Mark Solms

Renomado psicanalista e neuropsicólogo, professor e pesquisador contemporâneo.

Criador do novo campo da neuropsicanálise e tradutor oficial das obras completas de Freud.

FREUD E O CÉREBRO

A CIÊNCIA DA MENTE E DA CURA PSÍQUICA

Amarilys

FREUD
E O CÉREBRO
A CIÊNCIA DA MENTE E DA CURA PSÍQUICA

Durante o processo de edição desta obra, foram tomados todos os cuidados para assegurar a publicação de informações técnicas, precisas e atualizadas conforme lei, normas e regras de órgãos de classe aplicáveis à matéria, incluindo códigos de ética, bem como sobre práticas geralmente aceitas pela comunidade acadêmica e/ou técnica, segundo a experiência do autor da obra, pesquisa científica e dados existentes até a data da publicação. As linhas de pesquisa ou de argumentação do autor, assim como suas opiniões, não são necessariamente as da Editora, de modo que esta não pode ser responsabilizada por quaisquer erros ou omissões desta obra que sirvam de apoio à prática profissional do leitor.

Do mesmo modo, foram empregados todos os esforços para garantir a proteção dos direitos de autor envolvidos na obra, inclusive quanto às obras de terceiros e imagens e ilustrações aqui reproduzidas. Caso algum autor se sinta prejudicado, favor entrar em contato com a Editora.

Finalmente, cabe orientar ao leitor que a citação de passagens desta obra com o objetivo de debate ou exemplificação ou ainda a reprodução de pequenos trechos desta obra para uso privado, sem intuito comercial e desde que não prejudique a normal exploração da obra, são, por um lado, permitidas pela Lei de Direitos Autorais, art. 46, incisos II e III. Por outro, a mesma Lei de Direitos Autorais, no art. 29, incisos I, VI e VII, proíbe a reprodução parcial ou integral desta obra, sem prévia autorização, para uso coletivo, bem como o compartilhamento indiscriminado de cópias não autorizadas, inclusive em grupos de grande audiência em redes sociais e aplicativos de mensagens instantâneas. Essa prática prejudica a normal exploração da obra pelo seu autor, ameaçando a edição técnica e universitária de livros científicos e didáticos e a produção de novas obras de qualquer autor.

Mark Solms

Renomado psicanalista e neuropsicólogo,
professor e pesquisador contemporâneo.

Criador do novo campo da neuropsicanálise e
tradutor oficial das obras completas de Freud.

FREUD
E O CÉREBRO
A CIÊNCIA DA MENTE E DA CURA PSÍQUICA

REVISOR TÉCNICO

Matheus Henrique Kunst

Psicólogo e Professor. Mestre em Teoria Psicanalítica pela
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e Doutor
em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo (USP).

Amarilys

Amarilys é um selo editorial Manole.
Publicado mediante acordo com The Orion Publishing Group Ltd.

Copyright © Mark Solms 2026.
Originalmente publicado pela Weidenfeld & Nicolson.

Publicado pela primeira vez na Grã-Bretanha em 2026 por Weidenfeld & Nicolson, um selo do grupo editorial The Orion Publishing Group Ltd.

O direito moral de Mark Solms de ser identificado como o autor desta obra foi afirmado de acordo com a Lei de Direitos Autorais, Designs e Patentes de 1988.

Editora: Lívia Oliveira
Produção editorial: Rosana Arruda da Silva
Projeto gráfico: Departamento de arte da Editora Manole
Tradução: Departamento editorial da Editora Manole
Revisor técnico: Matheus Henrique Kunst

Diagramação: Estúdio Castellani
Capa: Ricardo Yoshiaki Nitta Rodrigues

Imagem de capa: www.freepik.com

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ

S674f

Solms, Mark
Freud e o cérebro : a ciência da mente e da cura psíquica / Mark Solms ; tradução Departamento Editorial da Editora Manole. - 1. ed. - Barueri [SP] : Amarilys, 2026.

Tradução de: The only cure : Freud and the neuroscience of mental healing
ISBN 9788520474921

1. Psicanálise. 2. Saúde mental. I. Departamento Editorial da Editora Manole. II. Título.

26-103874.1

CDD: 150.195
CDU: 159.964.2

Gabriela Faray Ferreira Lopes - Bibliotecária - CRB-7/6643

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida, armazenada em um sistema de recuperação ou transmitida de qualquer forma ou por qualquer meio – eletrônico, mecânico, por fotocópia, gravação ou outro – sem a autorização prévia tanto do detentor dos direitos autorais quanto da editora deste livro.

A Editora Manole é filiada à ABDR – Associação Brasileira de Direitos Reprográficos.

Edição – 2026

Editora Manole Ltda.
Alameda Rio Negro, 967, cj. 717
06454-000 – Barueri – SP – Brasil

Tel.: (11) 4196-6000
www.manole.com.br | https://atendimento.manole.com.br/

Impresso no Brasil
Printed in Brazil

Em memória de minha mãe
ELSIE SYLVIA SOLMS (18/06/1934–08/03/2018),
com gratidão

“Pode ser que existam outras possibilidades de terapia ainda não sonhadas. Mas, no momento, não temos nada melhor à nossa disposição do que a técnica da psicanálise.”

– Sigmund Freud, 1938

Sumário

Introdução: O sintoma
Capítulo 1: Censores
Capítulo 2: A interpretação dos sonhos
Capítulo 3: O aparelho mental
Capítulo 4: A cura pela fala
Capítulo 5: Lapsos verbais
Capítulo 6: Mecanismos de defesa
Capítulo 7: O futuro de uma ilusão
Capítulo 8: A cura pelo amor
Epílogo: A causa

Notas
Referências
Agradecimentos
Sobre o autor

INTRODUÇÃO

O sintoma

PARA PROTEGER A CONFIDENCIALIDADE do paciente, alguns detalhes da história a seguir foram alterados.[I]

Mas este não: Teddy P. era médico. Durante o dia, ele trabalhava como pediatra residente em um hospital público. Ele estava lidando bem com o estresse do trabalho até que, de repente, sua mãe morreu. (Seu pai havia falecido enquanto Teddy ainda estava na faculdade de medicina.)

Teddy ficou deprimido. Começou a cometer erros no trabalho. Às vezes, via-se incapaz de lembrar o que tinha acontecido momentos antes. Ele saía das consultas sem qualquer memória do que havia acabado de falar. O que tinham acabado de combinar? Seus dias tornaram-se repletos de pavor, pontuados por ataques de pânico que o sobrecarregavam tanto que, muitas vezes, ele precisava ir à sala dos funcionários para se acalmar.

Mesmo antes de morar com a namorada, ele já sofria de ejaculação precoce. Ela não foi muito compreensiva em relação a isso: "Sério?", exclamou ela na segunda vez que isso aconteceu. Agora, do nada, ele também tinha que lidar com disfunção erétil. Parecia uma piada cruel: a maldita coisa fazia de tudo, menos o que ele queria. Como era possível que ele fosse, ao mesmo tempo, muito ansioso e muito relutante?

Depois de um tempo, sua namorada lhe disse que o estava deixando. Isso não foi um choque completo; ela já havia anunciado que estava saindo com outra pessoa. Mesmo assim, ele reagiu mal. Passou a ter mais dificuldade para dormir. A fadiga embaçava, cada vez mais, seu cérebro.

Era hora de tomar as rédeas da situação. Teddy fez o que lhe parecia natural: procurou um psiquiatra, que diagnosticou transtorno depressivo maior e receitou um antidepressivo. A medicação ajudou um pouco, depois de mais ou menos um mês. No entanto, as dificuldades para dormir e a pulsação acelerada persistiram (como era possível que seu *coração* estivesse, ao mesmo tempo, muito ansioso e muito relutante?). O psiquiatra,

prestativamente, prescreveu-lhe um medicamento contra a ansiedade e um remédio para dormir. Teddy desenvolveu dor muscular crônica. O psiquiatra diagnosticou fibromialgia e lhe prescreveu analgésicos opioides potentes.

Nos meses que se seguiram, as mãos de Teddy começaram a tremer. Sua memória piorou. Sua visão ficou embaçada. O mais preocupante era que ele estava confundindo seus pacientes, escrevendo os códigos errados e prescrevendo medicamentos inadequados. Um dia, ele não conseguiu reconhecer uma garota que havia examinado apenas 24 horas antes. Mesmo quando a mãe dela o lembrou, ele não fazia ideia de quem ela era. Claramente, havia algo muito sério acontecendo. Ele pediu ao psiquiatra que o encaminhasse a um neurologista.

O neurologista, ouvindo sobre os episódios de esquecimento e percebendo o tremor nas mãos de Teddy, solicitou um eletroencefalograma (EEG) e uma tomografia computadorizada do cérebro (TC). O EEG não revelou atividade epiléptica, embora tenha mostrado “lentificação difusa”. Inconclusivo. A TC mostrou “atrofia leve e inadequada para a idade”, ou seja, encolhimento geral. Novamente, inconclusivo.

Dois dias depois, Teddy teve um apagão em sua casa. Acordou coberto de urina, sem saber quanto tempo havia se passado. O neurologista solicitou um segundo EEG. Ele não trouxe mais clareza do que o primeiro. Por segurança, prescreveu uma dose baixa de um medicamento antiepiléptico, com base no fato de que a ausência de atividade epiléptica no EEG não descartava a possibilidade de convulsões quando os médicos não estavam olhando. Ele também observou que os anticonvulsivantes podem servir como estabilizadores de humor em caso de necessidade: uma motivação terapêutica adicional. Uma precaução extra.

Foi recomendado que Teddy parasse de dirigir. Ele não estava tão mal a ponto de não conseguir ler as entrelinhas: se ele era um risco ao volante, certamente era um perigo para seus pacientes. Ele prontamente pediu demissão de seu cargo no hospital e foi para casa.

Lá ele permaneceu por algum tempo.

Seus padrões de sono tornaram-se cada vez mais erráticos — fragmentados, com sonhos perturbadoramente vívidos e suores frios. Não raro, ele ficava na cama o dia todo, até anoitecer. Parou de comer. Sozinho com seus pensamentos, fixou-se na ideia de que nunca mais seria capaz de retornar ao trabalho clínico, talvez a trabalho algum, nunca mais.

Seus parentes restantes — uma madrasta, uma tia e um irmão meio afastado — reagiram com preocupação a esse isolamento do mundo. Eles o incentivaram a buscar uma segunda opinião. Vivendo como estava, das doações deles, ele não teve muita escolha senão consentir. De qualquer forma, ele havia perdido a confiança no diagnóstico vago do primeiro neurologista. Estava achando cada vez mais difícil se concentrar e não conseguia se lembrar do que havia acontecido de um momento para o outro. A cada dia que passava, a dor de cabeça aumentava. Sua fala tornou-se arrastada e ele tinha dificuldade para encontrar as palavras. Os nomes, em particular, tornaram-se quase impossíveis. À luz dessa "atrofia leve e inadequada para a idade", ele começava a suspeitar que, na verdade, estava nos primeiros estágios de alguma terrível doença degenerativa: demência de início precoce, talvez.

Uma segunda neurologista analisou os resultados de seu EEG e da TC. Ela os considerou essencialmente normais, atribuindo as ondas lentas no EEG aos diversos medicamentos psiquiátricos que ele estava tomando e a leve atrofia a uma variação normal. Ela o examinou clinicamente e concluiu que não havia nada de errado com seu cérebro. Mas ela percebeu que ele estava sofrendo muito. Por segurança, ela encaminhou Teddy a mim.

Sou neuropsicólogo. Isso significa que me especializo no diagnóstico de doenças neurodegenerativas (entre outras coisas), já que os indicadores da maioria dessas doenças são de natureza psicológica: eles se manifestam principalmente como comprometimentos nas funções cognitivas. Também tenho experiência em trabalhar com transtornos "funcionais": condições físicas e cognitivas que parecem ser neurológicas, mas que, na verdade, são psiquiátricas. Dada a ausência de qualquer evidência convincente no EEG e na tomografia, parecia possível que fosse com isso que estávamos tratando neste caso.

Examinei Teddy e revisei seu prontuário. O padrão de seus sintomas não correspondia nem de longe a nenhuma das doenças neurodegenerativas estabelecidas. De qualquer forma, pouquíssimas delas costumam afligir pessoas tão jovens quanto ele. Alzheimer, demência frontotemporal, degeneração corticobasal, doença dos corpos de Lewy, demência vascular e afins: essas são doenças de idosos, não de jovens abatidos como o rapaz desanimado em meu consultório. Ao mesmo tempo, seus sintomas pareciam bastante típicos de transtorno depressivo maior e transtorno do pânico, combinados com os efeitos colaterais e as interações dos múltiplos

medicamentos que ele estava tomando. Humor deprimido, perda de energia e de apetite, problemas de sono e de concentração: esses eram os sintomas comuns da depressão maior, que frequentemente ocorre em conjunto com o transtorno do pânico. Perda da libido (que também acompanha a depressão maior) e sonhos vívidos eram efeitos colaterais comuns dos IRSR — os antidepressivos que ele estava tomando. Perda de memória, visão embaçada e fala arrastada eram comuns com benzodiazepínicos — os ansiolíticos que ele estava tomando. As dificuldades de concentração (que, novamente, são sintomáticas da depressão) são comumente agravadas por anticonvulsivantes e hipnóticos. Dores de cabeça são comuns com opiáceos; e assim por diante.

No final de nossa consulta, disse a Teddy o que eu pensava sobre seu caso. Seus sintomas cognitivos e sinais motores eram principalmente *iatrogênicos*: condições causadas pelo próprio tratamento médico. Como a velha que engoliu uma mosca, a maioria dos medicamentos que ele também estava tomando tratava sintomas causados por outros medicamentos que ele estava tomando. Fazendo o possível para esconder minha exasperação com o tratamento que ele recebia, eu disse que recomendaria ao seu psiquiatra que diminuísse o uso de quase todos os medicamentos.

Teddy ficou feliz em saber que não sofria de demência. Ainda assim, a perspectiva de parar com os medicamentos claramente o preocupava. Ele sabia muito bem como o humor depressivo e os pensamentos sombrios podiam dominá-lo, o quanto ele lutava para dormir sem hipnóticos, como as dores invadiriam seu corpo se ele não pudesse tomar opiáceos. O psiquiatra também relutou em seguir meu conselho e só cedeu quando o neurologista recomendou fortemente o mesmo.

De qualquer modo, eu disse a Teddy que os medicamentos que o psiquiatra havia prescrito eram apenas tratamentos *sintomáticos*. Nenhum deles abordava as *causas* reais de seu sofrimento. Isso significava que ele teria de continuar a tomá-los pelo resto da vida. Considerando os efeitos colaterais e a maneira como o corpo se acostuma a alguns deles — o que significa que ele precisaria de doses cada vez maiores para obter o mesmo alívio —, isso não era aconselhável. A catraca só funcionava em um sentido. “Mas de que outra maneira posso controlar meus sintomas?”, questionou ele. Boa pergunta.

Eu lhe disse que, assim que começássemos a reduzir seus medicamentos, ele deveria marcar outra consulta comigo. Nessa sessão, o

foco não seria em seus sintomas cognitivos e outros sintomas quase neurológicos, mas na história de sua vida. Eu lhe disse que queria entender o que havia feito com que sua vida desmoronasse daquela maneira. Com base em nosso breve contato até então, eu tinha uma suspeita, mas queria ter certeza. (Não contei a ele essa última parte.)

Teddy me olhou de forma estranha, como se eu tivesse feito algo impróprio, como convidá-lo para um drinque. Ele pensou um pouco.

"Tudo bem", disse ele.

A partir desse ponto de sua história, as coisas ficaram mais difíceis. Por um lado, meu palpite acabou se revelando equivocado: a história de Teddy era mais idiossincrática do que o esperado. No final deste livro, contarei a você o que aconteceu quando ele me procurou para tratamento. Não é uma isca: realmente acho que não faria sentido contar agora. Mas fará.



Apesar da longa lista de medicamentos que meu colega prescreveu para Teddy, esse menu de degustação farmacológica mal arranha a superfície da gama de especialidades médicas, instrumentos de alta tecnologia e terapias medicamentosas atualmente empregadas para diagnosticar e tratar o sofrimento mental. A depressão maior, por si só, pode ser tratada com infusões de cetamina (um anestésico geral), com doses baixas de psicodélicos (como a psilocibina), com estimulação do nervo vago, com TEC (terapia eletroconvulsiva), com EMT (estimulação magnética transcraniana) e até mesmo — embora com menos frequência — com DBS (estimulação cerebral profunda; a inserção de eletrodos profundamente nos tecidos do cérebro).

Todos esses tratamentos têm o sério selo da ciência. Isso se aplica não apenas aos tratamentos e às investigações em si, mas também à montanha de trabalho dedicada ao seu desenvolvimento. Veja o caso do antidepressivo ISRS, o tratamento de primeira linha que Teddy recebeu. O surgimento desses medicamentos na década de 1950 foi seguido por uma grande quantidade de pesquisas conduzidas por cientistas de laboratório sobre a variedade de receptores de serotonina,[II] os precursores da serotonina e seus transportadores, além dos genes que os produzem. Desde então, uma quantidade equivalente de pesquisas básicas tem sido dedicada a tentar descobrir o que, exatamente, os ISRS fazem. Por que, por exemplo, eles

levam tantas semanas para começar a fazer efeito, já que seu principal efeito fisiológico — o aumento da disponibilidade de serotonina nas junções entre os neurônios — é imediato? Passadas todas essas décadas, é surpreendente o pouco que sabemos sobre eles.

Entre 2006 e 2012, fui codiretor de pesquisa da Hope for Depression Research Foundation (HDRF), cuja fundadora — uma formidável bilionária nova-iorquina, cuja falecida mãe (chamada Hope) sofria de depressão grave — me encarregou de identificar os cientistas ao redor do mundo que estavam realizando os trabalhos mais promissores, usando a mais ampla gama das técnicas mais recentes, para que ela pudesse apoiá-los. (Sua ambição, ao que me pareceu, não era apenas avançar nossa compreensão da depressão, mas eliminá-la da face da Terra.)

Como se viu, a maior parte das pesquisas apoiadas pela HDRF não foi conduzida com pessoas como Teddy P., mas com ratos de laboratório. Portanto, uma questão particularmente incômoda era como seria um "modelo animal" adequado para a depressão, ou seja, como seria o equivalente da depressão em ratos. O protocolo mais usado na época era o "teste do nado forçado". O pesquisador colocava um rato em um tanque de água do qual não havia como escapar e, em seguida, media o tempo que ele levava para parar de nadar — para desistir. Os ratos que ficavam imóveis mais rapidamente eram considerados os mais semelhantes aos seres humanos deprimidos. A depressão, afinal de contas, é um estado de desesperança. Um rato que não nadava mais era um bom rato para testar novos tratamentos.

Ao conhecer esses líderes da ciência da depressão nos primeiros anos do milênio, eu mesmo comecei a me sentir um pouco abatido. Eles pareciam, no mínimo, tão interessados na magia técnica que poderiam realizar com seus novos e empolgantes aparelhos quanto nas perspectivas de realmente encontrar uma cura. Não que essa pesquisa fosse desinteressante: grande parte dela era muito interessante, e algumas partes podem até ser valiosas. Mesmo assim, parecia algo pequeno e muito distante das experiências horríveis de pacientes como Teddy P. O mais deprimente é que havia pouca perspectiva de que esses cientistas realmente entendessem o transtorno que estavam investigando. Alguns tratamentos pareciam ser um pouco mais eficazes do que outros em condições experimentais, mas o processo geral era como tatear no escuro.

Repetidas vezes, ao retornar ao hotel depois de conferências bem financiadas em Viena ou Cold Spring Harbor, eu me via intrigado com a pouca semelhança entre essa geração de gnomos de laboratório e os grandes e terríveis gigantes que um dia caminharam sobre a terra.



Por mais surpreendente que pareça, a psiquiatria convencional já foi dominada por um grupo de médicos para os quais *o insight* não era apenas objeto de investigação, mas a própria essência da cura.

Quando nasci, há 60 e poucos anos, era quase impossível obter uma cátedra titular em psiquiatria em uma universidade americana decente, a menos que você fosse um psicanalista. Os médicos psicanalistas usavam flanela e *tweed*. Dia após dia, mês após mês, eles ficavam sentados ouvindo seus pacientes relembrarem os problemas da infância. Essa forma luxuosa de tratamento não ocorria nas enfermarias antissépticas dos hospitais, mas nas casas de tijolos aparentes do Upper East Side e nas avenidas arborizadas de Hampstead, em consultórios bem decorados com um estilo característico: *chaise-longue* para o paciente; tapetes persas no chão, quando não também nas paredes; algumas antiguidades egípcias ou greco-romanas. E, claro, o toque obrigatório: um busto de gesso ou um retrato de Sigmund Freud, olhando severamente para o médico e o paciente.

Naquela época, os psicanalistas eram semideuses. Não se tratava apenas do fato de que eles eram amplamente considerados melhores conhecedores que nos move do que nós mesmos poderíamos saber (o que explicava por que tantas pessoas desembolsavam somas tão altas para consultas diárias); os próprios psicanalistas realmente acreditavam que conheciam as verdades ocultas da condição humana. Eles enxergavam através da confusão e do acaso da vida até seu âmago. O próprio funcionamento do destino era revelado a eles.

Eu era apenas uma criança durante esse apogeu, mas conheci muitos de seus principais expoentes na década de 1990, no auge de suas carreiras: psiquiatras psicanalíticos como Charles Brenner em Nova York, André Green em Paris e Hannah Segal em Londres. Posso confirmar que eles não eram muito dados à autocrítica. Eles não ofereciam opiniões; faziam pronunciamentos — mesmo quando seus pedestais desmoronavam sob seus pés.

Na década de 1960, mais da metade de todos os psiquiatras americanos eram psicanalistas; hoje, a porcentagem diminuiu para apenas um dígito.[1] O físico Max Planck afirmou que a ciência progride à velocidade em que a velha guarda morre. A queda do império psicanalítico pareceu um pouco mais rápida do que isso.

Ela foi acompanhada pela ascensão proporcionalmente rápida, entre as décadas de 1960 e 1980, do que era então chamado de "psiquiatria biológica". Não a chamamos mais assim. Hoje, quase toda a psiquiatria é "biológica"; baseia-se no pressuposto de que o sofrimento mental é mais bem tratado *fisicamente*, porque suas causas básicas são claramente encontradas no cérebro. Os profissionais e pesquisadores modernos da saúde mental não estão menos certos dessa verdade do que os psicanalistas do século passado estavam da deles.

Não que esse tenha sido o fim da psicanálise. No mundo de língua inglesa, ela sobreviveu como uma forma de medicina alternativa, como a homeopatia e a acupuntura, um recurso um pouco excêntrico para os ricos angustiados. A situação é menos grave na América Latina, na Alemanha e na França (mais ou menos nessa ordem), mas a tendência tem sido a mesma. E, nos últimos 30 anos, mais ou menos, é assim que tem se mantido.

Agora, no entanto, o terreno parece estar mudando novamente. Desde a pandemia da Covid, tornou-se cada vez mais difícil encaminhar pacientes para psicanalistas e terapeutas psicanalíticos (psicoterapeutas infantis, em particular), pois nenhum deles tem vagas. Cada vez mais psiquiatras e psicólogos estão se candidatando a treinamentos especializados em psicanálise. Artigos de opinião pró-freudianos estão surgindo em todos os grandes meios de comunicação.[2] Das profundezas, uma figura até então relegada ao reino das manias e insinuações está mais uma vez subindo à superfície. Por que isso está acontecendo agora? O que devemos pensar sobre isso?



Entre as afirmações menos polêmicas que farei neste livro está a de que praticamente todas as formas modernas de psicoterapia são derivadas do trabalho de Sigmund Freud, um neurocientista e neurologista austríaco cuja longa vida profissional o levou da Viena de *fin de siècle* a Hampstead, em

Londres, onde morreu no exílio algumas semanas após a Segunda Guerra Mundial.

Muitas das imagens clichês da terapia derivam dele: o divã, o sotaque, “fale-me sobre sua mãe” e assim por diante. Freud existe agora na imaginação popular como um conjunto de provocações jocosas e vagamente lembradas: o complexo de Édipo, a inveja do pênis, os sonhos revelam desejos ocultos, os erros são realmente intencionais, às vezes um charuto é apenas um charuto. Mesmo que nunca tenha ouvido falar dessas coisas, você reconhecerá o próprio homem em um de seus retratos característicos: barba branca, óculos redondos, charuto, terno de três peças. Ele é um ícone da cultura intelectual do século passado, como Einstein: um personagem de desenho animado.

Mas Freud não tem a aura de santo de Einstein. Na verdade, há algo bastante desonroso em relação a ele. Ele não teria intimidado mulheres jovens a aceitar interpretações sexuais ultrajantes de suas vidas? Não estava ele meio enlouquecido pela cocaína? Assim como Karl Marx, acusado pelos excessos da União Soviética, ou Friedrich Nietzsche, supostamente culpado pelas atrocidades dos nazistas, certamente Freud deve responder por grande parte dos *absurdos* que temos de suportar: todo o conhecimento pseudocientífico e egocêntrico que impediu investigações objetivas das doenças mentais por meio século ou mais. E, embora se possa argumentar que Marx e Nietzsche não foram mais responsáveis pelos crimes soviéticos e nazistas do que Einstein foi pela corrida armamentista nuclear, Freud realmente foi o pai da linguagem terapêutica. Suas ideias sobre trauma, projeção, narcisismo, negação ou ser “anal” se tornaram nossa psicologia popular. Todo aquele “clima de opinião”, como disse W. H. Auden,[3] que até hoje parece permear todo tipo de relacionamento — íntimo, profissional e tudo o que existe entre eles? Tudo obra dele.

De certa forma, é surpreendente que sua influência tenha se espalhado tanto. O relato de Freud sobre a existência humana tem uma intimidade inquietante: anseios infantis, esforços embaraçosos, partes íntimas, fluidos corporais, inadequações humilhantes, perdas irrecuperáveis; tantas coisas que preferiríamos esquecer. Ele sempre foi uma figura escandalosa, sempre correndo o risco de ir longe demais. Talvez nenhum teórico tão desconcertante pudesse permanecer no poder por muito tempo. As acusações contra ele aumentaram ao longo do século psicanalítico: viciado em cocaína, pervertido, fraude científica, valentão, filantropo, patriarca,

ganancioso, abusador de crianças, intolerante, sexista, misógino, homofóbico.

As principais ciências mentais acabaram por rejeitá-lo por uma variedade de razões um pouco mais sóbrias: reações contra a soberba, mas também modismos intelectuais e até mesmo (como veremos) ideologias, incluindo o stalinismo. No entanto, de uma maneira peculiar, a própria psicanálise também rejeitou Freud. Atualmente, o campo tende a não se interessar por suas profundas aspirações como cientista — ou mesmo a reconhecê-las. As teorias de Freud sempre tiveram a intenção de responder às evidências, mesmo quando estas eram obtidas de outros campos de investigação; e seu modelo psicológico estava sempre à espera de fazer contato firme com a pesquisa cerebral mais uma vez. O profeta dos psicanalistas de hoje e o velho desonesto do estereótipo popular são figuras muito menos interessantes e desafiadoras do que o cientista dedicado e sério que conheci ao longo de minha carreira. Esse é o Freud que eu gostaria de apresentar a você agora.

Entre as afirmações mais controversas que defenderei neste livro está a de que precisamos dele hoje mais do que nunca.



Fui neurocientista durante toda a minha vida profissional. Comecei a investigar os mecanismos cerebrais do sono e do sonho em 1985, antes de estender minha pesquisa para abranger a anatomia e a fisiologia da consciência em geral, bem como a estreita relação entre senciência e emoção. Ao longo do caminho, estudei os mecanismos cerebrais de doenças psiquiátricas, como a depressão maior, o transtorno do pânico e o vício, e de transtornos neurocomportamentais, como a síndrome de Korsakoff (amnésia confabulatória) e a anosognosia (falta de percepção da própria paralisia). A partir desse trabalho, publiquei mais de 300 artigos em periódicos científicos revisados por pares e capítulos de livros, além de ter escrito diversos livros técnicos.

Diferentemente de muitos neurocientistas, também sou clínico. Tratei todas as condições mencionadas anteriormente — tanto as psiquiátricas quanto as neurológicas — e participei de tratamentos neurocirúrgicos de outras condições, como tumores cerebrais, epilepsia farmacologicamente intratável e doença de Parkinson.

De maneira ainda mais incomum, decidi, no final da década de 1980, me formar como psicanalista, para grande consternação de meus colegas neurocientistas. Pratiquei psicoterapia e psicanálise por muitos anos. Essa linha lateral aparentemente excêntrica me levou a um profundo engajamento com os escritos de Freud, a ponto de produzir edições acadêmicas de grande parte de sua produção publicada e inédita — incluindo traduções para o inglês de seus primeiros artigos neurocientíficos e neurológicos, bem como de outros neurologistas do século XIX.

Isso me confere um ponto de vista raro, embora não único, sobre o desenvolvimento da ciência mental ao longo do século passado e, especialmente, sobre as mudanças ocorridas nas últimas quatro décadas. Entre os padrões mais surpreendentes que observei está o seguinte: a partir da década de 1970, justamente quando a ciência mental estava oficialmente se afastando da psicanálise, evidências fragmentadas de todo tipo de estudos experimentais em muitos campos diferentes começaram a se unir em um quadro geral que poderíamos chamar de modelo científico moderno da mente. Sem fazer rodeios, ele é surpreendentemente parecido com o que Freud esboçou nas primeiras décadas do século XX. Por mais que seja conveniente para o orgulho da neurociência chamar isso de coincidência, não é. É um testemunho de percepções genuinamente profundas, atribuíveis a Freud e depois desenvolvidas de maneira proveitosa por alguns de seus seguidores, sobre como a mente realmente funciona.

É claro que isso é *interessante*, de modo abstrato, como uma parte da história intelectual. Mas é mais do que isso. Minha convicção, moldada tanto nas trincheiras da saúde mental quanto em uma longa carreira de pesquisa, é que essa convergência da neurociência moderna com as conjecturas semiesquecidas da psicanálise é realmente importante. Como argumentarei, Freud obteve seus *insights* precisamente em função do ângulo pelo qual examinou a mente. Ele não olhou sob a perspectiva da anatomia e fisiologia do cérebro, mas sob o ponto de vista de *ser* uma mente. Freud (e, com níveis variados de rigor, seus seguidores) se empenhou em mapear a organização da mente conforme ela se manifesta *subjetivamente*.

A neurociência tem se recusado, em um grau impressionante, a se valer dessa perspectiva. Há motivos razoáveis para isso, principalmente o fato de a ciência buscar a objetividade. No entanto, é certamente uma característica fundamental do cérebro — aparentemente o único entre todos os órgãos do corpo e todos os outros objetos do universo conhecido — o fato de ele

possuir uma perspectiva subjetiva; o fato de haver, como dizem os filósofos, “algo que é como” ser um.[4]

Esse atributo extraordinário deve ter evoluído por alguma razão. Isso, por sua vez, implica que ele deve fazer diferença no funcionamento do cérebro. Não é obviamente verdade que o que você *sente* influencia o que você *faz*? Negar isso equivale a excluir a psique da psicologia.

A visão de Freud era a de que devemos ajustar nossos métodos de observação aos nossos objetos de estudo, e não o contrário. Desse modo, ele e seus seguidores obtiveram muitos *insights* inovadores sobre a natureza e a organização da mente que só agora estão sendo redescobertos pela neurociência. Eles abrangem tudo, desde o significado do sofrimento até a estrutura da memória e o significado da infância. Descreverei nove deles nos capítulos a seguir. É uma grande pena que a oposição ideológica a Freud, no final do século XX, tenha atrasado a neurociência por tanto tempo.

Se isso é uma pena, o que tal oposição significou para a saúde mental é nada menos que um escândalo. Deixe-me dizer sem rodeios, logo de início: quase todos os transtornos psiquiátricos listados e definidos nos manuais de diagnóstico padrão são mais bem compreendidos e tratados não farmacologicamente, mas psicologicamente. Isso se aplica até mesmo a algumas condições mentais originadas em predisposições genéticas e em doenças cerebrais físicas. No estado atual das coisas, os tratamentos fisiológicos dos transtornos psiquiátricos se limitam ao alívio temporário dos sintomas, e a compreensão psiquiátrica está próxima de ser uma contradição em termos. Não que o alívio dos sintomas não possa ser valioso, às vezes, para pavimentar o caminho para tratamentos causais mais duradouros. Mas não existem, na atual conjuntura, curas fisiológicas na psiquiatria.

E, no entanto, para muitos transtornos, um tratamento causal esteve disponível o tempo todo.

Como veremos, há agora uma montanha de evidências de que as psicoterapias convencionais derivadas da psicanálise são surpreendentemente eficazes. Isso se aplica ainda mais à própria psicanálise — não apenas quando comparada a outras intervenções psiquiátricas, como os medicamentos prescritos para Teddy P., mas também quando comparada a tratamentos médicos regulares para doenças físicas comuns. Até mesmo tratamentos relativamente breves de psicanálise merecem ser descritos

como “altamente eficazes” pela definição médica padrão desse termo, e não por uma margem estreita. Para determinadas condições, eles são tão confiáveis quanto, por exemplo, a insulina para controlar o diabetes tipo 1 ou a vacina contra o HPV para prevenir o câncer do colo do útero. Esses tratamentos são tão bem comprovados que a maioria dos médicos consideraria — para usar um termo técnico — uma loucura não os utilizar como padrão.

Por que a psicanálise funciona tão bem? E por que os pacientes tratados de acordo com as linhas freudianas *continuam a melhorar de maneira consistente muito tempo após o término do tratamento*? Não se trata de “regressão à média” ou de pessoas que melhoram naturalmente com o tempo. É um efeito muito característico das terapias derivadas das ideias de Freud. Ele é mais visível nos tratamentos que se mantêm mais fiéis aos seus métodos originais. Como espero convencê-lo, a razão para esse padrão é a seguinte: a psicanálise realmente chega à raiz do problema. A cura pela fala é uma cura — e ainda é a única cura real que temos na psiquiatria.



Este não é um livro de autoajuda. Para os problemas realmente difíceis e profundos, não é possível resolvê-los sozinho, independentemente do que alguns autores possam sugerir. Se eu explicar um pouco do que realmente está acontecendo em vários tipos de transtorno mental, isso não deixará a mim e aos meus colegas sem trabalho. Mesmo assim, espero oferecer aos leitores que não têm interesse profissional nesses assuntos um mapa aproximado da mente que não seja apenas interessante, mas também *útil*. Pode ser consolador enxergar os próprios problemas à luz do que foi aprendido com o tratamento de problemas semelhantes em milhares de outras pessoas. E ter uma noção geral de como o aparato mental, como um todo, se encaixa pode iluminar a existência de uma pessoa de inúmeras maneiras, grandes e pequenas.

É isso que ofereço nas páginas a seguir: os principais *insights* da psicanálise, esclarecidos e atualizados à luz do que há de melhor na neurociência moderna. Juntos, eles produzem um esquema único e intuitivo que explica, em termos gerais, o que está acontecendo dentro da cabeça de cada um de nós, na saúde e na doença, no sono e na vigília, em nossas vidas

públicas e na mais profunda privacidade de nossas almas — a qual, em última instância, nenhum censor pode silenciar.

"Nossa ciência", escreveu Freud em 1927, "não é uma ilusão. Mas seria uma ilusão supor que o que a ciência não pode nos dar podemos obter em outro lugar."[5]

Capítulo 1

Censores

> ANALISTA: Não era para ser uma declaração de fato. Era para ser uma espécie de "É isso que você está sentindo?", para você dizer sim ou não. Eu estava perguntando: falar com uma autoridade faz com que você se sinta limitado?
> PACIENTE: Mas eu disse que não, não faz, e você continuou. Nunca concordarei com o fato de você me fazer parecer uma pessoa paranoica. Eu não sou assim.
> ANALISTA: O que faz você dizer paranoica?
> PACIENTE: Por causa da autoridade; seu foco na autoridade, meu relacionamento com a autoridade. A maioria das pessoas com personalidade paranoica tem problemas com autoridade.
> ANALISTA: Elas acham que todo mundo está tentando prejudicá-las. Não apenas figuras de autoridade.
> PACIENTE: Começa com figuras de autoridade. Conheci alguns esquizofrênicos. Sempre começa com o governo; nunca começa com a pessoa comum.
>
> — *Dos arquivos clínicos do autor*

Os antigos egípcios não davam muita importância ao cérebro. Ao preparar um corpo para a vida após a morte, eles o retiravam pelo nariz e o descartavam. Os médicos chineses antigos também o consideravam de pouca relevância; era o coração que determinava nossas qualidades individuais e a compreensão das percepções sensoriais. O filósofo grego Aristóteles concordava, vendo o coração como a sede de nosso ser sensível. A tarefa comparativamente modesta que ele atribuía ao cérebro era a de resfriar o corpo.

Parece ter sido Hipócrates quem mudou a maré, por volta de 400 a.C. Como médico, ele conduziu muitas autópsias, e talvez tenha sido essa experiência que lhe mostrou como tantos pacientes com transtornos mentais em vida apresentavam, na mesa de dissecação, cérebros danificados ou doentes. Galeno, outro médico da Grécia antiga, aprofundou essa percepção e observou que o misterioso órgão dentro do crânio estava conectado ao resto do corpo por uma rede de nervos, que ele acreditava serem como tubos. É interessante notar que ele acreditava que eram os sacos ocos ou ventrículos dentro do cérebro que continham a alma, e não os tecidos propriamente ditos. Presumivelmente, essa ênfase nos sistemas circulatórios

— inicialmente no fluxo de sangue pelo corpo e, depois, no fluido transparente que circula pelos tubos e ventrículos — refletia a natureza *imaterial* da alma. Com base em uma crença transmitida a ele por antigos mais remotos, segundo a qual os "espíritos animais" conteriam os elementos terra, ar, fogo e água, Galeno propôs que quatro "humores" circulam pelo corpo — bile negra, sangue, bile amarela e fleuma — e afirmou que os desequilíbrios nesses humores tornam a pessoa melancólica, sanguínea, colérica e fleumática, respectivamente.

Esse permaneceu o estado da arte em anatomia cerebral por cerca de 14 séculos. No despertar do Iluminismo, o matemático René Descartes declarou que a minúscula glândula pineal era a sede da alma, aparentemente com base em sua localização central, flutuando logo atrás dos ventrículos. Sob a influência de Thomas Willis, empiristas britânicos como Locke e Hume finalmente se concentraram na questão do cérebro em si, concluindo que as vibrações, e não os fluidos, são transmitidas ao longo dos nervos que o conectam aos órgãos dos sentidos, deixando impressões — imagens de memória — em suas células corticais, uma imagem por célula. Essas impressões então se associavam umas às outras por meio das conexões entre as células para formar ideias. Os frenologistas Gall e Spurzheim imaginavam que as ideias, por sua vez, agrupavam-se para formar várias "faculdades" mentais, cuja importância relativa poderia ser determinada examinando-se as protuberâncias no crânio de cada pessoa: quanto maior a protuberância, mais desenvolvida a faculdade. Uma dessas faculdades, a linguagem, foi atribuída aos lobos frontais do cérebro; e essa atribuição (por acaso) estava correta, mais ou menos.

Em 1861, Paul Broca relatou a uma plateia atônita que a capacidade de linguagem havia sido abolida em um paciente chamado Monsieur Leborgne, em quem a autópsia revelou danos localizados na terceira convolução frontal esquerda de seu cérebro. Nos quatro anos seguintes, Broca encontrou mais 12 casos com o mesmo déficit mental associado à mesma lesão cerebral frontal. "Há, na mente humana, um grupo de faculdades e, no cérebro, grupos de convoluções", escreveu ele, "e os fatos reunidos pela ciência até agora nos permitem afirmar [...] que as grandes regiões da mente correspondem às grandes regiões do cérebro."[1] Com isso, nasceu a neuropsicologia.

O cérebro humano, dizem-nos constantemente, é o objeto mais complicado do universo conhecido. Cem bilhões de neurônios, cem trilhões de conexões sinápticas — mais conexões do que estrelas na Via Láctea. “Se o cérebro fosse tão simples que pudéssemos entendê-lo”, vi uma vez riscado na porta de um banheiro em uma faculdade de medicina britânica, “nós seríamos tão simples que não conseguiríamos”. Pode ser que sim, mas ainda temos que conviver com ele, assim como fazemos com o clima, o mercado de ações, a política e muitas outras coisas de complexidade quase esmagadora. É importante demais para ser ignorado. Então, fazemos o melhor que podemos.

Ao longo dos séculos, houve muitas tentativas de lidar com o problema, simplificá-lo e torná-lo tratável. Os pesquisadores diferiam em seus modos de investigação, em seus pressupostos teóricos e nos tipos de dados que consideravam significativos. Alguns deles eram decididamente rebuscados. A astrologia teve um desempenho espetacular como nossa principal ciência da personalidade humana, cristalizando-se no mundo helenístico por volta de 300 a.C. e não mostrando sinais de desaparecer da imaginação popular tão cedo. As protuberâncias em sua cabeça são, indiscutivelmente, determinantes mais confiáveis de suas qualidades pessoais do que as estrelas no céu, mas, apesar de seu sucesso inicial, a frenologia também saiu do páreo como um programa científico sério, relegada a uma seção da loja de ocultismo ainda mais empoeirada do que a astrologia e o Tarô (e, inclusive, do que certos livros de teoria psicanalítica).

Todos esses relatos da alma — inspirados, insanos, prosaicos ou profanos — se sobrepunham em uma coexistência incômoda. Seria preciso ter uma mente muito aberta para sugerir que cada um deles possui uma parte da verdade. No entanto, independentemente de suas diferenças, todos são pontos de vista e tentativas de explicar a mesma coisa, ou seja, o que *somos*: como a mente funciona? E como ela se relaciona com nosso corpo?

O progresso veio, como frequentemente acontece, na forma de acordo. Com o passar do tempo, algumas dessas ciências nascentes começaram a corroborar umas com as outras e, finalmente, estabeleceram uma narrativa básica.

Aqui está ela, em poucas palavras.



A alma (rebatizada de mente) deriva da experiência sensorial sob a forma de *memórias*. Essas memórias são armazenadas em diferentes zonas do córtex, que recebem informações dos sentidos e são associadas umas às outras para formar as várias faculdades mentais (renomeadas como *funções*).

Pode não parecer muito, mas foi um começo.

Após a localização da linguagem por Broca, surgiram relatos, primeiro na Europa e depois em todo o mundo, de inúmeros outros casos nos quais os déficits em várias funções mentais se seguiram a danos em outras partes específicas do córtex. A corrida para localizar essas funções em vários "centros" cerebrais (como eram chamados) resultou em um mapa impressionantemente abrangente.[2] No entanto, faltava precisão. Os neurologistas não puderam deixar de notar que os danos aos diferentes centros não produziam déficits em apenas uma função mental atribuída a eles; e, mesmo quando isso acontecia, a função não era perdida completamente. Assim, por exemplo, pacientes com danos no que veio a ser conhecido como "área de Broca" ainda eram capazes de produzir palavras concretas como substantivos, mas perdiam as palavras de ligação. Um paciente com afasia de Broca que quisesse dizer "você poderia, por favor, me passar o sal" poderia dizer, hesitante: "você… eu… sal". Em vez de perda total da linguagem, sua fala é caracterizada pelo que se chama de "agramatismo". Portanto, temos um mistério. A linguagem está ou não armazenada na área de Broca?

O psicólogo canadense Donald Hebb cunhou a palavra "neuropsicologia" em 1949, e muitos outros contribuíram para o desenvolvimento inicial do campo,[1] mas ninguém merece mais o epíteto de "pai da neuropsicologia" do que um brilhante neurologista russo chamado Aleksandr Romanovich Luria (1902–1977).

A resposta inspirada de Luria para o enigma da área de Broca — e para a questão mais geral de por que as funções mentais não são mapeadas diretamente nos centros corticais — foi a seguinte: elas são *distribuídas.* Luria argumentou que as funções mentais, como a linguagem, são semelhantes aos processos corporais, como a respiração ou a digestão. Funções complexas como essas não podem ser localizadas estritamente nos tecidos dos pulmões ou do estômago. A respiração envolve a expansão dos músculos intercostais e do diafragma, que puxam o ar pela traqueia, que oxigena o sangue nos alvéolos dos pulmões, que é bombeado para outros

órgãos pelo coração, e assim por diante. As funções de cada um desses tecidos podem ser descritas como "componentes" do sistema como um todo, mas a função total não é desempenhada por nenhum deles isoladamente. O que importa é a interação *entre* eles.

Essa natureza dinamicamente distribuída das funções mentais parecia particularmente promissora quando se tratava do segundo enigma sobre o localizacionismo ao estilo de Broca. Como a transmissão de impulsos nervosos das células dos órgãos dos sentidos para as células do córtex cerebral se transformava em *ideias*? Ou, em outras palavras, como um processo puramente fisiológico se transforma em uma experiência subjetiva?

A resposta de Luria a essa pergunta foi sutil. Ele disse que os sintomas mentais decorrentes de lesões cerebrais devem ser analisados por si mesmos, psicológica e *funcionalmente*, e não fisiologicamente. Essa acabou sendo uma distinção fatídica. Quando investigamos a função de algum órgão ou sistema, perguntamos o que ele faz, deixando para outro dia a questão mais concreta de como exatamente ele faz isso. Quando investigamos a fisiologia de um órgão ou sistema, por outro lado, tentamos entender imediatamente como seus tecidos corporais desempenham a função em questão — como ocorre com os alvéolos dos pulmões em relação à respiração. Meios e fins: a fisiologia fornece os meios para um fim funcional.

Para Luria, portanto, a ciência neuropsicológica não implicava a *redução* de funções psicológicas complexas a mecanismos fisiológicos simples, mas, sim, o que ele chamava de "qualificação". Ele estava interessado no caráter psicológico peculiar de cada comprometimento mental e no padrão de outros sintomas psicológicos que ocorriam junto a ele. O que podia ser descrito em termos fisiológicos — aquilo que podia ser atribuído a tecidos anatômicos específicos — não era a capacidade mental como um todo, mas apenas um componente, que poderia desempenhar um papel em muitas funções diferentes.[II] Para mapear sistemas psicológicos inteiros, como os de linguagem ou memória, era preciso observar *todos* os déficits decorrentes de cada pequeno dano tecidual. "A identificação de um sintoma não é o fim, mas, sim, o início [desse] trabalho, que continua em profundidade", escreveu Luria.[3] Somente quando tinha o quadro clínico completo é que ele podia começar a procurar um fator subjacente que

pudesse explicar cada uma das observações psicológicas. Ele chamou esse processo de “localização dinâmica”.

Como os outros pioneiros da neuropsicologia, Luria desenvolveu suas principais percepções no rastro da Segunda Guerra Mundial. Em 1943, ele assumiu a direção de um hospital militar com 800 leitos para pacientes com lesões cerebrais traumáticas. Isso foi uma sorte (para ele), já que o método de localização dinâmica exigia o exame detalhado de várias lesões em diferentes locais de toda a anatomia do cérebro. O índice surpreendentemente alto de baixas do exército soviético durante a guerra forneceu-lhe muitos dados brutos, e Luria apresentou alguns de seus *insights* resultantes em uma monografia intitulada *Traumatic aphasia* (*Afasia traumática*, em tradução livre) (1947), na qual reconceituou a afasia de Broca e outras afasias nos termos supracitados. Quase imediatamente, essa monografia o levou à fama mundial.

A partir da década de 1950, nas principais conferências internacionais de neurologistas e psicólogos, Luria era um dos principais palestrantes. Nas três décadas seguintes, ele publicou *Restoration of Functions after Brain Injury* (*Restauração das funções após lesão cerebral*, em tradução livre) (1948), *Human Brain and Psychological Processes* (*O cérebro humano e os processos psicológicos*, em tradução livre) (1963), *The Psychophysiology of the Frontal Lobes* (*A psicofisiologia dos lobos frontais*, em tradução livre) (1973, com Karl Pribram), *Basic Problems of Neurolinguistics* (*Problemas básicos da neurolinguística*, em tradução livre) (1975), *The Neuropsychology of Memory* (*A neuropsicologia da memória*, em tradução livre) (1976), além de seus dois estudos de caso mais famosos, *A mente e a memória* (1968) e *O homem com um mundo estilhaçado* (1972).

Seu maior trabalho, no entanto, foi, sem dúvida, o magistral *Higher Cortical Functions in Man* (*Funções corticais superiores no homem*, em tradução livre) (1962), cujas descobertas essenciais ele resumiu de modo mais digerível em outro livro célebre, *The Working Brain* (*O cérebro em ação*, em tradução livre) (1973). Esses dois volumes foram os principais livros-texto que estudamos quando me formei em neuropsicologia no início da década de 1980.[III] Assim como muitos colegas neuropsicólogos em todo o mundo, utilizei o método de investigação de Luria em minhas quatro décadas de prática clínica para diagnosticar e tratar inúmeros tipos de doenças e lesões cerebrais em milhares de pacientes. Eu, juntamente com meus colegas e nossos pacientes, tenho uma dívida imensa com seu

trabalho fundamental. A validade de seu *insight* mais básico — a saber, que a vida mental surge de interações entre várias funções componentes localizadas em partes amplamente distribuídas do cérebro — é dada como certa hoje em dia; tanto que, na verdade, ninguém se preocupa em perguntar sobre sua origem.



Muitos neurocientistas ficam surpresos ao saber que Luria começou sua carreira científica como psicanalista. (Alguns deles talvez achassem mais aceitável se ele tivesse começado estudando bruxaria.) E, no entanto, é verdade. Pouco depois de se formar, em 1921, com um diploma em biologia e ciências sociais, Luria fundou uma sociedade psicanalítica em sua cidade natal, Kazan. Ele escreveu a Freud em 1922 para informá-lo, e seguiu-se uma breve correspondência na qual Freud reconheceu a nova sociedade e se dirigiu a Luria como "Herr President" (Senhor Presidente, em português). Suspeita-se que ele não tenha percebido que estava escrevendo para um adolescente.[4]

Durante as dezessete reuniões científicas que a Associação Psicanalítica de Kazan realizou entre setembro de 1922 e setembro de 1923, Luria proferiu doze palestras sobre uma ampla gama de tópicos psicanalíticos. Entre eles estavam "Alguns princípios da psicanálise", "A psicanálise à luz das principais tendências da psicologia moderna", "A crise atual da psicologia russa" e "O estado atual da psicanálise". Ele também relatou os resultados de sua pesquisa empírica, como um estudo sobre fantasias que surgem durante o sono, e analisou pacientes no Hospital Psiquiátrico de Kazan (incluindo, incidentalmente, a neta de Fiódor Dostoiévski).[5]

No final de 1923, Luria mudou-se para Moscou, onde realizou estudos de pós-graduação em linguística e, mais tarde, concluiu sua formação médica. Lá, juntou-se à Sociedade Psicanalítica Russa e tornou-se seu secretário. Essa sociedade era extremamente ativa: incluía não apenas um programa científico e educacional, mas também uma editora, uma clínica ambulatorial e um jardim de infância para crianças com problemas.

Nos cinco anos seguintes, Luria continuou a desenvolver seu programa intensivo de pesquisa psicanalítica e a escrever sobre diversos temas psicanalíticos. Em 1925, por exemplo, escreveu uma introdução (com Lev Vygotsky) para a tradução russa de um dos livros mais importantes de

Freud, *Além do princípio do prazer* (1920). Sua pesquisa em andamento incluía uma série de estudos sobre sonhos, nos quais ele sugeria pensamentos "latentes" de sonhos a pessoas sob hipnose e observava como eles se transformavam no conteúdo "manifesto" dos sonhos. Freud havia inferido desejos inconscientes (latentes) a partir de sonhos conscientemente lembrados (manifestos) de maneira retrospectiva; Luria queria testar a teoria implantando os desejos inconscientes antecipadamente.

Em 17 de março de 1927, Luria apresentou uma discussão sobre um livro recém-publicado por Bernard Bykhovsky, intitulado *A metapsicologia de Freud* (1926). O argumento principal do livro era que a descrição psicanalítica dos impulsos que sustentam a psicologia humana era compatível com o marxismo-leninismo. Luria concordou. No entanto, três semanas depois, aparentemente sem aviso, ele pediu para ser dispensado de suas funções como secretário da sociedade. Ele não fez mais nenhuma contribuição para suas atividades científicas ou para outras e, em dois anos, desligou-se dela completamente.

Depois disso, Luria não teve muito mais a dizer sobre psicanálise — ou, pelo menos, não em público. Dez anos depois, em 1940, ele foi convidado a escrever um verbete sobre o assunto para a *The Great Soviet Encyclopaedia* (*A grande enciclopédia soviética*, em tradução livre). Ele deve ter aceitado essa honra duvidosa com nervosismo. Em seu verbete, descartou a psicanálise como uma "falsa teoria" pertencente à "esfera da ciência avançada hostil", sob o argumento de que ela "biologiza o estado consciente complexo e historicamente determinado do ser humano".[6]

Ele nunca mais discutiu a teoria freudiana em seus escritos publicados, com exceção de uma breve menção em sua autobiografia, na qual se arrependeu de sua aventura juvenil:

> Aqui, pensei, estava uma abordagem científica que combinava uma explicação fortemente determinista do comportamento individual concreto com uma explicação das origens das complexas necessidades humanas em termos de ciência natural. Talvez a psicanálise pudesse servir de base para uma *reale Psychologie* científica, que superasse a distinção nomotética-ideográfica [...] Mas finalmente concluí que era um erro supor que se pode deduzir o comportamento humano das "profundezas" biológicas da mente, excluindo suas "alturas" sociais.[7]

É surpreendente que ele tenha adotado essa linha, já que o restante de sua carreira não se preocupou com nada além das "profundezas" biológicas da mente. Como neuropsicólogo, Luria investigou os fenômenos mentais

em suas formas mais gerais e fundamentais — é tentador dizer, elementares —, chegando até suas raízes fisiológicas e anatômicas.

