investimento. Encontramos também o tipo oposto de pessoa,

em quem a libido parece particularmente móvel; esta é levada prontamente para novos investimentos, sugeridos pela análise, abandonando os anteriores em troca destes. A diferença entre os dois tipos é comparável à sentida por um escultor, conforme trabalhe em pedra dura ou em gesso macio. Infelizmente, neste segundo tipo, os resultados da análise são frequentemente pouco duráveis; os novos investimentos são imediatamente abandonados, e temos a impressão, não de ter trabalhado em gesso, mas de ter escrito na água. Como diz o provérbio: “assim como vêm, vão.”

Num outro grupo de casos, ficamos surpreendidos por uma atitude dos nossos pacientes que só pode ser atribuída a um esgotamento da plasticidade que comumente esperaríamos encontrar, da capacidade de modificação e desenvolvimento ulterior. Estamos preparados para encontrar na análise uma certa quantidade de inércia psíquica. Quando o trabalho da análise descortinou novos caminhos para um impulso pulsional, quase invariavelmente observamos que não se ingressa neles sem uma acentuada hesitação. Chamamos a este comportamento, talvez não muito corretamente, “resistência do id.” Com os pacientes que tenho em mente, porém, todos os processos mentais, relacionamentos e distribuições de força são imutáveis, fixos e rígidos. Encontramos a mesma coisa em pessoas muito idosas, onde é explicada como devida à força do hábito ou à exaustão da recetividade, como uma espécie de entropia psíquica. Aqui, no entanto, referimo-nos a casos de pessoas ainda jovens. O nosso conheci-

mento teórico não parece adequado para fornecer uma explicação correta destes tipos. Provavelmente, estão relacionadas com algumas características temporais, como certas alterações de ritmo de desenvolvimento na vida psíquica que ainda não apreciámos.

Num outro grupo ainda de casos, as características distintivas do ego, que devem ser consideradas como fontes de resistências ao tratamento analítico e obstáculos ao êxito terapêutico, podem ter raízes diferentes e mais profundas. Estamos a lidar aqui com o que a investigação psíquica pode aprender: a ação das duas pulsões primárias, a sua distribuição, mistura e difusão - coisas que não podemos imaginar como confinadas a uma única província do aparelho psíquico, ao id, ao ego ou ao superego. Não há impressão mais forte do que a das resistências ao trabalho de análise que surgem de uma força que se defende por todos os meios possíveis contra o restabelecimento, que está absolutamente decidida a apegar-se à doença e ao sofrimento. Uma parte desta força já foi identificada por nós com indubitável justiça como sentimento de culpa e necessidade de punição, e localizada na relação do ego com o superego. Mas esta é apenas a parte dela que está psiquicamente presa ao superego, e assim se torna reconhecível; outras quantidades da mesma força, quer ligadas, quer livres, podem estar em ação noutras lugares não especificados. Se tomarmos em consideração o quadro completo formado pelos fenómenos do masoquismo imanentes a tantas pessoas, a reação terapêutica negativa e o sentimento de culpa encontrados em tantos

neuróticos, não poderemos mais aderir à crença de que os fenómenos mentais são governados exclusivamente pelo princípio do prazer. Estes fenómenos constituem indicações inequívocas da presença de um poder na vida mental que chamamos pulsão agressiva ou de destruição, segundo os seus objetivos, e que fazemos remontar à pulsão de morte da matéria viva. Não se trata de uma antítese entre uma teoria pessimista da vida e uma outra otimista. Somente pela ação concorrente ou mutuamente oposta das duas pulsões primordiais - Eros e pulsão de morte -, e nunca por uma ou outra sozinha, podemos explicar a rica multiplicidade dos fenómenos da existência.

Como partes destas duas classes de pulsões se combinam para desempenhar as diversas funções vitais, em que condições tais combinações se afrouxam ou se rompem, a que distúrbios essas mudanças correspondem e com que sensações a escala percetiva do princípio de prazer a elas responde - são problemas cuja elucidação seria a façanha mais gratificante da investigação psíquica. De momento, temos de nos curvar à superioridade das forças contra as quais vemos os nossos esforços redundar em nada. Mesmo exercer uma influência sobre o simples masoquismo constitui um ónus muito severo para os nossos poderes.