Em *The Working Brain* (*O cérebro em ação*, em tradução livre) (1973), escrito pouco antes de sua morte, em 1977, Luria resumiu o trabalho de sua vida nos seguintes capítulos: “Percepção”, “Movimento e Ação”, “Atenção”, “Memória”, “Linguagem” e “Pensamento”. No capítulo de conclusão, ele escreveu o seguinte:

> A neuropsicologia ainda é uma ciência muito jovem, dando seus primeiros passos, e um período de trinta anos não é muito longo para o desenvolvimento de qualquer ciência. É por isso que alguns capítulos muito importantes, como motivações, formas complexas de emoções e a estrutura da personalidade não estão incluídos neste livro. Talvez sejam acrescentados em edições futuras.[8]

Infelizmente, não por ele. Para aqueles que não foram instruídos com a sabedoria de dar a certos assuntos um amplo espaço, os três capítulos que faltam podem parecer uma lacuna intrigante. Certamente, motivações, emoções e a estrutura da personalidade são aspectos fundamentais da mente! Na neurociência ocidental, havia uma história padrão que explicava por que esses tópicos deveriam ser evitados, e a examinaremos em breve. Por enquanto, notemos apenas que essa explicação padrão não foi a que Luria deu quando se retratou de seu entusiasmo anterior pela psicanálise, e quase certamente não foi o que o dissuadiu.

Não é difícil adivinhar o verdadeiro motivo da súbita mudança de opinião de Luria. Muitos historiadores do período[9] documentaram como, à medida que Stalin fortaleceu seu controle sobre o Partido Comunista entre 1924 e 1929, ataques à psicanálise começaram a surgir na imprensa soviética. Isso incluiu denúncias pessoais diretas contra o próprio Luria, que foi acusado de “essencialismo” e até mesmo de colonialismo. (Essencialismo é a ideia de que temos características naturais que são inerentes e imutáveis.) Por volta de 1930 — ano em que ele se demitiu da Sociedade Psicanalítica Russa —, “a psicanálise tornou-se uma *scientia non grata* na União Soviética”.[10] Muitos dos antigos colegas de Luria foram colocados na lista negra, alguns foram executados e “aqueles que sobreviveram viveram em uma atmosfera de total suspeita”.[11] Depois de ter sido denunciado e “considerado culpado de desvios ideológicos”,[12] sua renúncia e o subsequente repúdio público de suas visões anteriores foram “a única maneira de ele poder continuar seu importante trabalho”.[13]



Por que exatamente a União Soviética se voltou contra a psicanálise? Uma pergunta interessante. As opiniões entre as autoridades seniores do partido, logo após a revolução de 1917, divergiam quanto à compatibilidade da teoria freudiana com a doutrina marxista: Trotsky, por exemplo, compartilhava a admiração de Luria pelo livro de Bykhovsky, *Freud's Metapsychology* (*A metapsicologia de Freud*, em tradução livre), que buscava construir pontes; Stalin, decididamente, não. Por volta de 1930, entretanto, as opiniões divergentes haviam se tornado perigosas. Trotsky estava no exílio (acabaria sendo assassinado) e a ortodoxia reinava. A nova ortodoxia era a de Stalin.

O caso stalinista contra Freud é difícil de reconstruir, em parte porque não era racional. A acusação de que a psicanálise "biologizava" a mente resumia-se à visão de que o conflito mental não é algo que existe dentro do indivíduo, mas, sim, entre as classes sociais: entre o trabalho organizado e o capital. Freud considerava que nossa natureza conflituosa está enraizada em impulsos biológicos fundamentalmente incompatíveis e na tensão inerente entre todas essas necessidades internas, de um lado, e as restrições da realidade externa (incluindo a sociedade), de outro. Em suma, ele considerava o conflito um fato inevitável da vida. Isso não combinava bem com a visão de que uma vitória histórica do trabalho sobre o capital culminaria, em breve, em uma utopia comunista.

Talvez ainda mais perturbadora para Stalin, em termos pessoais, fosse a alegação de que as restrições sociais impostas aos nossos impulsos de busca de prazer incluíam aquelas estabelecidas durante a infância por figuras de autoridade parentais, que eram internalizadas na forma de uma agência mental que Freud chamou de "superego". Na luta simbólica entre filhos libertários e pais autoritários, é fácil ver de que lado Stalin estaria. É igualmente claro qual lado ele teria associado ao problemático Leon Trotsky. Trotsky acreditava que a psicanálise (que busca desfazer a repressão psicológica) era compatível com o marxismo (que busca desfazer a repressão socioeconômica).

Havia uma complicação adicional, ainda mais pessoal. Trotsky apoiou, tanto política quanto financeiramente, a fundação do jardim de infância da Sociedade Psicanalítica Russa, em 1926, em Moscou. Acontece que, entre os primeiros alunos da escola, estava o filho mais novo de Stalin, Vasily,

então com cinco anos. Vasily tornou-se um homem muito problemático e morreu de alcoolismo crônico. A antipatia de Stalin pela psicanálise provavelmente não pode ser reduzida inteiramente a ressentimentos pessoais, mas ele dificilmente era um intelectual esclarecido. Ele era mesquinho, autoritário e implacável e, após a morte de Lenin em 1924, Trotsky foi seu rival mais sério pelo controle do partido.

No mínimo, parece seguro dizer que o entusiasmo de Trotsky pela psicanálise não teria ajudado sua causa na Rússia Soviética. Como escreveu a educadora Yordanka Valkanova: "O envolvimento de Trotsky também foi infeliz e provocou ações adversas. Logo após Stalin lançar uma série de ataques a Trotsky em 1924, o projeto [psicanalítico] foi rotulado de 'antimarxista'."[14]

E eu mencionei que Stalin era profundamente antissemita e que Freud (como Trotsky e Luria) era judeu?



Todas essas considerações são persuasivas à sua maneira, especialmente porque nenhum outro caminho além do de Stalin era permitido. No entanto, não são argumentos científicos. Assim, é improvável que o súbito abandono da psicanálise por Luria tenha sido motivado por considerações científicas. Como muitos historiadores do período apontaram, e como muitos de seus amigos e colegas me disseram, a mudança em sua direção científica foi apenas uma mudança de métodos de pesquisa. Suas visões teóricas particulares permaneceram inalteradas.

Alex Kozulin, educador russo e autor de *Psychology in Utopia* (*Psicologia na utopia*, em tradução livre) (1984), escreve: "Os artigos publicados e os registros oficiais não devem ser tomados pelo seu valor nominal, mas, sim, como material bruto para posterior destilação e decodificação."[15] Ele acrescenta: "No caso de Luria, não está muito claro se sua renúncia à psicanálise na década de 1930 foi resultado do silenciamento do tema ou uma forma de resistência contra ele".[16]

O historiador da ciência soviética, David Joravsky, escreve:

> Luria sempre conseguiu manter a integridade profissional dentro de sua disciplina, ao mesmo tempo em que se adaptava às exigências das autoridades externas. A sutil combinação de autonomia interna e conformidade externa tem sido uma característica [...] da resposta de Luria ao [...] stalinismo.[17]

O biógrafo de Luria, Michael Cole, escreve:

> Quando correlacionei o conteúdo e o estilo de seus escritos às controvérsias políticas e sociais gerais da época, o curso desarticulado e em zigue-zague da carreira de Alexander Romanovich começou a fazer sentido. Seu interesse pela psicanálise não parecia mais uma anomalia curiosa [...] Suas aparentes mudanças de tópico em intervalos frequentes assumiram a qualidade de uma intrincada peça musical, com alguns motivos centrais e uma variedade de temas secundários.[18]

É significativo que, embora a partir de 1928 a palavra "psicanálise" não apareça mais nas publicações de Luria (estudos experimentais de associação livre, por exemplo, e estudos clínicos do desenvolvimento de funções mentais em crianças normais e anormais),[IV] seu trabalho contínuo continuou sendo citado no *Index of Psychoanalytic Writings* (*Índice dos escritos psicanalíticos*, em tradução livre), de Grinstein (1956–1975), até 1968. A continuidade talvez seja mais óbvia no livro de Luria sobre *The Nature of Human Conflicts* (*A natureza dos conflitos humanos*, em tradução livre) (1932a). Essa monografia — que descreveu (e mediu) os efeitos dos conflitos emocionais sobre o comportamento e a liberação de tais conflitos — baseou-se diretamente na pesquisa que ele iniciou enquanto era membro da Sociedade Psicanalítica Russa. Ele evitou escrupulosamente tanto o nome de Freud quanto a linguagem da psicanálise em suas páginas.

O neurologista Oliver Sacks, que era amigo de Luria, acreditava que a chave para seu entusiasmo pela psicanálise era a maneira como ela unia as perspectivas objetiva e subjetiva. De fato, é exatamente isso que Luria admitiu em sua autobiografia (citada anteriormente). Sacks acrescentou que, na verdade, nunca perdeu esse entusiasmo. Em uma carta de 1985 para mim, por exemplo, Sacks recordou:

> Em dezembro de 1975, enviei a ele [Luria] uma fita de (os tiques verbais e vocais de) um paciente meu com síndrome de Tourette grave. Entre eles, mas ejetados com tal velocidade que, a princípio, pareciam um ruído sem sentido, estava a palavra "Verboten! ['proibido!'], pronunciada com uma voz "teutônica" ríspida (na verdade, parodiada) e, às vezes, (de uma maneira que sugere) autorrecriminação. Posteriormente, descobriu-se que isso havia sido cuspido pelo pai do paciente, que falava alemão, sempre que o filho apresentava tiques e impulsos "inadmissíveis". A confirmação disso, e, de fato, o acompanhamento do caso, foi iniciada pela carta de Luria [em resposta à fita], no início de 1976, quando ele sugeriu que eu estudasse '... a introjeção do pai como tique'... Luria disse, ou se sentiu capaz de dizer, em cartas, muito do que se sentia (externa ou internamente) incapaz de dizer em forma impressa — e isso me fez sentir que ele ainda era, pelo menos, simpático à psicanálise como uma ferramenta e descrição dinâmica de valor.[19]

Na carta de 1976 a Sacks, Luria também se referiu à “estruturalização do superego”. Essa é uma formulação indiscutivelmente psicanalítica, referindo-se à parte stalinista da mente mencionada anteriormente: a voz do pai internalizado e punitivo.

O psicólogo Luciano Mecacci, que trabalhou com Luria na década de 1970, escreve que “a abordagem clínica [de Luria] para o estudo de transtornos neuropsicológicos, sem dúvida, surgiu de suas primeiras experiências em psicanálise na década de 1920”. Ele continua:

> Como qualquer pessoa que tenha visto Luria trabalhar no Burdenko Institute of Neurosurgery em Moscou teria notado, sua abordagem aos pacientes era puramente clínica, mais próxima do estilo psicanalítico do que da atitude experimentalista em relação ao comportamento. Ele não tinha um cronograma fixo para entrevistar e testar um paciente, mas empregava uma técnica de associação livre, selecionando as perguntas e os testes de acordo com o que surgia na sessão. Por fim, esse modo de investigação neuropsicológica era único para cada paciente e poderia não ser replicado com outro [...] O “retrato” neuropsicológico que emergia dessa investigação clínica se encaixava na concepção do caráter histórico da vida psicológica de um indivíduo.[20]

A estrutura teórica que Luria adotou explicitamente em *The Nature of Human Conflicts* (*A natureza dos conflitos humanos*, em tradução livre), após sua renúncia pública à psicanálise, foi a do neurologista inglês John Hughlings Jackson. Há uma ironia extraordinária no fato de que essa é precisamente a estrutura que Freud adotou em 1891, em uma de suas últimas publicações neurológicas, sobre o tema da afasia — o mesmo tópico ao qual Luria voltou sua atenção depois de supostamente ter abandonado a teoria freudiana. A neuropsicologia da linguagem era um assunto seguro na Rússia de Stalin, assim como todos os outros assuntos que Luria listou como títulos de capítulos em seu resumo de 1973 sobre o trabalho de sua vida, porque se referiam à *cognição*, em vez dos tópicos muito mais complicados e interessantes que ele havia pesquisado antes da década de 1930: motivação humana, emoção e estrutura da personalidade.

Sugiro que, por muito bons motivos, Luria se afastou das fronteiras mais perigosas de sua pesquisa e negou a origem da estrutura intelectual na qual ela, em última análise, fazia sentido. Para escapar da sanção do censor, ele mutilou e disfarçou seu projeto. Em sua lógica interna, no entanto, ele permaneceu essencialmente freudiano.

Essa versão bastante mutilada da neuropsicologia foi a que herdei quando entrei na área na década de 1980. Para que não restem dúvidas, não estou sugerindo que os neuropsicólogos do Ocidente tenham deixado Freud

de lado por medo de Stalin ou porque estavam seguindo obtusamente os passos de um homem que tinha esse medo. Tampouco gostaria de caracterizar as objeções à psicanálise como essencialmente stalinistas em qualquer sentido extenso e pejorativo. A história que contei sobre A. R. Luria é simplesmente verdadeira no que diz respeito a ela mesma; e, no que diz respeito ao desenvolvimento posterior de seu campo, ela oferece, no máximo, uma alegoria sugestiva.

No entanto, houve realmente um esfriamento mais amplo nas ciências mentais a partir da década de 1960. Embora isso tenha acontecido mais tarde e em um grau muito menos letal, a psicanálise também se tornou uma *scientia non grata* no Ocidente. Poderíamos caracterizar a atitude geral que encontrei na década de 1980 como uma de *reticência*: uma aversão repentina, coletiva e socialmente reforçada. Em outras palavras, parecia uma reação. Como espero mostrar, a gravidade dessa reação excedeu em muito as garantias de suas motivações racionais.



Às vezes, nos escritos psicanalíticos, pode ser difícil dizer se estamos lendo ciência ou literatura. O próprio Freud escreveu em seus *Estudos sobre a histeria* (1895):

> Ainda me parece estranho que as histórias de casos que escrevo sejam lidas como contos e que, por assim dizer, não tenham o selo sério da ciência. Devo consolar-me com a reflexão de que a natureza do assunto é evidentemente responsável por isso, em vez de qualquer preferência minha.[21]

A causa direta do eventual destronamento de Freud no Ocidente não foi o fato de ele ter publicado histórias de casos de pacientes individuais; essas histórias são comuns na neurologia e na medicina em geral. O problema foi que as histórias de casos de Freud transmitiam a perspectiva *subjetiva* do paciente. A subjetividade sempre foi a inimiga declarada da ciência, desde Galileu. No entanto, o tema de Freud era “a natureza do sujeito”. De que outra maneira ele poderia proceder senão levando a sério a própria experiência de seus pacientes?

Para piorar a situação, ele queria saber o que *estava por trás da* experiência subjetiva. Ele estava interessado não apenas no que podemos aprender de modo transparente sobre nós mesmos ao olharmos para dentro, mas também no que permanece oculto. Isso, é claro, envolve um grau de

conjectura: o psicanalista considera todos os fatos disponíveis e, então, infere a explicação mais provável. E, na segunda metade do século XX, esse procedimento de aparência inocente passou a ser alvo de um novo tipo de suspeita.

Em sua grande obra, *Conjeturas e refutações* (1963), o filósofo Karl Popper abordou a questão de como o conhecimento científico é alcançado. Dada a sua imensa e duradoura estatura entre os praticantes da ciência (todo cientista natural que conheço segue sua filosofia), talvez seja surpreendente que Popper tenha decidido que o conhecimento científico nunca poderia ser plenamente alcançado. Ele declarou que uma teoria científica só pode ser provada como falsa; ela nunca pode ser verificada. Afinal de contas, observou ele, para qualquer conjunto finito de observações empíricas, há muitas hipóteses possíveis que podem se ajustar a elas. E se o padrão mais óbvio não for o verdadeiro? Você pode continuar adicionando novos dados e descartando conjecturas rivais pelo tempo que quiser, mas nenhuma quantidade de pesquisa é suficiente para descartar *todas* as hipóteses rivais possíveis. Não importa quão ampla ou rigorosa seja sua análise, as regras e os mecanismos que realmente determinam o que acontece podem não ser o que você pensa que são. Na melhor das hipóteses, desde que não sejamos contraditos pelas evidências, só nos é permitido *esperar* que nossas teorias estejam se aproximando da verdade.

> Esse procedimento não tem um fim natural. Para nós, se o teste for nos levar a algum lugar, não nos resta nada além de parar em um ponto ou outro e dizer que estamos satisfeitos, por enquanto.[22]

Que decepcionante. No entanto, a lógica de Popper nos permite saber uma coisa muito útil: podemos saber quando nossas teorias estão erradas. Quando fazemos uma conjectura sobre o funcionamento de qualquer parte da natureza que nos interessa e deduzimos uma previsão a partir dessa conjectura, o fracasso da previsão nos permite saber que a conjectura deve estar errada de alguma maneira. Boas notícias! Aprendemos algo. Para Popper (e seus seguidores, ou seja, para a corrente principal da filosofia da ciência ocidental), a marca de uma teoria científica adequada é que ela gera previsões que podem, em princípio, ser testadas e consideradas errôneas dessa maneira. Tal teoria é “falseável”: ela afirma algo, do mesmo modo que uma aposta afirma algo.

O que dizer, então, de teorias que não implicam previsões definidas sobre o que devemos esperar observar em um teste experimental? As teorias que não podem ser testadas dessa maneira são, para usar uma frase do físico Wolfgang Pauli, “nem sequer erradas”.[23] (Se seus proponentes não parecerem suficientemente interessados no falseamento, eles podem até atender ao critério sugerido pelo filósofo Harry Frankfurt: “É justamente essa falta de conexão com uma preocupação com a verdade — essa indiferença em relação a como as coisas realmente são — que considero a essência da conversa fiada.”)[24]

As teorias que foram falseadas não são científicas, mas as teorias que não puderam ser submetidas ao teste de falseamento são algo muito pior: são pseudociência — como a teoria humoral de Galeno ou qualquer outra tentativa incoerente de decifrar o funcionamento do universo. E isso nem sempre é um erro inocente: revestir-se conscientemente da autoridade da ciência sem pagar o devido preço é uma forma de charlatanismo. Desde 1963, portanto, um veredito de pseudociência tem sido a sentença de morte para qualquer teoria científica.

Visto da perspectiva popperiana, a psicanálise sempre esteve em um terreno perigoso. Seus dados eram os pensamentos e sentimentos de pessoas individuais. Esses dados surgem apenas na privacidade de suas mentes individuais, o que os coloca fora do alcance da pesquisa objetiva. A introspecção individual, a única alternativa, é confusa ou imperfeita, mesmo quando mantemos nosso olhar voltado para dentro, e é ainda mais distorcida na memória posterior; e o testemunho em primeira pessoa, que, além dessas falhas, também pode ser enganoso (seja deliberada ou inconscientemente, ou em algum ponto intermediário) e mal compreendido, especialmente dada a prevalência da ambiguidade linguística quando questões subjetivas estão em jogo. Além disso, a psicanálise se encarrega de explicar precisamente esses defeitos aparentes: a confusão, os lapsos de memória, os enganos intencionais e involuntários, a prevalência da ambiguidade — em suma, as forças motrizes *por trás de* todas as aparências confusas de nossos mundos internos privados.

Na verdade, é ainda pior do que isso. A peça central da teoria freudiana se baseia talvez no tipo mais frágil de dados já apresentados em um contexto científico: relatos de sonhos. *Relatos de sonhos!* Descrições retrospectivas, subjetivas e em primeira pessoa de episódios alucinatórios notoriamente confusos que ocorrem durante o sono e que são proverbiais

por serem difíceis de lembrar. Não contente em arrancar esses fragmentos do vazio, o psicanalista insiste ainda que eles não significam nem mesmo o que parecem significar. De acordo com a doutrina clássica de Freud, os sonhos são ofuscações e contradições estranhamente intencionais de seu próprio tema subjacente, que é sempre um desejo perturbador demais para mostrar sua face à luz do dia da reflexão consciente. Assim, a psicanálise procede reunindo "associações livres" aos detalhes apresentados de cada sonho, até que eles pareçam revelar um padrão: o desejo secreto que a consciência do paciente procurou recalque.

Como os resultados de tal procedimento poderiam ser falseados? Claramente, não há nada que impeça um analista de "interpretar" o sonho de qualquer paciente de modo a revelar um desejo inconsciente. Nem o paciente, nem qualquer outra pessoa pode provar o contrário, nem mesmo no caso de pesadelos. (A explicação de Freud para os pesadelos é que eles são tentativas *fracassadas* de realizar desejos reprimidos.) Popper convidou o leitor a imaginar duas situações contrastantes: a de um homem que empurra uma criança na água com a intenção de afogá-la e a de um homem que se afoga na tentativa de salvar a criança.

> De acordo com Freud, o primeiro homem sofria de recalque (digamos, de algum componente de seu complexo de Édipo), enquanto o segundo homem havia alcançado a sublimação [...] Eu não conseguia pensar em nenhum comportamento humano que não pudesse ser interpretado em termos de qualquer uma das duas teorias. Era exatamente esse fato — o de que elas sempre se encaixavam, de que sempre se confirmavam — que, aos olhos de seus admiradores, constituía o argumento mais forte a favor dessas teorias. Comecei a perceber que essa força aparente era, na verdade, sua fraqueza.[25]

A suavidade de seu tom desmente a magnitude de seu desafio. Na verdade, Popper considerou a psicanálise como o exemplo canônico de pseudociência, o espécime-tipo contra o qual todas as outras possíveis fraudes intelectuais deveriam ser medidas.

Freud não ajudou em seu próprio caso. Em 1934, um psicólogo americano chamado Saul Rosenzweig escreveu para informá-lo dos resultados de um experimento que parecia confirmar sua teoria do recalque. Freud respondeu da seguinte maneira:

> Não posso dar muito valor a essas confirmações porque a riqueza de observações confiáveis [da situação clínica] em que essas afirmações se baseiam as torna independentes de verificação experimental.[26]

No que se refere a experimentos, o de Rosenzweig foi fraco: mostrou apenas que as crianças têm mais probabilidade de se lembrar dos títulos dos quebra-cabeças que completaram do que daqueles que não conseguiram resolvê-los. No entanto, ao parecer sugerir que suas teorias se baseavam apenas na interpretação clínica, a carta de Freud definiu a atitude de muitos de seus seguidores quando foram desafiados a produzir algo tão monótono quanto uma evidência experimental. Isso provaria ser lamentável para o desenvolvimento futuro do campo.

Não menos lamentável para sua posição como ciência empírica foi a inferência de que Freud, na verdade, não pensava nela como uma ciência empírica.



Quando me formei como neuropsicólogo, o auge da psicanálise em meados do século XX já havia passado há muito tempo. A teoria freudiana havia perdido a influência considerável que outrora desfrutara na ciência mental convencional. As críticas haviam se acumulado durante décadas em um ritmo acadêmico, mas agora mudavam de um tom emocional para um bombardeio. O tom de Popper, de leve desaprovação, havia desaparecido. De repente, o mundo parecia muito *irritado* com Freud.

A primeira oposição séria veio do movimento behaviorista, que tentou excluir completamente os dados subjetivos da ciência, concentrando-se apenas em "estímulos" e "respostas" observáveis externamente. Embora essa abordagem tenha começado na década de 1920 como uma estratégia metodológica, em meados do século ela havia se transformado em uma negação da existência de estados subjetivos. Assim, B. F. Skinner (um de seus fundadores) pôde declarar: "As 'emoções' são excelentes exemplos de causas fictícias às quais comumente atribuímos o comportamento".[27] Isso era tão absurdo que ganhou força apenas nos departamentos de psicologia experimental e em partes da filosofia. Ninguém no mundo cultural mais amplo (ou na psiquiatria) levou essa ideia muito a sério.

Entretanto, Karl Popper tinha um enorme peso intelectual. Para começar, seus pais vienenses eram amigos íntimos da família Freud, e o próprio Popper prestou serviço voluntário em uma clínica psicanalítica quando era estudante universitário. Em 1919, filiou-se ao Partido Social-Democrata dos Trabalhadores da Áustria, mas posteriormente rejeitou o

marxismo e todas as outras formas de totalitarismo, tornando-se um defensor declarado da democracia liberal ocidental. Em 1934, publicou *A lógica da pesquisa científica*, no qual articulou pela primeira vez a visão de que a falseabilidade é o que distingue a ciência da não ciência. Essa foi sua passagem para fora da Áustria, às vésperas do *Anschluss* (termo que se refere à anexação da Áustria pela Alemanha nazista).

Após a guerra, a ascensão de Popper foi meteórica. Em 1949, ele era professor de lógica e método científico na London School of Economics, onde deu palestras e influenciou Imre Lakatos e Paul Feyerabend, dois dos principais filósofos da ciência da geração seguinte. Em 1959, tornou-se presidente da Sociedade Aristotélica, uma das organizações filosóficas mais antigas e prestigiadas do mundo: um lugar adequado para o autoproclamado árbitro da ciência. Ele preparou seu ataque a Freud — e seus ecos ressoaram ao longo dos anos.

Na esteira do ataque de Popper em 1963, o psicometrista Paul Kline publicou *Fact and Fantasy in Freudian Theory* (*Fato e fantasia na teoria freudiana*, em tradução livre) (1972), um levantamento enciclopédico da pesquisa até então. Ele mostrou que algumas partes poderiam ser e haviam sido falseadas, de acordo com o critério de Popper, mas outras não, mesmo após os testes relevantes, permanecendo, portanto, provisoriamente verdadeiras. O conjunto de pesquisas que Kline analisou utilizou muitos métodos experimentais não clínicos do tipo que Freud supostamente não considerava relevante, e Kline concluiu que o veredito ainda não era definitivo.

Em uma linha igualmente séria, o filólogo Sebastiano Timpanaro publicou *The Freudian Slip: Psychoanalysis and Textual Criticism* (*O ato falho: psicanálise e crítica textual*, em tradução livre) (1974), argumentando que os relatos de Freud sobre lapsos verbais (e de escrita) poderiam ser explicados igualmente bem — ou melhor — por meio de critérios puramente linguísticos. Diferentemente do livro de Kline, a conclusão de Timpanaro foi totalmente negativa, mas se baseou em evidências razoáveis. Do mesmo modo, *Freud: Biologist of the Mind* (*Freud: biólogo da mente*, em tradução livre) (1979), uma biografia intelectual do psicólogo e historiador da ciência Frank Sulloway, foi intitulada com base em uma descrição que o próprio Freud fez de si mesmo. Sulloway alegou que muitas das principais teorias de Freud incorporaram, ou até mesmo derivaram de suposições biológicas do século XIX, agora

desacreditadas. Novamente, esse foi um comentário justo. Por exemplo, Freud levou ao pé da letra a lei biogenética de Haeckel, que afirmava que "a ontogenia recapitula a filogenia" (ou seja, que o feto recapitula em seu desenvolvimento anatômico toda a história evolutiva, desde a ameba até os primatas, passando pelos peixes e formas semelhantes aos répteis). Da mesma maneira, ele era um entusiasta da teoria lamarckiana, segundo a qual herdamos o que foi aprendido por nossos ancestrais. Nesses aspectos, ele era de fato uma criatura de seu tempo.

Mas depois o tom ficou mais sombrio. Em 1982, um correspondente da revista *Rolling Stone* chamado Peter Swales publicou um artigo cujo título pretendia lançar "Nova luz sobre as origens da psicanálise", alegando que Freud tivera um caso secreto com a irmã mais nova de sua esposa e providenciara para que ela realizasse um aborto. Swales também chamou a atenção para o uso de cocaína por Freud. (Como cientista em início de carreira, Freud alertou médicos europeus sobre as possíveis propriedades medicinais da cocaína; previu corretamente que ela poderia ser um potente anestésico local e sugeriu que poderia ser empregada como antidepressivo, mas sua recomendação de uso para ajudar na abstinência de opiáceos se mostrou muito insensata.)

O artigo de Swales não foi publicado em uma revista acadêmica, mas lançou as bases para um estudo mais sério, escrito pela historiadora médica Elizabeth Thornton. *The Freudian Fallacy: Freud and Cocaine* (*A falácia freudiana: Freud e a cocaína*, em tradução livre) (1983) argumentou que as teorias de Freud resultaram de um desarranjo induzido por drogas: "Freud foi viciado em cocaína durante todo o período em que suas teorias centrais sobre a mente inconsciente e a sexualidade infantil foram formuladas".

Um ano antes, uma jornalista chamada Karin Obholzer havia publicado *Conversas com o homem dos lobos* (1993, Zahar), que mostrava que o resultado do tratamento de Freud para um de seus pacientes mais famosos, Sergei Pankejeff (aristocrata Russo de Odessa, nomeado por Freud de Homem dos Lobos, em virtude de um sonho que Pankejeff teve de uma árvore cheia de lobos brancos) estava longe de ser impressionante. Para a alegria de Obholzer — e por sua instigação —, apesar do fato de esse paciente ter sido generosamente cuidado durante toda a vida por membros do *establishment* psicanalítico (sobre o qual terei mais a dizer mais adiante), o idoso Homem dos Lobos, que sempre gostou dos holofotes, denunciou seu falecido analista.

Isso abriu caminho para um livro de Jeffrey Masson: *Atentado à verdade — A supressão da teoria da sedução por Freud* (1984). Dada sua posição como diretor dos Arquivos Sigmund Freud na Biblioteca do Congresso dos EUA, Masson escreveu com autoridade especial. Ele alegou que Freud havia deliberadamente ocultado o fato de que o abuso sexual na infância era a causa da doença mental na vida adulta, insistindo, em vez disso, que as lembranças de seus pacientes sobre esse abuso eram fantasias sobre eventos que nunca haviam acontecido. Estranhamente, uma conhecida psicóloga experimental chamada Elizabeth Loftus usou o argumento oposto para minar ainda mais a reputação de Freud. Em *The Myth of Repressed Memory: False Memories and Allegations of Sexual Abuse* (*O mito da memória reprimida: falsas memórias e alegações de abuso sexual*, em tradução livre) (1994), ela "revelou que, apesar de décadas de pesquisa, não há absolutamente nenhum apoio científico controlado para a ideia de que as memórias de trauma são rotineiramente banidas para o inconsciente e depois recuperadas de maneira confiável anos mais tarde". Isso parece bastante injusto com Freud, que publicou abertamente sua descoberta inicial de que o trauma sexual era a causa típica da psicopatologia e, depois, corrigiu-se de modo igualmente aberto quando percebeu que isso não era verdade em todos os casos. Em outras palavras, Loftus "revelou" triunfantemente aquilo que o próprio Freud já havia dito um século antes, ou seja, que as lembranças de abuso sexual relatadas por (alguns) de seus pacientes eram falsas.

Imediatamente após o livro de Masson, outro ilustre psicólogo experimental, Hans Eysenck, publicou *Decadência e queda do império freudiano* (1985). Esse livro argumentava — como se a pesquisa de Kline (1972) sobre as evidências nunca tivesse acontecido — que as teorias especulativas de Freud só agora estavam sendo submetidas a um rigoroso desafio empírico e que, em todas as áreas em que esses testes haviam sido realizados, elas haviam sido completamente falsificadas. (Mais tarde, o próprio Eysenck caiu em um escândalo. Desde 2025, houve pelo menos 14 retratações de seus artigos em revistas científicas e 71 manifestações de preocupação quanto à veracidade dos resultados de suas pesquisas publicadas.)

Em 1998, Frederick Crews editou *Unauthorized Freud: Doubters Confront a Legend* (*Freud não autorizado: céticos confrontam uma lenda*, em tradução livre), que "reúne 18 oposicionistas que acusam o mestre de

ser um dogmático que intimidava seus pacientes e constantemente não conseguia distinguir entre as fantasias deles e as suas próprias". Em 1995, Richard Webster publicou *Why Freud Was Wrong: Sin, Science and Psychoanalysis* (*Por que Freud errou: pecado, ciência e psicanálise*. Record, 1999.), cujo título dá uma indicação clara de seu conteúdo. O mesmo vale para *Freud: Darkness in the Midst of Vision* (*Freud: escuridão no meio da visão*, em tradução livre), de Louis Breger (2000). Em 2017, os editores da próxima missiva de Crews, *Freud: The Making of an Illusion* (*Freud: a fabricação de uma ilusão*, em tradução livre), afirmaram que esse livro "será a palavra final sobre uma das figuras mais significativas e contestadas do século XX".[v] Em sua capa, parecia que um "A" maiúsculo havia sido rabiscado sobre o nome de Freud, corrigindo-o para "FRAUD" (fraude, em português), embora também pudesse ter sido concebida como um chifre de diabo.

Concentrei-me aqui no que foi dito sobre Freud em livros do início da década de 1970 em diante. A mesma narrativa de queda é reproduzida em outras mídias populares: revistas, jornais, televisão e rádio e, de fato, como veremos, na literatura científica. Não sei bem o porquê. Newton e Darwin, para escolher figuras de proeminência comparável, erraram em algumas coisas e não conseguiram entender outras. Ninguém pensa que a física newtoniana seja literalmente verdadeira como um relato final da realidade. Darwin não tinha ideia de como a herança funcionava na prática. Eles fizeram o melhor que puderam com as ferramentas disponíveis e, desde então, seu trabalho foi modificado quase além do reconhecível. Nada disso prejudicou sua posição como pioneiros científicos; quaisquer que sejam as controvérsias que ainda possam estar ligadas a eles, os estudiosos geralmente não tentam apagá-los da história intelectual. Em contraste, dê uma olhada em *Seductive Mirage: An Exploration of the Work of Sigmund Freud* (*Miragem sedutora: uma investigação da obra de Sigmund Freud*, em tradução livre) (1993), de Allen Esterson; uma acusação que "se constrói irresistivelmente para uma 'prova além de qualquer dúvida razoável' de que a pretensão de Freud de figurar como um grande pensador é infundada e, de fato, bastante absurda".



Os críticos da psicanálise costumam achar irritante quando, em vez de refutações, suas afirmações são recebidas com diagnósticos, como se o fato de verem tudo como uma fraude apenas provasse o quanto emocionalmente desajustados são. Você terá que acreditar que tal desvio não é minha intenção quando observo que muitos dos autores que acabo de citar já foram admiradores de Freud e que muitos de seus ataques parecem sugerir um zelo, quase uma fúria, em expor o impostor. Não é sob a bandeira de nenhuma teoria em particular que coloco a questão de saber se tais posturas podem indicar um sentimento de traição mais profundo e interessante do que o caso justificaria — mesmo que, para fins de argumentação, concedêssemos todas as falhas que eles alegam.

De todo modo, o meu Freud não é o deles. Ele também difere, em aspectos importantes, do mestre quase espiritual que preside as escolas dispersas de psicanálise que sobreviveram ao declínio de sua estrela. Fui neuropsicólogo em primeiro lugar e analista freudiano em segundo. Durante várias décadas, exerci minha prática clínica em ambas as capacidades, bem como na interface entre elas. Publiquei uma quantidade considerável de pesquisas científicas em ambos os campos. Recentemente, encerrei minhas funções como tradutor oficial das obras psicológicas completas de Freud. Isso levou 29 anos de trabalho árduo, durante os quais mergulhei completamente na progressão de seu pensamento.

Menciono tudo isso não para reivindicar qualquer autoridade final, mas apenas para pedir uma escuta séria. Na minha avaliação, Freud era um cientista, e um cientista muito bom. Assim como Luria estava secretamente fazendo psicanálise durante todo o tempo em que lançava as bases da neuropsicologia, acredito que Freud estava fazendo algo equivalente a uma quase neuropsicologia desde o início de sua carreira até o fim. Ele conduziu suas pesquisas da maneira informal como o fez porque não havia outra opção. No entanto, suas teorias sempre tiveram a intenção de responder a toda a gama de evidências empíricas e, em última análise, de se juntar ao restante da ciência médica. Agora é o momento de ver como elas se saem.

No século passado, a neuropsicologia acumulou vastas quantidades de dados. Novas ferramentas de imagem ampliaram as fronteiras da observabilidade muito abaixo da superfície do cérebro vivo, e muitas das conjecturas de Freud murcharam sob seu brilho. Ainda assim, suas ideias mais profundas e amplas se mantiveram notavelmente bem. O campo que Luria construiu já não é uma ciência tão jovem — no entanto, após mais 50

anos de trabalho intensivo desde sua morte, seu melhor modelo da mente se parece muito com aquele que ele teria reconhecido em sua primeira leitura de Freud —, talvez especialmente quando se trata dos três capítulos que ele se recusou a escrever.

Nada disso significa que Freud estivesse *certo*, é claro. Como Popper ensinou corretamente, o padrão mais óbvio pode não ser o verdadeiro. Mas isso sugere que a psicanálise, tal como Freud a concebeu, deve ser levada a sério. Sugere que, por mais limitados que tenham sido seus métodos, eles podem de fato tê-lo guiado a uma parte da verdade — e a uma grande parte dela. O mais impressionante é que, quando analisamos os enigmas que ainda assombram a neurociência e a medicina psicológica — a psiquiatria em particular — a partir de uma perspectiva freudiana, coisas importantes parecem se encaixar. E, se Freud estava certo, fica claro que muitas das coisas que estamos fazendo atualmente estão erradas e terão de mudar.

Falando agora como psicanalista, esse é sempre um lugar interessante para estar.

Capítulo 2

A interpretação dos sonhos

> ANALISTA: Como é a compulsão?
> PACIENTE: É algo simplesmente desregulado. Eu me deito para assistir à TV. Então, sinto necessidade de comer. Daí, eu pego isso, pego aquilo — como se fosse um *buffet*. Então eu penso: "Você tem que ter cuidado". É um verdadeiro desafio. Mas também há uma sensação de liberdade em desfrutar de algo. Eu adoro essa liberdade. É algo relacionado à degustação. Não sei dar um nome. É a experiência completa. Imagino que seja como quando as pessoas se cortam. Há um ciclo de retroalimentação. Há um aspecto voraz, mas não é que eu esteja com fome. Parece que representa outra coisa. Também tem a ver com a necessidade de ser aventureiro. Ir em busca de comida; sair, encontrar algo novo e trazer de volta. Eu sempre quero experimentar algo novo.
> ANALISTA: Você disse que sente o mesmo tipo de excitação sexualmente?
> PACIENTE: Sim. Acho que existe uma transposição. Mas não tenho certeza em qual direção. Há a mesma voracidade.
>
> *– Dos arquivos clínicos do autor*

Quando comecei a estudar o cérebro, interessei-me por uma condição genética rara chamada doença de Urbach-Wiethe, nomeada em homenagem aos dois médicos vienenses que a descreveram pela primeira vez em 1929. Ela causa anormalidades na pele e rouquidão na voz, mas também depósitos de cálcio em uma parte do cérebro em formato de amêndoa, localizada logo abaixo das orelhas — a "amígdala" (que significa amêndoa) —, que é a principal responsável pela emoção do medo. Apenas cerca de 400 casos foram relatados na literatura médica. Uma proporção substancial desses casos, entretanto, vem de uma pequena cidade chamada Springbok, perto de onde nasci.

Em Springbok, em uma comunidade muito isolada na qual a consanguinidade é comum, a doença afeta cerca de um em cada 12 indivíduos. Quando atingem a puberdade, esses pacientes apresentam uma redução impressionante da ansiedade. De fato, eles se tornam totalmente destemidos, em um grau perigoso. O caso mais célebre é o da paciente americana conhecida como SM. Ao longo de sua vida, ela foi vítima de vários crimes traumáticos e situações com risco de vida. Foi assaltada tanto

sob ameaça de faca quanto de arma de fogo, e quase foi morta em um incidente de violência doméstica, mas não apresentou nenhum sinal de desespero e urgência, tampouco qualquer outra resposta comportamental que normalmente confirmaria a natureza traumática desses eventos. Em um experimento,[1] ela não demonstrou medo algum ao manipular cobras e aranhas, ao caminhar por uma casa mal-assombrada em um parque de diversões ou ao assistir a clipes de filmes que induziam ao medo, embora sentisse todas as outras emoções esperadas, como interesse, curiosidade e empolgação. “Como a SM não tem a amígdala, ela não apresenta essa cascata de respostas que compõem um estado de medo”, disse o neurologista que a examinou. “E, por causa disso, é incapaz de sentir medo.”[2]

Uma de minhas pacientes com essa condição, Paulina Z, era uma jovem mais ou menos da minha idade. Nascida em Springbok, ela tinha um histórico angustiante de abuso infantil nas mãos de seu pai alcoólatra — uma história não incomum nessa comunidade muito pobre e marginalizada. Durante uma investigação que conduzi como parte de um projeto de pesquisa, ela me disse que uma *vantagem* de sua doença era que, desde o início dos sintomas na puberdade, ela não tinha mais os pesadelos que costumavam atormentá-la. Como é possível, pensei, que um dano em menos de um centímetro cúbico de tecido em cada lado do cérebro possa livrar alguém de uma vida inteira de sonhos ruins? Perguntei aos outros participantes do meu projeto sobre seus sonhos também. Todos relataram a mesma coisa: nenhum pesadelo desde o início de seus problemas de pele e voz.

Em vez disso, os sonhos que relatavam eram curtos, simples e carregados de desejos, como os sonhos de crianças. Uma paciente disse que viu seu pai falecido, o que a deixou feliz. Outra disse que sonhava que sua filha deficiente conseguia andar. Outro relatou que estava deitado sob um belo arbusto, carregado com as frutas mais deliciosas que já havia comido. Outro, que estava desempregado, sonhou que havia encontrado um emprego. Outra, que estava em um ônibus, saindo de férias, algo que só havia feito uma vez na vida.

Naquela época, eu não tinha nenhum interesse especial em psicanálise e não conhecia a teoria da realização de desejos de Freud. Ainda assim, o que esses pacientes diziam me intrigava muito. Comecei a abordar o assunto com pacientes com diferentes condições neurológicas. Parecia razoável

esperar que, assim como os pacientes com Urbach-Wiethe, as pessoas que haviam perdido uma determinada capacidade mental em sua vida desperta relatassem a mesma deficiência em seus sonhos.

Em alguns casos, foi exatamente isso que encontrei. Um homem que havia perdido a visão de cores em função de um envenenamento por monóxido de carbono sonhava em preto e branco. Um homem que havia perdido a capacidade de reconhecer rostos familiares após um tumor cerebral não conseguia reconhecer rostos em seus sonhos, embora identificasse sua falecida mãe pelo som da voz.

Outros transtornos, porém, pareciam funcionar de maneira diferente. Um paciente que ficou cego por um derrame em seu córtex visual relatou-me que ainda conseguia enxergar em seus sonhos. O mesmo princípio se aplicava a pacientes que haviam perdido o poder da fala em virtude de danos na área de Broca: todos eles relataram que ainda podiam falar fluentemente em seus sonhos. Como o braço direito desses pacientes geralmente fica paralisado, perguntei a eles sobre isso também, e todos os seis me disseram que ainda conseguiam mover o braço em seus sonhos. Isso também se aplicava a pacientes com paraplegia causada por lesões na medula espinal: eles podiam andar normalmente em seus sonhos. Mais de um deles me falou da repetida decepção ao acordar e descobrir que era "apenas um sonho".

Essas disparidades me pareceram tão estranhas que embarquei em um estudo sistemático sobre como os danos a diferentes estruturas cerebrais afetam os sonhos. Em linhas gerais, esse era o mesmo tipo de pesquisa que os pioneiros da neuropsicologia haviam realizado em relação à linguagem, memória, percepção, atenção, movimentos habilidosos e assim por diante. Você examina o paciente clinicamente para descobrir como suas capacidades e experiências psicológicas foram alteradas, identifica quais partes do cérebro estão doentes ou danificadas e começa a atribuir componentes das funções mentais às diferentes partes com base nessas correlações. (Felizmente, na era das imagens cerebrais, não é mais necessário esperar a morte do paciente e a autópsia.) Por exemplo, como Luria nos ensinou, uma vez que você tenha identificado as diferentes maneiras pelas quais a linguagem é prejudicada por danos em diferentes partes do cérebro, você identificou os múltiplos componentes do "sistema funcional" da linguagem.

Como os sonhos são muito difíceis de estudar cientificamente (já que são descrições retrospectivas e subjetivas de episódios alucinatórios notoriamente confusos e esquecíveis que ocorrem durante o sono), descobriu-se que ninguém havia se proposto a analisá-los dessa maneira padrão. Minha solução para contornar o problema dos relatos subjetivos foi estudar um número suficientemente grande de pacientes (361 no total), o que significava que eu poderia coletar relatos de sonhos de *grupos* com lesões nas mesmas regiões cerebrais. Não há como negar que os sonhos são fenômenos fugazes e fugidios, mas, mesmo levando isso em conta, se todas as pessoas de um grupo anatômico relatam a mesma mudança em seus sonhos, por que não acreditar nelas? Esse estudo (que comecei em 1985) tornou-se minha tese de doutorado. Na medida em que foi investigado psicologicamente, o fenômeno da sorte de principiante agora é considerado, em grande parte, uma ilusão. Esse é um pensamento consolador para mim, porque nunca, em minha longa e frequentemente satisfatória carreira, deparei-me com algo tão grandioso quanto as descobertas que surgiram no decorrer dessa pesquisa.



A teoria predominante sobre os sonhos naquela época fora desenvolvida por Allan Hobson, professor de neurofisiologia em Harvard. Utilizando a eletroencefalografia (EEG) combinada com o despertar do sono, descobriu-se, na década de 1950, que o sonho — um estado psicológico — quase sempre ocorre durante a fase de movimento rápido dos olhos (REM) do ciclo do sono — um estado fisiológico.[3] Essa correlação levou os neurocientistas na década de 1960 a buscar a parte do cérebro que gera o sono REM, uma vez que essa parte presumivelmente também geraria sonhos, dada a estreita correlação entre os dois estados.

Depois de uma busca difícil, eles encontraram o gerador de REM no tronco encefálico (literalmente, o tronco na parte inferior do cérebro que o conecta à medula espinal).[4] A pesquisa de Hobson mostrou que uma pequena parte do tronco encefálico, o “tegmento mesopontino”, emitia uma substância química especial em um ciclo de aproximadamente 90 minutos durante o sono e que isso desencadeava a fase REM. Portanto, ele inferiu que o próprio sonho era causado por essa substância química, um neuromodulador chamado acetilcolina, que ativava o córtex cerebral.

Em seu livro *O cérebro sonhador* (1988), Hobson afirmou que essas descobertas experimentais refutavam a teoria freudiana. Afinal, se os sonhos eram causados pelo humilde tronco cerebral que liberava substâncias químicas "motivacionalmente neutras"[5] — e com um cronômetro, ainda por cima —, pouco restaria para o nobre córtex do prosencéfalo fazer. No entanto, era lá que residiam as ideias. Portanto, Hobson escreveu:

> Se presumirmos que o substrato fisiológico da consciência está no prosencéfalo, esses fatos eliminam completamente qualquer possível contribuição das ideias (ou de seu substrato neural) para a força motriz primária do processo do sonho.[6]

A teoria de Freud de que os sonhos eram produtos de desejos revelou-se, afinal, falseável. De fato, acabou sendo falsa, pois o que são desejos senão ideias? Hobson concluiu que o sonho não servia a nenhum propósito: era "um epifenômeno do sono REM", que tinha a mesma relação com a dinâmica real do cérebro adormecido que a sombra tem com os movimentos do corpo.[7]

A correlação entre o sono REM e o sonho foi estabelecida por métodos não invasivos. Nesse caso, pelo método EEG do sono: os pacientes foram para a cama usando uma espécie de touca de banho elétrica que media os níveis de ativação cerebral. Isso pode parecer invasivo no sentido de que poucos escolheriam dormir dessa maneira, mas tudo é relativo: em comparação com a forma como a ligação foi estabelecida entre o sono REM e o tegmento mesopontino, não era tão ruim.

Essa última pesquisa exigiu danos sistemáticos e deliberados ao cérebro de centenas de cobaias. De que outra maneira seria possível determinar quais lesões, em particular, impediam o sujeito de entrar no sono REM? Por esse motivo, a pesquisa foi realizada não em seres humanos, mas em gatos e ratos. Gatos e ratos não conseguem relatar suas experiências nem na melhor das hipóteses, e certamente não quando seus cérebros estão repletos de incisões cirúrgicas. Nesse formato experimental, portanto, não havia como monitorar a presença do sonho em si. O lado subjetivo da equação tinha de ser, por assim dizer, aceito com base na fé.

Ao contrário de Michel Jouvet, o neurocientista que conduziu a maior parte da pesquisa mencionada, eu realizei minha pesquisa de doutorado em seres humanos que haviam sofrido lesões cerebrais de ocorrência natural.[8] Tive acesso a um grande número deles porque havia apenas três

neuropsicólogos em toda Joanesburgo, uma cidade de 2 milhões de habitantes na época (hoje, próxima de 6 milhões). Decidi estudar seres humanos em vez de gatos e ratos pela razão óbvia de que queria correlacionar os danos em diferentes partes do cérebro com alterações no *sonhar* — um estado subjetivo, que exige relatos verbais —, e não alterações no sono REM — um estado objetivo, que não os requer. O fato de meus sujeitos de pesquisa poderem relatar seus estados de sonho experienciados me levou a duas descobertas surpreendentes.

Em primeiro lugar, pacientes com lesões no tegmento mesopontino, que não apresentam mais o sono REM, continuam a ter sonhos, enquanto pacientes com lesões em outras partes do cérebro, que não apresentam mais sonhos, continuam a apresentar o sono REM. Isso é chamado de "dupla dissociação de função": demonstra que o mecanismo que produz o sono REM não pode ser o mesmo que produz o sonho, já que a abolição do primeiro mecanismo não tem efeito sobre o segundo e vice-versa.

A outra coisa que encontrei foi a estrutura cerebral que *gera* os sonhos.

O responsável revelou-se uma enorme via de fibras que surge do tronco encefálico e sobe em direção aos olhos, atravessando a metade inferior do prosencéfalo. É chamado de feixe medial do prosencéfalo e contém o circuito de dopamina "mesocortical-mesolímbico". Hobson deu muita importância ao fato de a acetilcolina ser "motivacionalmente neutra" em seu repúdio à natureza de desejo dos sonhos. O mesmo não pode ser dito da dopamina. Desde que foi descoberto, na década de 1950, esse circuito da dopamina é conhecido como "o sistema de recompensa do cérebro".[9] O neurocientista pioneiro da emoção, Jaak Panksepp, chamou-o de sistema de SEEKING (exploração/busca). Seu colega Kent Berridge o chamou de sistema de "querer".

Quando Popper afirmou que, para se qualificar como científica, uma teoria deve, em princípio, ser falseável, ele tomou a afirmação de Freud sobre a natureza de desejo dos sonhos como seu exemplo paradigmático de uma teoria que não atendia a esse padrão. Allan Hobson certamente não era um entusiasta de Freud,[I] no entanto, ele o elogiou, insistindo que sua teoria não apenas *poderia* ser falseada por experimentos, mas que ele, Hobson, a havia falseado. Ele demonstrara como o sonho realmente funcionava e como o desejo não tinha nada a ver com isso.

Isso me deixou em uma posição curiosa. Depois de ler os argumentos de Hobson, fiquei convencido de que a teoria de Freud *poderia ter sido*

falseada (embora com métodos diferentes do que os utilizados por Freud); no entanto, com base em minhas próprias descobertas fortuitas, eu sabia que as evidências reais falharam em refutá-lo. Em vez disso, pareceu-me que foi a explicação rival de Hobson que passou no teste de falseabilidade. Não só isso, mas a origem real do sonho no cérebro parecia fornecer, bem... "confirmação" é uma palavra proibida na filosofia popperiana da ciência, então, digamos que, se o sistema de recompensa de dopamina do cérebro realmente gerasse o sonho, isso depunha a favor da teoria da realização de desejos. De fato, estava começando a parecer que a teoria de Freud poderia conter, afinal, algum resíduo de ciência.



Naquela época, era difícil encontrar cientistas médicos que ainda ensinassem Freud. Os psiquiatras da faculdade de medicina da minha própria universidade — a Universidade de Witwatersrand, em Joanesburgo — eram implacavelmente reducionistas. Eles tratavam os transtornos emocionais farmacologicamente e aplicavam com entusiasmo a terapia eletroconvulsiva em pacientes deprimidos que não respondiam a esses medicamentos, um tratamento horrível de se testemunhar. Como último recurso, portanto, participei de uma série de seminários abertos (abertos a alunos de pós-graduação de qualquer faculdade) conduzidos por um professor de Literatura Comparada.

Seu nome era Jean-Pierre de la Porte, e ele se interessava pela história das ideias. No início, achei difícil levá-lo a sério. Ele era um africânder que fingia ter um sotaque francês carregado e havia mudado seu nome de acordo com isso. Uma figura estranha. Mesmo assim, foi com ele que aprendi que Freud havia sido um neurocientista pioneiro que contribuiu para a descoberta do neurônio e para o mapeamento da conectividade interna do tronco encefálico humano. Esse Freud também fora um neurologista clínico que fez contribuições fundamentais para a nossa compreensão das paralisias cerebrais, bem como um neuropsicólogo *avant la lettre* que publicou um livro revolucionário sobre os mecanismos cerebrais da linguagem. De fato, foi somente quando Freud estava na casa dos quarenta anos e sua carreira médica estava bem encaminhada que ele começou a soar reconhecidamente como um psicanalista.

Isso aconteceu em um artigo memorável, com um título despretensioso: “Alguns pontos de comparação entre paralisias motoras orgânicas e histéricas” (1893). Freud estava tentando descobrir por que ideias perturbadoras às vezes produzem sintomas corporais. Usando o exemplo da paralisia histérica do braço, ele apontou que a distribuição dessa paralisia no corpo correspondia não à maneira como o braço é controlado e representado anatomicamente no córtex cerebral, mas, sim, à *ideia* de um braço. Na paralisia histérica (neste exemplo), o membro superior é normalmente afetado igualmente da mão ao ombro, ao passo que, na paralisia decorrente de lesão cerebral, a mão normalmente fica mais paralisada do que o cotovelo, que, por sua vez, fica mais paralisado do que o ombro, e há também alguma paralisia dos músculos faciais. Isso ocorre porque uma região muito maior do córtex motor representa a mão do que o cotovelo e o ombro, e a região da mão se funde com a região da face. Se todo o braço estiver igualmente paralisado e a face não for afetada, é altamente improvável que a causa seja um dano ao seu centro de controle cortical. Deve ser alguma associação com a *ideia* do braço — ou seja, com a coisa representada pela palavra “braço” — retratada na imaginação do ombro à mão.

Com base nisso, Freud concluiu que aquilo que, à primeira vista, parecia ser o produto de um dano aos tecidos do cérebro deveria, em vez disso, resultar do que ele chamou de “lesão de uma ideia” — uma associação patológica entre pensamentos. Considerando o que eu sabia sobre a anatomia do córtex motor e minha experiência clínica com paralisia cortical, esse me pareceu um bom argumento.