Ao estudar os fenómenos que testemunham da atividade da pulsão de destruição, não nos confinamos a observações sobre o material patológico. Numerosos factos da vida mental normal exigem uma explicação deste tipo, e, quanto mais penetrantes os nossos olhos se tornam,

mais copiosamente esses factos nos impressionam. O assunto é novo e importante demais para que o trate como um tema lateral deste debate. Contentar-me-ei, portanto, em selecionar alguns casos exemplificativos.

Aqui temos um exemplo. É bem sabido que em todos os períodos houve, como ainda há, pessoas que podem tomar como objetos sexuais membros do seu próprio sexo, bem como do sexo oposto, sem que uma das inclinações interfira na outra. Chamamos a estas pessoas “bissexuais” e aceitamos a sua existência sem grande surpresa. Viemos a saber que todo o ser humano é bissexual neste sentido, que a sua libido se distribui, quer de maneira manifesta, quer de maneira latente, por objetos de ambos os sexos. Mas ficamos impressionados com o seguinte. Ao passo que na primeira classe de pessoas as duas tendências prosseguem juntas sem se chocarem, na segunda classe, mais numerosa, elas encontram-se num estado de conflito irreconciliável. A heterossexualidade de um homem não se conforma com nenhuma homossexualidade e vice-versa. Se a primeira é mais forte, ela obtém êxito em manter a segunda latente e em afastá-la, pela força, da satisfação na realidade. Por outro lado, não existe maior perigo para a função heterossexual de um homem do que o de ser perturbada pela sua homossexualidade latente. Poderíamos tentar explicar isto dizendo que cada indivíduo só possui à sua disposição uma certa quantidade de libido, pela qual as duas inclinações rivais têm de lutar. Mas tal não é claro, por que as rivais nem sempre dividem a quantidade disponível de libido

entre si, de acordo com a sua força relativa, mesmo se o podem fazer em certo número de casos. Somos forçados a concluir que a tendência ao conflito é algo de especial, recentemente adicionado à situação, sem consideração pela quantidade de libido. Uma tendência ao conflito deste tipo, a emergir independentemente, dificilmente pode ser atribuída a algo que não seja a intervenção de um elemento de agressividade livre.

Se reconhecermos o caso que examinámos como uma expressão da pulsão de destruição ou agressiva, surge imediatamente a questão de saber se esta conceção não deve ser estendida a outros exemplos de conflito, e, na verdade, de saber se o que sabemos sobre o conflito psíquico não devia ser revisto a partir deste novo ângulo. Afinal de contas, presumimos que, no decurso do desenvolvimento do homem de um estado primitivo para o civilizado, a sua agressividade experimenta um grau bastante considerável de internalização ou se volta para o interior; se assim for, os seus conflitos internos seriam o equivalente das lutas externas que então cessaram. Estou bem consciente de que a teoria dualista, segundo a qual uma pulsão de morte, de destruição ou de agressão reivindica iguais direitos como sócia de Eros, tal como este se manifesta na libido, encontrou pouca simpatia, e na realidade não foi aceite, mesmo entre psicanalistas. Por isso fiquei bastante satisfeito quando, há não muito tempo, me deparei com essa teoria nos escritos de um dos maiores pensadores da antiga Grécia. Estou prontíssimo a ceder o prestígio da originalidade a favor desta confir-

mação, em especial porque nunca pode ficar certo, em vista da ampla extensão das minhas leituras nos primeiros anos, se aquilo que tomei por uma nova criação não constituía um efeito da criptoamnésia.