Mais adiante, no mesmo artigo, Freud argumentou que as ideias patogênicas em questão estavam associadas a *emoções* intensas. Especificamente, ele argumentou que os transtornos histéricos (que hoje chamamos de “transtornos neurológicos funcionais”) surgiam da conexão entre pensamentos e sentimentos; que eles emergiam das ideias que os pacientes utilizavam para *regular* seus sentimentos. Assim, por exemplo, uma paralisia histérica do braço poderia resultar de uma lembrança reprimida de algo que o paciente fizera anteriormente com aquele braço. Freud usou a analogia de alguém que apertou a mão do imperador e não deseja quebrar essa associação lavando a mão. (Ele ainda não era psicanalista, por isso não usou o exemplo mais sugestivo de algo embaraçosamente sexual que um paciente pudesse ter feito com a mão.)

Com base no que eu sabia na época, achei tudo isso surpreendentemente persuasivo. Fazia uma espécie de sentido lógico geral e, de uma maneira estranha, falava aos meus próprios sentimentos, prometendo alívio — se não da paralisia, certamente de um tipo de distanciamento entorpecido.

Na realidade, o mistério de como uma lesão cerebral poderia transformar uma pessoa em outra foi o motivo pelo qual me interessei pelo cérebro em primeiro lugar. Quando eu era criança, meu irmão mais velho, Lee, caiu de um prédio e sofreu uma grave lesão na cabeça. Isso o transformou permanentemente. Ele perdeu seus marcos de desenvolvimento; era como se meu admirado irmão mais velho tivesse se tornado meu constrangedor irmão mais novo. Eu era assombrado pelas perguntas que esse episódio despertou. O que é uma mente? Como ela surge dentro do corpo e torna as pessoas quem elas são? De fato, o que nos torna agentes livres em vez de matéria inanimada ou meros autômatos? O que eu havia aprendido como estudante de neuropsicologia estava tão distante de qualquer coisa que eu pudesse reconhecer como uma resposta a essas perguntas que as próprias perguntas pareciam ter entrado em um estado de animação suspensa. Eu estava estudando neuropsicologia da maneira ortodoxa, sem querer causar alarde, mas isso não estava me aproximando dos mistérios ardentes que me atraíram para o campo em primeiro lugar.

Quando descobri Freud, lembrei-me do motivo pelo qual queria ser neuropsicólogo. Com base no que aprendi naqueles seminários com de la Porte e nas leituras adicionais que ele sugeriu, tomei uma decisão incomum: complementar meu treinamento recém-concluído em neuropsicologia com uma qualificação adicional como psicanalista.



Naquela época, o professor de neurocirurgia em Joanesburgo era Robert Lipschitz. Ele era membro do Royal College of Surgeons de Edimburgo e dirigia um Rolls Royce Silver Shadow antigo que ocupava duas vagas no estacionamento lotado do nosso hospital. Quando lhe contei que estava me mudando para Londres para me formar em psicanálise, ele ficou consternado. “Você não sabe que eles começam como pacientes e depois vão subindo de cargo?”

Apesar de suas ressalvas, Lipschitz enviou um recado a um neurocirurgião que ele havia treinado em Joanesburgo, agora consultor em

Londres, pedindo-lhe que me ajudasse quando eu chegasse lá. Esse homem me apresentou ao professor de neurocirurgia do Royal London Hospital, em Whitechapel.[II] Após uma conversa de 15 minutos e uma palestra inaugural sobre "As deficiências da abordagem psicométrica da neuropsicologia", eu consegui um emprego.

Isso soa como uma rede de velhos amigos — e, sem dúvida, era basicamente isso. Visto da perspectiva de um sul-africano branco, havia muito na estrutura do Royal London Hospital, naquela época, que parecia desconcertantemente familiar. Os professores e consultores — que sempre se sentavam, vestindo ternos escuros, nas primeiras filas das históricas salas de aula, nas quais pacientes da classe trabalhadora eram exibidos para fins de ensino — falavam inglês de Oxbridge. Os residentes e os médicos internos (como eram chamados) falavam com toda a gama de sotaques regionais britânicos, e sempre se sentavam atrás, em uma mistura heterogênea de roupas. O que acontece, eu me perguntava, que aqueles com tais sotaques e essas roupas nunca chegam a ser consultores e professores? Ainda assim, por alguma razão — fosse porque as pessoas com sotaque colonial estavam isentas desse jogo inglês tolo, fosse porque meu patrocinador havia explicado que eu vinha de uma "boa" família—, eu estava feliz por ser incluído nas primeiras fileiras.

Assim como muitas piadas, a observação de Lipschitz sobre os psicanalistas era simplesmente verdadeira. O primeiro requisito de um psicanalista em formação ainda é que ele mesmo deve se submeter à análise. Após no mínimo um ano de tratamento, pode-se começar a participar de seminários teóricos. E assim, por vários anos, vivi uma existência de Jekyll e Hyde. Todas as manhãs, antes de ir para o hospital onde eu praticava neuropsicologia nas alas de neurocirurgia e neurologia e buscava meus interesses em pesquisas neurocientíficas, eu passava 50 minutos deitado no divã de um psicanalista no Anna Freud Centre, em Hampstead; muito longe (em todos os sentidos) de Whitechapel.

Meu analista era um homem de Yorkshire chamado Clifford Yorke. Ele havia sido ferido enquanto servia no corpo médico britânico durante a guerra e agora caminhava mancando. Após a guerra, ele atuou como psiquiatra responsável na Hampstead Clinic, como o Anna Freud Centre era então chamado, sucedendo Anna Freud em seu papel de diretora quando ela se aposentou, em 1978. Anna era filha de Sigmund Freud. A linhagem psicanalítica de Freud até mim não poderia ter sido mais direta.

Clifford Yorke explicou-me os fundamentos: eu deveria me deitar em seu divã, cinco vezes por semana, durante 50 minutos por sessão, e dizer tudo o que viesse à minha cabeça; tudo, sem exceção, incluindo coisas que pareciam irrelevantes e sem sentido, e especialmente coisas que normalmente seriam consideradas inadequadas para falar, como minha sensação de que era assustador ser analisado por aquele velho soldado que mancava, que eu não queria pensar em como era sua perna sob a calça, que eu não queria imaginá-lo na privacidade de seu banheiro, mas que na verdade eu estava, vividamente. Essa é a chamada "regra fundamental" da psicanálise: uma injunção para relatar tudo. É a essência do método de "associação livre". O Dr. Yorke alertou-me que permaneceria em silêncio na maior parte do tempo, interrompendo meus monólogos apenas para observar padrões significativos que pudessem surgir, possivelmente revelando algo sobre o que estava por trás de minhas associações. (Por esse motivo, infelizmente, ele nunca compartilhou comigo suas lembranças pessoais de Anna Freud.)

Nas semanas e meses seguintes de divagações disciplinadas, os padrões, de fato, começaram a surgir. Sonhei que estava procurando uma carta que meu falecido pai havia deixado para mim, escrita pouco antes de ele ser submetido à cirurgia cardíaca que o matou; uma carta que poderia me dizer onde ele havia escondido seu amor por mim. Eu queria encontrar aquela carta. Quando relatei esse sonho ao Dr. Yorke, fui subitamente dominado por tristeza e arrependimento e comecei a soluçar. Meus sentimentos contraditórios em relação a Clifford Yorke se assemelhavam aos que eu tinha em relação ao meu pai, o taciturno e reservado chefe de uma mina de diamantes. No entanto, foi somente quando Yorke apontou essa "transferência" do meu pai para ele que me tornei plenamente consciente dos sentimentos de infância. Eu sabia que havia algo de substancial em meu pai, algo que ele poderia ter compartilhado comigo, talvez algum *insight* importante sobre a vida que eu poderia ter aprendido com ele, pelo qual eu me sentiria grato e orgulhoso — algo com o qual eu queria me identificar e acreditar. Mas eu não tinha esperança de recebê-lo.

Após alguns meses de análise, minha esposa me perguntou: "Por que você está mancando?". Ela tinha razão; eu estava arrastando a perna direita, exatamente como Clifford Yorke: uma representação concreta da minha identificação com ele e do meu desejo de estar com ele, ocupando o lugar do meu pai inacessível.

A coisa mais peculiar que aconteceu durante minha análise, no entanto, foi a recuperação de uma memória muito antiga. Certo dia, enquanto falava sobre a experiência do retorno do meu irmão do hospital, tive uma lembrança estranha de que eu mesmo estava no hospital. Eu estava dentro de uma espécie de bolha translúcida e me sentia perdido e desorientado: havia um brilho constante e fraco ao redor da bolha, o que tornava impossível saber se era dia ou noite.

Ao chegar em casa depois do trabalho, liguei para minha mãe na África do Sul e perguntei se eu já havia estado em um hospital, envolto em algo parecido com uma esfera de plástico. “É claro”, ela respondeu. Aos dois anos de idade, eu havia sido internado em uma unidade de cuidados intensivos com pneumonia dupla. Fiquei no hospital por duas semanas e em uma tenda de oxigênio por vários dias. Foi um período difícil, explicou minha mãe, em parte porque o hospital proibia a visita dos pais, pois isso “só perturbaria a criança”.

Nas sessões psicanalíticas que se seguiram, outros detalhes de minha hospitalização voltaram à minha memória. Eu não me lembrava absolutamente nada sobre o episódio inteiro antes, então comentei que devia tê-lo “reprimido”. A isso, o Dr. Yorke respondeu que não estava reprimido, pois eu conseguia me lembrar. Memórias reprimidas nunca podem ser lembradas — por definição — explicou ele; elas podem apenas ser inferidas.

Ele passou, então, a descrever uma experiência própria. Alguns anos antes, ele estava assistindo a um documentário na televisão que incluía uma cena de um campo de concentração nazista. A câmera passou por uma placa em alemão. Naquele momento, ele percebeu: “Eu estive lá”. E, de fato, ele estivera: fazia parte do grupo que libertou o campo de extermínio de Bergen-Belsen. Ele sempre soube desse fato, mas, explicou, nunca havia se lembrado da experiência. “Foi uma cena tão horrível que estava além da imaginação. Muito diferente de qualquer outra coisa que eu tenha vivido antes ou depois.”

Ele disse que esses casos (a experiência dele e a minha) de esquecer-apesar de-lembrar provavelmente deveriam ser entendidos como fenômenos de memória “dependentes do estado”, e não como casos de repressão. Está bem estabelecido que as pessoas conseguem se lembrar melhor das coisas quando estão no mesmo estado emocional em que se encontravam quando a experiência original ocorreu.

Fiquei emocionado por ele ter me contado essa história pessoal e explicado essa parte da teoria. Era algo que ele quase nunca fazia; uma rara encenação (na "contratransferência", como eles chamam) do meu desejo de que meu pai pudesse me confidenciar algo.

E, assim, minha análise continuou de sua maneira peculiar, dia após dia. O tecido da minha vida foi desfeito, com os nós e tudo mais, e depois refeito de uma maneira menos precária. Obedeci à regra fundamental o mais diligentemente que pude, relatando cada pensamento e sentimento que passava pela janela do trem da minha mente. Um dia, ao fazer isso, percebi que estava falando para o vazio. Clifford Yorke havia adormecido. (Para ser justo com ele, Yorke tinha acabado de passar por uma cirurgia de substituição do quadril.) Fiquei enfurecido. Lá estava eu, tentando transmitir todos os detalhes do que estava acontecendo comigo, conforme instruído — não importava o quão pouco edificante fosse —, e meu suposto analista nem sequer estava ouvindo. Quando a onda de raiva diminuiu, refleti sobre o que havia acontecido e me vi novamente lembrando da tenda de oxigênio e de como me sentia perdido.

Não consigo transmitir algumas das coisas mais importantes que aconteceram em minha análise. Não apenas porque não quero (um ponto importante por si só), mas porque *não posso*, da mesma forma que não se pode lembrar de um sonho. Há uma ironia especial no fato de que alguns dos ingredientes básicos da cura pela fala não podem ser comunicados em palavras. O que posso dizer é que, ao longo do caminho, um dos meus sintomas mais preocupantes desapareceu: uma grave ansiedade em relação à morte. Desde o acidente do meu irmão, eu estivera terrivelmente preocupado com o fato da mortalidade. Agora, o sintoma havia, de algum modo, perdido sua premissa. Por conta própria, meu medo foi embora. Eu estava livre para viver.



Em 1988, quase uma década após sua publicação, li a biografia crítica de Frank Sulloway, *Freud: Biologist of the Mind*.[10] (Li muitos livros sobre Freud após o seminário de de la Porte.) Em uma nota de rodapé, Sulloway afirmou que a razão pela qual tão poucas pessoas apreciaram a importância do trabalho neurocientífico de Freud residia no fato de seus escritos "pré-analíticos" nunca terem sido traduzidos para o inglês. Isso mudaria em

breve, dizia ele: uma edição em quatro volumes estava prestes a ser lançada sob a direção editorial de Erwin Stengel.

Presumindo que essa edição já estivesse disponível, encomendei-a por meio de uma livraria acadêmica local em Joanesburgo. Como ela não chegava, meu livreiro escreveu para a editora e ficou sabendo que a edição havia sido cancelada. O editor havia morrido durante o trabalho.

Isso foi frustrante, é claro, mas não perdi a esperança. Quando me mudei para Londres no ano seguinte, marquei um encontro com o editor. Ele me mostrou duas caixas contendo os rascunhos de Stengel. Fora impossível encontrar um editor substituto, ele lamentou, pois qualquer candidato viável deveria ser competente não apenas em alemão e psicanálise, mas também em neurociência. Eu já era duas dessas coisas: como nasci no distrito de Lüderitz, na Namíbia, uma antiga colônia alemã, eu era um neurocientista que falava alemão e estava prestes a me formar em psicanálise. Apertamos as mãos e, com isso, aceitei minha promoção: de um possível comprador de *The Complete Neuroscientific Works of Sigmund Freud* (*As obras neurocientíficas completas de Sigmund Freud*, em tradução livre) para seu editor e tradutor.

Logo ficou evidente que as traduções de Stengel eram de má qualidade e que ele havia negligenciado um grande número de trabalhos neurocientíficos de Freud: mais de 200 omissões, publicadas entre 1877 e 1900. Reuni todas as obras originais e comecei a traduzi-las do zero. Sulloway estava certo sobre uma coisa: *é difícil apreciar os fundamentos científicos das teorias de Freud sem ler esses trabalhos*. Para ilustrar esse ponto, vou traçar apenas uma das linhas.

No final da década de 1870 e início da década de 1880, Freud estava trabalhando com tecnologia de ponta em imagens neurais: microscópios potentes. (Seu melhor instrumento era um “Hartnack № 10”, um dispositivo altamente conceituado, com lente de imersão em água e distância focal de 1/16 de polegada.) Em um artigo de 1882 sobre a estrutura das células nervosas no lagostim, publicado quase uma década antes da descoberta do neurônio, Freud colocou em dúvida a teoria predominante de que as fibras nervosas simplesmente “atravessam” as células nervosas.[11] A relação estrutural entre fibras e células nervosas, que hoje entendemos formar uma única unidade chamada neurônio, ainda era completamente desconhecida. No entanto, em um manuscrito que começou a escrever três anos depois — um livro-texto sobre neuroanatomia que ele nunca publicou[III] —, Freud

observou que “devemos considerar que a interrupção de uma via nervosa [as fibras] pela substância cinzenta [as células] tem consequências para o que ela conduz”.[12] Ele decidiu que deveriam ser as junções cinzentas que determinavam o padrão de conectividade no sistema nervoso, e não as fibras brancas que aparentemente passavam por elas.

Com base nesse *insight*, alguns anos mais tarde, Freud se voltou contra a visão autoritária de seu professor, o neuroanatomista e psiquiatra Theodor Meynert, segundo a qual os estímulos são “projetados” diretamente dos órgãos dos sentidos para a substância cinzenta do córtex por meio da substância branca dos nervos. A visão alternativa de Freud era a de que os estímulos sensoriais são representados indireta e repetidamente dentro do cérebro, em vez de serem simplesmente projetados em seu córtex. Aqui, a ideia que ele contestou pode parecer um tanto intrigante por si só. Isso ocorre, em parte, pelo fato de que, em uma era digital, é preciso um esforço para recuperar a ingenuidade de um modelo analógico. Pense em como os padrões de luz passam pelas lentes de um microscópio. Você também pode pensar em como as ondas sonoras fazem vibrar uma agulha que grava um sulco em um disco; esse sulco, por sua vez, faz vibrar outra agulha, que reproduz uma onda sonora com forma aproximadamente igual à original. O meio de transmissão pode inverter, girar, expandir ou comprimir a impressão inicial, mas o padrão básico tende a sobreviver a essas distorções meramente “topológicas”. Do mesmo modo, se as fibras nervosas conduzem impressões mais ou menos inalteradas do olho (ou de qualquer outro órgão dos sentidos) para o cérebro, então por que supor que as imagens formadas em nossa consciência poderiam ser algo diferente das gravações analógicas topologicamente fiéis do mundo, externo conforme ele se apresenta aos nossos sentidos?

No entanto, observou Freud, as vias sensoriais eram repetidamente interrompidas por aglomerados de substância cinzenta. Certamente, argumentou ele, essas interrupções devem alterar a natureza das informações que emergem do outro lado. E assim:

> A primeira tarefa da anatomia cerebral é distinguir os feixes [de fibras] que saem das substâncias cinzentas individuais e descobrir seu curso e destino. A continuação de um feixe, no sentido fisiológico, pode ser qualquer outro feixe que saia da mesma substância cinzenta. Qualquer feixe pode, portanto, ter um grande número de “continuações” que subsequentemente conduzem os impulsos que emanam dele.[13]

O que Freud estava dizendo aqui, em 1888, era que a estrutura real do sistema nervoso tornava irracional supor uma rota direta dos órgãos dos sentidos para o córtex e, assim, inferir a projeção literal de imagens de A para B. Em vez disso, argumentou ele, as imagens pareciam se fragmentar em vários pedaços, e esses derivados *representam e re-representam* os originais em regiões cerebrais amplamente dispersas, em vez de projetá-los no córtex.

Três anos depois, em seu livro (1891) sobre os mecanismos cerebrais da linguagem, Freud fez a mesma observação. Agora, porém, ele mudou de termos anatômicos para funcionais: "Não podemos deixar de supor que o significado *funcional* de uma fibra a caminho do córtex cerebral tenha mudado cada vez que ela emerge novamente de uma massa cinzenta".[14] Ele continuou, em uma passagem tão inspirada que às vezes me pego procurando-a novamente, só para confirmar que é real:

> Sabemos apenas que as fibras que chegam ao córtex cerebral após sua progressão através de outros tecidos cinzentos ainda mantêm alguma relação com a periferia do corpo, mas não podem mais fornecer uma imagem que se assemelhe topologicamente [ou seja, que literalmente a "projete"]. Elas contêm a periferia do corpo da mesma forma que — para tomar emprestado um exemplo do assunto com o qual estamos preocupados aqui [ou seja, a linguagem] — um poema contém o alfabeto, em um rearranjo completo, servindo a diferentes propósitos, com múltiplas ligações entre os elementos topológicos individuais, de modo que alguns deles podem ser reproduzidos várias vezes, e outros não. Se fosse possível rastrear detalhadamente esse rearranjo que ocorre desde o nível da projeção espinal até o córtex cerebral, provavelmente descobriríamos que o princípio governante é puramente funcional e que as relações topográficas são mantidas apenas na medida em que se encaixam nas exigências da função. Como não há indicação de que esse rearranjo seja revertido no córtex cerebral para produzir uma projeção topograficamente completa, podemos supor que, em geral, a periferia do corpo *não* está *mais contida topologicamente* nas partes superiores do cérebro, incluindo o córtex, *mas apenas funcionalmente*.[15]

Creio ser justo dizer que isso representa o momento exato em que a psicanálise nasceu. Ao observar a ramificação das vias neurais que ligam os órgãos dos sentidos ao cérebro, Freud inferiu que nossas impressões do mundo devem ser retalhadas e reorganizadas de todas as maneiras antes de formarem nossa experiência consciente. O que acontece durante essa jornada labiríntica entre a periferia e o centro, entre os terminais nervosos em um membro e a ideia do membro, entre o corpo e a mente? Que poemas nossos cérebros estariam compondo a partir do alfabeto de sensações brutas e de acordo com quais regras misteriosas de transformação?

Na época em que Freud escreveu essa passagem, não existia uma única tecnologia para estudar a dinâmica do cérebro vivo. (O EEG foi introduzido no final de sua vida, mas sua aplicação foi interrompida pela Segunda Guerra Mundial.) Freud nunca duvidou de que o cérebro era o local onde nosso fluxo sensorial se transformava em experiência consciente. Em todos os seus trabalhos que sobreviveram, publicados e não publicados, e em todos os relatos que seus contemporâneos fizeram sobre suas opiniões declaradas, nunca houve qualquer indício de dualismo metafísico — de coisas da mente sem corpo. Ele era um cientista, sempre o biólogo da mente. No entanto, os enigmas que seu estudo da paralisia histérica o levou a investigar pareciam implicar um nível de organização em nosso aparato mental que nenhum método fisiológico era adequado para explorar. Estava claro que problemas poderiam surgir sem qualquer dano aos tecidos do cérebro. Que metáfora poderia ser usada para visualizá-los? (Podemos pensar em um vírus em um computador. Freud mal conhecia o trânsito em uma cidade.)

Depois de rejeitar as especulações ingênuas de Meynert sobre as imagens sensoriais sendo depositadas nas células corticais, Freud mudou sua lealdade para uma corrente rival na neurologia. A escola francesa, liderada por Jean-Martin Charcot, priorizava a observação clínica em detrimento da especulação fisiológica, mas até mesmo Charcot via sua abordagem apenas como uma estratégia provisória. Ele afirmava que era apenas uma questão de tempo até que os avanços técnicos em neuropatologia nos permitissem visualizar “lesões dinâmicas” no cérebro que produziam paralisias histéricas e afins.

Freud tinha uma ideia diferente — e, devo dizer, melhor.

No artigo revolucionário (1893) em que ele afirmou pela primeira vez que essas deficiências aparentemente físicas deviam ser causadas por “lesões de ideias”, ele colocou a questão em termos dogmáticos. A previsão de Charcot de que algum dia seria possível visualizar as “lesões dinâmicas” responsáveis por esses transtornos, argumentou Freud, ainda implicava que essas lesões eram, de alguma maneira, localizáveis. Por trás da noção de lesões dinâmicas, portanto, escreveu ele, “está oculta a ideia de uma lesão [fisiológica], como edema ou anemia”:

> Eu, pelo contrário, afirmo que a lesão nas paralisias histéricas deve ser completamente independente da anatomia do sistema nervoso, já que, em suas paralisias e outras manifestações,

a histeria se comporta como se a anatomia não existisse ou como se não tivesse conhecimento dela.[16]

De uma maneira ou de outra, o caminho fisiológico estava fechado. Como, então, um biólogo deveria proceder? Quando estudava as células nervosas dos lagostins e as medulas espinais das lampreias, Freud arregaçou as mangas e contou as fibras nervosas. Diante desse novo desafio, só havia uma coisa a fazer: começar pela outra extremidade do microscópio. Assim como Charcot, ele priorizaria a observação clínica. No entanto, em vez de esperar por avanços na fisiologia, ele passaria imediatamente para a psicologia. Ele poderia estudar diretamente as ideias lesionadas de seus pacientes e inferir, a partir desses produtos finais do labirinto funcional, as regras de transformação que estavam por trás deles. Com base nisso, desenvolveria teorias sobre o mecanismo subjacente.

Freud queria saber o que o aparato da mente estava escondendo quando se apresentava conscientemente. O que ele fazia quando ninguém estava olhando? Como seu funcionamento poderia se expor em momentos de mau funcionamento? Para isso, ele explorou em profundidade não apenas os sintomas e sinais da histeria e de outros transtornos mentais (fobias, obsessões e assim por diante), mas também o que poderia ser denominado disfunções “normais”: atos falhos, esquecimento momentâneo de nomes e erros de lógica que tornam as piadas engraçadas. Não bastava apenas coletar, descrever e classificar espécimes de tais fenômenos. A abordagem de Freud era muito parecida com a de Luria para a análise de síndromes neuropsicológicas. Seu objetivo era identificar os *fatores subjacentes* que explicavam toda a complexidade das aparências. Freud acreditava que essas causas ocultas, porém inferidas — não importava quanto tempo levasse para identificá-las e descrevê-las adequadamente — acabariam por revelar os componentes elementares dos sistemas que produzem síndromes psicopatológicas. Isso, por sua vez, revelaria nada menos que as leis que governam a vida mental em seu aspecto subjetivo.

Aqui surgia um novo horizonte para a ciência. Vários nomes foram testados para ele: Metapsicologia (porque sondava o que estava “além” da consciência); Psicologia de profundidade (porque investigava o que estava “abaixo” dela); Psicanálise, segundo o modelo da análise química — uma separação, um afrouxamento (*lise*) (*ana*) dos componentes elementares da mente.

E qual é o melhor lugar para testemunhar o desmoronamento de nossos processos de pensamento?

> Há um produto psíquico que pode ser encontrado nas pessoas mais normais que, no entanto, apresenta uma analogia muito marcante com as produções mais selvagens da insanidade, e que não era mais inteligível para os filósofos do que a própria insanidade. Refiro-me aos sonhos. A psicanálise baseia-se na análise dos sonhos; a interpretação dos sonhos é o trabalho mais completo que a jovem ciência realizou até o momento.[17]

Essa era, em linhas gerais, a lógica da loucura de Freud. Sobre esses alicerces, ele construiu um edifício teórico que cativou o mundo e dominou as ciências mentais, sem contestação séria, por meio século. Sobre esses alicerces, ao longo dos últimos 130 anos, centenas de milhares de pessoas se deitaram em dezenas de milhares de divãs, produzindo bilhões de associações livres, concedendo acesso irrestrito aos seus pensamentos e sentimentos mais íntimos, em busca da verdade sobre si mesmas, na crença de que isso poderia aliviá-las do sofrimento. Esperava-se que esse vasto exercício trouxesse para a humanidade uma compreensão científica da parte da natureza que Freud chamou de “realidade psíquica”. Um desejo atendido tão fácil e improvavelmente quanto os sonhos inocentes de Paulina Z.

Um dos psicanalistas de segunda geração que conheci em sua velhice (um refugiado da grande Alemanha de Hitler) contou-me uma piada maravilhosa de Weimar: *Sogar die Zukunft war früher besser* — “Antigamente, até o futuro era melhor”. Quem poderia ter previsto o que aconteceria com a psicanálise de Freud?



Ao longo da história da humanidade, a mente (ou alma) foi o objeto da preservação de sacerdotes, clérigos, moralistas, filósofos, curandeiros e afins, pessoas que — apesar de suas diversas perspectivas — sempre se pronunciaram sobre como *deveríamos* e *não deveríamos* ser, sentir e pensar, que nos exortaram a algum *status* elevado, acima dos animais e do restante da natureza. Assim, quando Freud proclamou que a mente humana é apenas mais uma parte da natureza e a submeteu ao mesmo escrutínio frio e científico aplicado a pássaros, árvores, vulcões, cometas e ao fígado, ele cometeu um ultraje: um tapa na cara dos piedosos.

Freud afirmava que aqueles que julgam não querem compreender. Será que as múltiplas acusações e fantasias absurdas sobre ele que proliferaram

durante o século XX foram evocadas por sua tentativa de substituir o julgamento moral pela compreensão científica? Se ele não condenava ativamente o lado animalesco, antiético, blasfemo e imoral de nossa natureza, então ele *era* tudo isso.

Apesar de seus melhores esforços, poucas atividades são mais humanas do que a ciência. Sempre aquém do conhecimento certo, seus produtos nunca são mais comprovadamente científicos do que quando são derrubados. Há muito tempo, nós, cientistas sérios, temos certeza de que os esforços de Freud foram em vão ou, pior ainda, vangloriosos:

> Se um homem sacrificou sua vida para salvar uma criança que estava se afogando (um caso de sublimação) ou se ele assassinou a criança por afogamento (um caso de repressão) não poderia ser previsto ou excluído pela teoria de Freud.[18]

Por outro lado, como observou um de seus pais intelectuais menos reconhecidos, a madeira da humanidade não é bem adequada para a construção de coisas retas — e menos ainda para caminhos rumo à verdade.[19] Como descobriremos, a jornada, nesse caso, foi particularmente sinuosa. Portanto, vamos seguir em frente.

CAPÍTULO 3

O aparelho mental

> PACIENTE: Meus pais não dão a mínima para mim. Eles não demonstram interesse em nada do que faço. Nenhum.
> ANALISTA: Mas eles foram à sua peça na escola ontem à noite.
> PACIENTE: Isso foi só porque eles não estavam nem aí para não ir.
>
> *— Dos arquivos clínicos do autor*

É REALMENTE IMPRESSIONANTE COMO alguns observadores estão empenhados em negar que Freud tenha feito neurociência. "Na realidade", escreveu Matthew Cobb em sua história panorâmica da neurociência, *Uma história do cérebro* (2020): "Freud não tinha nada de novo ou perspicaz a dizer sobre o funcionamento do cérebro".

Em sua maior parte, o livro de Cobb é muito bom, mas isso é claramente injusto. Mesmo antes de se voltar para a psicanálise, Freud disse muitas coisas influentes sobre o funcionamento do cérebro, e algumas absolutamente prescientes. Um capítulo inteiro do livro *Foundations of the Neuron Doctrine* (*Fundamentos da doutrina do neurônio*, em tradução livre) (1991), de Shepherd, é dedicado às suas contribuições para a descoberta dessa unidade básica do tecido nervoso. (O passo final foi dado por Santiago Ramón y Cajal, que utilizou um corante melhor que o de Freud e, portanto, visualizou a estrutura com mais clareza.) Freud viu, com seu microscópio Hartnack nº 10, que os dendritos terminam no corpo celular, em vez de "passarem" por ele, e que os axônios também surgem do citoesqueleto da célula do outro lado, descobrindo, assim, que a fibra e a célula formam uma única unidade.[1]

Além disso, ele esboçou o papel da ponderação sináptica no registro de memórias, dois anos antes de Sir Charles Sherrington ter cunhado o termo "sinapses" para as junções entre os neurônios e muito menos ter articulado seu papel fundamental na formação da memória. (Freud as chamava de "barreiras de contato": mais longas, porém mais claras.)[2] O neurocirurgião e neuropsicólogo Karl Pribram também reconheceu que Freud postulou que

“os neurônios que estão juntos se conectam” mais de 50 anos antes de Donald Hebb dizer essencialmente a mesma coisa.[3] Portanto, a Lei de Hebb é, na verdade, a Lei de Freud. E se combinarmos essas duas percepções, de repente temos os fundamentos básicos da neurofisiologia da memória.

Uma história semelhante poderia ser contada sobre os “neurônios-espelho”, que Giacomo Rizzolatti e Vittorio Gallese descobriram em 1992, mas cujas funções Freud delineou em detalhes quase 100 anos antes.[4] Gallese escreve que “as noções [freudianas] de identificação projetiva e a dinâmica interpessoal relacionada à transferência e à contratransferência podem ser vistas como instanciações dos mecanismos implícitos e pré-linguísticos dos mecanismos de espelhamento orientados pela simulação incorporada.”[5] Esse comentário mostra que as primeiras percepções de Freud sobre o cérebro deixaram uma profunda impressão não apenas na neurociência subsequente, mas também em seus próprios conceitos básicos na psicanálise.

Essa é uma breve sinopse das principais contribuições de Freud para a neuroanatomia e a neurofisiologia. Eu poderia fornecer uma lista semelhante de suas realizações em neurologia clínica, e já indiquei que ele fez contribuições fundamentais para a neuropsicologia, embora, ao atribuir suas contribuições principalmente a Luria, talvez eu não tenha sido suficientemente explícito sobre isso. Portanto, permita-me esclarecer: a teoria de Luria sobre “localização dinâmica” baseou-se diretamente na crítica muito anterior de Freud ao localizacionismo ao estilo de Broca em seu *Conceptualizing the Aphasias* (*Sobre a concepção das afasias*, em tradução livre) (1891).[1]

Portanto, ao contrário da afirmação de Cobb, as contribuições de Freud para a neurociência, a neurologia e a neuropsicologia foram tanto inovadoras quanto perspicazes. No entanto, tudo isso ocorreu justamente quando ele estava fazendo ciência cerebral de maneira explícita e direta. A verdadeira escala de sua influência somente pode ser apreciada quando se compreende seu pensamento posterior. Freud teve uma enorme influência — embora oculta e por vezes negada — em nossa ciência contemporânea do cérebro e ainda nos ensina muitas coisas importantes sobre ele.

Neste capítulo, pretendo fazer um balanço da contribuição que *a psicanálise* deu e ainda pode dar à neurociência. Vou me concentrar no que Freud trouxe à luz sobre a organização funcional do cérebro como um todo, na medida em que ele foi capaz de inferir isso a partir da fenomenologia e

dos princípios organizadores de nossa vida mental subjetiva. Veremos como a neurociência moderna adotou essas ideias freudianas — muitas vezes chegando a elas de modo independente, usando métodos diferentes, o que constitui um tipo de validação. Em outras ocasiões, ela simplesmente seguiu os passos de Freud sem se dar conta disso. E, às vezes, esteve totalmente ciente de sua dívida, mas optou por ocultá-la.

Ao expor os principais aspectos em que a neuropsicologia chegou às conclusões freudianas, meu objetivo não é acertar contas. (Ou não principalmente isso, de qualquer modo.) Quando vemos como o que Freud chamou de "aparelho mental" se encaixa como um todo e percebemos como nossa concepção moderna da mente coincide com ele, podemos descobrir que outros aspectos de seu projeto também começam a fazer sentido novamente. As ideias psicanalíticas podem ter implicações extraordinárias, que nem sempre são facilmente aceitas. Exploraremos algumas dessas proposições desafiadoras em capítulos posteriores. Por ora, vamos preparar o terreno.

SUBJETIVIDADE

A primeira e maior contribuição de Freud para a neurociência foi o reconhecimento de que a ciência, até então, havia negligenciado o que é mental em sua imagem do mundo:

> A psicanálise tem um direito especial de falar em nome da *Weltanschauung* [visão de mundo] científica, uma vez que não pode ser censurada por ter negligenciado o que é mental em sua visão de mundo. Sua contribuição para a ciência reside precisamente no fato de ter estendido a pesquisa ao campo mental. E, diga-se de passagem, sem essa psicologia, a ciência seria muito incompleta.[6]

Por "mental", Freud não quis dizer "comportamental" ou "cognitivo". Ele quis dizer "subjetivo". A ciência sempre buscou ativamente excluir o que é subjetivo de sua visão do universo. É por isso que o behaviorismo declarou os fenômenos subjetivos como *data non grata* e, assim, excluiu a psique da psicologia. Pelo mesmo motivo, Popper exigiu que as teorias científicas gerassem previsões que pudessem ser falseadas objetivamente. Tudo isso é muito bom, é claro, exceto quando se trata de entender como e por que a própria subjetividade ocorre. Sem examinar as características peculiares da experiência, incluindo-as em nossa imagem do mundo, nunca

entenderemos adequadamente o cérebro ou o mundo. Nesse sentido, Oliver Sacks foi levado a escrever:

> A neuropsicologia, assim como a neurologia clássica, pretende ser totalmente objetiva, e seu grande poder e seus avanços vêm exatamente disso. Mas uma criatura viva, e especialmente um ser humano, é, antes de tudo, ativa — um sujeito, não um objeto. É precisamente o sujeito, o "eu" vivo, que está sendo excluído. A neuropsicologia é admirável, mas ela exclui a psique — exclui o "eu" vivo, ativo e experiencial.[7]

O filósofo David Chalmers afirmou, com base em premissas semelhantes, que a neuropsicologia — ou neurociência cognitiva, como também passou a ser conhecida[II] — aborda apenas o "problema fácil" que é identificar os mecanismos que explicam as funções cognitivas. Em outras palavras, trata o cérebro como qualquer outro objeto. E, no entanto, ressalta Chalmers, podemos imaginar uma máquina que, embora desprovida de experiência, desempenha todas as mesmas funções objetivas que o cérebro. Então, como surge a própria experiência? Esse é o problema difícil.

> O que torna o problema difícil e quase único é que ele vai *além dos* problemas sobre o desempenho das funções. Para ver isso, observe que, mesmo quando explicamos o desempenho de todas as funções cognitivas e comportamentais nas proximidades da experiência [...], ainda pode haver uma outra pergunta sem resposta: *por que o desempenho dessas funções é acompanhado pela experiência?* Uma explicação simples das funções deixa essa questão em aberto [...] Por que todo esse processamento de informações não ocorre "no escuro", livre de qualquer sensação interna?[8]

Esse abismo na neurociência cognitiva entre o mecanismo e a experiência — o que Chalmers e outros chamam de "lacuna explicativa" — levou à conclusão assustadora de que precisamos acrescentar uma nova propriedade básica à nossa concepção física do universo. Em outras palavras, devemos acrescentar entidades mentais não físicas a ela. Isso significa retroceder ao dualismo de Descartes, que propôs que a realidade em si era dividida em uma *res extensa* objetiva e física e uma *res cogitans* subjetiva e psíquica. No entanto, se a mente não é, estritamente falando, parte do mundo, então por que parece tanto que ela está no mundo, agindo e respondendo a ele? Os dualistas podem estar gesticulando do outro lado, mas a lacuna não foi a lugar nenhum.

Diferentemente da neurociência cognitiva, a psicanálise parte do fato de que existe uma experiência de como é ser um cérebro — ou seja, há uma vivência subjetiva associada ao funcionamento do cérebro:

> O ponto de partida para essa investigação é fornecido por um fato sem paralelo, que desafia qualquer explicação ou descrição — o fato da consciência. No entanto, se alguém fala de consciência, sabemos imediatamente e por nossa experiência mais pessoal o que se quer dizer com isso.[9]

A psicanálise, portanto, toma como seu objeto de estudo exatamente aquilo que Sacks lamentou estar sendo excluído da neuropsicologia: o "eu" experiencial, ativo e vivo.

A ruptura entre a pesquisa psicanalítica de Freud e seu trabalho anterior como neurocientista e neurologista ocorreu exatamente aqui. O que não é suficientemente apreciado é sua justificativa para isso: era necessário, disse ele, não por qualquer preferência pessoal, mas pela natureza do assunto. A menos que ajustemos nossos métodos de pesquisa para acomodar a experiência subjetiva, nunca entenderemos como o cérebro funciona.

Vimos o que aconteceu com nossa compreensão do mecanismo causal do sonho quando excluímos o lado subjetivo da equação. Atualmente, os neurocientistas estão muito mais dispostos a incluir dados subjetivos. No entanto, é importante distinguir a inversão do microscópio de Freud da mera "introspecção", no sentido limitado em que era usada no século XIX.[10] O objetivo de Freud era coletar amostras extensas de *experiências vividas* não editadas, obtidas em um ambiente controlado. Isso exigia um compromisso pessoal substancial por parte dos sujeitos de sua pesquisa, para o qual a precondição era um relacionamento de confiança com ele. O compromisso também era muito facilitado pelo sofrimento clínico: pela *necessidade* de compreender a si mesmos.

Com base nisso, eu e um pequeno número de colegas de trabalho temos aplicado, desde a década de 1990, o método de pesquisa de Freud em ambientes neurocientíficos clínicos: observando sistematicamente os efeitos, sobre a experiência vivida, de danos localizados em diferentes partes do cérebro em pacientes neurológicos (e os efeitos de manipulações de diferentes substâncias químicas cerebrais em pacientes psiquiátricos e em controles saudáveis). Em outras palavras, estendemos o método de Freud e Luria para estudar a estrutura da personalidade, identificando as funções de seus componentes por meio da "localização dinâmica", assim como Luria fez com a linguagem, a memória, a atenção e coisas do gênero. Não há mais nenhuma boa razão para excluir esses capítulos de nossos livros didáticos de neuropsicologia.

A pesquisa mencionada forneceu novos *insights* sobre os mecanismos funcionais de alguns transtornos neuropsicológicos, como a síndrome de Korsakoff e a anosognosia,[11] e de alguns transtornos psiquiátricos, como a depressão maior.[12] Isso não deveria ser surpreendente. Como é perceber, a cada minuto, que você não tem a menor ideia do que aconteceu com você nos últimos dias, porque está sofrendo de amnésia grave e continuará sofrendo disso pelo resto da vida? Certamente, o *sentimento* dessa condição — e tudo o que esse sentimento o impele a fazer — revelará algo sobre a natureza do transtorno, sem mencionar a função da lembrança.

A visão de Freud era de que a subjetividade é apenas mais uma parte da natureza. Ele forneceu uma bela descrição de sua abordagem, que eu gostaria de citar em detalhes:

> Em nossa ciência, assim como em outras, o problema é o mesmo: por trás dos atributos (qualidades) do objeto sob exame que são apresentados diretamente à nossa percepção, temos de descobrir algo mais que seja mais independente da capacidade receptiva específica de nossos órgãos dos sentidos e que se aproxime mais do que se pode supor ser o estado real das coisas. Não temos esperança de conseguir chegar a esse último, pois é evidente que tudo o que inferimos de novo deve, no entanto, ser traduzido de volta para a linguagem das percepções, da qual é simplesmente impossível nos libertarmos. Mas nisso reside a própria natureza e limitação de nossa ciência. É como se disséssemos em física: "Se pudéssemos ver com clareza suficiente, descobriríamos que o que parece ser um corpo sólido é composto de partículas de tal e tal forma e ocupa tais e tais posições relativas". Enquanto isso, tentamos aumentar a eficiência de nossos órgãos dos sentidos o máximo possível por meio de auxílios artificiais, mas é de se esperar que todos esses esforços não afetem o resultado final. A realidade sempre permanecerá "incognoscível" [...] Nosso procedimento na psicanálise é bastante semelhante. Descobrimos métodos técnicos para preencher as lacunas nos fenômenos de nossa consciência e usamos esses métodos como um físico faz uso de experimentos. Dessa maneira, inferimos uma série de processos que são em si mesmos "desconhecidos" e os interpolamos naqueles que são conscientes para nós. E se, por exemplo, dissermos: "Nesse ponto, uma memória inconsciente interveio", o que isso significa é: "Nesse ponto, ocorreu algo sobre o que somos totalmente incapazes de formar uma concepção, mas que, se tivesse entrado em nossa consciência, só poderia ter sido descrito de tal e tal maneira". Nossa justificativa para fazer tais inferências e interpolações e o grau de certeza associado a elas, é claro, permanecem abertos a críticas em cada caso individual; e não se pode negar que, muitas vezes, é extremamente difícil chegar a uma decisão — um fato que se expressa na falta de concordância entre os analistas. A novidade do problema é a culpada por isso — ou seja, a falta de treinamento [...] Mas essas fontes de erro, decorrentes da equação pessoal, não têm grande importância no longo prazo. Se consultarmos os livros didáticos antigos sobre o uso do microscópio, ficaremos surpresos ao encontrar as exigências extraordinárias que eram feitas à personalidade daqueles que faziam observações com o instrumento enquanto sua técnica ainda era jovem — de tudo isso não há dúvida hoje.[13]

Freud não mencionou aqui seu próprio papel nos primeiros esforços da ciência para discernir a estrutura básica do neurônio usando o microscópio, por isso citarei Shepherd:

> O julgamento equilibrado de Kölliker, a fixidez conceitual de Golgi, a intensidade experimental e intelectual fervilhante de Cajal, as energias juvenis de Nansen, as ofertas estudiosas de Freud — é impossível não se impressionar com essas qualidades pessoais ao estudar o trabalho deles.[14]

FUNCIONALISMO

A resposta de Freud à alegação de que há uma lacuna intransponível entre o cérebro e a experiência subjetiva foi que "o cérebro" e a "experiência subjetiva" são apenas duas perspectivas diferentes de uma mesma e única coisa. O cérebro que vemos (em uma tomografia, por exemplo) é a nossa experiência perceptual de nós mesmos pelo lado de fora, como um objeto. O cérebro que sentimos ser (com os olhos fechados, por exemplo) é a nossa experiência perceptiva de nós mesmos a partir de dentro, como um sujeito. O que reside entre essas duas classes de fenômenos observáveis são os mecanismos que os causam e explicam. Isso, na visão de Freud, é o objeto de estudo unificador da neurociência cognitiva e da psicanálise:

> Conhecemos dois tipos de coisas sobre o que chamamos de nossa psique (ou vida mental): primeiro, seu órgão corporal e cenário de ação, o cérebro (ou sistema nervoso), e, por outro lado, nossos atos de consciência, que são dados imediatos e não podem ser explicados por qualquer tipo de descrição. Tudo o que está no meio é desconhecido para nós [...] Nossas duas hipóteses começam a partir desses fins ou inícios de nosso conhecimento. A primeira diz respeito à localização. Supomos que a vida mental é a função de um aparelho ao qual atribuímos as características de ser estendido no espaço e de ser composto de várias partes — que imaginamos, isto é, como semelhante a um telescópio, um microscópio ou algo do gênero. Apesar de algumas tentativas anteriores na mesma direção, a elaboração consistente de uma concepção como essa é uma novidade científica.[15]

Apesar da afirmação de Cobb, a "novidade científica" que Freud introduziu aqui (em 1900) é a abordagem padrão na neurociência cognitiva atual. Ela é chamada de *funcionalismo*.[III] Freud a chamou de "dissecar a função". E acrescentou: "Até onde sei, até agora não foi realizado o experimento de usar esse método de dissecação para investigar a maneira como o instrumento mental é montado, e não vejo mal algum nisso [...] desde que mantenhamos a frieza de nosso julgamento e não confundamos o andaime com o edifício".[16]

A ideia básica era a seguinte: o que define e explica a mente é o que o cérebro *faz*, não o material que ele usa para fazê-lo.[IV] Inferimos suas

funções subjacentes a partir dos dados de percepção (sejam eles objetivos ou subjetivos). Assim, falamos de entidades abstratas como “sistemas de memória”, que inferimos da fenomenologia material dos traços neurais *e* da fenomenologia psíquica das reminiscências sentidas. Atualmente, descrevemos o funcionamento subjacente dos próprios sistemas de memória em termos de processamento de informações. As informações são físicas, no sentido da física, mas não podemos vê-las com nossos olhos; nós as inferimos a partir de seus efeitos fisiológicos e psicológicos.

O funcionalismo, como filosofia da mente, é geralmente atribuído não a Freud (1900), mas a Hilary Putnam, e datado da década de 1960. Há motivos filosóficos para rejeitá-lo, como de fato há para qualquer parte da ciência e para sua totalidade. Ele tem algumas implicações preocupantes, que discutiremos mais adiante. Seja como for, o conjunto de sistemas funcionais abstraídos que Freud chamou de “aparelho mental” é simplesmente o objeto final de estudo de psicanalistas *e* de neurocientistas cognitivos; e a própria abordagem funcionalista foi uma inovação conceitual de Freud.

O funcionalismo não é apenas uma posição ontológica (do que é feita a mente?). É também uma estratégia epistemológica (como podemos entendê-la?). Se o cérebro é, de fato, a coisa mais complicada do universo conhecido, cujas conexões sinápticas superam o número de estrelas no céu e assim por diante, o que seria necessário para compreender tal coisa?

A abordagem funcionalista consiste em sair das minúcias do que ocorre no nível de cada neurônio (ou de cada associação livre) e tentar abstrair os princípios gerais que regem os padrões globais. Se fizermos isso a partir de ambas as extremidades do microscópio, podemos razoavelmente esperar que nossas inferências se encontrem em algum lugar no meio. Isso é o que Freud esperava que alcançássemos quando cunhou o termo “metapsicologia”: ele queria “transformar a metafísica em metapsicologia”.[17] Em outras palavras, ele queria substituir a especulação filosófica sobre a relação mente/corpo por uma estratégia científica que preenchesse a lacuna entre suas duas manifestações fenomenológicas. Ele pediu que não julgássemos com demasiada severidade suas descrições iniciais do que está entre elas, formuladas em termos provisórios e paliativos, como “sistemas de memória” e “pulsões”:

> Isso se deve meramente ao fato de sermos obrigados a operar com termos científicos, ou seja, com a linguagem figurativa, peculiar à psicologia (ou, mais precisamente, à psicologia

> profunda). De outra forma, não poderíamos descrever os processos em questão e, de fato, não poderíamos nem mesmo tomar consciência deles. As deficiências em nossa descrição provavelmente desapareceriam se já estivéssemos em condições de substituir os termos psicológicos por termos fisiológicos e químicos.[18]

A última frase é crucial. *Deve* ser possível descrever coisas como "sistemas de memória" e "pulsões" tanto psicológica quanto fisiologicamente; mas, na época de Freud, não tínhamos os recursos técnicos para lidar com o lado fisiológico da equação.

O INCONSCIENTE

Assim como Darwin em relação à multiplicidade de espécies biológicas, Freud não se contentou em apenas descrever e classificar os fenômenos mentais; ele buscou explicá-los. Mas ele se deparou com um enigma. O mundo mental que podemos acessar do ponto de vista subjetivo está repleto de elos perdidos: estranhos saltos e elisões que se movem entre tópicos e julgamentos como se fossem cadeias de premissas ocultas. Em um segundo, você está se perguntando o que vai comer no almoço e, no outro, está pesquisando no Google "roedores intolerantes ao glúten". Que infraestrutura oculta maravilhosa é essa que o transporta de A a B com tanta velocidade?

Quando Freud estava desenvolvendo suas explicações, acreditava-se que o pensamento consciente era o único pensamento existente, por definição.[V] Assim, por exemplo, Franz Brentano, professor de filosofia da Universidade de Viena quando Freud era estudante lá, escreveu: "A pergunta 'Existe consciência inconsciente?'[VI] deve ser respondida com um firme 'Não'".[19]

Algo tinha de ceder. Ou seu pensamento consciente é completo, mas sem sentido, ou alguns de seus pensamentos devem ser inconscientes. Freud não podia aceitar a primeira conclusão, então deu o passo inevitável:

> Os processos conscientes não formam sequências ininterruptas que são completas em si mesmas; assim, não restaria outra alternativa senão supor que há processos físicos ou somáticos concomitantes aos psíquicos e que necessariamente teríamos de reconhecer como mais completos do que as sequências psíquicas, uma vez que alguns deles teriam processos conscientes paralelos a eles, mas outros não.
>
> Se assim for, é claro que se torna plausível enfatizar esses processos somáticos na psicologia, ver *neles* a verdadeira essência do que é psíquico e procurar alguma outra avaliação dos processos conscientes. A maioria dos filósofos, entretanto, bem como muitas outras pessoas,

> contesta isso e declara que a ideia de algo psíquico ser inconsciente é autocontraditória. Mas isso é precisamente o que a psicanálise é obrigada a afirmar [...] Ela explica os fenômenos concomitantes supostamente somáticos como o que é verdadeiramente psíquico.[20]

O raciocínio de Freud aqui foi sutil e, por isso, facilmente mal compreendido. Ele queria saber por que, se o cérebro e a mente são duas perspectivas de observação de uma mesma coisa, nossa percepção externa dessa coisa parece ser mais completa do que nossa percepção interna dela. Sua resposta foi: a perspectiva interna deve incluir tanto partes conscientes quanto inconscientes; deve haver pensamentos, memórias, crenças e assim por diante, conscientes *e inconscientes*.

Ao contrário do funcionalismo, que poderia ser descrito como uma estrutura conceitual frutífera, a inferência de Freud de que existem processos mentais inconscientes foi uma *descoberta* genuína, embora a ciência cognitiva tenha levado oitenta anos para alcançá-la. É verdade que os neurocientistas cognitivos não adotaram simplesmente seus pontos de vista; eles redescobriram os processos mentais inconscientes de maneira independente, usando muitos métodos diferentes. No entanto, a neurociência claramente deve crédito a Freud nesse aspecto.

Além disso, não creio que a maioria dos neurocientistas cognitivos tenha apreciado totalmente as implicações do fato de que os processos psicológicos conscientes são causados por processos *psicológicos* inconscientes (que também podem ser vistos como processos fisiológicos). Como escreveu Freud, não há razão para supor que eles possam ser mais bem compreendidos a partir de uma perspectiva fisiológica, em vez de adaptarmos nossos modelos de pensamento às peculiaridades de como o pensamento se comporta quando não há ninguém por perto para observá-lo. Ele elaborou:

> É possível estabelecer as leis às quais eles [pensamentos conscientes e inconscientes] obedecem e seguir suas relações mútuas e interdependências ininterruptas por longos períodos — em suma, chegar ao que é chamado de “compreensão” do campo de fenômenos naturais em questão. Isso não pode ser feito sem a formulação de novas hipóteses e a criação de novos conceitos; mas estes não devem ser desprezados como evidência de constrangimento de nossa parte merecendo, pelo contrário, ser apreciados como um enriquecimento da ciência. Eles podem reivindicar o mesmo valor que as aproximações que pertencem aos andaimes intelectuais correspondentes encontrados em outras ciências naturais, e esperamos que sejam modificados, corrigidos e determinados com mais precisão à medida que mais experiência for acumulada e peneirada.[21]

E um dos mais importantes entre os novos conceitos (ou aproximações) que Freud introduziu foi o de pulsões.

PULSÕES

Apesar da concorrência impressionante, “libido” pode ser o termo mais mal compreendido no jargão psicanalítico clássico. O fato de ser comumente entendido como “apetite sexual” não pode ser colocado na conta do uso popular, pois, como veremos mais adiante, o próprio Freud era vago e indeciso sobre até que ponto todos os apetites são sexuais. No entanto, mesmo se usarmos o termo menos comprometido “energia pulsional”, este continua sendo um conceito enigmático.

Desde o momento em que fez a transição da ciência do cérebro para a psicanálise, Freud insistiu que as funções “superiores” estudadas pela psicologia e pela neuropsicologia só poderiam ter evoluído para atender às necessidades biológicas “inferiores” do organismo. O que quer que nós, seres humanos, sejamos, *o Homo sapiens* é uma espécie de animal. (Até mesmo essa afirmação trouxe notoriedade a Freud na época vitoriana.)

Então, quantas necessidades inatas o animal humano tem, de fato? Por mais estranho que pareça, Freud às vezes parecia pensar que a resposta era: *uma*. A única necessidade em questão era a busca do prazer (e a evitação do desprazer).[VII] Freud observou que somos motivados pelo prazer, por si só, independentemente de seu valor de sobrevivência. Assim, os bebês mamam no peito mesmo quando não estão com fome, simplesmente porque gostam; da mesma maneira, as pessoas comem chocolate porque é gostoso, não porque aumenta o suprimento de glicose. E, é claro, as pessoas frequentemente se envolvem em atos sexuais quando não estão tentando procriar — e alguns atos claramente sexuais não podem resultar em bebês. Por todas essas razões e outras mais, Freud debateu-se com a ideia de que a busca de qualquer prazer, por si só, deveria ser descrita como “sexual”.

No que diz respeito à escolha de uma categoria abrangente, essa parece particularmente questionável. Portanto, durante décadas, a noção de Freud de uma essência única e fungível que alimenta e explica a ação proposital — “a *mola mestra* do mecanismo psíquico”[22] — confundiu seus admiradores (tanto pesquisadores quanto clínicos) e ao mesmo tempo forneceu munição àqueles que o acusam de pseudociência ou algo pior.

No entanto, desde a década de 1990, a estranha conjectura de Freud tornou-se central para uma das áreas mais promissoras da neurociência teórica. De maneira surpreendente, a noção filosófica rabugenta de uma pulsão universal, interpretada de várias maneiras como libido, o "orgônio" de Wilhelm Reich, o *élan vital* de Henri Bergson, a pulsão hobbesiana de autopreservação, a vontade de viver de Schopenhauer, a vontade de poder de Nietzsche e assim por diante, agora tem uma expressão matemática precisa. Em sua nova forma, ela lança luz não apenas sobre o funcionamento da mente, mas também sobre as restrições termodinâmicas básicas que atuam em todas as entidades auto-organizadas e, portanto, sobre a origem da vida e da mente.[VIII]

Freud definiu uma versão psicológica do conceito, de forma bastante útil, da seguinte maneira:

> A "pulsão" aparece para nós como um [...] representante psíquico dos estímulos originados no interior do organismo e que chegam à mente, como *uma medida da demanda de trabalho feita à mente* em consequência de sua conexão com o corpo.[23]

O psicanalista e psiquiatra Mortimer Ostow foi o primeiro a apontar que isso tinha uma semelhança impressionante com o conceito de "energia livre", originalmente uma medida da eficiência termodinâmica dos motores a vapor. Em 1962, ele escreveu sobre a noção de Freud de que todo trabalho mental parecia buscar um único objetivo final:

> É razoável compará-lo ao comportamento da energia livre termodinâmica, que cria a impressão de um "esforço" inerente para se descarregar [...] Ao falar de "energia psíquica" e libido, Freud concebeu uma entidade *análoga* à energia livre termodinâmica, uma analogia que ele frequentemente estendia ao contraste entre "energia ligada" e "energia livre".[24]

Em minha experiência, as pessoas consideram que essa é uma noção extremamente estranha na primeira vez que a ouvem, mas, após brincar com ela por algum tempo, ela pode se tornar intuitiva. Tentarei ajudá-lo a acelerar esse processo, mas não se preocupe se, ao final desta seção, isso ainda parecer um absurdo: não é uma parte essencial do argumento deste livro.

Eis uma maneira de pensar a esse respeito. Uma máquina a vapor é uma estrutura física que queima combustível para ferver água, transformando-a em vapor. O vapor, então, flui sob pressão para o cilindro de um pistão ou passa por uma roda para acionar um mecanismo que realiza um trabalho útil. Por meio de refinamentos gradativos no projeto desse dispositivo, é

possível continuar aumentando a quantidade de trabalho obtida em troca de cada unidade de potência. É possível garantir que não haja vazamentos, que a roda gire livremente, que o canal ao longo do qual o vapor flui seja o mais curto e bem isolado possível, para que não dissipe calor, resfrie e perca pressão em sua jornada, e assim por diante. A eficiência perfeita é impossível, mas, como um ideal orientador, é muito claro o que a eficiência exige do projeto do motor a vapor: cada mecanismo deve "ligar" o máximo de energia possível a serviço dos resultados desejados. A energia ligada é boa; a energia livre é um problema.

Um corpo vivo também é uma estrutura física. Ele usa os dados que fluem por meio de seus sentidos para decidir o que, se for o caso, precisará mudar para permanecer vivo e saudável. Mudar é termodinamicamente caro: pequenas mudanças exigem esforço, e grandes mudanças exigem inúmeras mortes ao longo de eras de tempo evolutivo. O ideal, portanto, é que tudo possa permanecer mais ou menos como está. Isso significa que, idealmente, os dados que fluem pelos sentidos do corpo terão sido previstos com antecedência. Dados previstos fluem inofensivamente pelo sistema sem exigir alterações: são como a parte "ligada" da energia térmica que flui por um motor a vapor e que ajuda a acionar o pistão. Dados não previstos, por outro lado, são um problema: há *algo* lá fora que não esperávamos e, portanto, algo precisará mudar — mas o quê? É como a parte "livre" da energia térmica que o motor desperdiça ou que o desgasta, acelerando sua desintegração.

A eficiência preditiva perfeita é, obviamente, impossível. No entanto, como um ideal orientador, é muito claro o que ela exige, tanto para a evolução biológica quanto para o desenvolvimento individual: organismos que antecipem correta e frugalmente o máximo possível do que acontece com eles, a serviço da sobrevivência e da reprodução. A energia vinculada é boa: significa que as estruturas internas do organismo se adaptam às características relevantes de seu ambiente, permitindo-lhe evitar ameaças e aproveitar as oportunidades. A energia livre é um problema: os sentidos trazem notícias de que nem tudo é como esperado e, portanto, a aleatoriedade do exterior ameaça penetrar na ordem da cidadela. Como a ordem autossustentável é a essência de todo ser vivo, minimizar a energia livre por meio de melhorias contínuas na eficiência preditiva deve ser, de certa maneira, o objetivo principal da própria vida: é o que molda os

organismos em todos os níveis de organização, das organelas aos organismos.

Foi Karl Friston quem reconheceu que, embora a pulsão de existir em um cenário de entropia cósmica imponha, de fato, restrições termodinâmicas rígidas, a energia livre real em ação na mente não é termodinâmica, mas informacional. É uma medida do nível de incerteza do cérebro, tanto no sentido estatístico quanto no psicológico, à medida que ele tenta descobrir como atender às suas necessidades biológicas. Graças à invenção da teoria da informação por Claude Shannon na década de 1940, agora é possível quantificar a informação do mesmo modo que quantificamos a energia termodinâmica, e com uma matemática muito semelhante. Isso permitiu que Friston, por meio de seu Princípio da Energia Livre e da estrutura de "inferência ativa" intimamente relacionada à neurociência computacional, alcançasse o que Freud apenas sonhava: a representação de processos mentais como relações entre quantidades.[IX] Com essa peça do quebra-cabeça no lugar, seria difícil definir o papel da energia livre na mente melhor do que o próprio Freud: ela é precisamente "uma medida da demanda de trabalho feita à mente em consequência de sua conexão com o corpo".

Essa estrutura está sendo usada agora para resolver muitos enigmas de longa data na neurociência, na psicologia e na psiquiatria, desde a unidade de percepção e ação até as causas de "transtornos neurológicos funcionais" e de falsas crenças — e até mesmo a natureza da subjetividade, a solução do problema mente/corpo e a origem da vida. Friston observa explicitamente a equivalência de sua versão do conceito de energia livre e a "energia pulsional" de Freud, bem como suas raízes comuns na física e na fisiologia de Hermann von Helmholtz do século XIX.[25]

Ainda assim, embora Friston seja o neurocientista mais citado do mundo atualmente, sua estrutura não é hegemônica. Desse modo, talvez devêssemos considerar a noção de energia pulsional de Freud como uma de suas intuições mais promissoras, em vez de considerá-la uma que já tenha alcançado consenso universal nas ciências mentais.[X] Ainda há muito a ser disputado.

DESEJO

Isso nos leva à próxima das principais contribuições de Freud para a neurociência: sua percepção de que a cognição é, no fundo, desejo. Talvez você já tenha se deparado com a noção de que o cérebro é uma "máquina de previsão", popularizada por Anil Seth (2021a), Andy Clark (2015) e muitos outros. Na neurociência moderna, sabemos que, quando nossas necessidades biológicas nos pressionam, elas suscitam vários planos e sugestões sobre o que devemos fazer para reduzi-las (ou seja, para "ligar" a energia livre e nos manter longe de problemas).

De onde vêm essas intenções — que, na verdade, são previsões sobre o que funcionará? Bem, em primeiro lugar, do instinto inato (ou seja, da seleção natural) e, posteriormente, do que aprendemos com a experiência. Precisamos complementar nossos instintos por meio da aprendizagem, porque os instintos sozinhos são demasiadamente estereotipados para atender às nossas necessidades em todos os contextos. Portanto, o aprendizado acontece quando guardamos para uso futuro uma ação que a experiência nos ensinou que produzirá o resultado desejado. Quase um século antes de o processamento preditivo começar a dominar a neurociência teórica, foi exatamente assim que Freud o formulou em *A interpretação dos sonhos*:

> As exigências da vida nos confrontam primeiro sob a forma das principais necessidades somáticas. As excitações produzidas pelas necessidades internas buscam descarga no movimento, que pode ser descrito como uma "mudança interna" ou uma "expressão de emoção". Um bebê faminto grita ou chuta impotente. Mas a situação permanece inalterada [...] Uma mudança só pode ocorrer se, de uma maneira ou de outra (no caso do bebê, por meio de ajuda externa), for possível obter uma "experiência de satisfação" que ponha fim ao estímulo interno. Um componente essencial dessa experiência de satisfação é uma percepção específica (a da alimentação, em nosso exemplo), cuja imagem na memória permanece associada posteriormente ao traço de memória da excitação produzida pela necessidade. Como resultado do vínculo assim estabelecido, na próxima vez que essa necessidade surgir, um impulso mental surgirá imediatamente, buscando reativar a imagem da memória da percepção e evocar novamente a própria percepção, ou seja, restabelecer a situação da satisfação original. Um impulso desse tipo é o que chamamos de desejo; o reaparecimento da percepção é a realização do desejo; e o caminho mais curto para a realização de um desejo é um caminho que leva diretamente da excitação produzida pela necessidade a uma ativação completa da percepção.[26]

Hoje, poderíamos reformular a última frase de Freud da seguinte maneira: um impulso desse tipo é o que chamamos de previsão; o reaparecimento da percepção é a confirmação da previsão. Karl Friston fez essa observação em um artigo para a influente revista *Trends in Cognitive Science*, sob o título intransigentemente freudiano "All Thinking is

“Wishful” Thinking” (*Todo pensamento é orientado por desejos*, em tradução livre) (2020).[27]

Mas há mais. A citação de Freud acima continua:

> Nada nos impede de supor que houve um estado primitivo do aparelho mental no qual esse caminho foi realmente percorrido, ou seja, no qual *o desejo terminou em alucinação.* Assim, o objetivo dessa primeira atividade psíquica era produzir uma “identidade perceptual” — uma repetição da percepção que estava ligada à satisfação da necessidade.[28]

Para ser claro: Freud está afirmando que pode ter havido uma época em que a previsão (desejo) terminava naturalmente em alucinação. Isso foi considerado improvável quando ele o publicou pela primeira vez em 1900, o que é compreensível. Na neurociência atual, entretanto, a noção de que a percepção ocorre por meio de “alucinação controlada” é amplamente aceita.

A ênfase recai sobre a palavra “controlada”. O pensamento positivo precisa ser moderado por alguma capacidade de reconhecer e ajustar quando algo dá errado. Freud nomeou esse aspecto da cognição de “teste de realidade” e formou a base do que ele chamou de “processo secundário”. A citação acima continua:

> A amarga experiência da vida deve ter transformado essa atividade primitiva de pensamento em uma atividade secundária mais conveniente. O estabelecimento de uma identidade perceptual ao longo do curto caminho de regressão[XI] dentro do aparelho não produz o mesmo resultado em outra parte da mente que a mesma percepção vinda de fora. A satisfação não vem em seguida; a necessidade persiste [...] Para chegar a um gasto mais eficiente da energia psíquica, é necessário interromper a regressão antes que ela se complete, de modo que ela não vá além da imagem da memória [para a percepção e, portanto, para a alucinação] e seja capaz de buscar outros caminhos que levem, por fim, ao estabelecimento da identidade perceptual desejada a partir da direção do mundo externo. Essa inibição da regressão e o subsequente desvio da excitação tornam-se a tarefa de um segundo sistema, que está no controle do movimento voluntário.[29]

Em outras palavras: a satisfação de nossos desejos apenas por meio da alucinação não satisfaz nossas necessidades biológicas reais. Para economizar energia mental (para sermos os motores mais eficientes possíveis), devemos interromper a alucinação antes que ela falhe e, em vez disso, desviar nossos esforços mentais para ações que possam realmente produzir a “identidade perceptual” desejada: ou seja, a confirmação sensorial de que nossa necessidade foi satisfeita na realidade, e não apenas em nossa imaginação. Espero que esteja claro o quanto essa formulação foi presciente. Compare-a com uma versão contemporânea de Anil Seth:

> Estamos todos alucinando o tempo todo. Toda percepção que temos é um ato de construção, um ato de interpretação no qual as expectativas do cérebro sobre o que existe no mundo são limitadas ou controladas por sinais sensoriais provenientes do mundo. Gosto de pensar na percepção como uma alucinação controlada. É uma construção, mas é controlada pelo que existe lá fora. O que normalmente chamamos de alucinação, quando as pessoas veem coisas que outras pessoas não enxergam, podemos pensar como uma forma de percepção descontrolada em que as previsões do cérebro não estão sendo controladas pelo que existe no mundo.[30]

Neurocientistas que fazem esse tipo de declaração quase nunca citam Freud. Mesmo assim, está claro que nossa compreensão moderna de como o cérebro funciona se tornou notavelmente freudiana nesse aspecto.

A propósito, Freud achava que a mente adormecida não tem o "processo secundário" inibitório que ele acabou de descrever. Falta-lhe o "teste de realidade" (que hoje chamamos de "erro de previsão"), precisamente porque ela se retirou da realidade para o estado de sono. É por isso que os sonhos assumem a forma de realizações alucinatórias de desejos. A citação de Freud termina da seguinte maneira:

> Os sonhos, que realizam seus desejos ao longo do curto caminho da regressão, apenas preservaram para nós, nesse aspecto, uma amostra do método primário de funcionamento do aparelho psíquico, um método que foi abandonado por ser ineficiente.[31]

Qual é a posição dessa formulação do sonho na neurociência moderna? Bem, deixe-me apenas dizer que Allan Hobson, o neurofisiologista que alegou ter refutado a teoria do sonho freudiano antes que eu, por minha vez, refutasse sua teoria, acabou unindo forças com Karl Friston; e eles concluíram exatamente o mesmo que Freud na passagem supracitada, ou seja, que o sonho é a forma primária de consciência: "A consciência do sonho e seus fundamentos fisiológicos [são] um modelo de realidade virtual do mundo que nos prepara para a consciência desperta". Hobson chamou isso de "protoconsciência".

SENTIMENTOS

Eu disse anteriormente que, independentemente do que nós, seres humanos, sejamos, *o Homo sapiens* é uma espécie de animal. Mas como surgiu *o ser* humano? Por que existe "algo que seja como" ser um organismo humano?

A resposta de Freud começou com seu conceito de pulsão. Ele observou que o bebê humano nasce com um conjunto de necessidades inatas. Essas

necessidades decorrem do fato de que nós, seres humanos, assim como todos os seres vivos, devemos permanecer dentro de nossos limites biologicamente viáveis. Isso é incontroverso, sendo o mais básico de todos os princípios biológicos. O que é distintamente "freudiano" nessa afirmação, portanto, não é a existência bruta de necessidades inatas, mas, sim, suas implicações para a vida da mente.

Já citamos a afirmação de Freud de que nossas pulsões biológicas são "a mola mestra do mecanismo psíquico". Com isso, ele quis dizer que elas são literalmente o que dá origem ao ser subjetivo. Em sua visão, elas fazem isso porque são sentidas conscientemente: a demanda da pulsão é *desagradável*, e a satisfação da pulsão é *agradável*. Freud chamou isso de "princípio do prazer". Neurocientistas modernos, como Antonio Damasio,[33] chamam isso de uma forma ampliada de "homeostase": o desvio crescente de nossos limites biologicamente viáveis (dos "pontos de ajuste" homeostáticos) é sentido como desprazer, e o retorno aos pontos de ajuste é sentido como prazer. De acordo com Damasio, é por esse motivo que o sentimento evoluiu: o sentimento permite que os organismos saibam se estão aumentando ou diminuindo suas chances de sobrevivência, antes que seja tarde demais. Portanto, o sentimento é a base da *escolha*.

E, então, podemos aprender com nossas experiências sentidas. Na época do behaviorismo, esse mecanismo básico de aprendizado era chamado de Lei do Efeito:

> As respostas que produzem um efeito de recompensa em uma determinada situação tornam-se mais prováveis de ocorrer novamente nessa situação, e as respostas que produzem um efeito de punição tornam-se menos prováveis de ocorrer novamente nessa situação.[34]

A escola behaviorista de psicologia não acreditava que isso tivesse algo a ver com sentimentos. Eles pensavam que essa era uma lei básica do *comportamento*. "Recompensas" e "punições" não eram consideradas eventos subjetivos; eram interpretadas como "estímulos" objetivos que provocavam "respostas" objetivas. Para eles, essas funções poderiam muito bem estar ocorrendo no escuro. De fato, de uma perspectiva comportamentalista, a distinção entre um ser consciente e um autômato desmorona completamente. É isso que está em jogo aqui: a própria existência da mente.

Como dualista, o filósofo David Chalmers dificilmente pode ser acusado de negar a existência da mente. Mesmo assim, ele parece ignorá-la

justamente quando é mais importante. Quando escreveu que “não há nenhuma função cognitiva que nos permita dizer de antemão que a explicação dessa função explicará automaticamente a experiência”, ele implica que a neurociência se limita a explicar a cognição.[35] Pensar, aprender, lembrar, planejar — todas essas funções cognitivas podem, de fato, continuar no escuro, como Freud foi o primeiro a apontar. No entanto, está claro que uma explicação da função do *sentimento* explicará automaticamente a experiência. Se você não explicar por que os sentimentos se parecem com algo, você não os terá explicado. Sentir requer consciência. Não podem existir sentimentos que você não sinta.

Não importa que Freud não saiba quase nada sobre homeostase,[36] ou que tenha chamado a Lei do Efeito de “princípio do prazer”, ou que tenha atribuído esse modo de funcionamento mental a uma abstração metapsicológica chamada “ID” (um termo que ninguém fora da psicanálise usa mais). Também não importa que as tentativas pioneiras de Freud de classificar as pulsões estivessem irremediavelmente erradas (para ser justo, ele previu, em 1920, que a biologia do futuro iria “acabar” com suas especulações a esse respeito).[37] Acontece que existem muitas variedades de prazer no cérebro, moduladas por múltiplas substâncias químicas diferentes, das quais apenas algumas podem ser razoavelmente consideradas sexuais. Esses detalhes não vêm ao caso; o que importa é a premissa fundamental de Freud de que a mente é *impulsionada* e que é literalmente constituída por sua capacidade de sentir se está satisfazendo bem ou mal suas pulsões.

A neurociência avançou em relação a Freud, identificando circuitos cerebrais que ligam uma variedade de necessidades inatas ao que parecem ser sentimentos primários distintos, não redutíveis uns aos outros. Mas ela ainda está trabalhando dentro de uma concepção basicamente freudiana do que é sentimento. E, embora os erros de Freud em relação aos detalhes não tenham sido isentos de efeitos teóricos e terapêuticos negativos ao longo dos anos, um modelo basicamente freudiano de pulsões e sentimentos, combinado com um modelo basicamente freudiano de como a memória e a aprendizagem funcionam, ajustado um pouco pela neurociência cognitiva (como veremos agora), pode ser nossa melhor esperança para tratar transtornos emocionais (como veremos mais adiante).

MÚLTIPLOS SISTEMAS DE MEMÓRIA

Em 1896, Freud escreveu para seu amigo Wilhelm Fliess:[XII]

> O que é essencialmente novo em minha teoria é a tese de que a memória está presente não uma única vez, mas várias vezes, que ela é estabelecida em vários tipos de indicações. [...] Não sei dizer quantos desses registros existem: pelo menos três, provavelmente mais.[38]

É extraordinário que Freud tenha podido inferir isso quase inteiramente a partir de observações psicanalíticas — ou seja, conversando com seus pacientes e olhando para dentro de si mesmo. A memória está, de fato, presente não uma única vez, mas várias vezes, e está estabelecida em vários tipos diferentes de registros neurofisiológicos.

Ainda mais impressionante é o fato de que Freud descobriu que deve haver pelo menos *três* tipos principais de registro: o que ele chamou de "consciente" (hoje chamada de memória de curto prazo), "pré-consciente" (memória declarativa de longo prazo) e "inconsciente" (memória não declarativa de longo prazo). A diferença fundamental entre a memória de longo prazo declarativa e não declarativa é que o primeiro tipo pode ser recuperado na memória de curto prazo (consciente), enquanto o segundo não pode; essa é exatamente a distinção que Freud fez entre seus sistemas pré-consciente e inconsciente. E foi exatamente essa distinção que deu à sua "psicologia profunda" a dimensão de profundidade. Atualmente, o modelo de "múltiplos sistemas de memória" é o padrão utilizado em toda a neuropsicologia. Mais uma vez, não se dá crédito a Freud e, para piorar a situação, a ideia é convencionalmente atribuída a Edward Tolman (1948), um behaviorista.

Embora esteja implícita na própria ideia de múltiplos sistemas, é notável a clareza com que Freud percebeu que as memórias devem ser capazes de passar de um sistema para outro em um processo contínuo e ativo. Como ele escreveu para Fliess na mesma carta:

> Estou trabalhando com a suposição de que nosso mecanismo psíquico surgiu por um processo de estratificação: o material presente na forma de traços de memória sendo submetido, de tempos em tempos, a um *rearranjo* de acordo com novas circunstâncias — a uma *retranscrição*.

Atualmente, chamamos esses processos de "consolidação de sistemas" e "reconsolidação", ambos redescobertos de maneira totalmente independente de Freud, usando métodos diferentes. O fato de que a codificação da memória envolve um processo contínuo de consolidação foi inferido a partir da descoberta de que as memórias recentes são apagadas

retroativamente — sendo as mais antigas as mais estáveis — após uma lesão cerebral. O fato de existirem múltiplos sistemas de memória foi inferido a partir da constatação de que danos a diferentes partes do cérebro levam a dissociações entre diferentes categorias de memória.

A dissociação mais importante foi a descoberta de que os pacientes que não conseguem codificar novas memórias *declarativas* de longo prazo são, no entanto, capazes de aprender *inconscientemente*. (Essa é uma das maneiras pelas quais o inconsciente retornou à neurociência.) A reconsolidação foi redescoberta no início do século XXI, por meio da descoberta de que as memórias de longo prazo são apagadas se a síntese proteica for inibida quando elas retornam ao estado de curto prazo. (Como a síntese de proteínas é necessária para a formação de novas memórias de longo prazo, isso demonstra que nossas memórias declarativas são literalmente dissolvidas e, depois, codificadas novamente cada vez que são recuperadas.)

Não é surpreendente o fato de Freud ter sido capaz de intuir as linhas gerais de tudo isso simplesmente ouvindo atentamente o que seus pacientes lhe diziam? Mesmo agora, fico de queixo caído toda vez que paro para pensar nisso.

A reconsolidação é importante porque é o mecanismo fundamental pelo qual nossos erros podem atualizar nossos modelos preditivos. Isso ocorre quando um evento esperado não se concretiza, resultando em um estado de incerteza. Como essa tem sido uma preocupação do meu próprio trabalho científico recente, espero que perdoem um toque de partidarismo quando proponho que a neurociência cognitiva contemporânea negligenciou a ligação entre essa onda de incerteza e a função final da consciência. Afinal, *para* que serve nossa luz interior da consciência? A menos que a evolução tenha falhado de uma maneira bastante incomum, a resposta provavelmente tem alguma relação com o que ela realmente *faz*.

Todos estão familiarizados com o fato de que, quando as coisas não funcionam como esperado, ficamos muito atentos ao nosso entorno. Pense em como você se sente em uma viagem longa e tranquila quando perde uma entrada: você sai do modo piloto automático e se esforça para entender onde está em relação a onde deveria estar. Um termo coloquial para esse tipo de experiência é o chamado *despertar*: ele literalmente convoca a consciência para resolver as coisas e fazer os ajustes necessários, por dentro

e por fora, para que você possa percorrer todo o caminho sem ser perturbado da próxima vez.

Em tais situações, Freud observou (em outra conexão), que "a consciência surge em vez de um traço de memória".[39] Ficamos alertas, prestamos atenção, saímos do roteiro. As memórias de longo prazo tornam-se instáveis no processo de reconsolidação por uma parte do tronco cerebral superior chamada sistema de ativação reticular. Essa é a parte do cérebro que o acorda pela manhã e o faz dormir à noite. (Danos nessa parte resultam em coma.) Ele esguicha neuromoduladores químicos na região do prosencéfalo que armazenou a memória (a previsão) que deveria levá-lo para casa. Não teria essa estranha peça de engenharia neurofisiológica algo a nos dizer sobre o funcionamento da consciência de forma mais geral? Se sim, a contribuição de Freud para a neurociência moderna pode ainda não ter terminado.

A propósito, já que estou compartilhando palpites, certamente não pode ser um acidente o fato de o sonho ser um estado *consciente*. Na minha visão, a consciência se intromete durante o sono porque as incongruências entre os traços de memória vêm à tona durante o processo de consolidação que certamente ocorre enquanto nossas mentes estão *off-line*. O trabalho mental do sonho seria, portanto, uma tentativa de reconciliar as memórias recém-adquiridas (produtos dos erros de previsão do dia) com as previsões existentes. Uma vez que as crenças mais sinceras não são abandonadas facilmente, isso explicaria, de uma só vez, tanto o caráter de desejo dos sonhos quanto parte de sua estranheza.

Seja qual for o destino empírico dessa especulação, espero que esteja claro que a conjectura de Freud sobre a existência de vários sistemas de memória foi triunfantemente frutífera para a neurociência moderna.

PERÍODOS CRÍTICOS

O "processo de estratificação" que Freud observou em nossas memórias inclui uma descoberta recente que o teria agradado imensamente: os sistemas de memória declarativa de longo prazo entram em ação somente durante o terceiro ano de vida.[40] Isso explica grande parte do que ele chamou de "amnésia infantil".

Hoje, falamos de um fenômeno mais geral chamado “períodos críticos”. São estágios da vida em que o sistema nervoso é especialmente sensível a estímulos ambientais específicos. Durante essas fases, o cérebro é muito melhor em certos tipos de aprendizado. Um exemplo bem conhecido é a janela de oportunidade para a aquisição facilitada da linguagem; quando um período crítico termina, a habilidade ou o atributo relevante torna-se muito mais difícil de desenvolver. Felizmente, o mesmo princípio se aplica ao contrário: o cérebro é relativamente imune a alguns eventos nocivos se eles ocorrerem *antes* de um período crítico. Por exemplo, se o hemisfério esquerdo for removido cirurgicamente na infância pré-verbal (para o controle de epilepsia grave decorrente de danos a esse hemisfério), o hemisfério direito desenvolverá toda a linguagem e outras funções que normalmente seriam atribuídas ao esquerdo.

A versão geral do conceito foi nomeada pela primeira vez por Charles Stockard na década de 1920, mas Freud claramente se aproximou do mesmo *insight* na década de 1890. Ele os chamou de pontos de fixação disposicionais. Vou pular os detalhes aqui, porque ele errou muitos deles, mas esta é uma declaração da ideia geral:

> Em minha busca pelas situações patogênicas [...] fui levado cada vez mais para trás na vida do paciente e acabei chegando aos primeiros anos de sua infância. O que os poetas e os estudiosos da natureza humana sempre afirmaram se mostrou verdadeiro: as impressões daquele período remoto da vida, embora estivessem em sua maior parte enterradas na amnésia, deixavam traços indeléveis no desenvolvimento do indivíduo.[41]

Idiomas e habilidades não são as únicas coisas que podemos adquirir durante períodos de receptividade peculiar, é claro, sob o disfarce de um esquecimento peculiar. Algumas memórias muito importantes também são estabelecidas nos dois primeiros anos de vida e só podem ser estabelecidas na forma inconsciente não declarativa. O vínculo de apego, por exemplo, ocorre durante os primeiros seis meses, e isso realmente resulta em “traços indeléveis”, para o bem ou para o mal. Grande parte do drama da terapia psicanalítica consiste precisamente na tentativa de reconstruir, a partir de evidências indiretas, o que aconteceu nesses pontos cegos do desenvolvimento.

A obra de Freud contém muitos itens que parecem desafiar o leitor a perguntar: ele está me enganando? Uma dessas excentricidades é sua psicobiografia especulativa do polímata do século XV, Leonardo da Vinci. Um papel importante no estudo de Freud é desempenhado pela “memória”

de Leonardo de ter sido visitado em seu berço por uma ave de rapina que enfiou a cauda em sua boca; Freud duvidou da veracidade dessa lembrança e a interpretou como uma fantasia retrospectiva de felação. No entanto, foi esse estudo que deu origem a uma das raras ocasiões em que um notável neurocientista moderno reconheceu o valor do trabalho de Freud. Como disse o eminente cientista visual Semir Zeki:[XIII]

> Os neurobiólogos podem muito bem erguer as sobrancelhas diante da qualidade das evidências de Freud; eles podem ficar chocados com sua abordagem retrospectiva. Mas ninguém pode negar a seriedade com que ele abordou o assunto ou, no contexto do que aprendemos desde então, a base fisiológica de suas conclusões.[42]

O ponto crucial da análise de Freud era o fato de o pai de Leonardo tê-lo renegado ao nascer, reunindo-se a ele somente quando ele tinha cinco anos de idade: "E, então, já era tarde demais. Nos primeiros três ou quatro anos de vida, certas impressões se fixam e são estabelecidas maneiras de reagir ao mundo exterior que *nunca* podem ser privadas de sua importância por experiências posteriores".[43] Zeki comenta:

> Freud procurou dissecar as várias influências que podem operar na primeira infância para estabelecer a personalidade posterior do indivíduo. Para a maioria dos neurobiólogos, essa é uma tarefa muito assustadora, pois lida com tantas incógnitas e tantas variáveis [...] No entanto, a abordagem de Freud foi refinada em etapas, desde tipos específicos de comportamento complexo até o desenvolvimento de caminhos específicos e as respostas de células individuais no córtex. E, em termos gerais, descobriu-se que as conclusões a que Freud chegou ao estudar o comportamento complexo se espelham no nível da célula única.[44]

A esse respeito, Zeki cita a pesquisa do famoso etólogo Harry Harlow, que demonstrou experimentalmente a importância do contato materno precoce para o desenvolvimento mental. No final da década de 1950, Harlow separou filhotes de macacos rhesus de suas mães e os criou em gaiolas, em um ambiente de laboratório. Suas necessidades corporais (como comida e água) eram atendidas, mas eram privados de contato emocional. Esses macacos isolados se comportavam de maneira perturbada, olhando fixamente, dando voltas em torno de suas gaiolas e se mutilando. Era impossível reabilitá-los. Harlow concluiu que "há um período crítico entre o terceiro e o sexto mês de vida durante o qual a privação social [...] prejudica irreversivelmente a capacidade de adaptação social do animal".[45] Fenômenos semelhantes foram observados, mais tarde, em seres humanos criados em orfanatos romenos durante a era soviética. Zeki comenta:

> A abordagem experimental e a capacidade de estudar o desenvolvimento da personalidade para a frente no tempo permitiram que Harlow fosse mais preciso sobre o período crítico do que Freud havia conseguido ser com sua abordagem retrospectiva, mas as conclusões foram as mesmas.[46]

O papel de Freud na identificação do poder formativo especial das experiências infantis recebeu algo próximo do reconhecimento merecido na literatura psicológica moderna. (Ajuda o fato de Harlow ter sido fortemente influenciado pelo psicanalista John Bowlby e de, mais tarde, ele próprio ter se tornado um freudiano declarado). Mas que tema fértil isso tem sido, especialmente para a neurociência.

A pesquisa de Michael Meaney, com quem trabalhei brevemente na Hope for Depression Research Foundation, é especialmente interessante nesse contexto. Meaney demonstrou que filhotes de ratos privados do contato materno precoce apresentam respostas anormalmente elevadas ao estresse por toda a vida, e que essas respostas estão relacionadas a mudanças estruturais específicas no cérebro.[XIV] Notavelmente, essas alterações são determinadas pela *expressão* gênica. Meaney estabeleceu, portanto, uma relação causal entre o cuidado materno e a seleção de determinados programas epigenéticos: uma alternância entre modos de crescimento físico e desenvolvimento, iniciada na infância, que permanece ativa por toda a vida do animal.

Ele também estudou a relação entre o cuidado materno e a programação epigenética na expressão do receptor de estrogênio no cérebro. Seus resultados mostraram que filhotes de ratos privados de cuidados maternos precoces crescem e se tornam mães indiferentes, mesmo que, após o período crítico de privação, eles tenham sido criados por mães muito atenciosas.

Esse é um resultado preocupante. Os ratos e os seres humanos diferem em muitos aspectos óbvios, mas, de modo geral, o impacto crítico da experiência precoce é ainda mais decisivo nos seres humanos do que em outras espécies. Para facilitar a passagem de nossas grandes cabeças pelo canal do parto, nascemos com cérebros menos maduros do que qualquer outro animal. Isso significa que temos um grau maior e um período mais longo de dependência, de modo que o ambiente inicial de cuidados tem um impacto ainda mais amplo sobre nossa saúde mental. Nos experimentos de Meaney, vislumbramos uma possível explicação epigenética para as maneiras pelas quais os padrões de cuidado ou negligência geralmente se

repetem ao longo das gerações — a menos que possamos encontrar modos de interromper o ciclo.



Em que consiste, então, a contribuição teórica de Freud para a neurociência moderna? É claro que há áreas de controvérsia na neurociência cognitiva e afetiva, assim como em qualquer disciplina empírica. No entanto, é justo dizer que nossas concepções mais modernas sobre a natureza e a função da consciência, a centralidade do sentimento e da emoção, as raízes incorporadas da cognição, a natureza subjetivamente construída e preditiva da percepção, a dimensão da profundidade em nossos múltiplos sistemas de memória, o grau surpreendente em que nosso pensamento e comportamento são determinados inconscientemente, a importância fundamental da experiência precoce nesse aspecto e a dinâmica de informações subjacente que impulsiona tudo isso — tudo está perfeitamente alinhado com a descrição de Freud sobre o aparelho mental. Não há quase nenhum aspecto de nossa compreensão atual de como o cérebro funciona, em termos gerais, que seja inconsistente com o que ele esboçou há um século, ao "dissecar a função" psicanaliticamente.

Não quero insinuar que não conseguimos nada nos anos que se seguiram. É verdade que muito do que sabemos hoje foi redescoberto independentemente de Freud. Apesar de suas primeiras percepções sobre o neurônio, grande parte da neurociência moderna — como o vasto campo da neurobiologia molecular — está além de qualquer coisa que ele pudesse ter imaginado. Mas nossa sensação de tê-lo *superado* de modo abrangente obviamente não se confirma. Ele percorreu um terreno vastíssimo. Passamos muito tempo refazendo seus passos, e esse processo está longe de ser concluído. Um número suficiente de suas percepções básicas estava tão claramente no caminho certo que talvez seja hora de revisitarmos suas recomendações terapêuticas também.

Capítulo 4

A cura pela fala

ANALISTA: O que você preferiria não lembrar?
PACIENTE: É um sentimento que dura para sempre. Você pode mexer com um macaco sem consequências. Quero dizer, um macaquinho; não um babuíno com presas… Não sei por que tenho que me lembrar disso.
ANALISTA: Você está sentindo isso agora, mas vem lá de trás. Não há ninguém realmente ameaçando você agora, não aqui. Ninguém aqui vai lhe fazer mal. Mas, ainda assim, você sente como se eu pudesse.
PACIENTE: A vida é assim.
ANALISTA: Sua vida já foi assim.
PACIENTE: Quando criança, nas ruas, eu podia sentir a selva. Havia todos os tipos de animais. Com presas e garras e tudo mais. O que eu posso fazer?
ANALISTA: Naquela época, você não podia se defender.
PACIENTE: Não conheço outra maneira de ser.
ANALISTA: Você está aprendendo outra maneira agora mesmo.
PACIENTE: De minha parte, quero fechar meus ouvidos e olhos. Algumas pessoas podem ter se sentido de maneira diferente; eu não consegui… Não desenvolvi a habilidade de revidar. E, depois de minha infância, ainda não consigo revidar. É por isso que tenho dificuldade para falar. [Silêncio] Para ser sincero, ainda me lembro do meu irmão, dos gritos. Eu me lembro disso em meu corpo.
ANALISTA: Pode me dizer do que está se lembrando?
PACIENTE: Nos meus pulmões, é difícil respirar. Meu coração está batendo forte… São coisas aqui dentro. É difícil respirar, a atmosfera é sufocante.
ANALISTA: Para sobreviver nessas condições, naquela época, você se refugiava no galpão. O ambiente era abafado lá dentro?
PACIENTE: [Assente com a cabeça].
ANALISTA: As coisas estão diferentes agora. Seu irmão se foi. E o galpão não o protege mais, ele o restringe. Ele o impede de viver sua vida.

– Dos arquivos clínicos do autor

O treinamento psicanalítico começa com sua própria análise pessoal. Quando comecei a fazer a minha com Clifford Yorke, meus colegas do departamento de neurocirurgia me perguntaram para que servia. É para determinar sua aptidão? É uma iniciação? Você não está preocupado com a possibilidade de que façam uma lavagem cerebral em você? Eu ficava constrangido: eles pareciam equiparar a psicanálise à cientologia. Devo admitir, porém, que eu também tinha algumas dúvidas.

A análise pessoal continua durante todo o treinamento, juntamente com os seminários teóricos e a observação longitudinal de um bebê em seu ambiente familiar, um por candidato. A partir do terceiro ano, essas atividades são complementadas por seminários clínicos e pelo tratamento supervisionado de um primeiro caso de treinamento. Se você fizer um progresso adequado com esse caso, no quarto ano poderá iniciar outro. Se esse também for bem-sucedido, então, no mínimo um ano depois, você poderá pedir para se formar. Esses são os requisitos mínimos. Pouquíssimos candidatos (como são chamados os psicanalistas em formação) concluem seu treinamento dentro do período mínimo. Geralmente, são necessários pelo menos seis anos.

A parte mais cara do treinamento é o custo de sua análise pessoal. Tive sorte: Clifford Yorke cobrava taxas reduzidas dos candidatos, então pagava £30 por sessão (em valores dos anos 80, é verdade).

Os seminários teóricos eram realizados no Institute of Psychoanalysis, na New Cavendish Street, próxima à Harley Street. Eles aconteciam à noite, já que a maioria dos candidatos tinha empregos diurnos — como psiquiatras, psicólogos clínicos, assistentes sociais ou psicoterapeutas, mas alguns deles eram antropólogos, filósofos, historiadores e, em uma das turmas depois da minha, um compositor clássico. Eu era o único neuropsicólogo.

Os tratamentos psicoterápicos geralmente são realizados uma ou duas vezes por semana, cara a cara. A psicanálise propriamente dita envolve de três a cinco sessões por semana, com o paciente deitado em um divã e o analista sentado atrás dele, de acordo com o modelo estabelecido por Freud. Esse formato teve sua origem no fato de que a terapia que ele praticou primeiro foi o hipnotismo, em que o paciente era colocado em transe. Quando Freud trocou o hipnotismo pela associação livre, ele manteve a *mise en scène* porque descobriu que ela facilitava a introspecção e poupava tanto o paciente quanto o analista de terem que olhar um para o outro.

Cada candidato a analista recebia os arquivos de três pacientes que haviam solicitado tratamento de baixo custo na Clínica de Psicanálise de Londres, dos quais deveríamos escolher o que parecesse mais promissor. Uma linha em um dos arquivos que recebi me chamou a atenção: “formará uma transferência complacente e dependente”. Para mim, isso significava que o analista sênior que avaliou aquela paciente previu que ela manteria o tratamento até o final. Se minha paciente desistisse, isso poderia acrescentar

anos ao meu treinamento. Então, decidi que aquela pessoa “complacente e dependente” era o ideal para mim. Vamos chamá-la de Mabel D.

Eu a encontrei para uma consulta inicial na clínica e concordamos em começar a análise após as férias de verão, com cinco sessões por semana. Bastante simples. No entanto, quando ela chegou na hora marcada para nossa primeira sessão, recusou-se a deitar no divã. Ela disse que estava disposta a prosseguir com a análise, mas somente se pudesse se sentar de frente para mim. Expliquei que a maioria das pessoas acha mais fácil não ter de encarar o analista enquanto olham para dentro e relatam seus pensamentos íntimos, o que às vezes pode ser constrangedor. “Eu prefiro poder vê-lo”, insistiu ela. Parecia que o fato de estar deitada a fazia se sentir vulnerável de alguma maneira.

Então, começamos assim: cara a cara. Pedi que ela relatasse seus pensamentos e sentimentos para mim e tentasse ser o mais franca possível. Ela olhou para as próprias mãos. Em seguida, disse calmamente que coisas difíceis haviam acontecido durante as férias de verão: seu ex-namorado havia entrado em contato com ela do nada, da Irlanda, e ela não sabia como se sentir a esse respeito. Ele havia lhe contado coisas sobre si mesmo que, se fossem verdadeiras, eram muito assustadoras. “Ele me intimida”, acrescentou ela, suavemente. “Tenho medo de nunca conseguir deixá-lo.” Depois, ela ficou em silêncio.

“Que coisas ele lhe disse?”, perguntei, depois de um ou dois minutos.

Ela reagiu agressivamente, dizendo que eu a estava pressionando a revelar coisas que poderiam colocá-la em perigo. Relembrando o que eu havia aprendido sobre “transferência”, sugeri que talvez ela sentisse que *eu* a estava intimidando agora. Em resposta a isso, ela gritou: “Não quero participar desses seus malditos jogos de associação!” Lá se foi a complacência.

Nos meses seguintes, Mabel D. me submeteu a uma enxurrada de suspeitas, acusações e ataques. Em algumas sessões, ela se recusava a dizer uma palavra sequer durante os 50 minutos da sessão. Certa vez, ela trouxe um jornal, leu-o silenciosamente para si mesma durante toda a hora analítica e depois foi embora. Em outros dias, ela se recusava a sair da clínica ao final de uma sessão; então, eu a levava para a sala de espera e ficava no saguão de entrada até que ela se sentisse segura o suficiente para sair.

E assim foi, mês após mês: momentos de extrema vulnerabilidade misturados com exigências irracionais sem fim. Eu nunca tinha visto nada parecido. Aprendi, anos mais tarde, que aquilo se assemelhava a ser pai pela primeira vez: o bebê ainda estava lá com suas necessidades ilimitadas, dia após dia. Mas aquela paciente era, evidentemente, um bebê muito doente.

O que tornava sua análise especialmente cansativa era o fato de que eu achava quase impossível ter empatia por ela. Ela pensava e se comportava de maneira tão perversa e autodestrutiva que era mais irritante do que digna de pena. Quase tudo o que ela dizia e fazia era irracional para mim. Ela era incompreensível. Felizmente, minha supervisora, Eglé Laufer, não tinha a mesma dificuldade: a falta de lógica da minha paciente parecia fazer sentido para ela. Ainda assim, eu tinha apenas uma sessão de supervisão por semana, e a compreensão que Laufer me proporcionava rapidamente se dissipava durante a sessão seguinte, o que significava que eu tinha de voar às cegas durante quatro sessões analíticas em cada cinco.

Um outro desafio era o fato de que minha supervisora acreditava que Mabel D. estava atraída por mim. Como um jovem confiante de vinte e poucos anos, isso não me pareceu absurdo de imediato, mas a teoria de Laufer tinha algumas convoluções que me fizeram hesitar. Ela afirmava que minha paciente sentia sua atração por mim como assustadora e, portanto, sentia-me como alguém assustador e sexualmente ameaçador. Isso se chama de “projeção”. A teoria pode parecer plausível quando se lê sobre ela em um livro, mas agora eu estava sendo solicitado a sugerir seriamente àquela jovem assustada sentada à minha frente que a verdadeira razão pela qual ela se sentia ameaçada era porque me desejava fisicamente. Isso parecia implausível, para não dizer misógino, então implementei as recomendações de Laufer com pouquíssima confiança. Eu não deveria ter duvidado dela: a resposta da paciente à minha sugestão provisória de que ela poderia ter sentimentos sexuais por mim rapidamente me convenceu de que minha supervisora estava certa.

Em um ano, Mabel D. declarou que estava pronta para começar a usar o divã. Apenas duas sessões depois, confessou temer que eu pudesse estar me masturbando atrás dela. Foi muito difícil para ela perseverar em meio a essa ansiedade, mas ela conseguiu, e continuou a associar livremente, voltando às lembranças da infância. Ela se lembrava do pai chegando do trabalho, quando ele lia o jornal na sala de estar. Ela nunca tinha certeza do que ele estava fazendo atrás do jornal. No mínimo, disse ela, por fim, ele poderia

ter tido uma ereção. Esse pensamento levou a várias lembranças perturbadoras de outros pensamentos que ela tivera sobre ele na infância. Comecei a me perguntar se o pai de Mabel havia abusado dela sexualmente.

Então, um dia, ela me contou algo que nunca havia dito a ninguém antes. Quando era muito jovem — ela não sabia precisar a idade —, havia sido acariciada genitalmente por um tio (irmão de seu pai) que estava tomando conta dela. Ela sabia que o que ele fizera era errado, mas nunca contou aos pais sobre isso. Tinha medo da raiva deles, especialmente da mãe. Essas carícias do tio aconteciam repetidamente, às vezes acompanhadas de masturbação. Isso só terminou quando o pai de Mabel morreu, quando ela tinha 12 anos de idade. Depois disso, sua mãe se casou novamente e eles se mudaram de um pequeno vilarejo rural para a cidade de Dublin.

Levou meses para que Mabel me contasse o pior de tudo. Ela "confessou" que não estava apenas enojada e assustada, mas também *estimulada e excitada* pelo que tinha acontecido nas mãos do seu tio. Ele havia dito que era segredo deles, e era mesmo. Então, ela deixou escapar: "Talvez eu tenha provocado isso desde o início".

Quando eu a tranquilizei dizendo que não fazia sentido acreditar que ela — como uma criança pequena — havia de algum modo seduzido o tio, Eglé Laufer me disse que eu havia cometido um erro técnico. Era importante, explicou ela, que a paciente soubesse que eu entendia a ambiguidade de seus sentimentos, caso contrário, não poderia ajudá-la com a vergonha e a culpa. Assim, na próxima vez em que Mabel expressou dúvidas sobre se ela era parcialmente culpada, eu disse que o fato de tranquilizá-la quanto a isso poderia fazer com que ela se sentisse sozinha com suas dúvidas; ela concordou. Disse ela que ainda se imaginava contando tudo à mãe (na época, uma viúva de 60 anos), e a mãe lhe dava um tapa no rosto por fazer coisas tão repugnantes.

Isso levou Mabel a me confessar outra coisa. Às vezes, disse ela — mesmo sabendo que era loucura pensar assim —, ela se perguntava se *algo* daquilo tudo tinha realmente acontecido.



Será que tudo isso não é apenas um disparate assustador? Afinal, não descrevi um ritual estranho? Será que aquele papo furado sobre "projeção"

realmente curou alguém? Como o processo que acabei de descrever é diferente de outros golpes ocultistas? O que eu realmente fiz para que Mabel melhorasse e como sei que isso aconteceu? Eu não fiquei lá, sentado, enquanto ela se resolvia sozinha? E ela se resolveu? Não dizem que nunca se é realmente curado pela terapia da fala? E a própria Mabel não disse que não tinha certeza se o que ela lembrava realmente havia acontecido? De qualquer modo, a parte em que eu lhe disse que a culpa era dela por ter medo de mim — que ela tinha medo de mim porque se sentia sexualmente atraída por mim — pareceu totalmente abusiva. Não foi isso que Freud fez: intimidar seus pacientes para que aceitassem interpretações pervertidas de sua angústia?

Essas são perguntas sérias. Minha resposta a elas se resume a três pontos: (1) Temos agora evidências muito robustas de que esse material funciona. (2) Temos — há um século — uma explicação em termos freudianos para o porquê. (3) Agora temos boas evidências de que esses termos freudianos estavam basicamente corretos, considerando o que descobrimos sobre o cérebro e como ele se modifica.

Como vimos, quando Saul Rosenzweig escreveu a Freud para relatar a "verificação experimental" de sua teoria da repressão, a resposta infeliz de Freud convenceu seus seguidores de que a psicanálise estava acima dessas coisas. Freud disse que "a riqueza de observações confiáveis nas quais essas afirmações se baseiam as tornam independentes de verificação experimental". Em seguida, acrescentou: "Ainda assim, ela [a verificação experimental] não pode fazer mal algum".[1]

Infelizmente, muitos de seus seguidores pareciam acreditar que *seria* um erro testar suas técnicas experimentalmente, porque os efeitos seriam complexos demais, subjetivos demais, profundos ou sutis demais para serem reduzidos a meros números. O psicanalista Carlo Strenger, por exemplo, argumentou recentemente que "a psicanálise, propriamente dita, não se enquadra no domínio das ciências naturais e, portanto, não deve ser julgada pelos mesmos critérios". Ele defende que a teoria e a prática psicanalíticas não estão preocupadas com fatos e números científicos, mas, sim, com a "interpretação da estrutura do significado". Desse modo, o tratamento psicanalítico produz "uma coleção de histórias persuasivas que ajudam o analista e o paciente a encontrar significado no sintoma do paciente".[2] Não se pode *medir* essas coisas, diz o argumento.

Enquanto isso, os proponentes de muitas outras formas de terapia (quase todas derivadas da psicanálise) aproveitaram a chance de validação científica. O exemplo mais conhecido é a "terapia cognitivo-comportamental" (TCC).[1] Tendo obtido validação científica, eles podiam dizer que suas abordagens eram "baseadas em evidências", em contraste com a psicanálise, que não era. Como resultado, quando os psicanalistas da minha geração finalmente começaram a testar o método original adequadamente, o trem já havia partido.

Isso teve três consequências. Primeiro, os padrões estabelecidos para medir os resultados do tratamento foram definidos principalmente em termos cognitivos e comportamentais. Falarei mais adiante sobre como os transtornos mentais podem ser mais bem caracterizados; por enquanto, vamos apenas dizer que eu não começaria com cognição e comportamento, mas é aqui que estamos, porque os analistas, em sua pureza, decidiram ficar de fora das discussões cruciais. Em segundo lugar, as dosagens e durações (ou seja, o número e a frequência das sessões) usadas nos tratamentos cognitivo-comportamentais se tornaram o padrão com o qual as terapias concorrentes são comparadas. Assim, na prática, o principal ponto de comparação entre os tratamentos passou a ser a *eficiência de custo*; e não, digamos, a eficácia de longo prazo, ou se eles suprimem os sintomas, mas deixam as causas intocadas, para não dizer se as histórias que supostamente ajudaram os pacientes a encontrar "significado" eram persuasivas ou não. Em terceiro lugar — o mais trivial, mas, de certa forma, o mais pernicioso —, a frase "baseado em evidências" vinculou-se, ao que parece de modo permanente, às abordagens que receberam primeiro o escrutínio experimental (ou seja, psicofarmacologia e TCC), embora a abordagem psicanalítica tenha se revelado, mais tarde, igualmente baseada em evidências.[3] Portanto, quando os financiadores da área da saúde dizem hoje que apoiam tratamentos "baseados em evidências" para transtornos psiquiátricos, o que normalmente querem dizer é que *não* apoiam a psicanálise.

Em um artigo amplamente citado, no qual se baseia grande parte do que direi neste capítulo, meu colega Jonathan Shedler colocou a questão da seguinte maneira:

> Existe a crença, em alguns setores, de que os conceitos e tratamentos psicodinâmicos carecem de apoio empírico ou de que as evidências científicas mostram que outras formas de tratamento são mais eficazes. Essa crença parece ter ganhado vida própria. Acadêmicos a

> repetem uns para os outros, assim como administradores de saúde e formuladores de políticas de saúde. A cada repetição, sua credibilidade aparente cresce. Em algum momento, parece não haver necessidade de questioná-la ou revisá-la, porque "todos" sabem que é assim. A evidência científica [entretanto] conta uma história diferente.[4]



Ao testar tratamentos médicos, o padrão ouro é o que se chama de *estudo controlado randomizado duplo-cego.*

"Controlado" significa que os pacientes que recebem o tratamento sob investigação são comparados a um grupo de "controle" que não está recebendo esse tratamento, para que se possa verificar se o tratamento é melhor do que nada. Na pesquisa de medicamentos, o grupo de controle geralmente recebe um placebo, mas isso também pode significar que eles não recebem nenhum tratamento, ou que permanecem em uma lista de espera inicialmente, mas recebem o tratamento mais tarde, ou que recebem um tratamento concorrente (nesse caso, são chamados de grupo de "comparação"), ou que recebem o tratamento que já estavam recebendo (o que é chamado de "tratamento habitual").[II]

"Duplo-cego" significa que nem o médico, nem o paciente sabem qual tratamento está sendo administrado. O objetivo é evitar o efeito placebo: muitas vezes, *a crença* em um tratamento pode aumentar sua eficácia real e vice-versa. Obviamente, é mais fácil "cegar" médicos e pacientes na psicofarmacologia do que na pesquisa de psicoterapia: basta usar dois comprimidos de aparência idêntica, um dos quais é o medicamento real e o outro é um placebo, sem que o médico ou o paciente saibam qual é qual. Na prática, porém, não é tão simples assim: os médicos e os pacientes frequentemente sabem qual é a pílula, por exemplo, porque apenas uma delas apresenta os efeitos colaterais esperados. Por esse motivo, os pesquisadores às vezes usam placebos "ativos" (ou seja, medicamentos que fazem *alguma coisa*, mas não aquilo que o tratamento faz). Em outros casos, dois medicamentos ou psicoterapias concorrentes podem ser comparados diretamente um com o outro. Ainda assim, não há nenhuma maneira óbvia de ser "cego" quanto à forma de psicoterapia que se está recebendo, muito menos administrando.

"Randomizado" significa que os pacientes são alocados aleatoriamente para um dos dois tratamentos. O objetivo é garantir que, independentemente do tratamento que eles realmente recebem, não haja diferenças agregadas

significativas entre os dois grupos. (Se um grupo escolher a psicanálise porque acredita na psicanálise, por exemplo, isso pode distorcer o resultado do estudo.)