Empédocles de Agragas (Agrigento), nascido por volta de 495 a.C., é uma das maiores e mais notáveis figuras da história da civilização grega. A sua personalidade multifacetada agiu nas mais variadas direções. Foi investigador e pensador, profeta e mágico, político, filantropo e médico com conhecimentos de ciências naturais. Diz-se que libertou a cidade de Selinunte, na Malária, e que os seus contemporâneos viram nele um deus. A sua mente parece ter unido os mais agudos contrastes. Era exato e sóbrio nas suas pesquisas físicas e fisiológicas; contudo, não se retraiu ante as obscuridades do misticismo e construiu especulações cósmicas de uma audácia espantosamente imaginativa. Capelle compara-o ao Dr. Fausto, "a quem muitos segredos foram revelados." Nascido numa época em que o reino da ciência ainda não estava dividido em tantas províncias, algumas das suas teorias impressionaram inevitavelmente pela mistura dos quatros elementos, a terra, o ar, o fogo e a água. Sustentava que toda a natureza era animada, e acreditava na transmigração das almas. Mas também incluiu no corpo teórico do conhecimento ideias modernas, como a evolução gradual das criaturas vivas, a sobrevivência dos mais aptos e o reconhecimento do papel desempenhado pelo encontro ocasional ou o acaso (τυχη) na evolução.

Mas a teoria de Empédocles que merece especialmente o nosso interesse é a que se aproxima muito da teoria psicanalítica das pulsões, de tal modo que ficaríamos mesmo tentados a sustentar que as duas são idênticas, se não fosse o facto de que a teoria do filósofo grego é uma fantasia cósmica, ao passo que a nossa se contenta em reivindicar a validade biológica. Ao mesmo tempo, o ato de Empédocles de atribuir ao universo a mesma natureza animada que aos organismos individuais despoja essa diferença de grande parte da sua importância.

O filósofo ensinou que dois princípios comandam os fenómenos do universo e da mente, e que esses princípios estão perenemente em guerra um com o outro. Falou de um dualismo fundamental entre “philia” (φιλία) e “neikos” (νεικος), o amor e a discórdia. Destes dois princípios - que concebeu como forças naturais operando como pulsões, e não como inteligências com um intuito consciente -, um deles esforça-se por aglomerar as partículas dos quatro elementos numa só unidade, ao passo que o outro procura desfazer todas essas fusões e separar as partículas primitivas dos elementos umas das outras. Empédocles imaginou o processo do universo como um alternar contínuo e incessante de períodos, nos quais uma ou outra das duas forças fundamentais leva a melhor, de maneira que em determinada ocasião o amor, e noutra a discórdia, realizam completamente o seu intuito e dominam o universo, após o que o outro lado, vencido, se afirma e, por sua vez, derrota o parceiro.

Os dois princípios fundamentais de Empédocles são, tanto no nome quanto na função, as nossas duas pulsões, Eros e a pulsão de destruição, o primeiro esforçando-se por combinar o que existe em unidades cada vez maiores, ao passo que o segundo se esforça por dissolver essas combinações e destruir a organização a que deram origem. Não ficamos surpreendidos em descobrir que, no seu ressurgimento após dois milénios e meio, esta teoria se alterou em algumas das suas características. À parte a restrição ao campo biofísico que se nos impõe, já não supomos como substâncias básicas os quatro elementos de Empédocles: o que é vivo foi nitidamente diferenciado do que é inanimado, e não pensamos mais em termos de mistura e separação das partículas de uma substância, mas na ligação e disseminação das componentes. Fornecemos, ainda, um certo tipo de fundamento ao princípio da discórdia, fazendo a nossa pulsão de destruição remontar à pulsão de morte, ao que faz o vivo retornar a um estado inanimado. Isto não se destina a negar que uma pulsão análoga existiu anteriormente, nem assegura que passou a existir com o surgimento da vida. Ninguém pode prever sob que disfarce o núcleo da verdade contido na teoria de Empédocles se apresentará à compreensão posterior.

VII

Em 1927, Ferenczi leu um instrutivo artigo sobre o problema do final das análises. Ele termina com a reconfortante garantia de que “a análise não é um processo sem fim, mas um processo que pode ter um fim próprio, se houver perícia e paciência suficientes da parte do analista.” No seu todo, o artigo parece-me ser um aviso para não abreviar a análise, mas aprofundá-la. Ferenczi demonstra, ainda, que o êxito depende muito do analista ter aprendido o suficiente com os seus próprios “erros e equívocos”, de ter levado a melhor sobre “os pontos fracos de sua própria personalidade.” Isto traz um importante suplemento ao nosso tema. Entre os fatores que influenciam as perspectivas do tratamento analítico e se somam às suas dificuldades da mesma maneira que as resistências, deve-se levar em conta não apenas a natureza do ego do paciente, mas também a individualidade do analista.

Não vou discutir se os analistas, com as suas personalidades, não estiveram invariavelmente à altura do padrão de normalidade psíquica para o qual desejam elevar os seus pacientes. Os opositores da análise apontam quase sempre para este facto com escárnio, e utilizam-no como argumento para demonstrar a inutilidade dos esforços psicanalíticos. Podíamos rejeitar esta crítica porque faz exigências injustificáveis. Os analistas são pessoas que aprenderam a praticar uma arte específica; a par disso, pode-se conceder-lhes que são seres humanos como quaisquer outros. Afinal de contas, ninguém defende

que um médico seja incapaz de tratar doenças internas se os seus próprios órgãos não forem sadios; ao contrário, pode-se argumentar que há certas vantagens no facto de um homem que foi ameaçado pela tuberculose se especializar no tratamento de pessoas que sofrem dessa doença. Os casos, porém, não são absolutamente idênticos. Enquanto for capaz de praticar clínica, um médico que sofre de uma doença dos pulmões ou do coração não está em desvantagem para diagnosticar ou tratar queixas internas, ao passo que as condições especiais do trabalho analítico fazem realmente com que os próprios defeitos do analista interfiram no seu ato e na avaliação correta do estado do paciente, bem como na sua reação a este. Portanto é razoável esperar que um analista tenha, como parte das suas qualificações, um considerável grau de normalidade e correção mental. Além disso, deve ter algum tipo de superioridade, de maneira que, em certas situações, possa agir como modelo para o seu paciente e, noutras, como um mestre. Finalmente, não devemos esquecer que o relacionamento analítico se baseia no amor à verdade - isto é, no reconhecimento da realidade - e que isso exclui qualquer tipo de impostura ou engano.

Detenhamo-nos aqui para garantir ao analista que pode contar com a nossa sincera simpatia pelas exigências extremamente rigorosas a que tem de atender no desempenho do seu ato. É quase como se a análise fosse a terceira daquelas "profissões impossíveis" quanto às quais se pode de antemão estar seguro de chegar a resultados insatisfatórios. As outras duas, conhecidas desde há mui-

to mais tempo, são a arte de educar e de governar. Não podemos evidentemente exigir que o analista seja um ser perfeito antes da sua análise, noutras palavras, que só as pessoas de alta e rara perfeição se possam candidatar a analistas. Mas onde e como o pobre infeliz pode adquirir as qualificações ideais de que necessita a profissão? A resposta é: na sua própria análise, com a qual começa a preparação para a futura atividade. Por razões práticas, esta análise só pôde até agora ser breve e incompleta. O importante é que se possa fazer um juízo sobre o candidato para saber se ele pode ou não ser aceite para uma formação posterior. A análise didática terá alcançado o seu objetivo se permitir àquele que está firmemente convencido da existência do inconsciente ter a capacidade, quando o material recalcado surge, de perceber em si coisas que de uma outra forma seriam inacreditáveis. Mas isto não basta para formar um analista; contamos também com que os estímulos da sua própria análise não cessem quando esta termina, com que os processos de remodelação do ego prossigam espontaneamente no indivíduo analisado, e com que se usem todas as experiências subsequentes nesse recém-adquirido sentido. Quando isto acontece, qualifica o indivíduo analisado para ser, ele próprio, analista. Infelizmente, também acontece outra coisa. Apenas me posso apoiar aqui em impressões para o tentar o descrever: hostilidade, por um lado, e partidarismo, por outro, criam uma atmosfera desfavorável à investigação objetiva. Parece que um certo número de analistas aprende a fazer uso de mecanismos de defesa