As pessoas que participam de estudos randomizados devem ser informadas de que podem receber um tratamento falso, o que reduz ainda mais o efeito placebo. No entanto, é mais fácil persuadir os pacientes a participar de um estudo de medicamentos que dure apenas algumas semanas (quando eles sabem que podem receber um placebo e, se receberem, receberão o tratamento real mais tarde) do que os persuadir a participar de um estudo de psicoterapia que normalmente dura vários meses — e que realmente *deveria* durar vários anos, mas não dura. Quando duas abordagens diferentes de psicoterapia são comparadas uma com a outra, os pacientes frequentemente se opõem a serem randomizados, pois têm preferência por um dos dois tratamentos — e é exatamente por isso que eles devem ser randomizados em primeiro lugar.

Todos esses problemas foram resolvidos, de uma maneira ou de outra, pelos pesquisadores de psicoterapias "baseadas em evidências", pelo menos para a satisfação dos provedores de serviços de saúde e dos financiadores. Quando os pesquisadores da psicanálise entraram na corrida, eles simplesmente tiveram de seguir os protocolos e as práticas estabelecidos. No maior estudo comparativo entre a psicanálise e a TCC, por exemplo, os pacientes de cada grupo de tratamento que se recusaram a ser randomizados foram comparados não apenas entre si, mas também com aqueles que se dispuseram a ser randomizados, e os dados foram processados por uma equipe independente de estatísticos "cegos" que foi indicada pelos analistas e pelos praticantes de TCC, em conjunto, com antecedência.[5] Portanto, podemos confiar que as maçãs foram devidamente comparadas às peras quando analisamos os resultados desses estudos em conjunto e observamos os padrões surpreendentemente fortes que surgiram.

Antes, porém, uma última parte do jargão estatístico. "Tamanho do efeito" é uma medida da *magnitude* de um efeito terapêutico. Ele informa a potência de um tratamento, de modo a permitir que diferentes tratamentos (e, o que é muito importante, diferentes experimentos) sejam comparados entre si. Essa métrica comum é chamada de "desvio padrão". Em um gráfico, uma curva de sino representa uma população normalmente distribuída, portanto, as curvas de sino se aplicam praticamente a todos os lugares em que você possa intuitivamente imaginar que exista uma maneira

“normal” de ser. Para qualquer característica adequada que você possa medir (altura, por exemplo), a pessoa *média* está situada no meio da curva. Esse ponto médio é chamado de “média”, que corresponde ao ponto mais alto da curva, pois é onde está localizado o maior número de pessoas. A média de uma população normal também é chamada de “50º percentil”, pois indica que a pessoa média tem uma pontuação melhor do que 49,9% da população e pior do que os outros 49,9%.

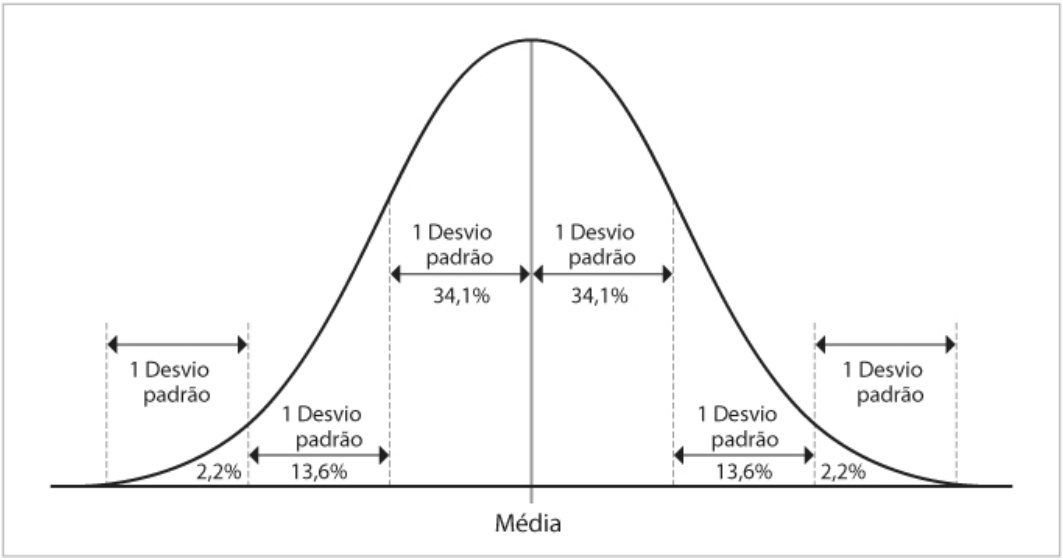


Figura 1

Agora, suponha que a curva trace a distribuição de alguma medida de sofrimento entre pessoas com depressão (geralmente, o Inventário de Depressão de Beck). Quanto mais à esquerda você olhar, pior será a situação dos participantes do teste. Quanto mais à direita você olhar, melhor. As pessoas no meio do gráfico estão sofrendo de depressão em uma quantidade média.

Se um medicamento deslocar a pontuação média do grupo de tratamento para uma posição um desvio padrão mais alta do que a do grupo de controle, isso indica que, em média, as pessoas que receberam o medicamento agora se sentem melhor do que 84,1% das que não receberam (já que 50% + 34,1% = 84,1%; ver Figura 1). Chamamos essa mudança do 50º para o 84º percentil de “tamanho do efeito” de 1, porque o tamanho da mudança é um desvio padrão. Se a mudança de um medicamento fizer com

que a pontuação fique dois desvios padrão acima da média do grupo de controle, isso indica que, em média, as pessoas que receberam o tratamento se sentem melhor do que 97,7% das que não receberam (já que 84,1% + 13,6% = 97,7%; ver Figura 1). Esse é um tamanho de efeito de 2. E, se a mudança fizer com que a pontuação média seja melhor do que 99,9% da média do grupo de controle (97,7% + 2,2% = 99,9%), esse é um tamanho de efeito de 3.

Por convenção, qualquer tratamento médico com um tamanho de efeito de 0,80 (ou seja, quase 1 desvio padrão) é considerado *altamente* eficaz. Qualquer tratamento com um tamanho de efeito de 0,50 é considerado *moderadamente* eficaz. Qualquer tratamento com tamanho de efeito de 0,20 é considerado *levemente* eficaz.[6] Um tamanho de efeito de 0,00 significa, é claro, que não há diferença entre os grupos de tratamento e controle: o tratamento não é eficaz de maneira alguma.

Vejamos algumas comparações. O Viagra (um tratamento para disfunção erétil) tem um tamanho de efeito de 0,38; portanto, é considerado moderadamente eficaz. Os medicamentos anti-hipertensivos (para pressão alta) têm tamanhos de efeito entre 0,54 e 0,58; portanto, são moderadamente eficazes. Os corticosteroides para asma têm tamanhos de efeito entre 0,45 e 0,66: moderadamente eficazes. Pílulas para dormir (benzodiazepínicos e zolpidem para insônia crônica) têm um tamanho de efeito de 0,30: ligeiramente eficazes. O ibuprofeno (para dor) tem um tamanho de efeito de 0,14; os adesivos de nicotina (contra o tabagismo) têm um tamanho de efeito de 0,18; e as estatinas (para colesterol alto) têm tamanhos de efeito entre 0,13 e 0,17. Todos esses últimos medicamentos são apenas ligeiramente eficazes, mas provavelmente não gostaríamos de ficar sem eles. Quando usada para a prevenção de ataques cardíacos, a aspirina tem um tamanho de efeito de apenas 0,02. Ainda assim, considera-se que vale a pena tomá-la na maioria dos casos.[III]

Agora, vamos considerar a psicoterapia.

Para fins de pesquisa, “psicoterapia” é normalmente definida como terapia pela fala — duas pessoas conversando entre si; em outras palavras, estamos considerando um ou outro dos muitos tratamentos que, em última análise, derivam da psicanálise. Nesses termos, qual é a eficácia? É claro que existem muitos tipos diversos de psicoterapia, e eles produzem resultados diferentes com distintos transtornos mentais. Seria necessário outro livro para discutir cada psicopatologia em relação a cada tipo de

terapia, mas aqui estão os resultados gerais, das fontes mais citadas e conceituadas.

A primeira grande revisão da eficácia geral da psicoterapia foi realizada em 1980.[7] Uma metanálise é uma forma fundamentada de tirar conclusões mais amplas a partir de pesquisas estatísticas que se sobrepõem: se você quer saber se um medicamento para o coração é bom, naturalmente quer saber o que *todos os* estudos relevantes descobriram, não apenas um deles, e quer que sua pesquisa leve em conta as diferenças entre os estudos, ponderando-os de maneira lógica e transparente de acordo com seus métodos, tamanhos de amostra e assim por diante. A revisão de 1980 foi uma metanálise desse tipo: incluiu 475 estudos, com uma ampla gama de diagnósticos, abrangendo várias abordagens de psicoterapia. Ela encontrou um tamanho de efeito geral de 0,85.

Uma metanálise posterior analisou especificamente os resultados do tratamento da depressão[8] e resumiu os resultados de 37 estudos de psicoterapia. Encontrou um tamanho de efeito geral de 0,73. Uma revisão muito influente publicada três anos depois[9] tabulou os resultados de 18 *metanálises* de estudos de resultados de psicoterapia. Encontrou um tamanho de efeito médio de 0,75. Portanto, de modo geral, o valor geralmente reconhecido para estudos de resultados de psicoterapia é que eles mostram tamanhos de efeito entre 0,73 e 0,85. Altamente eficaz. Como tratamento, sua eficácia é comparável à dos hipoglicemiantes orais para diabetes tipo 2.

Os ensaios de terapia medicamentosa e psicoterapia não podem ser comparados com precisão, por todos os motivos metodológicos que discutimos. No entanto, a lacuna de eficácia que surgiu não é de uma escala tão pequena que as melhorias na precisão possam mudar muito o quadro. Os ISRS, os medicamentos antidepressivos mais amplamente utilizados, apresentam um tamanho médio de efeito de 0,31: menos da metade da eficácia da psicoterapia contra a depressão.[10] O mesmo se aplica à eletroconvulsoterapia (ECT), que tem um tamanho de efeito de 0,29.[11] Os ansiolíticos mais usados (benzodiazepínicos) têm um tamanho médio de efeito de 0,38.[12] O tamanho médio do efeito dos medicamentos antipsicóticos (para o tratamento da esquizofrenia) é de 0,47.[13] (O tamanho médio do efeito do tratamento adjuvante da esquizofrenia por psicoterapia é de 0,40.)[14] Em outras palavras, enquanto a psicoterapia em geral é “altamente eficaz”, os medicamentos psiquiátricos mais comuns são apenas

“moderadamente eficazes”. (Uma exceção notável é o metilfenidato, que é amplamente utilizado para o tratamento de TDAH. O tamanho médio do efeito desse medicamento é de 0,90. Por outro lado, é um medicamento um tanto arriscado, que pode ter efeitos colaterais desagradáveis e funciona apenas enquanto o paciente o estiver tomando. Por outro lado, o mesmo poderia ser dito sobre os antipsicóticos, que apresentam apenas metade da eficácia.)

Chega de falar sobre psicoterapia em geral. Vamos voltar à marca original. E quanto à boa e velha psicanálise?

A metanálise mais rigorosa foi publicada em 2006 na Cochrane Library, uma autoridade independente altamente conceituada sobre a eficácia de tratamentos médicos de todos os tipos.[15] Sua revisão incluiu 23 ensaios clínicos randomizados de terapia psicanalítica de curto prazo[16] (em que “curto prazo” significava aproximadamente 40 sessões), envolvendo 1.431 pacientes, com uma ampla gama de transtornos psiquiátricos comuns. A maioria dos psicanalistas considera 40 sessões poucas demais para fazer uma diferença real: correspondem a menos de dois meses de tratamento no ritmo padrão e a um ano em um ritmo de uma sessão por semana. No entanto, essa pesquisa produziu um tamanho de efeito geral de 0,97 para a melhora geral dos sintomas. E quando os pacientes foram examinados novamente após o término do tratamento (nove meses depois, em média), o tamanho do efeito *subiu* para 1,51. Isso é intrigante, não é?

Caso esteja se perguntando se a metanálise da Cochrane levou em conta adequadamente a “regressão à média”, também conhecida como “pessoas que melhoram naturalmente com o tempo”, ela o fez: esse enorme tamanho de efeito mostra o quanto os pacientes tratados estavam melhor do que aqueles que foram deixados a melhorar por conta própria.[IV]

O que descrevi é a metanálise mais conceituada, mas não é, de maneira nenhuma, a única.[V]

E quanto à psicanálise *de longo prazo*? No mundo real, os tratamentos psicanalíticos são normalmente realizados por mais de um ano. Uma metanálise relatada no *Journal of the American Medical Association*[17] comparou a psicoterapia psicanalítica de longo prazo (definida como 50 sessões, em média) com terapias de curto prazo para o tratamento de transtornos mentais múltiplos ou crônicos ou transtornos de personalidade. Esse estudo produziu um tamanho de efeito para a psicoterapia psicanalítica de longo prazo de 1,80 para o resultado geral. Novamente, o tamanho do

efeito aumentou no acompanhamento de longo prazo (uma média de 23 meses após o tratamento). Uma segunda metanálise, relatada na *Harvard Review of Psychiatry*,[18] examinou a eficácia da terapia psicanalítica de longo prazo (definida como 150 sessões, em média) para pacientes adultos ambulatoriais com uma variedade de diagnósticos. Para pacientes com patologia mista/moderada, o tamanho do efeito foi de 0,78 para a melhora geral dos sintomas. Esse valor aumentou para 0,94 no acompanhamento de longo prazo (uma média de 3,2 anos após o tratamento). Para pacientes com patologia grave de personalidade, o tamanho de efeito foi de 0,94. Esse valor aumentou para 1,02 no acompanhamento de longo prazo (uma média de 5,2 anos após o tratamento). Um estudo subsequente de terapia psicanalítica de longo prazo para o tratamento da depressão crônica, que ainda está em andamento (mas cujos resultados provisórios foram publicados no *Canadian Journal of Psychiatry* referentes aos resultados obtidos três anos após o início do tratamento)[19] mostra resultados ainda melhores. Os tamanhos de efeitos relatados, que aumentaram a cada ano adicional de tratamento, situaram-se entre 1,62 e 1,89 após três anos de terapia. Novamente, esses são números extremamente altos. (No entanto, o último estudo utilizou uma definição de tamanho de efeito “dentro dos sujeitos", e os dados de acompanhamento ainda não estão disponíveis, já que a pesquisa continua em andamento.)

Nesse contexto, uma revisão sistemática na *Lancet Psychiatry*[20] de 64 estudos controlados e randomizados de psicoterapia psicanalítica de curto e longo prazo concentrou-se na questão da “equivalência”. Poderiam os tratamentos psicanalíticos ser considerados pelo menos tão eficazes quanto (ou não menos eficazes do que) outros tratamentos baseados em evidências, como a TCC e a psicofarmacologia? A revisão concluiu que a psicoterapia psicanalítica é equivalente a todos os outros tratamentos com eficácia comprovada em relação a todos os transtornos psiquiátricos estudados, com a única exceção da dependência de cocaína, para a qual o aconselhamento medicamentoso é melhor. (*Seria* a cocaína: a notória fraqueza de Freud.)[VI]

Se a terapia psicanalítica não fosse pelo menos tão eficaz quanto a TCC, seria difícil entender a constatação de que, quando os praticantes de TCC precisam de terapia para si mesmos, eles escolhem, principalmente, a terapia psicanalítica.[21]

Aqui está o ponto principal. De acordo com a definição médica padrão, até mesmo tratamentos psicanalíticos relativamente breves podem ser

descritos com segurança como “altamente eficazes”, e não por uma margem estreita: levando em consideração as pontuações de acompanhamento, para determinadas condições, até mesmo tratamentos curtos de psicanálise parecem tão confiáveis quanto, digamos, a insulina no controle do diabetes tipo 1 ou a vacina contra o HPV na prevenção do câncer cervical. O mais impressionante é que há uma constatação consistente de que a melhora nos sintomas perdura no acompanhamento e, também, de que os pacientes que recebem psicoterapia psicanalítica *continuam* a *melhorar* após o término da terapia.

Isso é chamado de “efeito sonífero” e é, de fato, muito interessante. Parece ocorrer somente com a terapia psicanalítica; mesmo psicoterapias relativamente semelhantes não apresentam esse efeito no mesmo grau. A inferência natural é a de que o mecanismo *causal* da terapia psicanalítica deve, de alguma maneira, continuar funcionando após o término do tratamento, de modo que o paciente continue a acumular benefícios. Mas que mecanismo seria esse?

Em relação a essa questão, descobrimos que a teoria freudiana e a neuropsicologia moderna estão tão alinhadas que dificilmente se poderia colocar uma folha de tabaco entre elas.

Quando Freud escreveu a Fliess, em 1896, que o que era essencialmente novo em sua teoria era “a tese de que a memória está presente não uma vez, mas várias vezes, que ela é estabelecida em vários tipos de indicações”, ele incluiu este desenho em sua carta:[22]

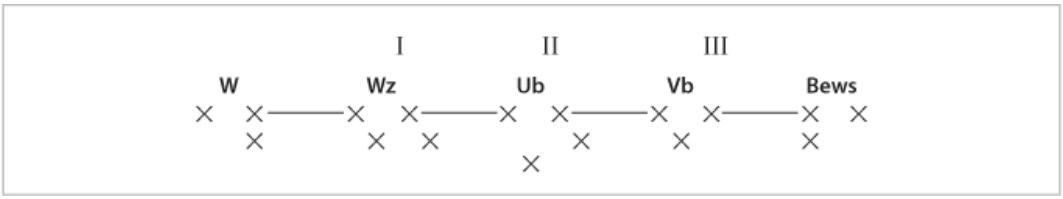


Figura 2

“*W*” significa percepção, “*Wz*” significa traço perceptual e, em seguida, os três principais sistemas de memória de Freud: “*Ub*” (inconsciente); “*Vb*”

(pré-consciente) e "*Bw*" (consciente). No modelo padrão de memória utilizado atualmente na neuropsicologia, esses três sistemas receberam nomes diferentes, mas ainda têm a mesma relação funcional entre si:

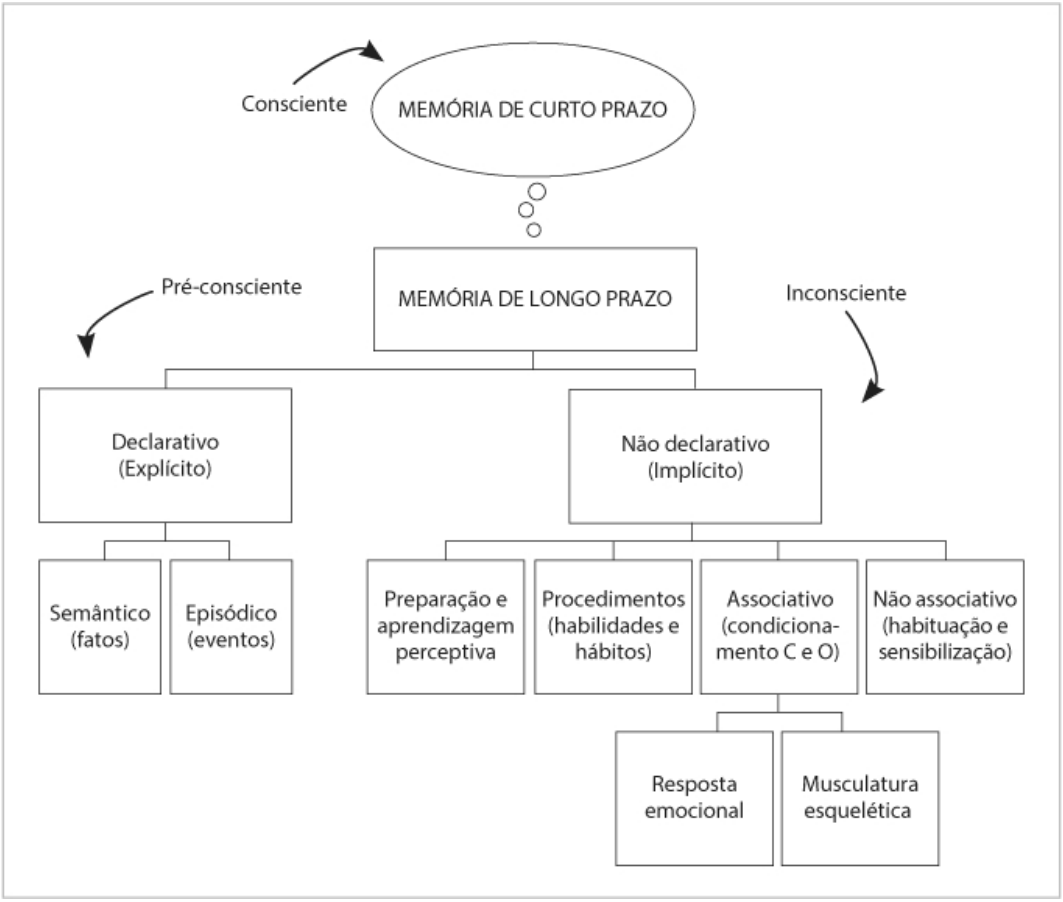


Figura 3

O primeiro sistema é chamado de "memória de curto prazo". Freud o chamou de "consciência", e a consciência é sua característica definidora. As informações mantidas nesse sistema são aquelas das quais você está ciente *no momento*. Sua capacidade é extremamente limitada: em média, o olho da nossa mente consegue lidar com apenas sete blocos de informações em um determinado momento. Por esse motivo, os sistemas de memória de longo prazo precisam fazer a maior parte do trabalho pesado no dia a dia.

Portanto, sua memória de curto prazo está constantemente decantando seu conteúdo para o segundo sistema principal, em um processo chamado "consolidação". Esse segundo sistema é chamado de memória de longo

prazo “declarativa”, pois seu conteúdo pode ser, por assim dizer, declarado. Como as informações contidas nele podem ser trazidas de volta à consciência (ou seja, de volta à memória de curto prazo), Freud o chamou de sistema “pré-consciente”.

Por que às vezes precisamos retornar as memórias à consciência? O objetivo da memória é nos dizer como é o mundo. As memórias nos guiam por lugares e situações recorrentes. Elas registram o que parecem ser as características estruturais da realidade e também onde vimos nossas chaves pela última vez. Elas são, de fato, previsões. As memórias *dizem respeito* ao passado, mas *servem* ao futuro. É somente quando ocorre um “erro de previsão” que precisamos trazer a memória defeituosa de volta à consciência, para que seja revisada à luz do evento que nos surpreendeu. Depois de corrigida, ela pode ser “reconsolidada” de volta à memória declarativa de longo prazo.

Freud disse que “a consciência surge *em vez* de um rastro de memória”. Fisiologicamente, como sabemos agora, o processo de reconsolidação literalmente dissolve os traços de memória de longo prazo e os retorna a um estado de labilidade.[23] O mesencéfalo libera substâncias químicas neuromoduladoras para o córtex, onde as conexões sinápticas que armazenam o traço de memória que se iluminou repentinamente se dissolvem fisicamente, porque se revelou errado.

O aprendizado funciona por meio da consolidação e da reconsolidação cíclica de memórias dessa maneira até que elas tenham comprovado sua confiabilidade. Quando não sabemos o que estamos fazendo, continuamos a revisar nossas previsões pré-conscientes, trazendo-as de volta à consciência. À medida que se tornam mais confiáveis, precisam de menos atenção. Isso significa que elas passam mais tempo no segundo sistema de memória, operando de modo automático e não consciente. Uma lição que você aprendeu é aquela sobre a qual não precisa pensar, e você pensa cada vez menos sobre ela quanto melhor a tiver aprendido.

O terceiro e último grande sistema de memória é chamado de “não declarativo” porque seu conteúdo não pode ser declarado, o que significa que não pode ser trazido de volta à consciência.[VII] Isso é o que Freud chamou de “o inconsciente”. Na cultura popular, parece haver uma ideia de que — se é que ele existe — se trata de um reino de sombras semelhante ao de Oz, repleto de detritos alucinantes, memórias que se tornaram estranhas e monstruosas em função da evitação. Na maioria das vezes, é exatamente o

oposto. Os conteúdos do sistema de memória não declarativa são previsões consideradas tão confiáveis e tão constantemente em serviço que faz sentido salvá-los no formato somente leitura mais eficiente do cérebro. Mas a analogia "somente leitura" é enganosa em um aspecto importante: ao contrário das memórias declarativas, essas memórias não são *imagens* que podem ser trazidas à mente e mantidas lá enquanto pensamos nelas; em vez disso, são *políticas* — respostas comportamentais — que são "lembradas" somente quando são *executadas*. As memórias inconscientes são experiências que se tornaram infraestrutura, automáticas como reflexos.

Aqui está uma declaração típica de como os neuropsicólogos modernos tendem a enxergar as coisas:

> A regulação consciente e intencional do próprio comportamento, das avaliações, das decisões e dos estados emocionais exige um esforço considerável e é relativamente lenta. Além disso, parece exigir um recurso limitado que se esgota rapidamente, de modo que os atos autorregulatórios conscientes só podem ocorrer com moderação e por um curto período de tempo. Por outro lado, os [processos psicológicos...] não conscientes ou automáticos não são intencionais, não exigem esforço, são muito rápidos e muitos deles podem operar em um determinado momento. O mais importante é que eles não exigem esforço, estão sempre em movimento, guiando o indivíduo com segurança ao longo do dia.[24]

Freud disse basicamente a mesma coisa 100 anos antes.

Eu expliquei que as memórias declarativas e não declarativas são codificadas em formatos diferentes. Elas também são armazenadas em estruturas cerebrais diferentes. As primeiras estão alojadas no córtex cerebral; as últimas são armazenadas em regiões cerebrais *abaixo do* córtex (principalmente nos gânglios basais e no cerebelo, mas também na amígdala e em outros circuitos emocionais subcorticais).[25] Esses sistemas cerebrais não toleram atrasos. Eles funcionam por meio do que Freud chamou de "processo primário": seu resultado é rápido, altamente estereotipado e não pode ser verificado com base na experiência — o chamado "processo secundário" foi cortado do circuito. Sem a restrição dos sinais de erro recebidos, os padrões de ação de seus sistemas de memória não declarativa são fixos, por toda a vida. Você sempre pode adicionar novos, mas não pode se livrar dos que já tem.

Hoje, dividimos a memória de longo prazo declarativa e não declarativa em outros subsistemas. O mais superficial deles é a memória declarativa "episódica". As memórias episódicas assumem a forma de filmes em sua cabeça. Geralmente, usamos memórias como essas para orientar a tomada de decisões em situações incertas. Por exemplo, se estou tentando encontrar

um destino que já visitei uma vez, reproduzo o filme para ver como cheguei lá da última vez.

O próximo subsistema mais superficial é chamado de memória declarativa "semântica". As memórias semânticas também assumem a forma de imagens, mas são menos concretas do que as episódicas: elas assumem a forma não tanto de experiências em primeira pessoa, mas de generalizações em terceira pessoa. Se eu visito o mesmo destino várias vezes, como o hospital onde trabalho, é ineficiente para mim reproduzir filmes que descrevam todas as ocasiões anteriores em que estive lá. Em vez disso, faço a média desses vários episódios em um esquema abstrato: *pegue a R45. Vire à esquerda na R310. Quando chegar a Stellenbosch, pegue a Baden Powell Drive*, e assim por diante.

(A conversa que ocorre na cura pela fala acontece em palavras, é claro, mas as palavras são usadas inicialmente para recuperar e descrever experiências — memórias, pensamentos, sentimentos e afins —, portanto, são "episódicas" no início. Leva tempo para que surjam os padrões mais profundos — percepções generalizadas sobre você que podem ser consolidadas na memória "semântica".)

O terceiro nível de consolidação nos leva aos subsistemas não declarativos. Todos esses processos operam simultaneamente, mas o trabalho braçal da vida cotidiana passa gradualmente dos sistemas declarativos para os não declarativos. Hoje em dia, quando dirijo para o trabalho, não preciso manter a memória "semântica" em minha mente: dirijo até lá automaticamente, usando o subsistema não declarativo que é chamado de memória "processual". Essa função automatizada é uma eficiência valiosa, pois libera minha memória de curto prazo para pensar em outras coisas, como o que dizer ao meu chefe quando passar pela porta. Mas ela tem suas desvantagens. Às vezes, quando dirijo até a Cidade do Cabo com a intenção de ir a um lugar novo, encontro-me de volta ao Hospital Groote Schuur, tendo ido até lá no piloto automático.

As memórias processuais também são chamadas de "habilidades e hábitos" (ver a Figura 3). Quem de nós não tem hábitos ruins? Tudo o que é necessário para que um comportamento se torne habitual é que ele seja realizado muitas vezes. Sejam elas boas, ruins ou indiferentes, as previsões de procedimentos tornam-se automatizadas pela repetição bruta. Na neurociência cognitiva, dizemos que elas são "difíceis de aprender e difíceis de esquecer".

No entanto, os maus hábitos também podem ser forjados por um mecanismo diferente.

O vício evoluiu por boas razões biológicas, mas funciona cegamente. O vínculo do apego, por exemplo, que ocorre durante os primeiros seis meses de vida (e repetidamente depois disso, durante toda a vida) é mediada por receptores mu opioides no cérebro. O mesmo circuito (no subsistema de "resposta emocional" na Figura 3) pode ser acionado artificialmente com o uso de drogas opiáceas, como codeína, morfina ou heroína. Essas substâncias são altamente viciantes, pela boa razão biológica de que o vínculo de apego é absolutamente essencial. Você *precisa* se tornar viciado em seu cuidador e sofrer sintomas de abstinência se ele se afastar. No entanto, se esse circuito cerebral for enganado, a pessoa pode se tornar viciada em um gatilho artificial no lugar de um *verdadeiro* provedor de amor e cuidado. A droga de abuso, então, "substitui" uma figura de apego real. Tudo isso não soa um tanto freudiano? E, no entanto, é simplesmente o quadro neurocientífico atual.[26]

Isso nos leva a um ponto importante sobre esses sistemas de memória: os não declarativos estão totalmente operacionais no nascimento, mas os declarativos não. Como resultado, tudo o que você aprendeu durante os dois primeiros anos de sua vida é totalmente inconsciente e automatizado e nunca poderá ser reconsolidado na consciência. Os sistemas de memória episódica e semântica são ativados somente durante o terceiro ano de vida. Isso produz a "amnésia infantil".

No caso do vínculo de apego (por exemplo), isso não é um problema, desde que você tenha se apegado a um cuidador suficientemente bom. Mas alguns de nós não têm tanta sorte. O que você faz se suas duas únicas opções são um pai violento e uma mãe retraída? Naturalmente, você se apega à opção menos ruim. Mas, então, pelo resto da vida, sempre que precisar de cuidados amorosos, sua resposta automática será procurar alguém retraído. Você não tem ideia de que está fazendo isso, não tem controle sobre isso e (por essa mesma razão) não pode revisar a previsão original que deu origem a esse comportamento.

Além disso, se esse foi o seu início de vida, e as figuras de apego pelas quais você se sente atraído não são realmente muito boas em cuidar de você, então a necessidade emocional que o atrai a elas permanecerá cronicamente não atendida. Isso significa que uma *necessidade básica* sua não é suprida: uma necessidade que é encontrada em todos os mamíferos, já

que todos os mamíferos precisam ser amamentados. Por esse motivo, um sistema de alarme biológico (homeostático) é acionado. Jaak Panksepp deu a esse sistema de alarme o nome de PANIC/GRIEF: ele evoluiu para nos fazer reagir à separação e ao abandono de modo a maximizar nossas chances de sobrevivência.[VIII] Ele funciona como o tipo mais profundo de memória não declarativa: um padrão de ação estereotipado, comprovado ao longo de eras evolutivas. *Primeiro, uivar*. *Depois, desistir*. (Primeiro "protesto", depois "desespero", na nomenclatura de John Bowlby.)[27] Como essa é uma previsão inata — um instinto, e não uma memória — você não sabe por que faz isso.[IX] Mas o sentimento o atrai, o tempo todo, em algum lugar além das palavras.

Uma pessoa com esse início de vida terá uma alta probabilidade de sofrer de transtorno depressivo maior.[28] Ela continuará sentindo a dor da separação e da perda e sentirá vontade de jogar a toalha. E como as memórias não declarativas não podem ser devolvidas à consciência, elas não terão ideia de onde vem sua infelicidade.



Nos primeiros minutos de sua consulta inicial, os pacientes que buscam ajuda psicológica geralmente me dizem com que sentimento estão lutando. Eles podem dizer algo como: "Não sei como lidar com situações sociais. Sinto-me inepto. Estou sempre do lado de fora; é como se todo mundo soubesse o que fazer e dizer e eu não".

Sentimentos indesejados são quase invariavelmente o que leva as pessoas a consultar psicoterapeutas em primeiro lugar. Esses sentimentos me dizem *qual de suas necessidades emocionais não está sendo atendida*. O objetivo da psicoterapia é sempre ajudar nossos pacientes a encontrar melhores maneiras de satisfazer suas necessidades emocionais. Não me envergonho de colocar isso de forma tão simples. A vida da mente é complicada, por isso é um alívio poder dizer algumas coisas de maneira clara e simples.

Quando se trata de sentimentos (que são, nunca esqueça, coisas conscientes), o que você vê é o que você tem. A tarefa inicial do psicanalista não é, portanto, a análise, mas a classificação. Freud chamou a propriedade de ser consciente de "nosso único farol na escuridão da psicologia profunda".[29] Então, por que não usá-lo? A primeira tarefa do

clínico é reconhecer a constelação de queixas conscientes que o paciente está *vivenciando* e classificá-la de acordo.

O meu paciente cuja queixa apresentada era "não sei como lidar com situações *sociais*" estava descrevendo ansiedade social. Ele continuou: "É como se todo mundo soubesse o que fazer e dizer e eu não. Também era assim quando eu estava na escola. Quero me sentir mais confiante. Embora eu saiba que conquistei muito, ainda não me sinto assim. Quero ser respeitado. Para ser sincero: quero ser admirado". Portanto, esse paciente estava angustiado com seu *status* social. (Observe as palavras de sentimento: confiança, realização, respeito, admiração.) Por mais estranho que possa parecer, o *status* social — assim como o vínculo de apego — é uma necessidade básica dos mamíferos. Os mamíferos são animais sociais; eles vivem em grupos, e seus grupos são organizados hierarquicamente. Quanto mais alta for sua posição na hierarquia, maior será seu acesso aos recursos do grupo. Se você — mamífero que é — aprende a atender a essa necessidade, sente-se bem de uma maneira específica; se não consegue atendê-la, sente-se mal de uma maneira específica — como aconteceu com esse paciente.[X] A primeira tarefa do clínico é reconhecer a constelação de sentimentos ruins — a *síndrome* — e classificá-la de acordo.

Na época de Freud, tínhamos uma taxonomia muito inadequada das necessidades básicas do animal humano. Inicialmente, Freud acreditava que todos os prazeres e desprazeres eram *sexuais* e, por isso, atribuiu sua inegável variedade ao que ele chamou de "componentes" de uma hipotética e abrangente pulsão sexual. O primeiro desses componentes foi chamado de libido "oral"; o segundo, de libido "anal"; o terceiro, de libido "fálica"; e o quarto, de libido "genital". Atualmente, apenas a última delas é reconhecida como sexual na taxonomia de pulsões usada na neurociência afetiva.[XI]

Freud teria classificado a necessidade não atendida (a "fixação disposicional", como ele a chamava) do paciente que estamos discutindo aqui como a da libido fálica. (O meu é maior que o seu, e tudo mais.) Os psicanalistas que acompanharam os desenvolvimentos da neurobiologia, no entanto — como Freud sempre esperou que fizéssemos —, reconheceriam o sofrimento emocional desse paciente como um fracasso na capacidade de brincar (isto é, na necessidade mamífera básica de se sentir aceito, incluído, confiante, bem-sucedido, respeitado, admirado etc.).

Uma vez feito isso, o enigma se torna: por quê? Por que esse paciente sofre com esse sentimento em particular? Há sempre duas fontes de

evidência. A primeira é o histórico de desenvolvimento do paciente. Uma vez que eu sei qual necessidade não está sendo atendida, ouço a história do paciente com isso em mente. Como ele lidou com essa necessidade durante a infância? A resposta pode levar algum tempo para surgir, mas, pelo menos, sei o que estou procurando. A segunda fonte de evidência é o padrão de comportamento do paciente em seus relacionamentos emocionais *atuais*. Quando alguém continua fazendo algo que não faz muito sentido, essa é uma grande pista sobre como cresceu: basta imaginar o tipo de contexto em que isso faria sentido.

Eis um exemplo. Uma mulher de trinta e poucos anos com diagnóstico de transtorno de personalidade *borderline* me procurou para pedir ajuda para suas dificuldades de relacionamento. Ela se sentia rejeitada e abandonada por seus entes queridos, especialmente pelos namorados, mas também por seus amigos mais próximos. O que logo se tornou evidente foi que ela passava de crise em crise, de uma maneira que, a princípio, parecia não ter relação com seus problemas de relacionamento. Quase toda semana havia algo novo: ela se envolveu em um acidente de carro, depois quebrou o braço ao tropeçar em um paralelepípedo, depois contraiu covid-19, depois deixou cair o celular no vaso sanitário, depois contraiu covid novamente, depois deixou a bolsa em um restaurante, e assim por diante.

À medida que o tratamento continuava, fui aprendendo sobre sua infância. Ela era a segunda de três filhos. Seus pais se divorciaram quando ela tinha quatro anos de idade, e ela morava com a mãe, uma advogada ocupada. Ligando os pontos de suas memórias, ficou evidente que as únicas vezes em que ela recebia toda a atenção da mãe eram aquelas em que estava com problemas suficientemente sérios; quando ficava doente, reprovava em um exame ou quebrava um dedo do pé. Com base nisso, acabei deduzindo a previsão reprimida: *a melhor maneira de obter atenção amorosa é passar por uma crise*. Isso é típico das previsões reprimidas: elas são tolas e irreais, mas também representam a melhor solução que a criança conseguiu encontrar na época. Quando a previsão se torna automatizada, ou seja, quando o problema é “esquecido”, ela não está mais sujeita a revisão, mesmo quando o paciente cresceu e poderia facilmente encontrar maneiras melhores de obter atenção amorosa. Assim, torna-se um padrão recorrente de comportamento.

Em nosso exemplo atual, esse padrão era precisamente a tendência de saltar de crise em crise; mas não teria ficado evidente para mim que esse

padrão tinha algo a ver com a tentativa de obter cuidado e atenção se eu não soubesse que o sentimento do qual o paciente sofria era, essencialmente, angústia de separação.

Em um transtorno emocional está embutida a tentativa (inconsciente) do paciente de realizar algo — especificamente, de satisfazer uma necessidade emocional. Todos os sintomas de todos os transtornos indicam problemas subjacentes, mas esse é um sentido adicional no qual os sintomas psiquiátricos *significam algo*. Quando li Freud pela primeira vez e me formei como psicanalista, disseram-me que os sintomas psiquiátricos expressam os desejos reprimidos dos pacientes. Isso nunca fez sentido para mim. Como os sintomas (que são desagradáveis) poderiam expressar *desejos*? Foi só mais tarde que entendi: o que Freud chamou de "desejos reprimidos" são previsões infantis irrealistas sobre como satisfazer uma necessidade emocional.

Por acaso, essa paciente em particular não se lembrava de ter pensado: "A melhor maneira de chamar a atenção da minha mãe é me meter em encrencas; portanto, de agora em diante, vou continuar arranjando problemas para mim mesma"; isso foi uma inferência de minha parte. Mas a inferência nem sempre é necessária: muitos pacientes fazem previsões ruins das quais estão perfeitamente conscientes ou das quais são capazes de se tornar conscientes. Essas são o que chamamos de previsões "declarativas" e o que Freud chamou de desejos ou fantasias pré-conscientes.[XII] Há muitas coisas sobre as quais podemos pensar, mas preferimos não pensar. Nesses casos, a tarefa do terapeuta é relativamente simples: ele deve chamar a atenção do paciente para a previsão errônea e problematizá-la. Isso proporciona ao paciente a oportunidade de repensar a previsão com a ajuda do terapeuta e chegar a uma solução melhor.

Muitas formas de psicoterapia funcionam dessa maneira, sendo a terapia cognitivo-comportamental (TCC) apenas o exemplo mais conhecido. Se a previsão ruim for declarativa, então a tarefa do terapeuta é essencialmente incentivar o paciente a respirar fundo e olhar para os fatos sob uma nova luz. Na TCC,[30] o terapeuta muitas vezes vai além e sugere melhores previsões ao paciente, passando-lhe até "lição de casa" para praticar a aplicação dessas novas soluções. Em muitos casos, isso é tudo o que é necessário, e é por isso que a TCC obtém resultados tão bons.

Entretanto, em outros casos, o paciente não tem ideia de por que está fazendo o que está fazendo ou de que isso tem qualquer relação com seu

sofrimento. Além disso, ele não tem controle sobre isso e, portanto, não pode parar. Isso ocorre porque a previsão que gera o comportamento é *reprimida*. "Reprimido", como Clifford Yorke me informou, não significa "não quero pensar sobre isso". Significa "não consigo pensar sobre isso"; a previsão está trancada na memória não declarativa, onde deve ser inexorável e involuntariamente (e inexplicavelmente) repetida, não em ideias, mas em ações.

Essa forma de encenação é chamada de *transferência*. Muitas pessoas (inclusive muitos especialistas) imaginam que esse termo se refere apenas ao que os pacientes pensam ou sentem sobre seus terapeutas. Na verdade, a transferência para um terapeuta não é diferente da transferência para um cônjuge, chefe, amigo ou qualquer outra pessoa. Sempre que nos deparamos com uma necessidade emocional que não pudemos dominar na infância, produzimos uma resposta estereotipada (a "menos pior" que conseguimos criar naquela época). Essa resposta é transferida do passado para o presente, como se o passado fosse idêntico ao presente.

O grande valor de tais encenações para o terapeuta, no entanto, é que elas acontecem *agora*. As previsões reprimidas não podem ser lembradas do passado, mas podem ser *percebidas* (quando encenadas) no presente, e os terapeutas podem chamar a atenção de seus pacientes para elas e torná-los conscientes do que estão fazendo.

Antigamente, os analistas consideravam necessário ser completamente neutro e se comportar com indiferença em relação aos pacientes, para não "contaminar" a transferência: criar uma tela em branco na qual os pacientes pudessem projetar seus roteiros internos. Isso explica boa parte do que muitas pessoas consideravam uma conduta bizarra ou escandalosa por parte dos analistas. Era prática comum, por exemplo, os analistas deixarem um presente dado a eles por um paciente exatamente onde foi colocado, sessão após sessão, até que o paciente obtivesse "*insight*" suficiente sobre sua motivação para retirá-lo. Os críticos estavam certos: comportar-se como um robô não é neutro; é muito estranho. É provável que instigue os pacientes a reagir de maneiras que normalmente reagiriam a pessoas frias e antipáticas, não necessariamente como reagiam aos pais ou a outras pessoas importantes durante a infância.

De qualquer maneira, você não precisa estimular as transferências; pelo contrário, você não consegue impedi-las. Normalmente, não há nada de muito sutil em um padrão de comportamento que se repete

automaticamente diante de seus olhos. Mabel D., por exemplo, não conseguia suprimir a suspeita de que eu estava me masturbando quando claramente não estava, e isso tanto a excitava quanto a enojava (e aterrorizava), exatamente como na infância. Do mesmo modo, eu inconscientemente imitava o coxear de Clifford Yorke, assim como, quando criança, eu tentava me identificar com meu pai, embora me ressentisse do fato de ele não fazer nenhum esforço para me ajudar nisso. Tudo o que você precisa fazer é chamar a atenção do paciente para essas coisas e depois associá-las aos seus sintomas. Isso é chamado de "interpretação de transferência", na qual o terapeuta diz algo como:

1. Você consegue perceber que tende a reagir à situação emocional X fazendo Y, repetidamente?
2. Você consegue perceber que essa maneira de reagir tem como objetivo o resultado Z?
3. Você consegue perceber que não tem esse resultado?
4. Consegue perceber que é por isso que está sofrendo com o sentimento que o trouxe ao tratamento?

Ao elaborar o ponto (2), é útil usar o que você aprendeu com a história do desenvolvimento do paciente para dar corpo ao que, de outra maneira, seria uma fórmula abstrata. Assim, por exemplo: "Você consegue perceber que perder sua bolsa tinha o objetivo de fazer com que o seu namorado prestasse mais atenção em você, *assim como a sua mãe prestou mais atenção em você quando você se machucou quando era criança?*". O que leva ao ponto (3): "Não teve o resultado previsto, não é mesmo? Em vez disso, ele ficou irritado com você".

Quando apresentada de maneira esquemática, como está aqui, é difícil imaginar como uma conversa como essa poderia ser algo senão irritante. E, no entanto, na realidade, os pacientes não parecem achar que seja assim. É verdade que a primeira tentativa de interpretação geralmente é imprecisa, e o paciente precisa ajudá-lo a corrigi-la. No entanto, uma vez que a interpretação se encaixa, ela tem um efeito incrivelmente poderoso. Pela primeira vez em suas vidas, seus sintomas *fazem sentido* para eles. Além disso, torna-se evidente para eles que o sofrimento está — pelo menos até certo ponto — em suas próprias mãos. O que estão *fazendo* está contribuindo para sua angústia. Portanto, eles precisam fazer algo diferente.

Caso encerrado? Receio que ainda não. Mesmo quando o paciente aceita totalmente uma interpretação de transferência, o que invariavelmente acontece é que ele continua adotando exatamente o mesmo comportamento. Então, você faz a mesma interpretação de novo. Então, na sessão seguinte, você percebe que o paciente voltou a fazer a mesma coisa. E de novo, e de novo.

O que mais se poderia esperar? A previsão não é apagada apenas chamando a atenção do paciente para a sua encenação. Por não ser declarativa, está armazenada em regiões subcorticais, em um formato que não pode ser alterado por nenhum esforço consciente. Portanto, o paciente não tem escolha: ele não está no controle desses sistemas automatizados. O melhor que podemos esperar é que ele estabeleça gradualmente uma previsão nova e mais realista *ao lado da* antiga.

Por esse motivo, frequentemente acompanho a observação "Você fez isso de novo" perguntando ao paciente como — ao refletir — ele poderia ter lidado com a situação de modo diferente. O trabalho imaginativo de pensar sobre a situação ajuda o paciente a estabelecer previsões alternativas, um processo que Freud chamou de "elaboração". Nesse aspecto, os terapeutas psicanalíticos não tentam *ensinar a* seus pacientes novas maneiras de satisfazer suas necessidades. O objetivo da terapia psicanalítica é ajudar nossos pacientes *a encontrar* novas maneiras de satisfazer suas necessidades emocionais. Nosso objetivo não é nada mais do que libertar nossos pacientes do automatismo, da compulsão. (Isso ocorre principalmente porque não sabemos qual é a resposta "certa" para cada pessoa — o que é irônico, considerando que muitas pessoas nos veem como sabichões.) Mas há espaço para abordagens como a TCC, que também incluem componentes didáticos importantes. Algumas pessoas preferem que um especialista lhes mostre o caminho a seguir, em vez de terem de encontrar seu próprio caminho. E lembre-se: a TCC é tudo o que é necessário em muitos casos; nem toda previsão problemática tem origem na primeira infância.

Dito isso, quando o problema *é* profundamente inconsciente, pode ser útil que a mesma interpretação seja feita em vários contextos diferentes. Isso ajuda o paciente a enxergar seu padrão, mas também a consolidar uma previsão diferente que pode ser aplicada em uma ampla variedade de situações. Desse modo, várias previsões "episódicas" diferentes se consolidam gradualmente em uma única previsão "semântica". E, então,

aos poucos, mas de modo seguro, a previsão semântica se consolida mais profundamente e se torna uma previsão não declarativa: um novo hábito ou uma habilidade. Em seguida, o trabalho pesado é transferido para os sistemas inconscientes, e a nova previsão se torna tão automática quanto a anterior.

Por que o paciente muda inconscientemente do padrão antigo para o novo? Simplesmente porque o novo padrão *funciona*. Ele realmente satisfaz a necessidade subjacente, porque é o produto de uma mente adulta, operando com calma e reflexão em circunstâncias muito diferentes daquelas que prevaleciam na infância. Mesmo assim, os maus hábitos antigos ainda estão lá, na memória não declarativa, e sempre podemos voltar a eles, especialmente em momentos de estresse. As previsões inconscientes são indeléveis.

Isso também explica por que a terapia psicanalítica leva *tempo*. Os pacientes precisam de muitas sessões com alta frequência. Não pode ser diferente quando se trata de memórias não declarativas, que são, afinal, difíceis de aprender e difíceis de esquecer. Para os pacientes que precisam de diálise renal, não faria sentido que um plano de saúde os restringisse a uma sessão por mês com base na acessibilidade econômica. Não é assim que o rim funciona: os pacientes ficariam muito doentes e provavelmente morreriam.[31] O mesmo acontece com a memória não declarativa: é simplesmente assim que o cérebro subcortical funciona. Os planos de saúde que querem que nossos tratamentos produzam resultados mais rápidos estão lutando contra um objeto imóvel. Não é assim que a aprendizagem funciona.

Como você pode saber quando o trabalho está concluído? Quando o próprio paciente reconhece que está fazendo aquilo de novo, *enquanto o faz*, ele não precisa mais de um terapeuta. Nesse ponto, a escolha substituiu o automatismo. Isso não significa que o processo de mudança chega ao fim: a "elaboração" continua por muito tempo após o término do tratamento. Um paciente que ganhou *insight* sobre suas previsões reprimidas consolida gradualmente suas novas previsões mais profundamente na memória não declarativa, sem precisar da ajuda de um analista para isso. Isso explica o chamado efeito "adormecido", no qual os pacientes que se submetem à terapia psicanalítica continuam a melhorar *ainda mais* após o término do tratamento. O que era deliberado e artificial torna-se inconsciente e sem esforço: uma segunda natureza.

Isso é o que significa estar curado.

CAPÍTULO 5

Lapsos verbais

> Duas mulheres de meia-idade estão tomando chá juntas. Elas não se veem há algum tempo, e a conversa está um pouco confusa. Por fim, a Sra. Brown toma coragem para confrontar a Sra. Smith: "Não gostei do fato de a senhora ter dito à Sra. Jones que meu marido tem uma verruga na ponta do pênis". "Eu não disse à Sra. Jones que seu marido tem uma verruga no pênis", diz a Sra. Smith com veemência. "Eu disse que a *sensação* é de que tem".
>
> *– Provérbio antigo, fonte desconhecida*

QUANDO COMECEI A REUNIR MATERIAL para meu trabalho editorial na obra *Complete Neuroscientific Works of Sigmund Freud* (*Obras neurocientíficas completas de Sigmund Freud*, em tradução livre), ficou claro que eu precisava ler a correspondência de Freud, de 1880, com sua noiva, Martha Bernays. Naqueles anos, ele descrevia suas primeiras atividades de pesquisa para ela quase diariamente. Para ter acesso a essas cartas particulares, precisei da permissão de Kurt Eissler. Foi Eissler quem criou os Arquivos de Sigmund Freud na Biblioteca do Congresso, em Washington, onde ele havia recentemente reassumido a direção após o infeliz mandato do (digamos assim) cético de Freud, Jeffrey Masson.[1]

Dada sua experiência com Masson, Eissler foi cauteloso o suficiente para insistir em uma entrevista presencial. A entrevista foi realizada em sua casa, em Nova York: um apartamento escuro e cavernoso no Central Park West. Ele morava sozinho. Sua esposa, Ruth, uma colega analista e psiquiatra com quem ele havia se casado em 1936, havia falecido um ano antes, e eles não tinham filhos. Ele tinha quase 90 anos (nascido em 1908), era alto e magro, e tinha uma maneira irritante de olhar através de mim — e, às vezes, por cima de mim —, em vez de olhar para mim. Mais tarde, fiquei sabendo que isso se devia ao fato de ele ser quase cego, o que, presumivelmente, também explicava a escuridão do seu apartamento; para ele, não fazia diferença.

A jornalista da *New Yorker*, Janet Malcolm, descreveu-o como uma "mistura singular de brilhantismo, profundidade, originalidade e beleza

moral, de um lado, e obstinação, teimosia, impetuosidade e uma ingenuidade enlouquecedora, de outro”.[1] Minha primeira impressão sobre ele foi de que era francamente paranoico. Ele confundiu meu sotaque com o australiano e ficou desconfiado quando minhas respostas às suas perguntas rápidas deixaram claro que eu não conhecia nenhuma das figuras psicanalíticas que alguém *deveria* conhecer na Austrália. Felizmente, sua ansiedade diminuiu quando ele percebeu que eu tinha um parentesco distante com o falecido Wilhelm Solms, um psicanalista de segunda geração que presidiu a Sociedade Psicanalítica de Viena após a guerra, com a tarefa de garantir que os colaboradores nazistas fossem mantidos afastados.[II] Eissler me contou, com evidente satisfação, que meu parente havia dito sobre os austríacos: “Eles eram soldados terríveis, mas nazistas muito bons”.

Embora eu nunca tivesse falado com esse ilustre parente, isso garantiu minha aprovação por parte de Eissler. A partir de então, tive o prazer de ser convidado, toda sexta-feira à noite, quando estava em Nova York, para uma conversa regada a conhaque em sua casa. Eissler era o último membro sobrevivente do grupo de Freud em Viena; portanto, foi o mais próximo que cheguei de conhecer o próprio Freud.[2] Tivemos conversas extraordinariamente edificantes, cuja lembrança sempre guardarei com carinho. Ele era um grande conhecedor não apenas de Freud, mas também de Shakespeare e Goethe. Foi Eissler quem me contou a piada sobre os velhos tempos, quando até o futuro era melhor.

Uma das coisas que me impressionou era a maneira como ele falava de tópicos psicanalíticos usando o vocabulário técnico original de Freud, como se tudo fosse literalmente verdadeiro e nada tivesse mudado desde 1939. Isso contrastava fortemente com o que eu estava vivenciando no Instituto de Psicanálise de Londres, que era essencialmente uma sociedade kleiniana à época da minha formação. Esse foi outro motivo pelo qual Eissler não confiou em mim no início; ele supôs que eu fosse um discípulo de Melanie Klein. Ele tinha uma opinião muito negativa sobre os kleinianos e também, ao que parecia, sobre quase todas as escolas de psicanálise que se desviavam de algum modo do que o próprio Freud escrevera — fosse em publicações ou em suas correspondências inéditas, que Eissler havia preservado com tanto zelo para a posteridade.