que lhes permitam desviar de si próprios as implicações e as exigências da análise (provavelmente dirigindo-as para outras pessoas), de maneira a permanecerem como são, e se afastarem da influência crítica e corretiva da análise. Tal acontecimento poderia justificar as palavras do escritor [Anatole France, em *La révolte des anges*] que nos adverte que, quando um homem obtém poder, é difícil não o utilizar mal. Às vezes, quando tentamos compreender isto, somos levados a fazer uma analogia desagradável com o efeito dos raios X nas pessoas que os manejam sem tomar precauções especiais. Não seria de surpreender que o efeito de uma preocupação constante com todo o material recalcado que luta pela liberdade na mente humana despertasse também no analista as exigências pulsionais que, de outra maneira, seria capaz de manter suprimidas. Também esses são “perigos da análise”, embora ameacem não o parceiro passivo, mas o parceiro ativo da situação analítica. Não deveríamos negligenciar enfrentá-los. Não duvidamos do modo como isso deve ser feito. Todo o analista devia periodicamente - com intervalos de aproximadamente cinco anos - submeter-se uma vez mais à análise, sem se sentir envergonhado por tomar esta medida. Isso significa que não é só a análise terapêutica dos pacientes, mas a sua própria análise que passaria de tarefa terminável a interminável.

Neste ponto, contudo, temos de nos resguardar contra uma concepção. Não pretendo afirmar que a análise nunca tem fim. Qualquer que seja a nossa atitude teórica relativamente a esta questão, o fim de uma análise é, uma

questão prática. Todo o psicanalista com experiência será capaz de recordar uma série de casos em que disse definitivamente adeus ao seu paciente, *rebus bene gestis*. Naquilo que é conhecido como “análise de caráter”, há uma discrepância muito menor entre a teoria e a prática. Não é fácil prever aqui um fim natural, ainda que se evitem quaisquer expectativas exageradas e não se estabeleçam para a análise tarefas excessivas. O nosso objetivo não é dissipar todas as peculiaridades do caráter humano em benefício de uma “normalidade” esquemática, nem tampouco exigir que a pessoa que foi “completamente analisada” não sinta paixões, nem desenvolva conflitos internos. A missão da análise é garantir as melhores condições psicológicas possíveis para as funções do ego; com isto, ela cumpriu a sua tarefa.

VIII

Nas análises terapêuticas, como nas análises de caráter, constatamos que existem dois temas que têm uma proeminência especial e dão ao analista uma quantidade inesperada de trabalho. Torna-se desde logo evidente que um princípio geral está aqui em ação. Os dois temas estão ligados à diferença dos sexos; um deles é tão característico dos homens, quanto o outro o é das mulheres. Apesar da dissemelhança do seu conteúdo, há uma correspondência óbvia entre eles. Aquilo que ambos os sexos possuem em comum foi forçado, pela diferença sexual, a formas diferentes de expressão.

Os dois temas são, na mulher, a inveja do pénis - um esforço positivo para possuir um órgão genital masculino - e, no homem, a luta contra a atitude passiva ou feminina em relação a um outro homem. Numa data precoce, o que é comum foi distinguido pela nomenclatura psicanalítica como sendo a posição em relação ao complexo de castração. Alfred Adler preferiu o termo "protesto viril" para uso corrente. Este ajusta-se ao caso dos homens, mas penso que, desde o início, "repúdio da feminilidade" teria sido a descrição mais correta desta notável característica da vida psíquica dos seres humanos.