Quando comentei que a prática da psicanálise parecia estar mudando nos Estados Unidos, ele me interpretou como se eu estivesse dizendo que a

psicanálise estava sendo destruída. Então, ele respondeu:

> Eu disse a mesma coisa ao meu analista — o Dr. Aichhorn — depois dos horrores da Segunda Guerra Mundial. Ele respondeu que havia dito o mesmo ao professor Freud após a Primeira Guerra Mundial. Então, veja bem, Dr. Solms, o que você está me dizendo é o que cada geração de analistas diz à geração anterior. A única diferença é que, desta vez, o senhor está certo.

Só me recordo de Eissler ter feito uma crítica sobre a psicanálise da velha guarda. Ele me disse que estava sofrendo da "nostalgia incontinente" da velhice, que produzia lembranças vívidas da infância que não estavam disponíveis anteriormente. Descobriu-se que essas lembranças contradiziam algumas das reconstruções de Aichhorn sobre seus primeiros anos. Eissler parecia genuinamente chocado com isso, uma sugestão tardia de falibilidade no edifício ao qual ele havia dedicado sua vida inteira.

Não importava o quanto ele parecesse estar fora do tempo, eu me agarrava a cada palavra sua: tentava absorver o máximo que podia daquela era perdida, talvez até mesmo para captar um traço (ou ao menos um eco) da personalidade do próprio Freud. Eissler sempre encerrava nossos encontros depois de exatamente 50 minutos de conversa; os mecanismos da sua memória processual ainda funcionavam com uma precisão notável. Sem olhar para o relógio, o velho se levantava e fazia um gesto em direção à porta.

Não me lembro dos detalhes de todas as minhas conversas com ele. No entanto, depois de uma delas, no inverno de 1993, Eissler me escreveu:

> Prezado Dr. Solms,
> Obrigado pela hora agradável. A análise está em boas mãos com o senhor. [...]
> K. R. Eissler

Sua nota me forneceu uma considerável e muito necessária dose de coragem quando, dois anos depois, fui nomeado editor da *Revised Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud (Edição padrão revisada das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, em tradução livre).

Essa tarefa era muito mais assustadora do que apenas os trabalhos neurocientíficos, e o resultado, todos os 24 volumes, levou pouco menos de três décadas para ser concluído.[3] Freud já é extremamente controverso, e não existe uma maneira "correta" de traduzir quem quer que seja; portanto, tenho certeza de que fiz muitos novos inimigos. (Jean Laplanche, por

exemplo, que supervisionou a tradução das obras psicológicas completas de Freud para o francês, chamou a escolha do meu antecessor inglês da palavra "anáclise" para a *Anlehnung* de Freud de “um termo bárbaro e sem vida”. Jim Underwood, um tradutor rival de Freud para o inglês, acusou meu antecessor de “jogar a integridade profissional ao vento” por usar outro neologismo, “catexia”.)[4]

Mesmo assim, não me arrependo de ter assumido essa incumbência. Não há como traduzir sem se perguntar repetidamente, frase por frase, o que o autor está tentando dizer. Que ideia está sepultada nessas palavras? Isso cria um relacionamento estranhamente íntimo — em alguns dias filial, em outros paternal —, com admiração e exasperação se perseguindo mutuamente pelo escritório.

Kurt Eissler morreu em 1999. Em suas cadências, eu podia ouvir com frequência a voz de Freud. Mais tarde, examinando esses escritos centenários, o som dela — solenidade tingida de ironia — ocasionalmente sugeria uma nuance de significado que poderia escapar ao leitor comum, mesmo no original em alemão.

O que quero dizer é que talvez não haja ninguém vivo que tenha passado mais tempo com Freud do que eu.



A maior parte das controvérsias em torno do tradutor autorizado anterior de Freud, James Strachey, pode ser resumida em uma única queixa: a de que ele teria “cientificizado falsamente” sua fonte.[5] O psicanalista Bruno Bettelheim argumentou que o termo *Seele* de Freud deveria ter sido traduzido como “alma” (em vez de “mente”) e que o título de seu livro *Die Traumdeutung* (*A interpretação dos sonhos*) na verdade sugeriria “adivinhação” em vez de interpretação. Ele argumentou que Freud, que supostamente não tinha nenhum compromisso com as restrições da sociedade educada, nunca teria aceitado a interpretação de Strachey de *Kultur* como “civilização”. Mas o que mais irritou Bettelheim e seus numerosos aliados foi a maneira como Strachey traduziu palavras alemãs cotidianas, como *Besetzung*, *Ich*, *Es* e *Überich*, usando neologismos derivados do grego antigo e do latim: "catexia", “ego”, “id” e “superego” (no lugar dos coloquiais “ocupação”, “eu”, “isso” e “sobre mim”, respectivamente).[6]

Receio que essa objeção possa revelar uma falta de familiaridade com as convenções da escrita científica em alemão e inglês. Em alemão, é normal usar termos descritivos cotidianos para designar aquilo que, na ciência em língua inglesa, é indicado por neologismos do grego antigo e do latim. O que os químicos alemães chamam de *Wasserstoff* (“material aquoso”) e *Sauerstoff* (“material azedo”), por exemplo, chamamos de “hidrogênio” e “oxigênio” em inglês. Na neuroanatomia, a principal disciplina de Freud, os cientistas de língua alemã denominam um corpo de fibras em forma de viga, que chamamos de “corpo caloso”, de *das Balken* (a “viga”); uma ponte de fibras, que chamamos de “ponte”, de *die Brücke* (a “ponte”); e quatro saliências na parte posterior do mesencéfalo, que chamamos de “corpos quadrigêmeos”, de *die Vierhügel* (as “quatro colinas”). Uma pequena parte do cérebro pendurada na parte posterior da ponte, que chamamos de “cerebelo”, eles denominaram *das Kleinhirn* (o “pequeno cérebro”), para contrastar com o que chamamos de “cérebro” (que eles chamam de das *Großhirn*, o “grande cérebro”).

Nesse contexto, traduzir o termo de Freud *das Ich* (em seu sentido técnico) como “o eu” seria um pouco como traduzir *Sauerstoff* como “material azedo”. Poderia ser interessante, mas também seria ridículo, e soaria menos como ciência do que quando Freud o escreveu. Mais precisamente, soaria menos científico do que Freud pretendia que fosse; e a psicanálise já tem problemas suficientes nesse aspecto. Já citei a observação de Freud no sentido de que “as deficiências em nossa descrição [do aparelho mental] provavelmente desapareceriam se já estivéssemos em condições de substituir os termos psicológicos por termos fisiológicos e químicos”. Ele continuou: “É verdade que eles também são apenas parte de uma linguagem figurada; mas é uma linguagem com a qual estamos familiarizados há muito tempo e que talvez seja também mais simples”.[7]

Como é convencional na ciência alemã, o vocabulário técnico de Freud era, em sua maior parte, o alemão corrente empregado de modo ligeiramente incomum ou ampliado. O jargão de Strachey é inegavelmente um artifício, uma intervenção que pode parecer tão radical e peculiar em sua própria maneira quanto uma análise freudiana de sonhos. Para alguém que, como eu, acredita que Freud foi muito mal compreendido, esse é um exemplo tentador. Embora as questões de terminologia básica permaneçam sem solução, não seria justificável traduzir o alemão científico de Freud

para um inglês que dialogue com meus colegas cientistas? O Freud que conheci é, acima de tudo, um cientista que ama a verdade.

Ele também é um ferreiro das palavras. Ele escreve com clareza incomum, sem floreios, e sempre tem em mente as possíveis dúvidas e confusões do leitor, abordando-as diretamente à medida que desenvolve seu argumento. A partir de 1900, ele não se cansa de explicar alguns pontos, não importa quantas vezes já o tenha feito. Isso se aplica principalmente às suas explicações e justificativas admiravelmente pacientes da sua conclusão de que "mental" não é sinônimo de "consciente". De fato, é exatamente nesse ponto que às vezes o considero irritante. Ele nos diz repetidas vezes, como um paciente encenando uma transferência, que o mental é inconsciente "em si mesmo" (*an sich*). O que isso significa? Posso esclarecer, mas apenas porque ele mesmo acabou explicando, em 1938, em um ensaio publicado postumamente intitulado "Esboço de psicanálise": Freud quis dizer que a mente representa a si mesma do mesmo modo que representa coisas *externas* em si mesmas (no sentido de Kant), ou seja, por meio da interface da consciência fenomenal. Em outras palavras, sua experiência de sua própria mente não é mais idêntica à realidade de sua mente do que sua experiência de uma cadeira é idêntica aos átomos constituintes da cadeira.

Em outros pontos, não posso afirmar o que ele quis dizer, pois estaria adivinhando. Eis um exemplo. Freud sempre insistiu que, ao contrário das ideias, os sentimentos (também chamados de afetos ou emoções) são conscientes por definição. É justo, mas por quê? Ele explica:

> Toda a diferença decorre do fato de que as ideias são catexias — basicamente de traços de memória —, enquanto os afetos e as emoções correspondem a processos de descarga, cuja manifestação final é percebida como sentimentos.[8]

Não entendeu? Eu também não.



O que está claro para mim é que a trajetória geral dos escritos de Freud foi uma tentativa baseada em princípios de descrever, em termos *funcionais*, como é o cérebro, ou melhor, como ele funciona, quando estudado a partir da perspectiva subjetiva.

Neste livro, já estou usando alguma terminologia freudiana em uma variação bastante livre. *Funcionalismo* para “metapsicologia”, *previsão* para “desejo”, *previsão-erro* para “teste de realidade”, *figura de apego* para “objeto de amor”, *automatizado* para “processo primário”, *declarativo* para “pré-consciente”, *ativação* para “catexia” e assim por diante. Com um simples comando de localizar e substituir nas traduções de Strachey, é possível fazer com que Freud soe bastante como um neurocientista do século XXI.

Aqui está um exemplo, que talvez lhe pareça familiar:

> Como resultado do vínculo que foi assim estabelecido, da próxima vez que essa necessidade surgir, um impulso psíquico surgirá imediatamente, buscando recategorizar a imagem mnêmica da percepção e evocar a própria percepção, ou seja, restabelecer a situação da satisfação original. Um impulso desse tipo é o que chamamos de desejo; o reaparecimento da percepção é a realização do desejo; e o caminho mais curto para a realização de um desejo é aquele que leva diretamente da excitação produzida pela necessidade a uma catexia completa da percepção.[9]

Aqui está novamente, reconfigurado:

> Como resultado do vínculo que foi estabelecido, na próxima vez que esse desvio homeostático surgir, surgirá imediatamente um impulso neural que buscará reativar o traço de memória da percepção e evocar novamente a própria percepção, ou seja, restabelecer a situação da satisfação original. Um impulso desse tipo é o que chamamos de previsão; o reaparecimento da percepção é a confirmação da previsão; e o caminho mais curto para essa confirmação é aquele que leva diretamente do desvio homeostático para uma reativação completa da percepção.

A razão pela qual essa passagem parece familiar é porque eu a citei antes, em uma tradução que estava no meio do caminho entre as duas versões que acabei de fornecer (ver p. 83). Essas novas alterações nos permitem reconhecer melhor a profunda semelhança entre o conceito de Freud de “identidade perceptual” e os modelos contemporâneos de “alucinação controlada”. Mas por que parar por aí? Vamos nos permitir um pouco mais de liberdade em nossa reconstrução.

Matthew Cobb desprezou o *Projeto para uma psicologia científica* de Freud, chamando-o de “documento estranho”, sem relevância para nossa compreensão do cérebro.[10] Allan Hobson foi francamente rude em relação a isso, “denunciando” Freud como um criptobiólogo cujas teorias se baseavam em uma neurofisiologia antiquada: não familiarizado com a inibição central no sistema nervoso, seu aparelho mental (de acordo com Hobson) funcionava bombeando um fluido nervoso hipotético chamado Q

por um conjunto de tubos interconectados — como as marionetes hidráulicas que tanto impressionaram Descartes nos jardins reais de Saint-Germain.

Você pode fazer essa afirmação, se assim desejar, mas somente se o foco recair sobre os pequenos detalhes que Freud errou. Se, em vez disso, você se concentrar no quadro muito mais amplo que ele acertou, reconhecerá, como fez Friston (e Ostow antes dele), que a "energia livre" que impulsiona o aparelho mental de Freud não é fundamentalmente diferente dos processos de redução de incerteza que regem o Princípio da Energia Livre como o entendemos hoje.

Aqui estão as linhas iniciais do "Projeto" de Freud, na tradução de Strachey:

> A intenção é fornecer uma psicologia que seja uma ciência natural, ou seja, representar os processos psíquicos como estados quantitativamente determinados de partículas materiais especificáveis, tornando, assim, esses processos perspícuos e livres de contradição. Duas ideias principais estão envolvidas: (1) O que distingue a atividade do repouso deve ser considerado como Q, sujeito às leis gerais do movimento. (2) Os neurônios devem ser considerados como as partículas materiais.[11]

Recentemente, "retraduzi" a passagem da seguinte maneira:

> A intenção é tentar, mais uma vez, fornecer uma psicologia que seja uma ciência natural; isto é, representar os processos mentais como estados quantitativamente determinados de elementos físicos especificáveis, tornando, assim, esses processos perspícuos e livres de contradição. Duas ideias principais estão envolvidas: (1) O que distingue a atividade do repouso deve ser considerado como F,[III] sujeito às leis gerais da informação.[IV] (2) Os neurônios devem ser considerados como os elementos físicos.[12]

Isso não foi feito em minha capacidade como editor da *Revised Standard Edition* (isso, sim, seria jogar a integridade profissional para o alto). Em vez disso, tratava-se de uma tentativa de seguir o conselho do colaborador de Luria, Karl Pribram, que ficou surpreso com a profundidade dos *insights* de Freud quando o *Projeto* não publicado veio à tona pela primeira vez na década de 1950. Com base nesse trabalho, Pribram "deu as boas-vindas à psicanálise de volta às ciências naturais", descrevendo o *Projeto* de Freud como um "prefácio à teoria cognitiva contemporânea e à neuropsicologia".[13] Ele sugeriu, em vários artigos e em um livro, que a reintegração da psicanálise de Freud com a neurociência contemporânea beneficiaria enormemente ambas as disciplinas.[14] Vinte anos mais tarde, o neurofisiologista e ganhador do Prêmio Nobel Eric Kandel expressou

sentimentos semelhantes, escrevendo que “a psicanálise ainda representa a visão mais coerente e intelectualmente satisfatória da mente”[15] e pedindo “uma nova estrutura intelectual para a psiquiatria”[16] com base em sua integração com a neurociência.

Vinte anos mais tarde, publiquei uma versão atualizada. Pribram havia chamado o *Projeto* de Freud de “a Pedra de Roseta da psicanálise e da neurociência”, e as Pedras de Roseta são, obviamente, de interesse primordial para os tradutores. No entanto, em vez de simplesmente traduzir o alemão para o inglês, eu quis substituir os conceitos funcionais originais de Freud por conceitos modernos funcionalmente idênticos. O artigo foi publicado em uma revista interdisciplinar, acompanhado de comentários abertos escritos por psicanalistas e neurocientistas que compartilhavam as aspirações de Pribram para o futuro da ciência mental. O comentário de Karl Friston foi particularmente encorajador:

> Essa é uma conquista notável, mas não totalmente inesperada. [...] Considerando que Freud construiu sobre as bases lançadas por Helmholtz, a reunião do pensamento freudiano e helmholtziano no *Novo Projeto* não deveria ser uma surpresa. Embora os detalhes matemáticos possam levar alguns anos para serem amarrados com precisão e elegância, creio que todo o trabalho pesado já foi realizado com essa monografia (re)visionária.[17]



É claro que há um sentido no qual, quando queremos fazer alguém parecer razoável, tentamos fazer com que pareça que essa pessoa concorda conosco — como se o que pensamos fosse a verdade. Ainda assim, alguns dos escritos de Freud não são tão passíveis de tradução dessa maneira; e, quando discordamos dele ou não conseguimos compreendê-lo, talvez sejamos nós os culpados.

Em um belo e importante artigo intitulado *Luto e melancolia* (1917), por exemplo, Freud escreveu que, em alguns casos de depressão, após a perda de um objeto de apego, “a sombra do objeto caiu sobre o ego”.[18] Schatten só pode significar sombra, mas aqui estamos lidando com uma metáfora. Que tipo de sombra é lançada por um ente querido perdido? Seria o traço persistente de sua memória como um objeto perdido? Seria a presença do objeto que agora é sentida apenas de modo negativo, por sua ausência? Seria o lado escuro do objeto, seu resíduo menos amado? Seria um eclipse parcial do sujeito? Seja qual for o significado, é poesia: um rearranjo do

alfabeto da ciência. Se a psicanálise fosse *apenas* ciência, então Freud não teria necessidade de escrever assim.

Em outros momentos, no entanto, ele realmente parece ter se enganado. Se o pênis é invejado, então certamente não é porque a anatomia genital dos mamíferos "é o destino",[19] mas, sim, porque nossa inevitável hierarquia social foi organizada de uma maneira particular — que pode ser modificada. (Em grupos de bonobos, por exemplo, as fêmeas costumam dominar.) Outro erro notável foi a afirmação de Freud de que "o id" — o repositório de nossas pulsões — é inconsciente. Se "o princípio do prazer governa a passagem dos eventos no id com força despótica",[20] como Freud afirmou, então como ele pode ser inconsciente? Qual é o sentido de um prazer que não se sente? Como pode Freud, que afirmou (corretamente) que os sentimentos são sempre conscientes, também afirmar que o princípio do prazer governa algo inconscientemente? O id e o inconsciente são, claramente, agências mentais diferentes.

Seu postulado de uma "pulsão de morte" foi outro erro flagrante. Ele afirmou que "o objetivo de toda vida é a morte".[21] Será mesmo? Sua evidência era o fato de que a busca pelo prazer tem seus limites; eventualmente, estamos fartos e só queremos ser deixados em paz. Ele estava certo ao intuir, tardiamente, que uma profunda força motivadora dentro de nós está "além do princípio do prazer": o que ele chamou de "princípio do Nirvana". Essa força, ele reconheceu, não busca o prazer, mas a quietude. No entanto, a biologia moderna nos ensina que essa quietude é a homeostase: em outras palavras, a saciedade, o estado ideal da vida, que é tudo menos mortal. O prazer nos informa que estamos indo na direção certa: *rumo à* quiescência.



E depois há o sexo. A maioria das controvérsias em torno das teorias de Freud pode ser atribuída a uma única afirmação problemática: a de que os transtornos mentais de todos os tipos surgem de falhas na satisfação não de quaisquer necessidades emocionais, mas especificamente *das sexuais*.

Suas bases para fazer essa afirmação eram, em primeiro lugar, empíricas. O objetivo da técnica psicanalítica era rastrear os sintomas dos pacientes até os eventos da vida que ocorreram quando os sintomas apareceram pela primeira vez. Isso o levou a uma descoberta surpreendente,

em sua opinião: os transtornos neuróticos eram sempre desencadeados por (1) experiências sexuais prematuras ou (2) um método insatisfatório de obter satisfação sexual. Além disso, ele afirmou que essas duas causas produziam diferentes tipos de neurose, que ele chamou de "*psico*neuroses" e "neuroses *atuais*", respectivamente. De acordo com o jovem Freud, as psiconeuroses decorrem de abusos sexuais passados (ou seja, lembrados, mas reprimidos), enquanto as neuroses atuais surgem de práticas sexuais presentes. O termo "atual" refere-se a atos contínuos, como a prática do coito interrompido ou masturbação excessiva; ou seja, algo que o paciente está fazendo agora. A neurose mais comum desse tipo era a "neurastenia", hoje chamada de síndrome da fadiga crônica ou encefalomielite miálgica. Assim, Freud afirmava que a neurastenia era causada por práticas sexuais insalubres e que não apenas a histeria, mas também o transtorno depressivo maior ("melancolia"), o transtorno do pânico ("neurose de ansiedade"), o transtorno obsessivo-compulsivo ("neurose obsessiva") e muitos outros transtornos mentais eram causados por experiências sexuais pré-púberes.

Freud descobriu que, não raro, esses casos envolviam abusos por parte de membros da própria família de seus pacientes. No entanto, após dois anos testando sua teoria, percebeu que estava enganado. As lembranças de seduções na infância que alguns de seus pacientes apresentavam durante o tratamento se revelaram — após uma investigação mais profunda — falsas. Um dos casos mais marcantes foi a origem infantil de sua própria neurose. Na famosa "autoanálise" de Freud (realizada na década de 1890), ele não conseguiu encontrar nenhuma ligação entre seus próprios sintomas neuróticos — reconhecidamente leves — e abuso sexual na infância. Entretanto, ele se lembrava de sentimentos obscuros de excitação sexual durante a infância — por exemplo, uma ocasião em que observou *matrem nudam*[v] aos quatro anos de idade. A partir de então, Freud concluiu que as psiconeuroses eram causadas não apenas por *eventos* sexuais na infância, mas também — em muitos casos — por "fantasias", com a implicação de que eram confabulações de desejos. Considerando que as falsas memórias envolviam especificamente experiências *sexuais* na infância, Freud chegou à conclusão de que as crianças não apenas eram frequentemente vítimas passivas de abuso sexual nas mãos de seus pais e parentes, mas também que elas deveriam ter seus próprios desejos sexuais.

Isso foi ainda mais chocante do que sua sugestão original de que todos os transtornos neuróticos têm uma origem sexual traumática. É muito

estranho, portanto, que Masson mais tarde tenha atribuído à covardia a retratação de Freud de sua "teoria da sedução". Também é irônico, à luz das críticas posteriores de Popper, que Freud tenha retirado a teoria por tê-la *falsificado*. Ao ampliar o escopo dos fatores explicativos para incluir não apenas eventos objetivamente verificáveis, mas também fantasias subjetivas, no entanto, ele tornou muito mais difícil refutá-la uma segunda vez.

Para sustentar suas novas conclusões, ele chamou a atenção para a ocorrência cotidiana de ereções em meninos (até mesmo em bebês, por exemplo, enquanto estão sendo banhados); para a masturbação em crianças; para a tendência comum de se exibirem; para a curiosidade sobre o que acontece no quarto dos pais, e assim por diante. (É fácil esquecer que simplesmente não se falava *sobre essas coisas* na década de 1890.) Mas Freud não parou por aí. Ele também chamou a atenção para o fato de que os bebês mamam no seio materno mesmo quando não estão com fome; que as crianças pequenas chupam o dedo, o que não pode satisfazer as necessidades nutricionais; que elas têm prazer em urinar e defecar, às vezes até em reter as fezes; que certos movimentos corporais vigorosos fazem com que elas gritem de prazer; e assim por diante. Em resumo, Freud apontou que muito do que as crianças fazem é *buscar o prazer* por si só.

Nesse ponto, você pode se perguntar o que esses comportamentos têm a ver com a sexualidade. A resposta nos leva ao cerne do problema: Freud usou a palavra "sexual" em um sentido muito mais amplo do que o resto de nós. Para ele, "sexual" era sinônimo de "prazeroso".[VI] Para explicar, ele fez uma distinção entre dois tipos fundamentais de necessidade (ou "pulsões"): as de autopreservação e as libidinais. (*Libido* é latim para "desejo".) A satisfação das pulsões de autoconservação nos mantém vivos; a satisfação das pulsões libidinais nos dá prazer. Na visão de Freud, a mera sobrevivência não é prazerosa em si mesma; a autopreservação só se torna prazerosa na medida em que é "libidinizada". Assim, por exemplo, sugar um seio para satisfazer o impulso nutricional torna-se prazeroso somente na medida em que satisfaz também uma pulsão libidinal.

Eu digo "uma" pulsão libidinal. Freud passou a acreditar que havia muitos *componentes* da libido. A sucção, por si só, satisfaz a parte "oral". Mas as formas orais de obter prazer são sucedidas (segundo Freud) durante o desenvolvimento precoce por formas "anais" e depois "fálicas". Esses chamados componentes adicionais das pulsões libidinais são expressos em

alguns dos outros prazeres infantis mencionados anteriormente, como defecar (sexualidade “anal”) e exibir-se (sexualidade “fálica”). De acordo com Freud, esses prazeres infantis são substituídos apenas na puberdade pela sexualidade “genital”, ou seja, pela sexualidade propriamente dita, no sentido em que o restante de nós usa o termo.

Como algo como a depressão poderia surgir dessa concepção? Para Freud, o que hoje chamamos de “apego” significava, literalmente, apaixonar-se pela mãe. A perda dela como um “objeto de amor” implicava, portanto, a perda da pessoa que anteriormente satisfazia sua pulsão libidinal oral. Todos os vínculos de apego subsequentes eram apenas substitutos desse vínculo primordial. Sempre que você se apaixona (independentemente de sexo, identidade de gênero ou orientação sexual), o objeto de sua afeição está apenas substituindo sua mãe, sua fixação oral original. O tipo de prazer sexual que você sente no amor amadureceu de acordo com seu estágio de desenvolvimento, mas a natureza do apego é a mesma, e a perda dele o levará ao desespero. A depressão, para Freud, é, portanto, apenas uma das muitas respostas do aparelho mental à frustração sexual.

O que pensar de tudo isso? A caridade intelectual nos obriga a admitir que há formas de linguagem nas quais parece que reconhecemos uma concepção mais ampla de sexualidade do que a usual no inglês padrão. Roland Barthes e Susan Sontag nos ensinaram a pensar sobre a arte (em todas as suas formas) em termos do “erótico” da experiência estética, seus prazeres sensoriais e exploratórios, concebidos de maneira ampla. Eles dificilmente operavam independentemente da tradição freudiana, mas, ao menos, aqui há um precedente, fora do discurso estritamente psicanalítico, para invocar uma ideia mais ampla do erótico.

E talvez possamos ir além disso. Não há algo na ideia de que as energias libidinosas podem infundir outras áreas da experiência? Não foi todo o setor da indústria publicitária moderna resultado da percepção do sobrinho de Freud, Edward Bernays, de que as imagens e mensagens aparentemente inocentes poderiam explorar fontes ocultas de desejo sexual? De fato, a partir de uma distância suficientemente divina, não fica claro que há realmente algo peculiar na sexualidade? Nossas pulsões de autopreservação preservam nosso mísero eu, mas a sexualidade genital é o principal canal pelo qual nosso mandamento biológico de reprodução se faz sentir. Não é

mesmo? Não há um sentido evolutivo claro no qual, independentemente do que possamos pensar ou sentir, o sexo é o que *realmente* importa?

Bem, posso dizer desde já que há muitas variedades de prazer no cérebro, e "sexualidade" e "prazer" não são sinônimos. O circuito cerebral para o vínculo de apego (sistema PANIC/GRIEF) — que produz, se não o mais intenso, ao menos o prazer mais duradouro em nosso repertório afetivo — dificilmente se sobrepõe ao circuito da sexualidade. Os neuromoduladores de comando para essa forma de apego são os opioides, enquanto os da sexualidade são os hormônios gonadais estrogênio e testosterona, além dos peptídeos oxitocina e vasopressina. Esses dois sistemas (de apego e de sexualidade) podem ser acionados de maneira independente, tanto em animais quanto em seres humanos. Há pouca sobreposição anatômica e química entre eles. Isso não significa que eles não possam operar simultaneamente: muitas vezes eles o fazem. Os opioides, cujas formas artificiais incluem a codeína, o fentanil e a heroína, são, obviamente, altamente viciantes. A ligação de apego mediada por opioides, longe de ser uma forma de interação sexual, talvez seja melhor compreendida como um vício. (Freud, é claro, considerava que a masturbação era o "vício primordial".)[22]

Acredito que não há como evitar a conclusão de que Freud confundiu seriamente essa questão. Não é que a sexualidade infantil não exista, mas, sim, que não é mais sustentável descrever todas as formas de busca de prazer infantil (e adulta) como manifestações de uma pulsão "libidinal" abrangente. Muito antes da descoberta da dopamina, em 1957, por exemplo, Freud escreveu:

> As neuroses, que só podem ser derivadas de transtornos da vida sexual, apresentam a maior semelhança clínica com os fenômenos de intoxicação e abstinência que surgem do uso habitual de substâncias tóxicas produtoras de prazer (alcaloides).[23]

Ele tinha conhecimento pessoal dos efeitos de apenas um alcaloide, *a cocaína*, que hoje sabemos ser um potente estimulante *da dopamina*. Este é o principal neuromodulador do impulso SEEKING, e não do impulso LUST. Portanto, com base no que descrevi até agora, podemos ver que o que Freud chamou de "libido" se decompõe em pelo menos três impulsos: uma para o vínculo de apego, outra para algo como interesse exploratório (ou seja, busca de alimentos) e outra para o bom e velho sexo.

Pelo menos metade das controvérsias em torno da teoria da libido de Freud pode ser atribuída à sua concepção idiossincrática da sexualidade. Ela formou a base de sua noção pitoresca do "complexo de Édipo"[VII] (que ele acreditava girar em torno de desejos incestuosos infantis); de suas visões confusas sobre a homossexualidade (que ele via como uma fixação nos estágios "pré-genitais" de desenvolvimento); e de sua concepção sexista da "inveja do pênis" (que ele via como o resultado inevitável da chamada competitividade "fálica"; uma competição que as meninas, com seus clitóris menores, só poderiam perder). Talvez menos controverso hoje do que quando ele o propôs originalmente, Freud também afirmou que todos nós somos "bissexuais", embora o modo como ele usava o termo significasse algo semelhante ao que hoje chamaríamos de não binário (no sentido de que, se existem essências como masculinidade e feminilidade, então todos contêm uma mistura de ambas).



Muito bem, vamos a isso. Eis o que sabemos hoje sobre o circuito sexual de todos os cérebros de mamíferos, incluindo o nosso. Primeiro, ele é "dimórfico", o que significa que difere entre machos típicos e fêmeas típicas. ("Típico", aqui, refere-se aos 68,2% de nós que se agrupam em torno do centro da curva em forma de sino mostrada na Figura 1.) Em segundo lugar, todos nós possuímos circuitos sexuais masculinos e femininos. Portanto, Freud estava certo nesse ponto. Terceiro, o circuito sexual dominante é determinado pelas cotas relativas de testosterona e vasopressina (substâncias químicas tipicamente masculinas) *versus* estrogênio e ocitocina (substâncias químicas tipicamente femininas) no cérebro. Quarto, essa divergência ocorre no útero, no final do segundo trimestre. Em quinto lugar, a extensão da divergência nesse ponto da maturação de cada cérebro individual é determinada pelos níveis de testosterona e aromatase circulantes, sendo esta última uma enzima que converte a testosterona em estrogênio, o que, curiosamente, masculiniza o cérebro.[VIII] Em sexto lugar, o mais importante é que esse processo ocorre independentemente da masculinização do resto do corpo. O último processo ocorre muito antes (durante o primeiro trimestre), e sua extensão é determinada pelos níveis de testosterona circulante e 5-alfa-redutase, uma enzima que converte a testosterona em di-hidrotestosterona. Em sétimo

lugar, o nível de testosterona circulante nas etapas cinco e seis é determinado pelo fato de você ter ou não testículos (funcionais), o que, por sua vez, é determinado pelo fato de o 23° par de cromossomos ser XY ou não.

Em resumo, é complicado, o que significa que pode haver muitos desvios entre a intenção e o resultado. Em 2016, fiz o discurso principal em uma conferência intitulada "Transsexuality: Exploring a Challenge for Society at the Intersection of Theology and Neuroscience" ("Explorando um desafio para a sociedade na interseção da teologia e da neurociência", em tradução livre). A conferência foi realizada na Universidade Johann Wolfgang Goethe, em Frankfurt, mas foi patrocinada pela Igreja Luterana, cujo representante, ao me convidar, explicou sem rodeios: "Gostaríamos que nos dissesse se Deus faz as pessoas trans do jeito que elas são, pois isso deve determinar nossa política". Minha resposta foi tão simples quanto a pergunta: "Sim, se Deus faz as pessoas, ele as faz assim". Isso não significa que *todas as* pessoas transgêneras nascem literalmente no corpo errado, mas isso certamente acontece.

Se a identidade de gênero masculina ou feminina não coincide com a anatomia sexual masculina ou feminina, e elas estão misturadas em todos nós, então o que "masculino" e "feminino" denotam, de fato? Freud sugeriu "ativo" e "passivo", o que certamente não pode estar certo.

Em busca de algo mais adequado, pode ser útil revisar como a ciência mental atual descobre que o cérebro masculino típico difere do feminino típico. Primeiro, ele é maior. Segundo, seu corpo caloso é relativamente menor. Em terceiro lugar, o núcleo intersticial do hipotálamo anterior número três (felizmente abreviado como INAH-3) é muito maior, embora não (em média) em pessoas transgêneras do sexo masculino para o feminino ou, curiosamente, em homens homossexuais; identidade de gênero e orientação sexual certamente não são a mesma coisa, mas há alguma sobreposição entre elas no que se refere à anatomia cerebral.[24]

E quanto ao comportamento? Como o mamífero macho difere da fêmea? Nesse ponto, nosso conhecimento é mais confuso, mas o que se pode dizer com segurança é que o macho é normalmente mais agressivo e se envolve em brincadeiras físicas mais intensas, enquanto a fêmea é normalmente mais carinhosa e mais avessa a riscos. Essas diferenças não são atribuíveis à cultura: estou falando de mamíferos em geral, e as

diferenças parecem se aplicar a todas as espécies de mamíferos estudadas até o momento.

Encerrarei esse breve panorama sobre o que sabemos sobre a pulsão sexual inata com duas observações que se aplicam igualmente a homens e mulheres e a todos os demais. Em primeiro lugar, algumas ações sexuais relativamente simples são inatas, como a lordose (exposição da área anogenital para penetração), a monta, a intromissão e o movimento pélvico. São o que chamamos de "previsões instintivas" sobre como satisfazer seu desejo sexual. Todo o resto — ou seja, como fazer com que as pessoas com quem você realmente quer fazer sexo concordem — você precisa aprender com a experiência. E isso é muito para aprender. Em segundo lugar, os atos sexuais são motivados principalmente não pela necessidade de se reproduzir, mas pelo fato de *serem prazerosos*. Na verdade, na maioria das vezes em que fazemos sexo, esperamos não nos reproduzir, e muitas das maneiras pelas quais fazemos isso não podem gerar um bebê. Isso, por si só, explica por que nos entregamos a uma variedade tão grande de comportamentos sexuais: fazemos o que funciona para nós e depois o automatizamos.[IX]

Voltando ao ponto mais importante, Freud estava completamente errado quando disse que todos os prazeres são sexuais. Descrevi a pulsão sexual e a diferenciei — assim como sua anatomia e química subjacentes — do apego mediado por opioides e do impulso exploratório mediado por dopamina. Em breve, apresentarei mais quatro pulsões, e você verá que elas também não são "componentes" da sexualidade.

O segundo ponto mais importante é que, apesar disso, somos motivados pelo prazer por si só. Isso se aplica a todo tipo de prazer, não apenas à sexualidade. Não nos apegamos à nossa mãe porque sabemos, aos seis meses ou menos, que precisamos de sua presença física para fins de nutrição, termorregulação, proteção contra predadores e assim por diante; em vez disso, nos apegamos porque a presença dela nos faz *sentir bem*. E por que ela nos faz sentir bem? Pela mesma razão que o chocolate tem um gosto bom: coisas doces têm alto teor de glicose, então, em média, os mamíferos ancestrais que gostavam de coisas doces sobreviveram e se reproduziram com maior frequência do que aqueles que não gostavam. Portanto, seus descendentes gostam de chocolate. A questão é que não temos acesso direto aos motivos pelos quais gostamos do que gostamos: nossas preferências nos foram dadas às cegas, seja por seleção natural ou

por automatização não declarativa. Assim, as verdadeiras causas de (grande parte de) nosso comportamento são *inconscientes* — exceto pelos sentimentos. E foi isso que Freud disse.

Sua visão da sexualidade é, portanto, tanto justificada quanto corrigida pela neurobiologia atual. A correção se resume ao seguinte: muitos dos prazeres que Freud chamou de "sexuais" são melhor descritos de outra maneira. Tudo o mais que ele errou sobre sexualidade é detalhe, decorrente desse erro singular. No restante, o que Freud disse sobre a sexualidade foi bastante válido, até mesmo algumas das suas afirmações mais contraintuitivas, como o fato de que todos somos "bissexuais" (não binários) em graus variados e que nos entregamos a uma ampla variedade de comportamentos sexuais porque somos motivados subjetivamente por sentimentos, e não por pensamento racional e deliberativo.

Em suma, ele era muito mais esclarecido sobre questões sexuais do que lhe é atribuído. Na *Revised Standard Edition*, tentei compensar a acusação de fanatismo e homofobia incluindo alguns dos escritos de Freud que foram ignorados anteriormente, como esta carta, que ele escreveu (em inglês) a uma americana que lhe pediu para "curar" a homossexualidade de seu filho — embora ela não conseguisse usar a palavra:

> Prezada Sra. --
>
> Depreendi de sua carta que seu filho é homossexual. Estou muito impressionado com o fato de que a senhora não menciona esse termo em suas informações sobre ele. Posso lhe perguntar por que o evita? A homossexualidade certamente não é uma vantagem, mas não é motivo de vergonha, não é um vício, não é uma degradação, não pode ser classificada como uma doença; nós a consideramos uma variação da função sexual [...] Muitos indivíduos altamente respeitáveis dos tempos antigos e modernos foram homossexuais, vários dos maiores homens entre eles (Platão, Michelangelo, Leonardo da Vinci etc.). É uma grande injustiça perseguir a homossexualidade como um crime, e também uma crueldade. [...] Ao me perguntar se posso ajudar, você quer saber, suponho, se posso abolir a homossexualidade e fazer com que a heterossexualidade normal tome seu lugar. A resposta é que, de modo geral, não podemos prometer que conseguiremos isso. [...] O que a análise pode fazer por seu filho segue uma linha diferente. Se ele é infeliz, neurótico, dividido por conflitos, inibido em sua vida social, a análise pode lhe trazer harmonia, paz de espírito, eficiência total, quer ele continue homossexual ou mude. [...]
>
> Atenciosamente, com votos de boa sorte,
>
> Freud[25]

Esse texto foi escrito 39 anos antes de a Associação Americana de Psiquiatria remover a homossexualidade de seu manual de diagnóstico, onde ela figurava como um "transtorno de personalidade sociopática". Sociopatia é definida como "uma condição de saúde mental na qual uma

pessoa não demonstra consistentemente nenhuma consideração pelo certo e pelo errado e ignora os direitos e sentimentos dos outros". (Esse transtorno não existe mais no DSM, mas o "transtorno de personalidade antissocial", intimamente relacionado, ainda existe.) Mesmo quando escrevia em meio a uma profunda confusão — causada por sua crença de que a homossexualidade era "pré-genital" —, Freud estava mais certo do que seus oponentes. Ele era um ser humano decente, com um profundo senso do que realmente importa, o que parece tê-lo guiado com segurança para além de muitos dos preconceitos de sua época e dos resíduos parciais de suas próprias teorias. Como um cientista que amava a verdade, ele também deixou espaço para dúvidas e para futuros avanços no conhecimento:

> Não posso discutir, aqui, se todo e qualquer prazer orgânico deve ser chamado de sexual ou se, ao lado do sexual, há outro que não merece ser chamado assim. Sei muito pouco sobre o prazer orgânico e seus determinantes; e, em vista do caráter retrospectivo da análise em geral, não posso me surpreender se, no final, chegar a fatores que, por enquanto, são indefiníveis.[26]



Quanto à sexualidade, é isso. E o mesmo acontece com a noção de uma única pulsão de produção ou busca de prazer. Na medida em que a mente é um produto da evolução, ela naturalmente responde a certos imperativos abrangentes, entre os quais os requisitos de reprodução se destacam por serem extraordinariamente cruciais e complexos. Sem isso, o espetáculo termina. Mas, antes de se reproduzir, é preciso sobreviver. Desse modo, o quadro das pulsões que surgiu nas últimas décadas de pesquisa em neurociência afetiva está de acordo com o que o senso comum pode nos levar a esperar: queremos sexo, mas também muitas outras coisas que não são sexo.

Há muitos prazeres diferentes que nos motivam a buscar nossos desejos e necessidades, e muitos desprazeres que nos motivam a nos autocorrigir quando estamos nos afastando de onde precisamos estar. Na neurociência moderna, geralmente chamamos esses sentimentos de "afetos", embora haja controvérsias a esse respeito, às quais tentarei fazer justiça mais adiante. Estranhamente, essas também podem ser consideradas questões de tradução.

Cada afeto tem seu próprio circuito distinto, que pode ser manipulado com uma serra de osso, um eletrodo e um estômago forte (foi assim que

Jaak Panksepp e seus colegas mapearam os circuitos no cérebro de parentes evolutivos próximos, como macacos, cães, ratos e até mesmo aves). Cada circuito existe para acionar uma sequência de ações que resolvem uma necessidade. Essas necessidades podem ser bastante básicas, em todos os sentidos: você sente a necessidade de comer, de esvaziar o intestino ou de tirar a mão da chapa quente. Você alivia essas urgências sentidas da melhor maneira possível dentro das restrições da situação, que podem, além dos componentes corporais, eventualmente incluir coisas como padrões de comportamento esperados, ameaças ocultas ou a impressão social geral que você está tentando transmitir. Como qualquer pessoa que tenha ensinado uma criança a usar o penico sabe (ou como qualquer pessoa que tenha sido criança sabe), até mesmo os sinais corporais elementares podem exigir algum esforço para serem dominados. Eu diria até que *aprender, a partir da experiência, como atender às nossas necessidades biológicas é a tarefa básica do desenvolvimento mental.*

Os comportamentos que nossas necessidades desencadeiam quando não são atendidas geralmente têm uma qualidade estereotipada — para não dizer automática. Quem não reconhece as "vocalizações da angústia de separação" e os "comportamentos de busca" (como Panksepp os chamou) de crianças que perderam suas mães? É possível reconhecer as mesmas coisas em ratos, cães e até mesmo em aves. Para deixar claro, esse comportamento *não* é automático no sentido de ter sido consolidado na memória não declarativa. A memória não assume o controle. São o reflexo e o instinto que o fazem, transmitidos pela seleção natural. Mas essas "previsões" inatas são simples e estereotipadas demais para funcionarem imediatamente, por isso precisam ser *complementadas* pelo aprendizado. Em casos desesperadores, de fato, o sentimento pode ser mais ou menos tudo de que estamos cientes, pois a necessidade opressiva apaga todo o resto e nos sacode como uma marionete. Com a experiência, adquirimos um certo controle sobre nós mesmos, mas nunca deixamos de precisar das coisas. Nenhum grau de autocontrole pode fazer isso.[x] E o controle que adquirimos é gradualmente automatizado, a fim de liberar espaço mental para os muitos problemas restantes da vida que ainda não foram resolvidos.

Do que, afinal, precisamos? Essa é uma pergunta profunda, que vai ao encontro da própria definição do que significa estar bem. Ela também deve nos auxiliar a descobrir o que realmente ajuda nos casos de doença mental. Faremos o possível para abordar essa questão no próximo capítulo. Por ora,

vamos apenas observar que há circuitos no cérebro de todos os mamíferos, inclusive no nosso, que parecem nos fazer buscar objetivos muito mais sutis do que comer, defecar e assim por diante. Panksepp chamou esses objetivos de necessidades "emocionais", em oposição às necessidades corporais. A pulsão sexual é uma delas, mas não é a única.

Se há um sistema cerebral que merece ser equiparado à pulsão abrangente de busca por prazer de Freud, esse sistema é o circuito dopaminérgico de "desejo" para todos os fins. Mencionei anteriormente que isso foi inicialmente chamado de sistema de "recompensa do cérebro" e que o neurocientista Kent Berridge o chamou de sistema de "desejo". Panksepp, por sua vez, chamou-o de sistema de "curiosidade/interesse/expectativa". Hoje em dia, o termo mais utilizado na neurociência afetiva é SEEKING (sistema de busca/exploração), nas letras maiúsculas canônicas de Panksepp. Os pacientes nos quais esse circuito de dopamina é danificado tornam-se apáticos, aparentemente desprovidos de motivação e iniciativa. De fato, eles parecem muito deprimidos.

Em uma conferência em Tucson, Arizona, em 2006, pude apresentar uma tomografia por emissão de pósitrons (um exame PET *scan*) de como é a dinâmica da excitação no cérebro sonhador.[27] Ver o circuito mesocortical-mesolímbico da dopamina iluminado nas profundezas do sono ajudou a convencer meus colegas neurocientistas da viabilidade da teoria da "realização de desejos" dos sonhos. Durante a vida desperta, observou Panksepp, "a estimulação elétrica direta ao longo dessa via resulta nos comportamentos exploratórios e de busca mais energizados que um animal é capaz de exibir".[28]

O principal objetivo do drive SEEKING não é o sexo, mas a novidade. A razão evolutiva pela qual exploramos com entusiasmo o novo e o desconhecido é, paradoxalmente, o fato de eles serem perigosos, mas também potencialmente recompensadores. O envolvimento com o novo, de forma proativa, em nosso próprio tempo e em nossos próprios termos, reduz os riscos e aumenta nosso domínio do mundo. Para sermos as melhores máquinas a vapor que podemos ser, nos esforçamos para não sermos pegos de surpresa pelo inesperado.

Também conhecemos o impulso de apego (PANIC/GRIEF), que faz com que todos os mamíferos se vinculem às suas mães pelo tempo que precisarem ser amamentados. Nos seres humanos, ela permanece ativa durante toda a vida, criando a possibilidade de muitos vínculos profundos,

de amor e conexão, ou de dependência patológica, conforme as cartas que nos são dadas. Quando esse impulso de apego é frustrado, temos uma sensação de abandono, também conhecida como angústia de separação. Vemos essa sequência de impulsos se desenrolar em pacientes deprimidos: eles inicialmente protestam e, depois, desistem, com o animal perdido mudando de estratégia para conservar recursos, mesmo quando suas chances de resgate diminuem, em um mundo cheio de perigos desconhecidos. Em nosso próprio mundo, isso é vivenciado como depressão, coração partido ou (como Freud e Panksepp sugeriram separadamente) luto. Ela permanece ativa até que o apego seja restabelecido, seja com o retorno do cuidador original ou por meio de substitutos adequados, que só podem ser encontrados se você se recuperar. Isso acontece quando o SEEKING dopaminérgico, que é desligado na fase de "luto" ou "desespero" do PANIC/GRIEF, é reativado.[29]

Completando nosso conjunto de sistemas afetivos que claramente evoluíram, em primeiro lugar, para nos guiar pelos caprichos da reprodução e da infância vulnerável, vale observar que também temos impulsos inatos de *cuidar*. Panksepp chama isso de sistema CARE (sistema de cuidado associado a apego parental e proteção). Considerando que nós, mamíferos, somos obrigados a nos apegar às nossas mães, não é de surpreender que haja um impulso biológico recíproco vindo do lado materno. Também não é surpreendente que esse circuito seja mais sensível em cérebros femininos do que em cérebros masculinos: ele é modulado por estrogênio, ocitocina, prolactina e progesterona — todos os quais circulam em níveis muito mais altos (em média) em mulheres do que em homens, especialmente durante a gravidez.[XI]

Assim como os outros, esse circuito cerebral aciona comportamentos *instintivos*, nesse caso, comportamentos de cuidado: nós simplesmente "sabemos"[XII] que, quando um bebê chora, o certo a fazer é pegá-lo no colo, abraçá-lo, embalá-lo, fazer sons suaves de "maternagem" e assim por diante. No entanto, qualquer pessoa que tenha criado um filho sabe também que esses comportamentos estereotipados nem sempre dão conta do recado. O restante do que você precisa saber deve ser aprendido, assim como ocorre com as outras pulsões. No entanto, a tarefa de criar um bebê com sucesso talvez seja especialmente aberta. O que ela pode não exigir de você? O que não é relevante para o bem-estar de uma criança? Se você for bem-sucedido, a sensação é maravilhosa em seus próprios aspectos especiais (o

prazer de ver nossos pequenos prosperarem é ilimitado), mas, quando você fracassa, a sensação é proporcionalmente devastadora. Uma expressão aguda de estar sobrecarregado pelo fardo de cuidados é a depressão pós-parto.

É importante reconhecer que, assim como o sistema de apego PANIC/GRIEF generaliza-se além da díade mãe/bebê para muitos outros relacionamentos, o mesmo se aplica ao sistema CARE. Não nos importamos apenas com nossa própria prole. O impulso de cuidar não se limita nem mesmo aos membros de nossa própria espécie: pense em nosso amor pelos animais de estimação. É profundamente reconfortante ser lembrado de que nem todos os impulsos biológicos são de autopreservação; que as necessidades altruístas também se escondem dentro de nós.

Outro impulso de apego (mencionado brevemente no Capítulo Quatro) é a necessidade de ser aceito como membro do *grupo* e de alcançar *status* dentro dele, já que as sociedades de mamíferos são organizadas hierarquicamente. Essa é a função do sistema PLAY (sistema de brincadeira/jogo social, ligado ao desenvolvimento social). O comportamento instintivo associado a esse impulso é a luta corporal como brincadeira: nós fazemos isso, os cães fazem isso, os gatos fazem isso, os esquilos fazem isso; até mesmo os golfinhos fazem isso, à sua maneira. Há dois imperativos biológicos envolvidos aqui. O primeiro é revelado pelo fato de que, embora as crianças adorem brincar, a maioria das sessões termina em lágrimas. Uma criança diz à outra: “Não vou mais brincar com você; você não está sendo *justo*”. O estudo de como a brincadeira se desintegra (não apenas em humanos) revela algo chamado de regra 60/40: se o parceiro dominante determinar as regras com muita exclusividade, não haverá mais diversão suficiente no jogo para o submisso. Portanto, aprender a brincar nos ensina a revezar — isto é, a satisfazer nossas necessidades emocionais *em relação às necessidades emocionais dos outros* — e, assim, a construir hierarquias sociais viáveis, em que há algo a ganhar para todos.

A outra regra do PLAY é a do “como se”. Se a luta de brincadeira se tornar uma briga de verdade, então não será mais PLAY, mas, sim, RAGE (sistema de raiva/agressão), talvez com uma mistura de FEAR (sistema de medo, relacionado a defesa e fuga). Da mesma maneira, se o jogo de polícia e ladrão se tornar real demais — se você trancar seu irmão mais novo e jogar a chave fora —, então não está mais brincando de polícia e ladrão, está trancando seu irmão. Brincar de médico permite que você tire a roupa

do seu vizinho, mas, se você levar isso longe demais, não é um jogo; é LUST. Portanto, a segunda principal função da brincadeira (além de construir estruturas sociais viáveis) é permitir que *pratiquemos* como satisfazer nossas várias necessidades emocionais em um mundo de faz de conta, onde os riscos não são tão altos quanto na realidade.

As pessoas que não aprendem a satisfazer esse impulso tendem a ser excessivamente concretas e pouco empáticas. São pouco sociáveis ou até mesmo antissociais e, embora geralmente obcecadas por *status* e posição, não conseguem jogar o jogo. Como resultado, carecem da satisfação que poderiam encontrar na amizade, na relação mútua e recíproca, no pertencimento e no parentesco, no respeito próprio e assim por diante.

Acabei de mencionar as duas últimas necessidades emocionais básicas: RAGE e FEAR. É fácil entender os imperativos biológicos do sistema RAGE. Se alguém se interpuser entre você e o que você precisa — na prática, impedindo-o de receber sua parte —, a menos que você aprenda a se defender, você vai acabar sofrendo. A demanda homeostática aqui (modulada principalmente por um peptídeo chamado substância P) é sentida como frustração, depois como irritação, depois raiva e depois fúria. A resposta instintiva é o "ataque afetivo": em outras palavras, bater, chutar e morder até que o objeto impedido ceda ou, se ele não ceder, até que você o destrua. Não é preciso dizer que essa resposta estereotipada nem sempre funciona; portanto, como acontece com todas as outras pulsões, precisamos aprender com a experiência o que fazer.

É igualmente fácil entender os imperativos biológicos por trás do sistema FEAR. Nesse caso, o ponto de ajuste homeostático (onde precisamos estar) é um estado de segurança. Assim que percebemos o perigo, sentimos medo, o que, para deixar claro, não é o mesmo que pânico. No caso do pânico, procuramos o objeto (separado), mas, no caso do medo, a resposta instintiva é o oposto: congelamos ou fugimos do objeto. (É por isso que o medo responde aos benzodiazepínicos e o pânico não; eles têm químicas cerebrais diferentes.) Há vários gatilhos *inatos* do sistema FEAR. Cobras e aranhas são os melhores exemplos (até mesmo bebês de seis meses se assustam quando as veem), mas o mesmo princípio se aplica aos objetos de todas as fobias comuns. Parece que nascemos com essas fobias e, depois, precisamos desaprendê-las.[XIII]

Além disso, precisamos aprender o que mais temer, pois há muitas coisas perigosas neste mundo que a seleção natural não poderia ter previsto

— fios elétricos energizados, por exemplo. Portanto, mais uma vez, precisamos aprender com a experiência. Felizmente, a memória não declarativa oferece um mecanismo particularmente útil nesse caso; ele é chamado de “aprendizado por exposição única”. Ao contrário do vínculo de apego — que exige que se aprenda quem é um cuidador confiável ao longo do tempo — o condicionamento do medo exige apenas uma única exposição. Imagine o que aconteceria se você tivesse que tocar repetidamente em um fio elétrico para garantir que ele produzisse um choque de modo confiável. Assim como vimos no caso de outras funções de memória não declarativa, esse mecanismo pode ser sequestrado: é assim que surgem os sintomas do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Uma única exposição traumática a um estímulo aterrorizante (um tiro, por exemplo) se generaliza para todos os ruídos altos e repentinos, o que faz com que você reaja a eles também, como se sua vida estivesse em perigo.

Essas sete emoções (LUST, PANIC/GRIEF, SEEKING, CARE, PLAY, RAGE e FEAR) são todas as emoções básicas que temos ou poderia haver mais? A resposta depende principalmente de como as classificamos. Por exemplo, há uma corrente de opinião que defende que o nojo deve ser considerado um afeto emocional e não corporal.[30] Não tenho certeza se isso importa, desde que reconheçamos que o nojo existe; que é um tipo afetivo natural. E quanto a outras coisas que sentimos regularmente, como a felicidade? É uma coisa só, um coquetel de coisas ou um mito? A resposta aqui também depende de como você classifica as emoções. Panksepp usou estimulação cerebral profunda e sondas químicas e chegou à conclusão de que a “felicidade” pode ser decomposta em vários componentes mais básicos. Já Paul Ekman usou expressões faciais e concluiu que se trata de um tipo natural. Na visão de Panksepp, isso se deve apenas ao fato de que a felicidade associada aos sistemas SEEKING e PLAY (por exemplo) não pode ser distinguida por suas expressões faciais, embora suas expressões comportamentais gerais sejam distintas. A propósito, qual expressão facial caracteriza LUST ou CARE? E quem negaria que esses são tipos naturais de emoção?