Ao tentar introduzir este fator na nossa teoria, não devemos desprezar o facto de ele não poder, pela sua natureza, equivaler para os dois sexos. O esforço dos homens para serem viris é desde o início conforme ao seu ego; a atitude passiva, uma vez que pressupõe a aceitação da castração, é para eles energicamente recalcada, sendo a presença desta apenas indicada por um excesso de compensações. O esforço das mulheres para serem viris também é conforme ao seu ego até dado período da sua existência, a fase fálica pela qual passam antes do desenvolvimento da feminilidade se estabelecer. Em seguida, esta fase sucumbe ao processo do recalçamento, cujo desfecho, como foi frequentemente demonstrado, determina o destino da feminilidade. Muitas coisas dependem de que uma parte suficiente do complexo de virilidade escape ao recalçamento e exerça uma influência permanente no seu carácter. Normalmente, grandes partes deste complexo transformam-se, e contribuem para a constru-

ção da sua feminilidade; o desejo de um pénis é apaziguado e converte-se no desejo de um bebé e de um marido, que possua um pénis; mas muitas vezes descobre-se que o desejo do pénis ficou inconsciente e, a partir do recalçamento, exerce uma influência perturbadora.

Como se verá pelo que disse, em ambos os casos foi a atitude própria ao sexo oposto que sucumbiu ao recalçamento. Já afirmei noutro lugar que foi Wilhelm Fliess que chamou a minha atenção para este ponto. Fliess encarava a guerra dos sexos como a verdadeira causa e o primeiro motivo do recalçamento. Apenas repito o que disse então ao discordar da sua opinião, já que concebo o recalçamento a partir de fundamentos biológicos ou recuso concebê-lo apenas a partir de fundamentos psicológicos.

A importância destes dois temas - nas mulheres, a inveja do pénis, e, nos homens, a luta contra a passividade - não escapou à observação de Ferenczi. No artigo que leu em 1927, exigiu que estes dois complexos fossem dominados em toda análise bem-sucedida. Acho pela minha própria experiência que Ferenczi exigia muito. Em nenhum momento do trabalho analítico se sofre mais da sensação opressiva de que todos os nossos repetidos esforços foram em vão, e da suspeita de que pregámos ao vento, quando tentamos persuadir uma mulher a abandonar o seu desejo do pénis, por este ser irrealizável, ou quando procuramos convencer um homem que uma atitude passiva para com os outros homens nem sempre significa a castração, pois é indispensável em muitos relacionamentos na vida. A rebeldia compensatória do ho-

mem é uma das mais fortes resistências transferênciais; ele recusa submeter-se a um substituto paterno, ou sentir-se em dívida para com este, conseqüentemente recusa aceitar do médico o seu restabelecimento. Não há transferência análoga que surja do desejo de pênis da mulher, mas este é fonte de depressões graves, ou da convicção interna de que a análise não lhe será de nenhuma utilidade, que nada pode ser feito para a ajudar. Só podemos concordar que tem razão quando aprendemos que o seu motivo mais forte para ter procurado um tratamento foi a esperança de que, no final, ainda poderia conquistar o órgão masculino, cuja falta lhe era tão penosa.

Aprendemos também com isto que não é importante a forma como a resistência aparece, na transferência ou não. O que é decisivo é que a resistência impede a ocorrência de qualquer mudança, ficando tudo como era. Temos muitas vezes a impressão de que a inveja do pênis e o protesto viril penetraram através de todos os estratos do psiquismo e bateram no seu fundo, e que, assim, as nossas atividades terminam. Isto é provavelmente verdade, já que o biológico desempenha para o psiquismo o papel da rocha subjacente. O repúdio da feminilidade pode não ser mais nada do que um fator biológico, fazendo parte do grande enigma do sexo. Seria difícil dizer se e quando conseguiremos dominar este fator num tratamento analítico. Só nos podemos consolar com a certeza de que demos à pessoa em análise todo o incentivo possível para reexaminar e alterar a sua atitude para com este.



Esta tradução de três importantes artigos de Freud inéditos em Portugal é da responsabilidade da Antena do Campo Freudiano, e contou com a ajuda de Andreia Quintais, Joana Eusébio e Jaime Bessa, alunos do Mestrado de Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapia da Faculdade de Psicologia da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (2010-2012).

Os textos agora traduzidos são largamente comentados no livro de José Martinho, *Inspiração Psicanalítica*, (2011) editado pela coleção "Psicanálise", das Edições Universitárias Lusófonas.