Também precisamos considerar a relação entre os tipos naturais de emoção e nossos ricos vocabulários (humanos) de expressão emocional, tanto conceituais quanto comportamentais. Lisa Feldman Barrett observou, corretamente, que há uma grande variação cultural nesse departamento.[31] De fato, as “emoções para as quais não há palavra em nenhum outro

idioma” podem ter sido tema recorrente das conversas de coquetéis sobre a ontologia da vida emocional desde o dia em que os coquetéis foram inventados.

Isso não seria um problema para o nosso relato? Pelo contrário: quando pensamos no que esses sistemas cerebrais devem fazer, o que esperamos ver é exatamente a variação em sua expressão, mediada pela cultura. Se os comportamentos estereotipados fossem adequados para satisfazer nossas necessidades, não haveria nada a aprender. Barrett aceita a existência de circuitos cerebrais inatos e comportamentos instintivos, como os que descrevi neste capítulo,[32] mas os chama de “comportamentos motivados” em vez de “emoções” — em parte porque não podemos saber o que os animais sentem e em parte porque os animais que não têm linguagem não podem conceituar seus sentimentos da mesma maneira que nós. Ela arrisca um palpite de que os animais, de fato, sentem algo, que ela chama de “afeto” em vez de “emoção”: prazer *versus* desprazer e alta *versus* baixa excitação. Mas isso, ao que parece, é tudo.

Mais uma vez, estamos lutando contra a escorregadia natureza das palavras. Barrett começa com a semântica culturalmente variável e as nuances altamente individualizadas das emoções humanas adultas, observando que elas não identificam nada bem definido no nível do córtex. A partir disso, conclui que as emoções não podem ser tipos naturais e, portanto, devem ser construídas culturalmente. Do meu ponto de vista, eu diria que isso apenas demonstra o que se perde quando se estuda o cérebro somente pelo lado psicológico do microscópio — algo que os psicanalistas fariam bem em evitar.

A linguagem, como Luria nos ensinou, e Freud antes dele, é uma função psicológica complexa. Ela deve ser analisada psicologicamente. O objetivo dessa análise não é caracterizar as diferenças entre as culturas, por mais interessante que isso seja. Trata-se de encontrar as funções componentes subjacentes que são os verdadeiros tipos naturais no nível do aparelho mental. Só então poderemos esperar avançar na identificação de seus correlatos anatômicos e fisiológicos. Trata-se, em última análise, de um trabalho “metapsicológico”. Para realizá-lo, será necessária uma cooperação determinada, imaginativa e colaborativa entre a psicanálise e a neurociência, essas duas grandes disciplinas, ainda infelizmente divididas quanto à sua tarefa comum.



É relativamente fácil satisfazer nossas necessidades corporais: comer, beber, respirar e assim por diante. Essas necessidades geralmente envolvem substâncias inertes, como comida, água e oxigênio. Nossas necessidades emocionais envolvem sujeitos vivos com mentes próprias, o que as torna muito menos previsíveis. Além disso, nossas necessidades emocionais frequentemente entram em conflito umas com as outras. Quando nos sentimos frustrados, por exemplo, nosso instinto é atacar e destruir. Quando somos abandonados, tentamos desesperadamente recuperar o cuidado amoroso. O que acontece se essas duas necessidades forem despertadas pela mesma pessoa? Afinal, a mãe de quem nunca causou frustração? É um problema tão real que, quando ela faz isso, nosso impulso inato é atacá-la. (Qualquer pessoa que tenha visto um bebê cuja necessidade de sustento, sono ou qualquer outra coisa esteja sendo frustrada sabe como é o RAGE.) Isso entra em conflito direto com PANIC/GRIEF, com a nossa necessidade de preservar o amor da pessoa que cuida de nós para sempre. O resultado típico desse conflito é a *culpa*, ou seja, a raiva inibida, direcionada para dentro, e não para fora: “eu sou ruim”.[33]

Outro conflito comum envolve RAGE e FEAR. Como eu disse, a resposta instintiva à frustração é atacar e destruir. Mas, se quisermos atacar alguém maior do que nós (como geralmente são os pais proibitivos de crianças pequenas), então a hostilidade em relação a eles é perigosa, despertando medo. O termo técnico para sentimentos de perigo que surgem de nossos próprios impulsos hostis, e não de ameaças externas objetivas, é *paranoia*.

É notável como Freud, embora não entendesse as pulsões da maneira como entendemos hoje, ainda inferiu, a partir da observação clínica, a existência de prioridades internas conflitantes e passou a considerar essas tensões como essenciais para o desenvolvimento mental. Na verdade, ele tinha o hábito de reduzir o conflito mental humano a dicotomias um pouco grosseiras: sexualidade *versus* autopreservação; prazer *versus* realidade; pulsões *versus* civilização etc. Os conflitos infantis onipresentes entre a RAGE, de um lado, e o PANIC/GRIEF e FEAR, de outro, que acabei de descrever, são a origem do que Freud chamou de “superego” (na verdade, Strachey o chamou assim; Freud o chamou de *Überich*).

Em sua conceituação final da mente em conflito, Freud concluiu que o "ego" (*das Ich*) tem três mestres: os impulsos do id (*das Es*), as restrições da realidade e as limitações do superego. Supunha-se que a última agência (o superego) fosse um tipo natural: o resíduo inevitável não apenas da autoridade dos pais, mas também da herança genética — a memória filogenética de um "pai primordial" tirânico. A pesquisa neuropsicanalítica sugere o contrário: que o superego se divide em várias partes — um objeto internalizado de RAGE, mas também objetos internalizados de PANIC/GRIEF e FEAR, todos em conflito entre si e também com as regras do PLAY.[xiv]

O importante é que não é apenas difícil para nós aprender formas realistas de satisfazer cada uma de nossas necessidades emocionais por si só; é ainda mais difícil conciliar essas várias necessidades entre si.

O amor romântico é um exemplo comum da necessidade de equilibrar várias demandas emocionais. Obviamente, envolve luxúria; caso contrário, não seria *romântico*. Mas também envolve apego (caso contrário, não seria *amor*). E o apego é uma via de mão dupla, portanto, também envolve cuidado. Negociar quem cuida de quem e, de modo mais geral, quais necessidades são priorizadas — em outras palavras, garantir que os recursos emocionais sejam distribuídos de maneira justa — diz respeito ao impulso PLAY. Esse impulso está envolvido na dinâmica do poder e na garantia de que ambos os parceiros se divirtam. Quando as coisas dão errado em qualquer um desses aspectos, o RAGE deve ser acomodado, pois tolerar uma certa quantidade de frustração é necessário em qualquer relacionamento bem-sucedido. E ainda há a busca por novidades: o impulso do apego quer que mantenhamos o amor de nosso parceiro para sempre, enquanto o sistema SEEKING está sempre atenta a *quem mais* pode estar disponível. Se quiser ter relacionamentos românticos bem-sucedidos, você precisa aprender a conciliar todas essas necessidades entre si.

E o mesmo se aplica ao resto da vida. A tarefa principal do desenvolvimento mental — e, portanto, uma medida razoável da saúde mental — é aprender a satisfazer todas as nossas sete necessidades emocionais básicas de maneira integrada. Isso, infelizmente, é muito mais difícil do que decidir como traduzir o vocabulário técnico do alemão para o inglês.

As manifestações psicológicas dos circuitos emocionais básicos que Panksepp identificou foram, obviamente, *observadas* por Freud — do seu

lado do microscópio —, mas ele as interpretou de modo diferente. Quando observou o apego viciante dos bebês com suas mães, ele o interpretou como sexualidade oral. Quando observou a raiva desenfreada do bebê humano, interpretou-a como sexualidade anal (que, às vezes, ele chamava de "sadismo" anal). Quando observou as rivalidades e os ciúmes do berçário e do *playground*, interpretou-os como sexualidade fálica. Hoje chamamos isso de PLAY. E a luxúria, é claro, Freud chamou de sexualidade genital. Eu também poderia fazer um simples trabalho de localização e substituição desses termos, e a teoria da pulsão de Freud seria essencialmente preservada.

Entretanto, um outro problema permaneceria. Freud era da opinião de que a libido se desenvolvia por meio dessas pulsões componentes em estágios sequenciais — primeiro oral, depois anal, depois fálico e, por fim, genital —, quando, na verdade, todas elas estão presentes desde o início, até mesmo a sexualidade genital (lembre-se das ereções dos bebês e do fato de que as crianças se masturbam).[xv] As pulsões operam em paralelo, mas apresentam *períodos críticos* diferentes. Assim, o bebê precisa se apegar à mãe nos primeiros seis meses de vida. As frustrações do treinamento para aprender a usar o banheiro (e não apenas dele) vêm depois. A necessidade de encontrar nosso lugar na hierarquia social começa na família, mas exige muito mais quando vamos para a escola. A sexualidade genital faz exigências sem precedentes quando entramos na puberdade, e esse longo período de latência é uma das possíveis razões pelas quais a sexualidade representa um elo fraco em nossa constituição emocional: se mal conseguimos montar um "modelo preditivo" viável para lidar com as demandas concorrentes das outras pulsões emocionais, o fardo adicional da sexualidade adolescente pode ser a gota d'água.[xvi] Não há como negar que isso é difícil. Uma boa consequência do foco excessivo de Freud na sexualidade pode ser o fato de ter corrigido uma relutância ainda mais perigosa do público em falar sobre isso.



No final, decidi mudar apenas um termo técnico importante na *Revised Standard Edition*. Strachey traduziu erroneamente *trieb* como "instinto". Ironicamente, a pessoa que supostamente "cientificizou falsamente" Freud não estava suficientemente familiarizada com a linguagem da biologia. Um

trieb é um “impulso”, e um *instinkt* é um “instinto”. Os dois são muito diferentes: um instinto é uma previsão inata sobre como satisfazer uma pulsão — trata-se de uma resposta a uma pulsão, não da pulsão em si, como qualquer pessoa saberia em um livro de biologia decente.

É possível atualizar o vocabulário de Freud a seu bel-prazer, e há partes de seu trabalho que compensam muito o esforço. A sensação de ter decifrado seu *Projeto* é uma das grandes satisfações de minha longa imersão em seu trabalho. Freud escreveu o seguinte na época em que o elaborou, em uma carta a Fliess de 20 de outubro de 1895:

> No decorrer de uma noite agitada [...] as barreiras foram subitamente erguidas, os véus caíram e foi possível enxergar desde os detalhes das neuroses até os determinantes da consciência. Tudo parecia se encaixar, as engrenagens se encaixavam, a coisa dava a impressão de que era realmente uma máquina e que logo funcionaria sozinha.

Pouco tempo depois, porém, ele percebeu que as engrenagens não estavam encaixadas e que a coisa não havia se ajustado completamente. Ele, então, abandonou o *Projeto*. Quando o ressuscitei em 2020 — e, com base em mais de um século de progresso na neurociência, espero ter concluído pelo menos um esboço dele —, lembrei-me da observação pungente de Freud: “a coisa dava a impressão de que era realmente uma máquina e que logo funcionaria sozinha”.

Nenhuma máquina pode funcionar para sempre sem reparos e substituições; a entropia garante isso. Freud é um pensador muito amplo e transitório para que todo o seu esquema possa ser fatorado em uma terminologia moderna sem resquícios. A linguagem que Strachey nos deu pode ser imperfeita, mas agora é familiar e distintamente freudiana. Não precisamos fazer de Freud nosso contemporâneo para aprender com ele, tampouco precisamos reabilitar cada pensamento que ele teve. Se encontrar nossa própria linguagem para suas melhores ideias nos ajuda a separá-las de sua autoridade, testá-las, desenvolvê-las e torná-las nossas, isso já é suficiente para mim. De qualquer maneira, como o próprio Freud percebeu, as melhores ideias estão em um lugar mais profundo do que a linguagem.

CAPÍTULO 6

Mecanismos de defesa

ANALISTA: Estou tentando entender. Por que você concordou comigo há alguns minutos que seu braço está paralisado e agora não está concordando?
PACIENTE: Porque você não consegue ler minha mente. Na minha mente, posso ver que estou levantando a mão. Mas *você* não consegue ver isso.
ANALISTA: Mas e com seus olhos físicos? Se você olhar para a sua mão com seus olhos físicos, não verá que ela não está se levantando?
PACIENTE: [Acena com a cabeça].
ANALISTA: Então, agora, qual você acha que está certo: o que os nossos olhos reais veem ou o que os olhos da nossa mente veem?
PACIENTE: O que o olho da sua mente vê.
ANALISTA: O olho da sua mente vê algo que é mais real do que o que seus olhos físicos veem?
PACIENTE: [Acena com a cabeça.]
ANALISTA: Então é por isso que você acredita que não está paralisado?
PACIENTE: [Acena com a cabeça.]

— Dos arquivos clínicos do autor

THOMAS W., NO FINAL DA ADOLESCÊNCIA, estava tão deprimido quanto qualquer outra pessoa que já tratei. Sua mãe havia sido diagnosticada com o que se revelou ser uma forma particularmente agressiva de esclerose múltipla (EM) quando ele era criança. Seu pai era um motorista de ônibus que trabalhava longas horas e parecia passar o resto do tempo bêbado. Ele também tinha um irmão mais novo. Eles moravam em um apartamento da prefeitura, que, na verdade, não tinha mobília, porque a família estava esperando ser transferida para um apartamento mais apropriado em vista da condição da mãe. (Ela não conseguia mais subir as escadas para os quartos.) Por vários anos, como se viu, eles viveram assim, com tudo ainda em caixas — que serviam também como móveis —, e pareciam comer apenas *junk food*.

O pai e o irmão eram abusivos. Eles chamavam Thomas de “bebê-chorão”, porque ele estava (na opinião deles) excessivamente preocupado com a condição da mãe e com seus próprios pensamentos cada vez mais sombrios. O pai de Tom achava que ele precisava “virar homem” e, em uma

ocasião, aparentemente para ajudá-lo nessa tarefa de desenvolvimento, ele o pendurou nas grades da varanda do andar de cima.

Na época em que Tom foi encaminhado a mim, sua mãe estava gravemente incapacitada em termos de funcionamento sensorial e motor. No entanto, ela mantinha uma visão otimista. (Isso não é incomum em um subgrupo de pacientes com EM. Charcot, o primeiro a delinear a condição, chamou-a de "felicidade mórbida".)[1] Ela permaneceu convencida de que, com a ajuda de seu filho dedicado, continuaria a cuidar da casa, mesmo quando perdeu o controle da bexiga e do intestino e ficou efetivamente acamada (em uma cama que Tom teve de mover sozinho para a sala de estar, no andar de baixo).

Tom foi encaminhado a mim pela neurologista que cuidava de sua mãe, não apenas porque estava deprimido, mas também porque estava sofrendo ataques de pânico e ansiedades hipocondríacas: ele estava cada vez mais preocupado que, assim como sua mãe, ele também tivesse esclerose múltipla, o que não era verdade. Em vez disso, ele havia se fundido psicologicamente a ela. Passava todas as horas do dia ao lado de sua cama, assumindo a responsabilidade por suas funções corporais e cuidados mais íntimos. Mas seu sintoma mais perturbador era que estava convencido, como sempre esteve desde a infância, de que ele e somente ele poderia curá-la. Inicialmente, dizia apenas que ela merecia cuidados melhores do que os que recebia de seu pai e do Serviço Nacional de Saúde. No entanto, à medida que sua psicoterapia prosseguia, ficou claro para mim que ele acreditava que poderia — na verdade, deveria — literalmente curá-la. Sua mãe parecia apoiar essa convicção desesperada.

No entanto, à medida que ela piorava inexoravelmente e se aproximava da morte, Tom resolveu que, se não conseguisse curá-la, ele se mataria. Ela acabou morrendo, tendo sido internada no hospital com pneumonia três dias após o aniversário de 19 anos de Tom.

Fui informado sobre esse evento pelo neurologista e enviei um e-mail para Tom, oferecendo uma sessão de emergência. Eu precisava avaliar o risco de suicídio e decidir se ele deveria ser internado na unidade psiquiátrica local. A resposta de Tom foi surpreendentemente tranquila. Ele estava bem, garantiu-me, e me veria no horário habitual, no final daquela semana. Portanto, sugeri que tivéssemos uma breve conversa telefônica, o que foi feito. Perguntei diretamente a Tom se ele se sentia suicida. Ele

pareceu surpreso com a pergunta e me assegurou, de maneira convincente, que não havia risco de ele se machucar.

Na sexta-feira, quando chegou para sua sessão regular, ficou claro por que ele estava surpreso com minha preocupação. Ele me garantiu que sua mãe estava viva e bem. Na verdade, as coisas estavam melhorando. Eu fiquei confuso. A médica havia me informado sobre o falecimento dela no fim de semana, eu disse a ele. “Que estranho”, respondeu Tom. “Não, ela está bem, obrigado”. E continuou: “Na verdade, ela está muito melhor esta semana”. Perplexo, pedi desculpas pelo erro e segui meu caminho durante o restante da sessão, tentando manter duas possibilidades em mente: ou a neurologista havia cometido um erro terrível, o que parecia difícil de acreditar, ou Thomas W. havia entrado em psicose. Liguei para a médica de sua mãe imediatamente após a sessão. Ela não estava disponível, mas um assistente me garantiu: a mãe de Tom havia morrido há seis dias.



Talvez eu tenha dado a impressão de que a cura pela fala é algo bastante simples. Basta anotar a queixa do paciente, colher sua história, fazer com que ele fale livremente, ajudá-lo a perceber o padrão, problematizá-lo e associá-lo aos sintomas para que ele possa agir de modo diferente. Infelizmente, o tratamento raramente é tão simples.

Certa vez, um homem apareceu inesperadamente em meu ambulatório de neuropsicologia e, por algum motivo, não consegui encontrar a pasta que geralmente acompanha cada encaminhamento. Assim, desculpei-me e pedi a ele (vamos chamá-lo de Johan T.) que descrevesse sua queixa. “Não sou um paciente”, respondeu ele.

“Ah, isso explica tudo”, eu disse. “Então, por favor, diga-me, por que está aqui?

“Você sabe por que estou aqui”.

Eu não sabia e pedi a ele que explicasse melhor. Ele disse que era advogado e que queria que eu interrompesse “a intervenção”. Acrescentou que havia perguntado ao Conselho de Profissões de Saúde da África do Sul (HPCSA) se era ético um profissional administrar tratamentos sem o consentimento do paciente. Disseram-lhe que não era. Embora ele não tenha aceitado meu protesto de que eu não tinha ideia de que intervenção ele estava falando, ele explicou longamente: eu estava colocando mulheres

para seduzi-lo. Disse que isso já era ruim o suficiente quando começou, no trabalho, mas agora que eu estava fazendo a mesma coisa em seu ambiente social, a situação tinha se tornado insustentável. Eu precisava retirar as mulheres. Ele sabia que minhas intenções eram boas, mas, como o HPCSA havia confirmado, eu precisava de sua aprovação para implementar esse tratamento e — ele repetiu — eu não a tinha. A menos que eu retirasse as mulheres sedutoras imediatamente, ele faria uma denúncia formal.

Ele atendeu ao meu pedido de mais informações. Acontece que, quando era estudante da Universidade da Cidade do Cabo, ele frequentava o Student Wellness Centre, onde recebia aconselhamento para "problemas de relacionamento". (Problemas de relacionamento *romântico*, ele esclareceu mais tarde; parecia ser um eufemismo para problemas sexuais.) Pouco tempo depois desse aconselhamento, a intervenção começou, primeiro no *campus* e depois em seu local de trabalho. Ele sabia que era eu quem estava por trás disso, porque exigia recursos substanciais e eu era chefe do departamento de psicologia na época. (Na verdade, eu não tinha nada a ver com o serviço de aconselhamento estudantil.)

Respeitosamente, expliquei que não poderia fazer o que ele solicitava, pois, apesar das aparências, eu não tinha nada a ver com a tal intervenção. Reconheci como aquilo parecia do ponto de vista dele, mas só pude dizer honestamente que eu tinha uma perspectiva diferente. Para minha surpresa, ele estava disposto a me ouvir, então expliquei: o que ele estava sentindo como tentativas daquelas mulheres de seduzi-lo era sua própria atração sexual por elas. Na verdade, ele estava "projetando" seu desejo nelas, como Eglé Laufer me ensinara tantos anos antes.

"Mas como o que *elas fazem* pode ser resultado do que *eu sinto*?", ele retrucou. Respondi que era uma questão do que *ele acreditava* que elas estavam fazendo e expliquei usando um exemplo baseado em uma experiência recente: se você — e somente você — sabe que está suando sob o casaco, pode se preocupar achando que a expressão facial da pessoa sentada à sua frente demonstra repulsa, quando ela não demonstra nada disso.

Novamente, para minha surpresa, ele pareceu estar aberto à minha interpretação. Se, hipoteticamente, o que eu dizia fosse verdade, ele perguntou, qual seria a minha recomendação: o que ele deveria fazer? Respondi que minha recomendação seria que ele fizesse psicoterapia, de modo que as inibições ou ansiedades que estavam causando suas

dificuldades românticas pudessem ser tratadas, liberando-o para ter a vida erótica que naquele momento lhe escapava. “Eu sabia!”, disse ele. “Está vendo? Eu falei: você está tentando me forçar a ter relações sexuais com essas mulheres”. Com isso, ele saiu abruptamente de meu consultório, para nunca mais voltar, e registrou uma queixa formal.[1]

Esse foi um exemplo extremo, mas muitos pacientes não estão dispostos a fazer psicoterapia. Alguns realmente são enviados a nós contra a própria vontade. Quando os pais enviam seus filhos para análise, por exemplo, eles não vão necessariamente de forma voluntária. O mesmo se aplica, e ainda mais, quando eles enviam seus filhos adolescentes rebeldes e ressentidos. Do mesmo modo, em casos de anorexia nervosa ou vício, a tendência é que os pacientes não se preocupem tanto quanto seus pais e médicos. (É trágico o número de viciados que acreditam que, ao contrário de todos os outros viciados, têm seu vício sob controle; e, quando chegam para o tratamento, não é para abandonar o vício, mas para recuperar o controle sobre ele). Em casos mais raros, em países onde os tribunais oferecem psicoterapia como uma alternativa ao encarceramento — nos casos de violência doméstica, crimes sexuais e alguns outros comportamentos antissociais —, os pacientes são literalmente condenados à psicoterapia. Nesses casos, também, não são principalmente os pacientes que estão sofrendo, mas, sim, as pessoas ao seu redor.

Isso coloca o analista em uma posição difícil. Esses pacientes não estão dispostos a colaborar no processo de descobrir a origem de seu sofrimento, porque não estão sofrendo. Eles podem acreditar que não há nada de errado com eles ou que a única coisa com que estão lutando é a irracionalidade das autoridades que agora os submetem ao tédio de sua companhia. A motivação habitual para o que chamamos de “aliança terapêutica” está ausente. Talvez você já tenha ouvido a piada: quantos psicanalistas são necessários para trocar uma lâmpada? Um, mas a lâmpada precisa realmente querer mudar.

O termo “aliança terapêutica” reflete o fato de que um tratamento psicanalítico requer confiança. Com pacientes que conscientemente (e, pelo que se sabe, corretamente) acreditam que o terapeuta está a serviço de seus opressores, é difícil aceitar uma sugestão de que, por exemplo, suas explosões de hostilidade revelam previsões reprimidas — “transferências” —, e não como eles realmente se sentem em relação à sua situação atual. E se o terapeuta estiver de fato cumprindo as ordens dos pais, por exemplo,

em vez de se alinhar com os interesses do próprio paciente, alguma hostilidade pode até ser justificada. No mínimo, isso constitui uma prática profissional ruim (o que não significa que nunca aconteça).

Na realidade, é verdade que os pacientes frequentemente provocam respostas emocionais pouco úteis em seus terapeutas, inclusive raiva. A prática padrão é que o terapeuta reconheça essas reações de "contratransferência" em si mesmo, corte-as pela raiz e as utilize para entender melhor o que o paciente está fazendo e sentindo. Apesar das dificuldades óbvias — e sem minimizar o treinamento e a habilidade necessários —, se houver uma aliança, ambas as partes poderão navegar por essas águas turbulentas e usar o entendimento mútuo que essas encenações de transferência/contratransferência proporcionam para um bom efeito terapêutico. Mas, como a piada adverte: o paciente precisa realmente querer mudar.

O motivo final, nesse caso, é quase sempre o próprio sofrimento. Você pode pensar que, para um paciente que não está sofrendo, não deve haver um bom motivo para estar em tratamento. No entanto, há duas condições em que podemos submeter uma pessoa a um tratamento contra sua vontade: se houver risco significativo de que cause danos a si mesma ou a outros, ou se ela não for mentalmente capaz de julgar seus próprios interesses. Isso parece uma armadilha, mas há diretrizes legais sólidas para determinar o risco de danos e a competência mental e, na maioria dos países, o nível é bastante alto. De qualquer maneira, esses pacientes relutantes normalmente não são encaminhados para tratamento *psicanalítico*, por questões óbvias: não funciona se eles não quiserem falar.

Essas ressalvas, portanto, não descrevem o tipo de oposição que psicoterapeutas como eu enfrentam todos os dias. O problema mais comum é um pouco mais sutil e muito mais interessante do ponto de vista teórico. Se um paciente está negligenciando alguma necessidade emocional básica, ele obviamente deve sofrer com o sentimento que a anuncia, tão certamente quanto a falta de hidratação seria sentida como sede — não fosse pela existência do que Freud chamou de *mecanismos de defesa*.



Um fato notável sobre as "lesões de ideias" é que, assim como as feridas físicas, elas geralmente provocam uma espécie de inchaço ou cicatrização

protetora. No entanto, como essa reação é de natureza puramente psicológica, talvez uma analogia melhor seja uma que envolva *comportamento*: se você quebra o pé, evita andar sobre ele, o que é muito bom, mas, se a fratura for tal que a cura exija a recolocação cirúrgica de um osso, evitar a dor a curto prazo não é o melhor tratamento a longo prazo.

Freud descreveu isso da seguinte maneira:

> Os processos defensivos são o correlato psíquico do reflexo de fuga e realizam a tarefa de evitar a geração de desprazer a partir de fontes internas. Ao cumprir essa tarefa, servem aos eventos mentais como uma regulação automática, que, no final, incidentalmente, acaba sendo prejudicial e precisa ser submetida ao pensamento consciente.[2]

Por que protegemos as previsões que não satisfazem nossas necessidades emocionais? Isso claramente não nos impede de usá-las — caso contrário, os problemas nunca surgiriam e os sintomas jamais se apresentariam. Simplificando, este é o motivo: previsões ruins levam a necessidades não atendidas, que levam a sentimentos ruins. As defesas são acionadas para abafar os sentimentos, embora as necessidades permaneçam não atendidas. Os sentimentos ruins se repetem e as defesas são novamente acionadas, mais facilmente desta vez porque a prática leva à perfeição. Quanto mais consolidada e automática a defesa se torna, mais cronicamente a necessidade permanece não atendida. Em suma, é um ciclo de retroalimentação que, em muitos casos, pode aumentar de intensidade até que algo se rompa. Em outros casos, as defesas são mantidas indefinidamente, em função daquilo que Freud chamou de “ganho com a doença” (muitas vantagens podem advir do papel de doente).

No caso de Thomas W., a negação defensiva da morte da mãe não satisfazia sua necessidade subjacente de tê-la. Essa necessidade seria satisfeita somente se o *sofrimento* pela perda dela o levasse a encontrar outra pessoa viva a quem pudesse se apegar: alguém que se importasse com ele pelo menos tanto quanto ele se importava com ela. Assim como no caso de Johan T.: a projeção defensiva de seu desejo sexual não reverteu a frustração subjacente do impulso — isso só poderia ser alcançado se ele *enfrentasse* e superasse suas inibições e ansiedades sexuais.

De todas as noções psicanalíticas discutidas neste livro, as defesas podem ser as mais comuns, as mais fáceis de aceitar e as mais difíceis de contestar. “Defesa” significa nada mais do que *tentar evitar algo*. Nem mesmo o mais ferrenho crítico de Freud negaria que dispomos de inúmeras

maneiras de evitar realidades desagradáveis: distrações, racionalizações, desculpas, culpar os outros, enterrar a cabeça na areia. No que se refere a percepções, isso já é sabedoria popular. Aceitamos que todos os tipos de comportamento — uso de drogas ou álcool, automutilação, bulimia, anorexia — podem ser desvios semivoluntários de nossos problemas reais. Vemos prontamente inovações como jogos eletrônicos, mídia social e pornografia na internet como muletas que nos ajudam a evitar a sensação de não estarmos *realmente* satisfazendo nossas necessidades emocionais. Nossa propensão a fugir dos problemas e depois fingir, até mesmo para nós mesmos, que não fugimos, com consequências terríveis, é um tema literário que remonta à *Epopeia de Gilgamesh* (2º ou 3º milênio a.C.), ou seja, aos primórdios da literatura.[3] Portanto, você pode se perguntar se é justo atribuir essa ideia universalmente aceita apenas a Freud.

Minha resposta é que Freud cristalizou o conceito de três maneiras importantes, cada uma delas demonstrando uma força característica de seu pensamento. Primeiro, organizou a variedade de defesas com grande clareza. Seu catálogo de mecanismos de defesa era lógico e elegante, embora não exaustivo, e nunca foi significativamente melhorado. Em segundo lugar, ele colocou o conceito em um contexto explicativo — o aparelho mental, concebido em termos funcionais —, no qual ele parece quase inevitável. Por fim, tinha uma espécie de visão arquitetônica dos fenômenos sutis e variados que poderiam resultar das combinações desses elementos simples. Em outras palavras, ele intuiu o quanto de nossas vidas mentais essas defesas explicam: o quão fundamentais são para o modo de funcionamento de nossas mentes. Elas desempenham um papel fundamental na formação do que chamamos de caráter.

Freud dividiu os mecanismos de defesa em três categorias amplas, que vão do ruim ao pior: “neurótico”, “narcisista” e “psicótico”. Todos nós temos defesas de um tipo ou de outro; as acomodações que fazemos para cobrir as inadequações do nosso próprio modo de vida, até certo ponto, são nossas personalidades. Mas nem todas são igualmente bem-sucedidas. Quanto mais realista for uma defesa — não no sentido de representar com precisão a realidade, mas de ser compatível com ela —, mais confiavelmente ela poderá administrar os sentimentos perturbadores que surgem das previsões reprimidas. Quanto menos realista ela for, maior será a probabilidade de fracassar. Isso leva a problemas mentais. Quando nossas defesas contra o sofrimento são rompidas, adoecemos emocionalmente.

Freud chamou isso de “retorno do recalcado”. Na verdade, porém, não é a previsão recalcada em si que retorna à consciência (isso é impossível, pois ela está envolta nos sistemas de memória mais profundos e não declarativos). Em vez disso, o que retorna é o sentimento: a insinuação desagradável de que algo está errado, do qual a defesa estava nos protegendo.

As defesas mais realistas são as neuróticas, cujo exemplo mais conhecido é a “sublimação”. Isso significa substituir os objetos e objetivos das previsões recalcadas de suas formas infantis originais por outras mais socialmente aceitáveis. Por exemplo, a atração pela mãe: se você a substituir por uma namorada, um marido ou por qualquer outra pessoa que seja socialmente aceitável e satisfaça a pulsão, que importa se essa pessoa funciona como um substituto para a mãe?[II]

Outras defesas, como a “introjeção” ou a “projeção” (que são narcísicas) e a "recusa" (uma defesa psicótica), são menos fáceis de conviver. Na “introjeção”, a pessoa nega a perda de um objeto tentando se tornar ele. Em um sentido limitado, foi isso que fiz com Clifford Yorke (embora eu afirmasse que minha defesa era neurótica, pois substituí minha tão desejada conexão com meu pai por uma conexão com Yorke). De uma maneira mais aguda, foi isso que Thomas W. fez com sua mãe doente: ele se tornou a mãe ao cuidar dela em vez de ela cuidar dele — ao custo de desenvolver crenças hipocondríacas de que tinha esclerose múltipla. Na “projeção”, por outro lado, a pessoa localiza a fonte de seu sofrimento no objeto, e não em si mesma. Foi isso que Johan T. fez: ele sentiu que seu incômodo desejo sexual vinha das mulheres que eu supostamente havia colocado ao seu redor, e não como algo originado nele próprio.

A “negação” envolve o afastamento e, portanto, negar parte da realidade que causa o erro de previsão. Alguns problemas parecem enormes demais para serem negados e, mesmo assim, alguns de nós o fazem. A evidência clínica é impressionante. Quando Thomas W. entrou em psicose, ele negou a realidade indesejável da morte de sua mãe e, então, para citar Freud, uma “ilusão é aplicada como um remendo sobre o lugar onde originalmente havia surgido uma fenda na relação do ego com o mundo externo”.[4] Ou seja, ele substituiu o fato inaceitável da morte de sua mãe pela ilusão de que ela não só estava viva, mas também estava muito bem. E ele claramente acreditava que isso era verdade.

As pessoas costumam usar as palavras “neurótico”, “narcisista” e “psicótico” de maneira muito vaga. Na época de Freud, “neurótico” abrangia todos os transtornos neurológicos funcionais. Entretanto, como vimos, ele acreditava que somente as *psiconeuroses* tinham etiologia psicológica; pensava que as neuroses *reais* eram de origem fisiológica — causadas por intoxicação ou abstinência de (o que ele erroneamente considerava ser) hormônios sexuais. “Psicótico” sempre denotou perda de contato com a realidade, como ainda denota, e era geralmente reconhecido como sendo de origem psicológica ou fisiológica, como ainda é. O termo “narcisista” foi introduzido por Paul Näcke e Havelock Ellis na virada do século XIX, mas tinha um significado muito limitado: referia-se apenas a comportamentos “autoeróticos”, como a masturbação. Foi Freud quem lhe deu o significado mais amplo que tem hoje em dia: uma organização da personalidade em torno de várias formas de amor-próprio.[5]

Na psiquiatria atual, o termo “neurótico” foi retirado de nossas categorias diagnósticas oficiais, e “narcisista” é usado apenas com referência ao transtorno de personalidade. O termo “psicótico” é usado tanto na psiquiatria quanto na neurologia. Já o termo abrangente que Freud usou em relação a todos esses transtornos — ou seja, “neuropsicoses de *defesa*”[6] — é utilizado apenas por psicanalistas e terapeutas psicanalíticos. Se os psiquiatras biológicos usassem o termo “defesa”, isso poderia implicar em seu endosso de todo o modelo psicodinâmico de Freud: um pensamento perigoso.



Há alguns anos, o neurologista V. S. Ramachandran enviou uma carta sobre mim para a *Scientific American*. “Aplaudo os esforços de Solms para vincular as descobertas da neurociência moderna com alguns dos palpites intuitivos de Freud”, escreveu ele. “Os chamados mecanismos de defesa freudianos — como racionalização, negação, recalque e formação de reações — são uma parte vital e muito real de nossa vida mental, embora a maioria dos neurocientistas negue isso.”[7]

Uma boa piada: a negação da negação. Ainda assim, a neurociência não tem feito muito com esse conceito. É uma pena, pois certamente há muito a ser descoberto.

A propósito, Ramachandran escreveu sua carta depois de observar um problema estranho em um de seus próprios pacientes. Ele estava cuidando de uma mulher depois que um derrame no hemisfério direito do cérebro paralisou o lado esquerdo de seu corpo.[8] O problema é que ela negava que estivesse paralisada. Ela insistia, com bastante veemência, que podia mover o braço perfeitamente bem. No entanto, o braço não se movia. Diagnóstico: anosognosia, uma condição neurológica na qual o paciente não tem consciência de sua condição neurológica.

Quando o neurologista e psicanalista Edwin Weinstein sugeriu pela primeira vez que isso poderia ser um produto da negação defensiva,[9] o contra-argumento (amplamente aceito) foi que, se fosse assim, a negação ocorreria igualmente com a paralisia do lado esquerdo e do lado direito; mas ocorre apenas com a primeira, logo deve ter relação com a *localização* do dano cerebral.[10] Portanto: um déficit cognitivo no hemisfério direito, não uma defesa psicodinâmica.

Isso poderia ter sido o fim da história. No entanto, por ser um médico com inclinação experimental, Ramchandran teve a ideia de provocar artificialmente a atenção de sua paciente para o lado esquerdo usando um método chamado estimulação calórica. Injeta-se água fria no ouvido interno (esquerdo), desencadeando um padrão reflexo distinto de movimentos oculares. O procedimento é desconfortável, mas indolor, inofensivo e, principalmente, incapaz de reverter nenhum dano tecidual subjacente. No entanto, a paciente não apenas admitiu imediatamente sua paralisia; ela revelou que sabia dela o tempo todo, datando com precisão sua duração. Quando o efeito da estimulação passou, ela voltou a negar o fato. Na verdade, ela se lembrava de tudo o que havia acontecido em sua conversa com Ramachandran durante a estimulação calórica (até mesmo o desenho da gravata que ele estava usando), com a única exceção da parte em que ela admitiu estar paralisada.

Isso é altamente sugestivo. Uma condição que se supunha resultar da simples destruição do tecido neural — por assim dizer, a exclusão da parte do cérebro que poderia reconhecer esse aspecto da realidade — acabou cedendo a uma intervenção que não alterou em nada o tecido destruído.

Posteriormente, Ramachandran relatou que era possível fazer com que esses pacientes reconhecessem sua deficiência injetando um placebo no braço paralisado e dizendo que aquilo causaria apenas imobilidade *temporária*. A hipótese foi testada e confirmada.[11] (Novamente, a boa e

velha falseabilidade.) Meu próprio grupo de pesquisa, assim como outros, relatou desde então uma série de experimentos que demonstram o mesmo fenômeno.[12] Crucialmente, demonstramos, de diversas maneiras, que os pacientes com anosognosia têm conhecimento implícito (não declarativo) de suas paralisias. Além disso, demonstramos que é possível superar a negação não apenas por meio da estimulação calórica, como fez Ramachandran, mas também forçando esses pacientes a se observarem *objetivamente* — substituindo sua visão subjetiva habitual por espelhos e gravações em vídeo para mostrar seu comportamento paralisado de uma perspectiva externa.

Então, por que a anosognosia ocorre somente com lesões no hemisfério direito? A resposta é que não nascemos com uma compreensão de como o espaço tridimensional funciona; precisamos aprendê-la. É difícil aprender a se colocar no lugar de outra pessoa, a se ver de fora, objetivamente. Isso não é difícil apenas cognitivamente; também é difícil emocionalmente. Quando esse conhecimento duramente conquistado é perdido com a lesão cerebral do lado direito (como é o caso, já que o hemisfério direito é especializado na cognição espacial), os pacientes voltam a usar maneiras *desejosas* de interpretar as relações espaciais. Eles "introjetam" o membro funcional agora perdido ou "projetam" o membro atualmente paralisado. No último caso, os pacientes do hemisfério direito reconhecem que o braço está paralisado, mas afirmam que ele pertence a outra pessoa.[III]

Mais uma vez, estamos lidando com a "ideia" de um braço, e não com sua topologia neural concreta. Nesse sentido, a anosognosia (rejeição defensiva da paralisia) parece ser o inverso da paralisia histérica (adoção defensiva da paralisia) — a mesma condição que levou Freud a começar a formular explicações psicanalíticas em primeiro lugar.

Há algo de estranho nessas condições, em um sentido que Freud endossaria. Quando se pode ligar e desligar aspectos do senso de realidade de uma pessoa como se fosse um interruptor, parece que não estamos lidando mais com um "eu" vivo, mas com algo inanimado — um mecanismo. As intervenções eficazes nessas condições estão muito mais próximas, em espírito, da sugestão hipnótica do que de uma ligação direta com o circuito anatômico do cérebro e, ainda assim, há algo decididamente mecanicista nelas. Nesses casos, a mente revela seu funcionamento. O próprio Ramachandran concluiu que a anosognosia deve ser psicodinâmica.

Se for assim, isso só pode implicar que o *cérebro* utiliza mecanismos psicodinâmicos, como, nesse caso, os mecanismos de defesa.

Não há pior cego do que aquele que não quer ver. Ramachandran estava disposto a olhar e, quando o fez, viu o óbvio. Como disse Freud, muitos outros "repetem, em sua resistência, a manobra clássica de não olhar pelo microscópio para evitar ver o que haviam negado".[13]



Onde tudo isso deixa o psicanalista? Queremos desenterrar a previsão falha que está causando todos os problemas ao nosso paciente, mas nosso progresso é confrontado a todo momento por uma barragem de resistência.

Diante de uma posição bem defendida, antes de tentar analisar a transferência, é preciso fazer um reconhecimento das fortificações. Ao contrário das predições recalcadas, que sempre objetivam (ainda que de modo inadequado) atender a uma necessidade subjacente, as defesas surgem para apagar os sentimentos ruins causados pela inadequação da previsão.[14] Elas são um exercício de *evitação*. Isso torna mais difícil ver qual era a necessidade. Portanto, a análise da defesa assume a forma de: "Você consegue perceber que está fazendo *isso* para não sentir *aquilo*?".

Para ilustrar a diferença entre recalque e defesa: no caso de Thomas W., a previsão recalcada era: "Vou fazer a mamãe melhorar". Se seu plano infantil tivesse sido bem-sucedido, Tom teria conseguido um cuidador funcional (ou seja, ele realmente teria satisfeito a necessidade subjacente). A defesa, por outro lado, assumiu a forma de: "Mamãe ainda está viva". Essa falsa crença não envolveu nenhum plano de ação; tudo o que conseguiu foi evitar uma verdade indesejada que causava um sentimento profundo de perda. As previsões recalcadas podem não ser realistas, mas são os melhores (ou os menos ruins) planos de ação que uma criança pequena consegue reunir. Então, elas se tornam automatizadas. As defesas são menos profundas: são medidas de emergência, exercícios de contenção.

O que nos ajuda quando confrontados com as defesas é o fato de que, por sua própria natureza, elas tendem a vacilar ou falhar. Assim, usamos os momentos fugazes em que as defesas de nossos pacientes falham, quando o sofrimento subjacente irrompe, como ponto de partida para nossa análise. Esses momentos repentinos de vulnerabilidade, por mais horríveis que sejam para o paciente, tornam-se a base do tratamento. São momentos de

verdade, aos quais tanto o paciente quanto o analista podem se referir sempre que as manobras defensivas turvarem as águas novamente.

No caso de Tom, ele continuava afirmando, na sessão seguinte, que sua mãe estava viva e bem, mas seu humor estava mais abatido. Cerca de 15 minutos depois do início da sessão, seu rosto se abateu e ele começou a soluçar com as mãos cobrindo o rosto: “Ela está viva”. Ele permaneceu assim, com o rosto entre as mãos, por mais ou menos um minuto. Eu disse: “Esse sentimento de opressão é o que você está evitando ao dizer a si mesmo que ela ainda está viva; mas o sentimento nos diz que ela não está. Portanto, precisamos encontrar uma maneira melhor de lidar com sua nova situação”.

Uma necessidade emocional não atendida, como a necessidade de cuidado materno, causa um fluxo constante de sentimentos ruins na mente. A criança busca desesperadamente uma solução para o problema (por exemplo, tornar a mãe melhor). Como o problema se mostra insolúvel, a criança acaba parando de trabalhar nele: usando uma falsa previsão — um desejo —, ela o empurra para fora de seus pensamentos como se *estivesse resolvido*. O sentimento ruim permanece, mas pelo menos a criança pode se concentrar em problemas mais fáceis de resolver. Se, por qualquer motivo, a necessidade original agora faz novas exigências (pela perda permanente da mãe, por exemplo), é difícil substituir a falsa previsão, que já está consolidada profundamente. Em comparação, é preciso pouco esforço, pelo menos no curto prazo, para simplesmente evitar a dificuldade e abafar o sentimento que ressurge.

E o que são sentimentos ruins? Bem, do ponto de vista neurofisiológico, são o resultado subjetivo da ativação no cérebro de várias substâncias químicas neuromoduladoras. Essas substâncias químicas, como as drogas psicoativas, ajustam o funcionamento do cérebro e do corpo de maneira bastante geral. Alteram a frequência cardíaca, a velocidade dos reflexos, os modos de formar ou acessar memórias e assim por diante. Da perspectiva subjetiva, eles informam se o que você está fazendo está sendo bem-sucedido ou não. As respostas do organismo ao estar “ligado” a essas substâncias químicas evoluíram para ajudá-lo a lidar melhor com determinadas classes de ameaças existenciais, um tipo diferente de situação de sobrevivência para cada um dos principais coquetéis químicos. Mas, quando você não está realmente lidando com essa ameaça, ou quando não está mais à mercê dela — quando seu cérebro está sempre na engrenagem

errada para os contextos em que você realmente se encontra —, poderíamos dizer que você está *mal ajustado*. Tanto seus sentimentos quanto algumas das previsões arraigadas que os causam são inadequados para sua realidade atual. O que acontece, então?

No ambiente ancestral, provavelmente você teria morrido bem cedo. (Ou melhor, pessoas como você teriam morrido mais cedo e, portanto, se reproduzido menos, em média.) De que outra forma os circuitos afetivos teriam evoluído? Por que outro motivo o aparelho mental registraria certas relações emocionais como necessidades biológicas, semelhantes em espécie às necessidades homeostáticas como alimento e ar? Em nosso mundo atual, contudo, apesar das histórias sobre mortes por coração partido, as pessoas tendem a não morrer de medo ou raiva o tempo todo — ou, pelo menos, não rapidamente.

Uma das bênçãos ambíguas da civilização é o fato de não haver, por assim dizer, um fator limitante para que nossas necessidades emocionais não sejam atendidas. Assim, podemos passar a vida sob a influência inebriante de emoções contextualmente inadequadas. Sem querer enfatizar demais, esse é o relato psicanalítico do que é ser doente mental. Quando algo dá errado com a mente, diz Freud, é isso.



Atualmente, existe uma consciência em nível de psicologia popular de como algo desse tipo pode explicar a relação entre os transtornos emocionais e o diagnóstico peculiarmente onipresente do século XXI para tudo: o trauma. Na concepção popular, praticamente qualquer evento desagradável (incluindo meras ofensas verbais) pode ser “traumático”. Para mim, é mais útil pensar em situações traumáticas como eventos para os quais você não tem nenhuma preparação. Aqui, não se trata tanto de previsões ruins, mas da ausência de previsão. É isso — a impotência — o que torna essas situações traumáticas. Enquanto as previsões recalcadas são executadas inconscientemente, *a ausência* de previsões produz um estado de consciência elevada (de hiperincerteza). Toda a cena entra na consciência com grande clareza sensorial, carregada de significado ambíguo. É por isso que o TEPT (que ocorre somente após um trauma real) é caracterizado por *flashbacks*: nós literalmente revivemos o momento traumático, até mesmo em nossos sonhos.

No entanto, o TEPT envolve mais do que isso. Também envolve o mecanismo de condicionamento do medo de exposição única, que já descrevi. Notavelmente, algo semelhante parece acontecer com o desejo sexual. Por motivos que ainda não estão totalmente esclarecidos, a primeira experiência sexual de uma pessoa lança uma longa sombra sobre suas preferências sexuais posteriores. Não é raro que as vítimas de abuso sexual infantil escapem de seus torturadores e acabem voltando para relacionamentos igualmente abusivos ou se tornem abusadores.[IV] É como se um dado tivesse sido lançado: sexo significa alguém abusando de alguém. Esse equivalente ao aprendizado de uma única exposição em relação à pulsão sexual pode ajudar a explicar as consequências ao longo da vida dos encontros sexuais na infância, como Freud supôs em primeiro lugar.

Seja como for, todas as psicopatologias comuns surgem de falhas no atendimento de uma ou outra de nossas necessidades emocionais comuns. Assim, da mesma maneira que uma pessoa que não consegue desligar o circuito do medo sofrerá de transtorno de estresse pós-traumático ou fobia, uma pessoa que não satisfaz o impulso de apego sofrerá de depressão maior, transtorno do pânico, transtorno de personalidade limítrofe ou algo do gênero; uma pessoa que não satisfaz o impulso exploratório sofrerá de mania, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) ou algo semelhante;[V] uma pessoa que não satisfaz o impulso agressivo sofrerá de problemas de "controle da raiva", e assim por diante.

Talvez você sinta uma certa dúvida quanto a isso ser realmente tudo o que existe para explicar a doença mental. Certamente a ciência médica documenta e trata condições que são muito estranhas, muito extremas em sua gravidade para serem explicadas como o simples resultado de uma *necessidade emocional cronicamente insatisfeita*. O que dizer das alucinações e delírios aterrorizantes da esquizofrenia? E quanto às extensões aparentemente estéreis do autismo, onde até mesmo a linguagem não consegue enraizar? Somos levados a dizer que essas são doenças genuínas, não apenas dificuldades de adaptação emocional. São problemas para os quais a resposta adequada é o tratamento *médico*, o tipo de tratamento que somente médicos de verdade podem oferecer. Em suma, eles devem ser problemas para a *psiquiatria*: a própria medicina da mente da medicina.

Sugiro que façamos um recuo histórico.

Quando Freud estudou medicina na Universidade de Viena, seu professor de psiquiatria era Theodor Meynert, autor de um famoso livro-texto intitulado, simplesmente, *Psychiatry* (*Psiquiatria*, em tradução livre) (1884). Em seu prefácio, Meynert escreveu:

> O leitor não encontrará nenhuma outra definição de "Psiquiatria" neste livro, a não ser a que consta na página de rosto: *Clinical Treatise on Diseases of the Fore-Brain* (*Tratado clínico sobre doenças do prosencéfalo*, em tradução livre).[15]

Que tipo de doenças? A resposta de Meynert foi surpreendentemente específica: o escopo da psiquiatria abrangia os casos de disfunção vasomotora cerebral. Sua teoria era que, quando uma parte do cérebro era ativada por uma emoção ou um pensamento, o sangue vital era redistribuído para a região ativa e afastado de uma região inibida. Essa redistribuição causaria hiperemia na região ativa e vasoconstrição na região inibida. Com base nesse princípio geral, Meynert atribuiu a esquizofrenia a anormalidades microvasculares no córtex cerebral e a histeria a alterações no fluxo sanguíneo da artéria coroidal. Qualquer que fosse o problema, o sangue era o culpado.

A citação do livro Psychiatry de Meynert continua:

> O termo histórico para psiquiatria, ou seja, "tratamento da alma",[VI] implica mais do que podemos alcançar e transcende os limites da investigação científica precisa.

A palavra alemã para "mente" é *Seele*, que também pode ser traduzida como "alma". *Psyche* é seu sinônimo. Portanto, "psiquiatria" implica "tratamento da alma". Essa implicação constrangia Meynert — ele acreditava que a própria palavra denotava algo que habitava uma dimensão diferente do corpo físico, uma invenção em um reino espectral flutuando ao lado do sólido corpo cotidiano. Portanto, ele estava determinado a estabelecer a psiquiatria em uma base totalmente materialista, que excluísse a psique. Desse modo, a psiquiatria perdeu a cabeça.

O problema foi que todas as doenças mentais para as quais as causas materiais podiam ser estabelecidas foram atribuídas a um departamento médico diferente. As "doenças do prosencéfalo", no sentido restrito em que Meynert usou o termo, eram exclusividade da neurologia, não da psiquiatria. Um século e meio atrás, essas duas especialidades "nervosas"

divergiram pela primeira vez do campo mais amplo *da medicina interna*, ou seja, o estudo de doenças que ocorrem dentro do corpo, de modo que devemos inferir seus mecanismos causais a partir de sinais externos. As doenças que ocorriam dentro da parte do corpo conhecida como cérebro eram consideradas suficientemente complexas e numerosas para merecer uma ou duas especialidades próprias.

Há um procedimento padrão na medicina interna: a correlação clínico-anatômica. No século XVIII, os médicos observaram que os pacientes que sofriam de dores no peito (ao esforço) durante a vida eram frequentemente encontrados na autópsia com artérias coronárias obstruídas ou estreitadas. Com base nisso, quando, posteriormente, encontravam novos casos de dor torácica ao esforço, deduziam que a causa subjacente era o estreitamento das artérias e tratavam o paciente de acordo, embora naquela época não pudessem inspecionar o estado do sistema cardiovascular de seus pacientes. Essa era a essência da medicina interna.

No século XIX, médicos pioneiros se propuseram a fazer o mesmo com as doenças do sistema nervoso. Foi assim que Jean-Martin Charcot fundou a disciplina de neurologia: ele correlacionou as manifestações externas dos transtornos do cérebro e da coluna vertebral com sua anatomia patológica subjacente, o que estabeleceu as bases para uma compreensão científica de causa e efeito do *mecanismo* de cada síndrome. Isso, por sua vez, apontou o caminho para possíveis curas. A esclerose múltipla (a doença que afligia a mãe de Thomas W.) foi uma das muitas doenças identificadas por Charcot, permitindo que os neurologistas fizessem o diagnóstico em uma época em que era impossível inspecionar a saúde do cérebro e da medula espinal de pessoas vivas.

Por que *os psiquiatras* do século XIX não fizeram o mesmo? Talvez você já tenha adivinhado. Quando os pacientes com sintomas e sinais como os que hoje chamamos de depressão maior eram submetidos à autópsia, nenhuma patologia anatômica dos tecidos do cérebro era encontrada. Parecia não haver nenhuma doença subjacente e, portanto, nada que se correlacionasse com todos os sintomas e sinais mentais peculiares que os médicos queriam explicar. O mesmo se aplicava a todas as neuroses e a muitas psicoses. Com base nisso, foi feita a distinção entre neurologia e psiquiatria: a primeira disciplina se ocuparia dos transtornos da estrutura do sistema nervoso, enquanto a segunda se preocuparia com os transtornos de sua função. Essa distinção foi (e ainda é) entendida como significando que,

embora a anatomia do cérebro permaneça intacta nos transtornos psiquiátricos, por algum motivo ele não está funcionando adequadamente.

Por qual motivo? Como vimos, Meynert arriscou um palpite: por motivos *fisiológicos*, especificamente relacionados ao fluxo de sangue. Foi isso que ele entendeu como a palavra "funcional": fisiológico em oposição a anatômico. Mas os mecanismos inferidos por Meynert eram altamente especulativos, o que levou Freud a mudar sua fidelidade a Charcot.

No auge de sua fama como neurologista, Charcot incentivou um estudo científico sério das neuroses. Ele estava especialmente interessado na neurose que, na época, era chamada de histeria, quadro em que os pacientes apresentavam sintomas e sinais de doença neurológica, mas sem que qualquer processo patológico fosse encontrado na autópsia. A inclinação de Charcot era abordar esse problema como qualquer outro em neurologia: caracterizar seus sintomas e sinais e depois aguardar pelos achados do patologista.

Mas, espere aí, não é justamente isso que falta nos transtornos funcionais: achados patológicos? Sim, de fato; portanto, a ênfase aqui recai sobre a palavra *aguardar*. Charcot acreditava que a histeria era causada por uma "lesão dinâmica" — em outras palavras, por algum tipo de anormalidade fisiológica na atividade do cérebro que não produzia danos visíveis ao tecido. Ele esperava que os avanços na tecnologia médica *um dia* possibilitassem que os médicos visualizassem essas lesões "dinâmicas" em pacientes vivos da mesma maneira que os médicos de sua época podiam ver lesões anatômicas na autópsia a olho nu. A única diferença entre Charcot e Meynert, nesse aspecto, era que Meynert especulava sobre a natureza específica dos mecanismos fisiopatológicos, enquanto Charcot preferia aguardar. Enquanto isso, recomendava que os internistas descrevessem e classificassem cuidadosamente os vários transtornos funcionais, antecipando o dia em que a tecnologia médica tornaria possível explicá-los fisiologicamente.

Foi basicamente isso que eles fizeram. A psiquiatria moderna enfrenta o desafio de formalizar os critérios diagnósticos (as "síndromes") que constituem a multiplicidade de transtornos psiquiátricos, de modo que todos possamos concordar com a aparência clínica de quadros como "transtorno de estresse pós-traumático", "esquizofrenia" e "transtorno de déficit de atenção", a fim de preparar o caminho para uma futura compreensão de suas causas fisiológicas. Afinal, a menos que haja consenso entre os

pesquisadores sobre o padrão de sintomas e sinais que *constituem* síndromes como “transtorno depressivo maior” *versus* “transtorno do pânico” *versus* “transtorno obsessivo-compulsivo”, e assim por diante, nunca será possível descobrir seus diferentes mecanismos causais e desenvolver tratamentos adequados.

O ponto crucial a ser observado aqui é a suposição de que os mecanismos causais seriam fisiológicos. É isso que torna essa abordagem da psiquiatria insensata. Não quero ser mal interpretado. Não estou dizendo que os fatores psicossociais não são levados em consideração nas conceituações e classificações autorizadas usadas na psiquiatria atualmente; mas essas considerações são secundárias e, na maioria das vezes, ainda se supõe que sejam mediadas por variáveis fisiológicas (de modo que, por exemplo, “estresse” se traduz em “cortisol”). Do mesmo modo, nem todos os pesquisadores psiquiátricos convencionais são implacavelmente reducionistas. Mas basta olhar os títulos da grande maioria dos artigos científicos publicados em uma edição recente de qualquer uma das principais revistas psiquiátricas para perceber o que quero dizer.[16]

A enorme tarefa nosográfica recomendada por Charcot resultou em um grande livro chamado *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM). Ele foi publicado pela primeira vez em 1952 pela Associação Americana de Psiquiatria e, atualmente, está em sua quinta edição, com cerca de mil páginas. Ele domina completamente a pesquisa e a prática psiquiátrica contemporânea.[VII]

As principais classes de transtornos psiquiátricos, conforme são classificadas nele atualmente, são transtornos do neurodesenvolvimento; espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos; transtornos bipolares e relacionados; transtornos depressivos; transtornos de ansiedade; transtornos obsessivo-compulsivos e relacionados; transtornos relacionados a traumas e estressores; transtornos dissociativos; transtornos de sintomas somáticos e relacionados; transtornos alimentares; transtornos de eliminação; transtornos do sono-vigília; disfunções sexuais; disforia de gênero; transtornos disruptivos, de controle de impulsos e de conduta; transtornos relacionados a substâncias e dependência; transtornos neurocognitivos; transtornos de personalidade; transtornos parafílicos; outros transtornos mentais; transtornos de movimento induzidos por medicamentos e outros efeitos adversos de medicamentos; e outras condições que podem ser foco de atenção clínica. Observa-se que algumas

dessas categorias se sobrepõem consideravelmente ao domínio da neurologia. Isso não é surpreendente: com os avanços da tecnologia médica (especialmente em campos como a biologia molecular), a linha divisória entre a “estrutura” anatômica e a “função” fisiológica está cada vez mais difícil de ser traçada. Isso é mais ou menos o que Charcot esperava que acontecesse.

Para dar uma ideia de como é uma síndrome psiquiátrica típica nos dias de hoje, aqui estão os critérios do DSM-5 para transtorno depressivo maior:

> O indivíduo deve apresentar cinco ou mais sintomas durante o mesmo período de duas semanas, e pelo menos um dos sintomas deve ser (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.

1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias.
2. Interesse ou prazer nitidamente diminuído em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias.
3. Perda de peso significativa quando não está fazendo dieta, ou ganho de peso, ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias.
4. Desaceleração dos pensamentos e redução dos movimentos físicos (observáveis por outras pessoas, não apenas sensações subjetivas de inquietação ou lentidão).
5. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
6. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada quase todos os dias.
7. Diminuição da capacidade de pensar ou de se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias.
8. Pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou um plano específico para cometer suicídio.

Teddy P., o caso descrito no início deste livro, preenchia esses critérios diagnósticos. Thomas W. também.

De acordo com Charcot, uma vez que tenhamos descrito e classificado essa constelação clínica, e quando a tecnologia médica tiver avançado o suficiente para nos mostrar os processos que ocorrem dentro do cérebro e que estão associados a ela, poderemos começar a procurar as causas fisiológicas até mesmo de transtornos como esse. Atualmente, temos uma infinidade de métodos para fazer isso. A fMRI e o PET, por exemplo, nos

permitem facilmente observar em tempo real o funcionamento do cérebro de um paciente deprimido *versus* um autista, um pós-traumático, um sociopata ou qualquer outro tipo de paciente psiquiátrico, e ver como sua neurodinâmica, seus padrões de ativação e neuromodulação, e assim por diante, diferem.[VIII]



Parece que chegou a hora, então, de transformar a psiquiatria de uma especialidade imaterial em uma especialidade material. O que descobrimos?

As respostas são bastante decepcionantes. A moderna tecnologia de imagens cerebrais revelou que as pessoas que sofrem de depressão maior, por exemplo, apresentam diminuição da ativação da convexidade externa do córtex e aumento da ativação em estruturas cerebrais mais profundas. Há pouca concordância quanto ao fato de isso ser uma *causa* ou um *efeito* da doença. Se um paciente demonstra interesse reduzido em quase todas as atividades e experimenta sentimentos excessivos de inutilidade e culpa, descobrir que a parte do córtex que lida com o mundo exterior está menos ativa do que a parte que lida com sentimentos e ruminações internas não significa descobrir muita coisa. É um pouco como descobrir que a área de linguagem do seu cérebro se acende quando você está falando.

Uma descoberta mais interessante é que, entre as estruturas cerebrais profundas que acabamos de mencionar, uma área chamada "córtex cingulado subcaloso" tende a ser hiperativa em pessoas que sofrem de depressão maior. Isso é o mais próximo que chegamos de encontrar uma "lesão dinâmica" do tipo que Charcot tinha em mente. Assim, uma neurologista chamada Helen Mayberg colocou eletrodos na substância branca abaixo dessa área do córtex. Seu objetivo era diminuir artificialmente a atividade na parte hiperativa e aumentar proporcionalmente a atividade nas partes hipoativas com as quais o córtex cingulado subcaloso mantém conexões abundantes.

Em seus experimentos iniciais, ela obteve bons efeitos. No entanto, os pesquisadores subsequentes obtiveram resultados mais mistos, e o primeiro grande estudo controlado randomizado duplo-cego foi interrompido após seis meses, com base em uma "análise de futilidade": apenas 20% dos pacientes que receberam a estimulação cerebral profunda (DBS) apresentaram melhora clínica, em comparação com 17% dos que receberam

estimulação simulada, portanto, foi considerado antiético continuar o estudo.[17]

O que isso significa para a teoria de Mayberg é uma incógnita. Vou destacar apenas dois aspectos. Em primeiro lugar, seus experimentos iniciais (nos quais ela obteve uma taxa de sucesso de 66%)[18] foram conduzidos de forma "aberta", o que significa que os pacientes sabiam que estavam recebendo um tratamento no qual sua médica tinha grandes esperanças. (Isso também significa que eles tinham um *relacionamento* estabelecido com ela.) A segunda coisa é que Mayberg rapidamente chegou à conclusão, mesmo depois de seus experimentos iniciais relativamente bem-sucedidos, de que a melhora sintomática provocada pela DBS só seria sustentável se fosse seguida por um ciclo de terapia. Como ela me disse na época, esses pacientes são incapazes de se beneficiar da psicoterapia no início do experimento porque estão muito pouco energizados e pessimistas. Após a estimulação, eles se tornam subitamente capazes de se envolver em outras formas de tratamento. Mayberg explicou:

> Isso traz à tona um ponto crítico sobre esse novo tratamento. A DBS não é uma cura para tudo, apesar de as respostas clínicas parecerem robustas. A DBS inicia o processo normalizando um circuito muito disfuncional. Para uma recuperação funcional completa, você também precisa obter uma reabilitação adequada, como a fornecida, por exemplo, pela TCC [que é, obviamente, uma forma de psicoterapia].[19]

O mesmo se aplica à ECT e aos medicamentos antidepressivos como os ISRS: eles podem abrir uma janela de oportunidade, mas não constituem uma cura.



Isso é o que acontece com as lesões dinâmicas. E, talvez, com o sonho de tornar a psiquiatria uma disciplina fisiológica, na qual as doenças mentais podem ser deduzidas de exames cerebrais com a mesma facilidade com que a gravidez pode ser lida em um ultrassom. Entretanto, se não há lesão fisiológica no cérebro, como podemos entender o que esses transtornos realmente são?

Acredito que um ponto de partida razoável começa com uma observação *psicológica* feita na definição de transtorno depressivo maior do DSM-5, logo após os critérios de diagnóstico listados anteriormente:

> Embora haja uma distinção clara entre depressão e tristeza, é possível que o transtorno depressivo maior ocorra além da tristeza *resultante de uma perda significativa, como luto*, ruína financeira ou doença médica grave. A decisão sobre se um diagnóstico de depressão deve ser feito dependerá do julgamento do clínico que está tratando o indivíduo.[20]

Em outras palavras, *sabemos* o que causa a depressão, ou algo muito parecido com ela. Encontramos rotineiramente os mesmos sintomas e sinais (humor deprimido, diminuição do interesse ou do prazer nas atividades, diminuição ou aumento do apetite, desaceleração do pensamento, redução dos movimentos físicos e assim por diante) após uma *perda significativa, como um luto*. Ele só é registrado como um transtorno quando parece excessivo ou contextualmente inadequado. De fato, como não há nada na definição de depressão além desses critérios diagnósticos, poderíamos resumi-los e dizer que a depressão é simplesmente um luto em que não conseguimos entender o que foi perdido. Essa relação entre depressão e luto ficou ainda mais evidente na definição do DSM-4, que estipulou (no "critério E") que o diagnóstico de depressão maior deve ser feito somente se "os sintomas não forem mais bem explicados pelo luto, ou seja, após a perda de um ente querido".

Essa pode não ser a causa *fisiológica* que alguns estão procurando, mas certamente é significativo que essencialmente o mesmo grupo de sentimentos, pensamentos e comportamentos que chamamos de "transtorno depressivo maior" ocorra natural e normalmente quando perdemos um ente querido. Isso sugere que podemos redirecionar com proveito nossa busca pelos mecanismos causais da depressão para as funções desempenhadas pelos circuitos cerebrais de apego, sobre os quais já sabemos bastante. A regulação desses circuitos não pode ser separada das experiências da primeira infância. Sabemos, por exemplo, sem sombra de dúvida, que as pessoas clinicamente deprimidas sofreram, em média, um número significativamente maior de "experiências adversas na infância" (incluindo centralmente a angústia de separação) do que as pessoas não deprimidas,[21] assim como sabemos que as mulheres são duas vezes mais propensas à depressão do que os homens (lembre-se: as mulheres SE IMPORTAM mais, em média). Também sabemos que o primeiro episódio depressivo geralmente é desencadeado por uma experiência de perda.

Não se pode fingir que o apego não tem relação com a psique. Freud ficou muito impressionado com a conexão entre a depressão e o apego, uma conexão que os autores do DSM parecem admitir: a depressão patológica

(“melancolia”) em suas manifestações clínicas é surpreendentemente semelhante ao luto normal (ao “enlutamento”).[22] Isso sugere que a causa da depressão não é menos psicológica do que fisiológica.[23] A psiquiatria dominante atual ignora esse fato e trata a depressão como se fosse causada por uma “doença do prosencéfalo” fisiológica — confundindo “função” com “fisiologia” —, uma fraude científica que é conveniente para a indústria farmacêutica.



Atualmente, a teoria mais amplamente aceita na psiquiatria (e no público em geral, por extensão) sobre o que causa a depressão é que ela é produzida por um “desequilíbrio químico”. Mais especificamente, diz-se que ela é causada por uma deficiência do neurotransmissor serotonina.

A ideia de que os transtornos funcionais podem ser causados por desequilíbrios químicos é totalmente consistente com a visão de Meynert. Da mesma maneira, neurotransmissores desequilibrados (cuja existência era desconhecida pelos médicos do século XIX) são exatamente o tipo de coisa que Charcot previu que os futuros médicos seriam capazes de ver: processos fisiológicos dinâmicos durante a vida que não produzem danos anatômicos duradouros, mas que influenciam os mesmos tecidos cerebrais que as lesões estruturais.

Infelizmente, o raciocínio por trás da hipótese da “deficiência de serotonina” — proposta pela primeira vez em 1967 e popularizada quando o inibidor seletivo da recaptação de serotonina (ISRS) Prozac foi lançado no mercado na década de 1980 — é falho. Em sua forma mais simples, o raciocínio é o seguinte: como os medicamentos antidepressivos, como o Prozac, diminuem os sintomas da depressão maior e como esses medicamentos aumentam o nível de serotonina no cérebro, a depressão deve ser causada por uma deficiência de serotonina.

Por onde começar? Se o peito de um paciente dói quando ele se esforça (uma síndrome chamada “angina pectoris”), um cardiologista decente não prescreverá analgésicos. Esse tratamento pode trazer alívio temporário dos sintomas, mas, no final, o paciente morrerá da doença subjacente. Isso ocorre porque a doença é causada por um estreitamento das artérias que suprem o músculo cardíaco com sangue, impedindo que ele receba o oxigênio de que necessita. Desse modo, o tratamento adequado é a cirurgia

para contornar ou expandir os vasos estreitados. Essa operação alivia a dor e o risco de morte por parada cardíaca ao remover sua causa. Simplesmente suprimir os sintomas com medicamentos para dor — e muito menos alegar que eles são causados por uma deficiência de analgésicos endógenos — seria um ato de analfabetismo médico e muito perigoso.

Generalizando esse exemplo, vemos a diferença entre a terapia *sintomática* e a *causal*. Normalmente, assim que uma terapia sintomática, como um medicamento para dor, é retirada, o sintoma retorna. Já quando uma terapia causal, como cirurgia de *bypass* ou *stent*, é introduzida, o sintoma é curado de modo mais ou menos permanente. A hipótese do desequilíbrio químico é, portanto, logicamente falha: ela confunde uma terapia sintomática com uma causal e, então, identifica erroneamente a causa.

Ela também foi desacreditada empiricamente. A respeitada revista *Molecular Psychiatry* publicou recentemente uma "análise guarda-chuva"[24] de todas as evidências disponíveis, conduzida por Joanna Moncrieff, uma importante psiquiatra britânica. O estudo demonstrou que o esgotamento da serotonina em pessoas normais não causa depressão. Mostrou também que pessoas deprimidas e não deprimidas não diferem em nenhum aspecto relacionado à serotonina: elas têm as mesmas quantidades do neurotransmissor, de seus transportadores e receptores e dos genes envolvidos em sua produção. Ela concluiu:

> Nosso ponto de vista é que não se deve dizer aos pacientes que a depressão é causada por um baixo nível de serotonina ou por um desequilíbrio químico, e eles não devem ser levados a acreditar que os antidepressivos funcionam tendo como alvo essas anormalidades não comprovadas. Não entendemos exatamente o que os antidepressivos estão fazendo no cérebro, e dar às pessoas esse tipo de informação equivocada as impede de tomar uma decisão informada sobre tomar ou não antidepressivos.[25]

Apesar de tudo isso, atualmente os psiquiatras tratam a depressão e outros transtornos mentais quase exclusivamente com medicamentos. Em outras palavras, eles mexem com a química do cérebro: a serotonina na maioria dos medicamentos antidepressivos, a dopamina em quase todos os medicamentos antipsicóticos, a noradrenalina (conhecida como "norepinefrina" nos Estados Unidos) em muitos medicamentos ansiolíticos — e a serotonina e a dopamina em conjunto em alguns medicamentos antidepressivos e antipsicóticos também.



Façamos uma pausa por um momento e levantemos uma pergunta com um tom cético. *Isso é tão ruim assim?* Afinal, esses são os mesmos neuroquímicos que eu já observei que são a moeda corrente de nossos circuitos afetivos. Esses circuitos produzem os sentimentos ruins que queremos evitar, mas a frustração das necessidades emocionais que eles representam não nos mata. Nas profundezas do tempo evolutivo, talvez corrêssemos o risco de sermos atacados por predadores ou abandonados nos desertos; hoje, nem tanto. Se nossas necessidades emocionais não são *necessidades vitais* — necessidades reais para a sobrevivência —, por que não tomar uma pílula para que os sentimentos desapareçam? No último ano de sua vida, Freud escreveu:

> Estamos preocupados com a terapia apenas na medida em que ela funciona por meios psicológicos; e, por enquanto, não temos outra opção. O futuro pode nos ensinar a exercer uma influência direta, por meio de substâncias químicas específicas, sobre as quantidades de energia e sua distribuição no aparelho mental. Pode ser que existam outras possibilidades de terapia ainda não imaginadas. Mas, no momento, não temos nada melhor à nossa disposição do que a técnica da psicanálise e, por essa razão, apesar de suas limitações, ela não deve ser desprezada.[26]

O sinal mais evidente de que a terapia psicofarmacológica é sintomática em vez de causal é que os sintomas geralmente retornam assim que o medicamento é retirado. Isso seria bom se eles fossem provocados por uma crise passageira, mas a maioria dos transtornos psiquiátricos comuns é crônica: eles continuam indefinidamente. Como resultado, está longe de ser incomum (na verdade, tornou-se normal) que as pessoas façam uso de medicamentos psicoativos por décadas.

De modo geral, não foi assim que sua aplicação foi originalmente concebida. Por isso, os psiquiatras nem sempre estavam preparados para os efeitos colaterais causados pelo uso prolongado, como os terríveis transtornos de movimento causados por antipsicóticos de longo prazo — reconhecidos no DSM-5 com sua própria classe de “transtorno” (transtornos causados pela medicação).[IX] Eles também não previram as dificuldades significativas que surgem quando se tenta retirar os pacientes de medicamentos como benzodiazepínicos e ISRS. A habituação a algumas classes de medicamentos psiquiátricos (por exemplo, muitos ansiolíticos e a maioria dos hipnóticos) significa que precisamos continuar aumentando a

dosagem para obter os mesmos resultados. E, é claro, alguns medicamentos psicoativos (opiáceos, por exemplo) são francamente viciantes.

Essa última observação levanta um paralelo incômodo entre a medicação psiquiátrica e a automedicação com drogas de abuso. Substâncias como o ópio e a cocaína fornecem maneiras artificiais de satisfazer, respectivamente, os impulsos de apego e de exploração. Na verdade, elas *mascaram* os sintomas da angústia de separação ou do déficit de atenção, em vez de abordar suas causas. Não há nenhuma diferença fundamental entre o ópio e a cocaína, por um lado, e, por outro, os opiáceos medicinais e os psicoestimulantes do tipo que já foram liberalmente recomendados para transtornos emocionais e que ainda são prescritos generosamente para o TDAH.

Chamei a atenção, há poucas páginas, para o fato de que a supressão artificial de sentimentos como pânico e desespero por meio de narcóticos autoadministrados é um mecanismo de "defesa". Portanto, sejamos francos. O pilar da psiquiatria moderna — a psicofarmacologia — é, em sua maior parte, uma *defesa* contra o enfrentamento dos fatos sobre o que nossos pacientes realmente precisam. É uma maneira de suprimir os sintomas em vez de perguntar o que eles significam e resolver sua causa. E, como vimos no Capítulo 4, a maioria dos psicofármacos não é muito eficaz.

Por que, se tudo isso é verdade, os principais praticantes de todo um ramo da medicina adotariam essa abordagem? Em minha opinião, a resposta é dupla. Primeiro, muitos psiquiatras de hoje ainda acreditam, como o antigo professor de Freud, Meynert, que o que realmente aflige seus pacientes "transcende os limites da investigação científica precisa". Em segundo lugar, como Meynert, eles ainda acreditam que o tratamento de que seus pacientes realmente precisam "implica mais do que podemos realizar".

E, no entanto — como vimos no Capítulo Quatro —, *podemos* realizá-lo, seguindo essencialmente o mesmo procedimento que Freud desenvolveu com base em suas inferências amplamente (embora não totalmente) comprovadas sobre o funcionamento do aparelho mental.

A evidência mais convincente de que ele estava no caminho certo é, obviamente, o "efeito adormecido": os pacientes que foram tratados por meio da psicanálise tendem a *continuar melhorando*. Isso é o que se espera de uma terapia causal e não meramente sintomática. Os sentimentos ruins nos dizem que há algo no modo como estamos vivendo que não atende às nossas próprias necessidades, algo que os hábitos mentais profundos nos

impedem de abordar ou mesmo perceber. Assim como o implante de um *stent* em uma artéria coronária, ajudar um paciente a forjar novos caminhos mentais alivia sua dor ao remover o bloqueio que é o verdadeiro culpado.



Talvez isso pareça um pouco exagerado. É claro que seria um absurdo dizer que não há lugar para medicamentos na psiquiatria moderna. Existem doenças cujas causas são simplesmente desconhecidas: o autismo[X] e a esquizofrenia são exemplos paradigmáticos. A busca de décadas para encontrar uma base estrutural para qualquer uma delas é o cemitério da carreira dos neuropatologistas. Isso significa que, em última análise, elas têm origem psicodinâmica? Considero justo dizer que o júri ainda não decidiu. Quaisquer que sejam suas causas, no entanto, elas geralmente acarretam deficiências cognitivas que tornam extremamente difícil para os pacientes formular previsões flexíveis e realistas ou participar do trabalho colaborativo que a psicoterapia implica. Portanto, pelo menos até o momento, os tratamentos sintomáticos são essenciais.

Este é um bom momento para refletir brevemente sobre se essas doenças são bem definidas em primeiro lugar. Elas são mesmo reais? Nesse ponto, creio que a abordagem de Charcot continua sendo a mais promissora: descrição e classificação cuidadosas dos sintomas e sinais que constituem síndromes coerentes. Essa é a abordagem do DSM. Mas o que torna uma síndrome "coerente" no restante da medicina é o fato de que ela indica de modo confiável a presença de um processo anatômico patológico específico. É exatamente isso que está faltando na psiquiatria; daí a busca interminável por lesões "dinâmicas".

A abordagem de Freud, nem preciso lembrá-lo, era diferente. Ele não se limitou a descrever e classificar as diferentes constelações clínicas; ele as *analisou* (assim como Luria, que chamou isso de "análise de síndrome"). O objetivo de tais análises psicológicas é identificar as funções componentes subjacentes — as disfunções que explicam o quadro superficial. O DSM fracassa redondamente nesse aspecto.

Eis um exemplo notável. Um denominador comum nas síndromes de depressão maior, transtorno do pânico e TOC é a *angústia de separação*[XI] — o que sugere que essas três entidades clínicas pertencem a uma mesma classe ampla de transtornos. A função componente que está implicada

nessas síndromes é o impulso de apego, que, de fato, tem um correlato fisiológico identificável. E, no entanto, elas são classificadas em três classes totalmente diferentes no DSM-5. Na minha opinião, dado o estado atual da ciência mental, as sete categorias básicas de necessidades emocionais são os tipos naturais mais fundamentais nos quais podemos basear nossas categorias psiquiátricas.

Voltando agora à esquizofrenia e ao autismo: mesmo que sejam interpretadas como doenças fisiológicas, isso não significa que sejam acessíveis *apenas* a tratamentos sintomáticos ou que os fatores ambientais *não* desempenhem *nenhum* papel causal nelas. Por exemplo, se a causa do autismo for uma deficiência cognitiva congênita — como a incapacidade de formular e atualizar com flexibilidade as previsões sensíveis ao contexto —, então os sentimentos que esse déficit produz tendem a levar a criança a evitar o estresse de ambientes imprevisíveis, como situações sociais, e a restringir seu campo de envolvimento aos ambientes mais previsíveis (computadores, talvez, ou tabelas de horários de trem). As causas "orgânicas" não impedem que os mecanismos psicodinâmicos desempenhem um papel na progressão de qualquer transtorno mental, como vimos até mesmo no exemplo da anosognosia causada por um derrame.

Os medicamentos também podem ser úteis em muitas outras condições psiquiátricas. Alguns pacientes estão tão doentes que não podem fazer uso das terapias causais de que necessitam, seja porque elas demoram muito para produzir efeito (por exemplo, em casos de risco de suicídio agudo), seja porque exigem um envolvimento mais ativo do que o paciente consegue mobilizar (como no caso da depressão grave). O fato de o mecanismo funcional do apego, por exemplo, ser tanto fisiológico quanto psicológico significa que é possível tratá-lo tanto por vias fisiológicas quanto psicológicas. Após observar os resultados decepcionantes dos medicamentos que aumentam a serotonina, o psicanalista e psiquiatra Yoram Yovell, trabalhando com Jaak Panksepp, propôs que doses baixas de um opiáceo relativamente seguro chamado buprenorfina poderiam ser eficazes contra o suicídio, com base na hipótese de que se trata de uma forma extrema de comportamento de "protesto". (Lembre-se de que a fase de "protesto" da resposta de separação e estresse é mediada por opioides mu). Os resultados foram animadores (tamanho de efeito = 0,58).[27]

Também não quero deixar a impressão de que nenhuma doença psiquiátrica tem origem em um "desequilíbrio químico". Não nascemos

todos iguais. Assim como alguns de nós nascem baixos ou altos, alguns de nós também nascem mais medrosos, mais agressivos ou mais pegajosos do que outros. Em outras palavras, alguns de nós nascem com circuitos emocionais cerebrais mais sensíveis de um tipo ou de outro. Isso não nos isenta de nossa obrigação evolutiva de aprender a atender a essas necessidades emocionais; apenas torna essa tarefa mais difícil.

Por fim, não pretendo sugerir que a psicofarmacologia seja o único tratamento sintomático utilizado na psiquiatria moderna. De fato, a maioria dos tratamentos em psiquiatria é sintomática: isso vale para a terapia eletroconvulsiva, a estimulação magnética transcraniana e até mesmo para a estimulação do nervo vago — e também para algumas formas de psicoterapia. Isso inclui, por exemplo, o uso generalizado de abordagens puramente comportamentais no tratamento de vícios, fobias, anorexia nervosa, disfunção sexual, transtornos do sono, TEPT, TOC, ansiedade social e muitos outros transtornos emocionais. Esses tratamentos comportamentais têm seu lugar em nosso arsenal terapêutico. Embora a maioria dos transtornos listados tenha origem no desenvolvimento, quando as causas básicas são abordadas, às vezes ainda permanecem sintomas. Os transtornos podem assumir vida própria, pois se tornam complicados por mecanismos secundários. Após tratar a causa emocional de um vício, por exemplo, você ainda precisa tratar a dependência fisiológica em si. A insônia pode ser causada, em última análise, pela ansiedade de separação, mas, eventualmente, preocupações secundárias sobre a impossibilidade de adormecer também começam a desempenhar um papel relevante. Nesses casos, quando os pacientes concluem com sucesso uma terapia causal, às vezes recomendo um tratamento sintomático complementar.

O mesmo se aplica no sentido inverso. A disfunção erétil psicogênica, por exemplo, é prontamente tratada com medicamentos, mas o tratamento puramente farmacológico não consegue abordar os fatores emocionais mais profundos que a causaram em primeiro lugar — especialmente em homens mais jovens. Esses casos requerem psicoterapia, mesmo quando o sintoma apresentado (impotência) não é mais a principal preocupação. Para dar um exemplo extremo: imagine o que teria acontecido no caso de Johan T. — supondo que a causa de suas inibições sexuais fosse a disfunção erétil — se ele fosse tratado apenas com Viagra.



O ponto de partida da psiquiatria não pode ser o estudo das funções cerebrais e muito menos a biologia molecular da neurotransmissão ou da neuromodulação. O que distingue a psiquiatria é que, diferentemente da neurologia, ela trata as manifestações *psicológicas* de patologias *funcionais* do sistema nervoso. Isso a obriga a basear seus tratamentos em uma compreensão teórica das funções da psique.

Quando Hobson afirmou que o mecanismo causal dos sonhos "não era psicológico, mas fisiológico",[28] ele demonstrou uma notável ingenuidade conceitual. Pense em meu sonho sobre a carta perdida de meu falecido pai (p. 53); como sua causa poderia ter sido fisiológica? É claro que ele se manifestou tanto em eventos psicológicos quanto fisiológicos, mas foi obviamente *causado* pela história do meu relacionamento com meu pai. Quando relatei esse sonho ao meu analista, fui tomado pela tristeza e comecei a chorar. Isso também, de certa forma, foi um evento fisiológico. Mas será que a fisiologia do canal lacrimal (ou os mecanismos neurais que o controlam) é a melhor maneira de entender o que aconteceu? Pegue a tristeza que senti pelo meu falecido pai, multiplique a intensidade e a duração por um fator de dez e você terá uma "depressão maior". É melhor entender isso fisiologicamente ou faria mais sentido em termos dos mecanismos psicológicos de apego, separação e perda? Esses mecanismos, como vimos, também são fisiológicos, mas as leis funcionais que os regem não podem ser reduzidas à biologia molecular.

A psiquiatria sempre foi sensível em relação às suas credenciais científicas, precisamente porque — não importa o que Meynert tenha dito — sua missão fundamental é tratar a alma. Freud tentou fornecer uma estrutura para cumprir essa missão cientificamente, não substituindo a alma pelo cérebro, mas aceitando que a "alma" — interpretada como o "eu" vivo, ativo e que experiencia — faz parte da natureza. Com base nisso, ele começou a estudar sua construção interna, usando um método naturalista e fazendo inferências teóricas a partir de suas observações, assim como se faz em qualquer outra ciência. Isso permitiu que ele construísse um modelo da mente em termos de suas funções: suas partes componentes subjacentes, as relações dinâmicas entre elas e as forças e energias que as impulsionam.

Ao fazer isso, seguia o conselho de seu venerado professor,[29] o grande fisiologista Ernst von Brücke, conforme relatado em 1842 por Emil du Bois-Reymond:

> Brücke e eu fizemos um juramento solene para colocar em prática esta verdade: “Nenhuma outra força além das forças físicas e químicas comuns está ativa no organismo. Nos casos que atualmente não podem ser explicados por essas forças, é preciso encontrar o modo ou a forma específica de sua ação por meio do método físico-matemático ou *assumir novas forças iguais em dignidade* às forças físico-químicas inerentes à matéria, redutíveis às forças de atração e repulsão.”[30]

O grande problema da “falseabilidade” que perseguiu o modelo psicanalítico do aparelho mental e de seu funcionamento — na saúde e na doença — era um problema com o método de Freud, não com sua teoria. Esse problema foi superado em virtude de um fato singular que o próprio Freud reconheceu: o aparelho da mente, e somente o da mente, pode ser estudado tanto da perspectiva subjetiva quanto da objetiva. Por essa razão, embora a perspectiva subjetiva tenha sido seu ponto de partida necessário, Freud aguardava ansiosamente o dia em que seu modelo teórico pudesse ser testado, complementado e corrigido por métodos fisiológicos de investigação que ainda não estavam disponíveis.

Os avanços metodológicos a que me refiro agora tornam possível, ao menos em teoria, verificar objetivamente a existência (ou não) de ideias "recalcadas", por exemplo. Deve ser possível pedir a um psicanalista que tenha entrevistado pacientes com reações patológicas de luto — e que, com base nisso, tenha inferido as ideias reprimidas que estão por trás de seus sintomas — que forneça uma lista de palavras que denotem essas ideias e, em seguida, teste se o cérebro dos pacientes responde a elas de maneira diferente das palavras de “controle” (por exemplo, palavras combinadas que se referem a seus sintomas explícitos, e não às suas causas implícitas). Uma técnica de EEG chamada “potenciais de resposta evocada” (ERP) poderia ser usada para esse fim. Pode-se prever que, se as ideias reprimidas inferidas realmente existirem, elas deverão evocar respostas cerebrais diferentes das palavras de controle. Se isso não ocorrer, a existência das chamadas ideias reprimidas terá sido falseada.

Eu disse que isso deve ser possível em teoria. Bem, adivinhe só: isso já foi feito na prática, por um psicanalista chamado Howard Shevrin.[31] O que ele demonstrou é que o cérebro não apenas responde de modo diferente às ideias reprimidas inferidas, como previsto, mas também responde de maneira particularmente rápida e forte a elas quando as palavras são apresentadas “subliminarmente” (ou seja, *inconscientemente*, por meio de um taquistoscópio, que apresenta estímulos visuais tão brevemente que os participantes da pesquisa não percebem nada conscientemente). O padrão

oposto de respostas ocorre com as palavras de controle: os ERP cerebrais são mais fracos e mais lentos quando essas palavras são apresentadas inconscientemente, e mais fortes e mais rápidos quando são apresentadas conscientemente.

Mencionei anteriormente que os contemporâneos de Freud rejeitaram sua noção de "ideias inconscientes", não apenas por motivos empíricos, mas também por motivos lógicos. O termo era considerado um oximoro: uma ideia inconsciente não é uma "ideia", mas um conjunto de conexões neuronais que se torna uma ideia somente quando (de algum modo) emerge na consciência. Entretanto, evidências como as recém-citadas levaram a comunidade neurocientífica moderna a aceitar totalmente a existência de ideias inconscientes. Se ler palavras significativas, compreendê-las e responder de maneira diferenciada a elas não se qualificam como funções "mentais", então é difícil dizer o que se qualifica.

A psiquiatria não pode se esquivar do fato de que a mente é uma mente. As tentativas da psiquiatria biológica de suprimir quimicamente os sentimentos em vez de entender o que os está causando e tratar essas causas, suas alegações de que os sonhos são epifenômenos aleatórios, que as origens infantis de nossos pensamentos e comportamentos adultos não têm relação com nossa saúde mental, e assim por diante, tudo isso constitui um notável mecanismo de negação — uma defesa. Mas contra o quê?

Quando Freud introduziu a "realidade psíquica" na ciência, ele só podia estudar os transtornos funcionais de maneira subjetiva. Suas inferências sobre o que está por trás desses transtornos — o que os causa, o que os explica — não podiam, naquela época, ser testadas objetivamente. Ele não tinha métodos objetivos para estudar a dinâmica funcional do cérebro vivo. Em vez de especular sobre a dinâmica subjacente em termos fisiológicos, como fez Meynert, ou esperar eternamente, como fez Charcot, Freud sentiu-se obrigado, por motivos conceituais e empíricos, a estudá-los a partir da perspectiva subjetiva. Mas isso não deveria ser o fim da questão. Já citei esta passagem (ou partes dela) antes:

> Não precisamos nos perturbar excessivamente ao julgar nossa especulação sobre as pulsões de vida e de morte pelo fato de que tantos processos desconcertantes e obscuros ocorrem nela [...] Isso se deve meramente ao fato de sermos obrigados a operar com termos científicos, ou seja, com a linguagem figurativa, peculiar à psicologia (ou, mais precisamente, à psicologia profunda). De outro modo, não poderíamos descrever os processos em questão e, de fato, não poderíamos nem mesmo tomar consciência deles. As deficiências em nossa descrição

> provavelmente desapareceriam se já estivéssemos em condições de substituir os termos psicológicos por termos fisiológicos e químicos.[32]

Em outro lugar, ele escreveu: “Devemos nos lembrar de que todas as nossas ideias provisórias em psicologia presumivelmente um dia serão baseadas em uma subestrutura orgânica”.[33]

Infelizmente, não foi assim que as gerações posteriores de seus seguidores científicos enxergaram a situação. Eles acreditavam que seu objetivo era desenvolver uma psiquiatria puramente psicológica, quando, na verdade, ele o fez apenas *provisoriamente*, aguardando o desenvolvimento de métodos fisiológicos que estivessem à altura do problema. Isso não se deve ao fato de Freud acreditar que o cérebro é *mais real* do que a mente, mas, sim, porque é mais fácil estudá-lo objetivamente.

Assim, aconteceu que a psiquiatria “biológica” e a psicanálise se desenvolveram ao longo de trilhas paralelas, sem que nenhum dos lados quisesse ter nada a ver com o outro. Quando a neurociência finalmente desenvolveu as ferramentas fisiológicas necessárias para testar as ideias de Freud, seus seguidores não perceberam. O fato de não terem se envolvido com esses avanços deixou os herdeiros científicos de Meynert entregues a si mesmos, não para usar esses instrumentos milagrosos para encontrar os elos perdidos há muito procurados[XII] entre nossas perspectivas subjetivas e objetivas sobre as causas reais das doenças mentais, mas, sim, para reforçar a ideia de que “você” — sua mente — não existe *realmente*. Desde então, sua principal atividade tem sido o desenvolvimento e a promoção de produtos farmacológicos para suprimir todos os sinais de sofrimento, com resultados surpreendentemente preocupantes.

E a psicanálise? Naquela altura, ela já seguia seu próprio rumo.

Capítulo 7

O futuro de uma ilusão

> PACIENTE: Como vou viver agora? Perdi completamente meu conceito de vida. Não entendo como isso pôde acontecer. Eu estava pronto para qualquer golpe. Você não faz ideia do quanto tive de trabalhar para conseguir tudo. Nunca consegui nada de graça. Antes, eu tinha um sistema de valores específico. Costumava saber exatamente o que é bom e o que é ruim, o que é errado e o que é certo, o que é aceitável e o que é inaceitável. Hoje em dia, se alguém me descreve alguma situação da vida, não fica mais claro para mim qual atitude devo adotar em relação a ela.
>
> *— Dos arquivos clínicos do autor*

Lord N. era um capitão aposentado da indústria, com oitenta anos, quando o atendi. Ele havia conquistado muito em sua longa vida, recebido muitas honrarias e deveria estar desfrutando de uma aposentadoria tranquila. Em vez disso, ele acordava constantemente à noite perturbado por um ladrão em sua casa.

Sua esposa achava que se tratava de um sonho recorrente, que ele estava confundindo com a realidade. Seu médico queria que eu o avaliasse para detectar um possível transtorno do sono. No entanto, apenas pela descrição, o problema parecia ser mais sério do que isso. O idoso começou a se levantar da cama e a andar pela ampla casa e pelo jardim em busca do intruso, que ele acreditava ser um menino. Gritava com os seguranças: “Qual é a razão de empregá-los se vocês não conseguem manter esse moleque longe?”. A situação estava ficando constrangedora. A família temia um escândalo.

Quando o examinei, encontrei diversos sinais de comprometimento cognitivo e muitos outros de paranoia. Além dos episódios noturnos, ele continuava convocando reuniões com seus contadores e advogados, exigindo provas de que seus recursos financeiros não estavam sendo desviados e de que suas propriedades não tinham sido vendidas. Ele disse que sabia que seu antigo braço direito — o CEO de uma empresa pública da qual Lord N. era presidente — havia se vendido a uma empresa rival. Ele sabia disso, explicou, porque havia visto na televisão. Mas não poderia

saber, pois tal fato não havia ocorrido e tal reportagem não havia sido transmitida. As confusões ocorriam principalmente ao entardecer e no início da noite, um fenômeno chamado “síndrome do pôr do sol”.

Considerando seus múltiplos fatores de risco vascular e o quadro neuropsicológico clínico, suspeitei de demência vascular. Uma ressonância magnética confirmou meu palpite: vários pequenos vasos sanguíneos haviam se rompido profundamente na substância branca e nos gânglios basais de seu cérebro. Episódios confusionais, principalmente à noite, são parte integrante da síndrome, especialmente do tipo causado pela doença dos pequenos vasos. O dano tecidual era irreversível, mas queríamos impedir um declínio ainda maior controlando a patologia vascular subjacente. Para isso, Lord N. consentiu estoicamente com vários medicamentos e uma dieta rigorosa. Mesmo assim, a ideia daquele garoto espectral correndo pela propriedade à noite me incomodava. Algo psicodinâmico também devia estar acontecendo. Recomendei um ciclo de terapia.

Lord N. me visitava semanalmente. No início, ele estava cauteloso, mas logo passou a falar livremente sobre suas muitas suspeitas. É claro que abordamos a história de sua vida, e eu fiz o possível para esconder minha impaciência por pistas sobre a natureza de seu intruso. Perguntei se o bandido lhe trazia à mente alguém em particular. “Talvez Toynbee”, disse ele, após uma longa pausa. “Robert Toynbee.” Era um garoto de quem ele se lembrava do colégio interno. “Por que ele o faz lembrar de Toynbee?”, perguntei. “Não faço ideia”, respondeu ele.

À medida que a sessão prosseguia, passamos rapidamente ao assunto dos filhos de Lord N., em especial o mais velho. Esse jovem havia se revelado uma decepção. Não que lhe faltasse ambição; na verdade, suas manobras na diretoria da antiga empresa de Lord N. haviam demonstrado ambição até demais. Recentemente, tivera a ousadia de sugerir que seu pai transferisse todas as ações restantes para ele, a fim de facilitar uma aquisição. “Ele está se comportando como se eu já estivesse morto”, disse Lord N. Suas filhas também haviam discutido abertamente, em sua presença, sobre quem ficaria com qual propriedade favorita.

Sugeri que o “intruso” poderia representar seu filho, ou talvez seus filhos em geral. “Talvez você tenha razão. Esse garoto pode ser muito sem-vergonha.” Após um momento de reflexão, ele acrescentou: “Acabei de me

lembrar de algo sobre Toynbee. Eu era o campeão de *squash* da escola até aquele moleque me usurpar!”.

Todos esses impacientes jovens usurpadores. O tema subjacente era claro: *algo está sendo tirado de mim*. Não parecia muito difícil descobrir o que era, mas eu me perguntava se ele era capaz de encarar isso diretamente. Lord N. era um homem intimidador; eu tinha receio de pressioná-lo. Mesmo assim, não senti que poderia lhe oferecer apenas palavras reconfortantes. Estava claro que ele queria a verdade, como eu a via.

Em poucas sessões, senti-me ousado o suficiente para observar que ele estava, de fato, sendo privado de algo, em decorrência da deterioração de seu cérebro. “É natural que você se sinta ansioso”, eu disse. “Você está perdendo o controle e não tem mais certeza do que está acontecendo.” Para meu alívio, ele concordou e pareceu tranquilo com minha franqueza. No mínimo, isso resolveu para ele o mistério de por que ele era tão incapaz de deter o intruso. Encorajado, continuei. “Não é só o seu domínio intelectual que está se perdendo. Você também perdeu sua posição. Já não é mais você quem dá as ordens. Deve ser difícil se adaptar a isso, ao seu lugar reduzido no mundo. Pode parecer humilhante, talvez até mesmo enfurecedor.” Mais uma vez, ele concordou que era assim mesmo.

Em uma sessão posterior, expliquei como, à noite, quando estamos dormindo ou acabamos de acordar, o cérebro não funciona com todos os cilindros. O controle “executivo”, de cima para baixo, desaparece quase totalmente durante o sono, e é por isso que nossos piores medos — as preocupações que suprimimos durante o dia — aparecem tão vividamente em nossos sonhos. É por isso que você recebe aquelas visitas noturnas do ladrão. Sua preocupação em perder o controle vem à tona enquanto você dorme e, quando acorda, não consegue pensar em como sair da situação, como teria feito quando estava com melhor controle de suas faculdades”. Lord N. foi persuadido. “Então, realmente não há um ladrão. Eu o vejo em vez de *pensar* no que realmente está em minha mente.” “É exatamente isso”, respondi.

Nas sessões que se seguiram, uma ansiedade mais profunda veio à tona. Não era apenas a autoridade que ele estava perdendo; era o controle sobre a própria vida. Poucas coisas podem ser mais aterrorizantes. O Lord N. não era atormentado pela ansiedade extrema pela morte que marcou minha juventude, mas agora estava enfrentando a verdade de que, por mais onipotente que tivesse sido um dia, não lhe restava muito tempo neste

mundo. Depois de conversar sobre esse assunto por várias sessões, concordamos em encerrar o tratamento.

Todo o tratamento durou apenas alguns meses. Embora tenha sido breve, considero-o um sucesso notável. Não é que os transtornos noturnos tenham cessado; não cessaram. No entanto, agora, quando Lord N. acordava, ele era capaz de dizer a si mesmo que o intruso era apenas uma ilusão, conjurada por sua mente para concretizar suas preocupações mais difusas. Ele poderia se ocupar delas à luz da manhã. Depois, ele se virava e voltava a dormir. Os sintomas de ansiedade e confusão haviam desaparecido em grande parte, mesmo que os abutres ainda estivessem rondando.



É irônico que, apesar de toda a atenção que dedicou ao tema das figuras de autoridade paterna, Freud tenha tido dificuldade para elaborar um plano de sucessão viável para seu próprio patrimônio intelectual. Muitas escolas de psicanálise notavelmente excêntricas surgiram ao longo dos anos, todas reivindicando descendência dele, quando não direitos exclusivos sobre seu legado. Fiéis ao padrão de um complexo de Édipo mal administrado, elas eram principalmente servis em sua lealdade ou caoticamente rebeldes e subversivas. Em alguns casos, eram as duas coisas. Freud se perguntava se isso não seria inevitável: “Basta pensar nos fortes fatores emocionais que tornam difícil para muitas pessoas se aliarem a outras ou se subordinarem”.[1]

A primeira e mais conhecida das escolas rivais se desenvolveu a partir do rompimento entre Freud e Carl Jung. Jung era um jovem pesquisador talentoso no hospital Burghölzli, em Zurique, sob a orientação de Eugen Bleuler, na época um dos principais psiquiatras do mundo. Freud via Jung como seu herdeiro ideal, não apenas porque ele era psiquiatra (a maioria de seus outros alunos era neurologistas), mas também porque Jung era cristão e, portanto, um contraponto útil à alegação antissemita de que a psicanálise era uma “ciência judaica”.

Depois de colaborarem estreitamente por vários anos (1907-1913), período em que Freud garantiu a nomeação de Jung como presidente da recém-formada Associação Psicanalítica Internacional (IPA), os dois se separaram. Freud acusou Jung de negar a importância da sexualidade infantil e, pior, de ceder ao misticismo. Jung acusou Freud de patologizar os

processos mentais inconscientes e, pior, de dogmatismo. (Havia muitas outras acusações mútuas, mas essas eram as principais.) Após o rompimento, Jung fundou a escola de "psicologia analítica", que está associada a conceitos como o inconsciente coletivo, arquétipos universais, sincronicidade e a distinção entre extroversão e introversão.

O último deles foi adotado como um dos eixos do popular questionário de personalidade Myers-Briggs, que soa menos místico do que algumas outras ideias de Jung, embora, na verdade, esteja enraizado nos quatro elementos da cosmologia antiga. Se tivesse tomado conhecimento disso, Jung provavelmente teria gostado da associação. Não é por acaso que ele é chamado de "pai fundador da Nova Era". Ele relatou experiências de quase morte, participou de sessões espíritas, colaborou com pesquisadores de percepção extrassensorial (PES) e acreditava em *poltergeists*. Ele também desenvolveu um sistema teórico para explicar ocorrências paranormais e incorporou a astrologia em seu trabalho terapêutico. Ele escreveu:

> Ao mapear as posições dos planetas e suas relações entre si, juntamente com a distribuição dos signos do zodíaco nos pontos cardeais, [o mapa astral] fornece uma imagem, primeiro da constituição psíquica e depois da constituição física do indivíduo.[2]

Seu interesse pelo gnosticismo[1] era tão forte que a Fundação Jung comprou um pergaminho gnóstico — um dos volumes de Nag Hammadi, do século IV, que foram exportados ilegalmente do Egito — e o chamou de "Códice Jung". (No final, ele foi devolvido.)

Apesar das visões um tanto estranhas que Jung acabou adotando, minha própria leitura de seu desentendimento com Freud é a de que — ao menos inicialmente — teve mais a ver com rivalidade pessoal do que com qualquer questão de substância científica. Freud acabou concordando tacitamente com a visão inicial de seu oponente de que as pulsões sexuais e de autopreservação eram basicamente indistinguíveis e, assim como Jung, acabou descobrindo que a maioria dos processos inconscientes estava bem adaptada às suas tarefas.

Talvez a compatibilidade entre o Freud posterior e o Jung inicial explique, em parte, por que, apesar de minhas credenciais "freudianas", sou frequentemente convidado a falar em conferências junguianas. O público tende a receber minhas descobertas neurocientíficas sobre sonhos, impulsos, o inconsciente e muito mais com respeito e interesse positivo, e (um pouco para meu pesar) nunca presenciei nada abertamente

taumatúrgico. Até mesmo seu modo de vestir é decepcionantemente semelhante ao dos freudianos: não há nenhuma preponderância de roupas esvoaçantes ou de lenços na cabeça.

Após a saída de Jung, uma série de outras escolas rivais também surgiu de desentendimentos entre Freud e seus alunos mais ambiciosos. Alfred Adler criou uma estrutura de diagnóstico na qual tudo se resume a complexos de inferioridade. Wilhelm Stekel elaborou uma que se baseava no simbolismo inconsciente. Para Otto Rank, o trauma do nascimento era o fator decisivo. De modo geral, essas escolas não perduraram, embora o nome de Adler tenha ressurgido no interesse popular graças ao *best-seller* japonês de autoajuda *A coragem de não agradar*.[3] Wilhelm Reich também poderia ser agrupado com esses primeiros dissidentes — tudo gira em torno da energia "orgone" —, mas ele desenvolveu seus pontos de vista esotéricos e rompeu com a corrente principal da psicanálise somente após a morte de Freud.

Quem, então, foi o "verdadeiro" sucessor de Freud? Provavelmente sua filha, Anna. Durante e após a Segunda Guerra Mundial, ela trabalhou com órfãos de guerra em Londres, cofundando o Hampstead War Nurseries e, mais tarde, o Hampstead Child Therapy Course and Clinic (atualmente, o Anna Freud Centre). Ali, ela desenvolveu métodos para observar e tratar crianças com base em premissas freudianas ortodoxas, como a importância dos estágios de desenvolvimento, o papel do ambiente e a capacidade adaptativa do ego. Freud talvez tivesse se surpreendido ao ver que Anna acabou se tornando a chefe de fato da psicanálise. Suas contribuições científicas durante a vida de Freud não foram muito substanciais, e sua autoridade posterior provavelmente derivou mais de seu sobrenome — e de sua lealdade inabalável a ele — do que de quaisquer contribuições originais próprias.

O mesmo não pode ser dito de Melanie Klein, que foi a primeira das alunas de Freud a desenvolver uma escola rival genuinamente significativa de psicanálise infantil. Um de seus muitos detratores no círculo de Freud descreveu-a como "uma dona de casa polonesa com fantasias".[4] Na verdade, ela nasceu em Viena (em 1882), e foram as dificuldades financeiras de sua família que a levaram a se casar e ser mãe cedo, privando-a de uma formação médica. Sem dúvida, isso a colocou em uma posição precária entre os possíveis herdeiros do legado freudiano.

Klein nunca desafiou diretamente a autoridade de Sigmund; na verdade, ela empenhou-se muito para argumentar que era mais freudiana do que Anna.[5] O elogio não foi retribuído. Nas terríveis disputas teóricas e técnicas que eclodiram entre Klein e sua filha, Freud ficou inequivocamente do lado de Anna. Sua principal objeção a Klein era que suas especulações sobre a vida mental de crianças pré-verbais nunca poderiam ser verificadas. Como ele insistia, o próprio fato de essas crianças serem pré-verbais significava que elas não estavam em posição de confirmar ou corrigir qualquer coisa que ela dissesse sobre elas.

Os psicanalistas kleinianos constituíam a maioria dos meus professores em Londres. Como chegaram a dominar a Sociedade Psicanalítica Britânica é uma incógnita, mas posso confirmar, por experiência própria, que eles são terrivelmente *convictos* de seus pontos de vista, não apenas em questões teóricas, mas até mesmo nas interpretações que fazem a seus pacientes. Isso pode ser bastante alarmante. Os kleinianos tradicionais dão uma ênfase extraordinária ao lado destrutivo da natureza humana, mesmo em bebês pequenos, nos quais eles postulam algo chamado "inveja primária". Segundo eles, os bebês acreditam que o seio materno guarda cruelmente para si a maior parte de sua bondade e riqueza e, consequentemente, ficam loucos de raiva a maior parte do tempo. Daniel Stern, um eminente pesquisador do desenvolvimento mental precoce radicado na Suíça, certa vez observou que era notável a diferença de pensamento entre os bebês de Londres e os de Genebra.

Nas muitas apresentações clínicas a que assisti ao longo dos meus 14 anos em Londres, fiquei impressionado com a frequência com que meus colegas kleinianos conceituavam seus casos como *o paciente invejando o analista*.[II] Sempre que eu questionava as evidências dessas conclusões generalizadas — muito timidamente, como candidato —, invariavelmente recebia a resposta de que eu não era *realmente* um analista. Nunca soube se isso decorria do fato de eu ser um neurocientista, um candidato ou um candidato cujo analista estava tão alinhado com Anna Freud que me tornava irremediável.

Seja como for, parece-me que há realmente um desafio às aspirações científicas da psicanálise nesse estilo tão assertivo de inferência. Se insistirmos muito em nosso próprio julgamento, teremos dificuldade em enxergar além de nossas ideias a verdadeira complexidade das situações diante de nós. (Esse bebê está atormentado pela inveja ou por gases?) Ao

mesmo tempo, há claramente um equilíbrio a ser alcançado. Com base no mesmo argumento que Freud utilizou para criticar Klein, meus colegas da neurociência às vezes insistem que nunca poderemos ter certeza do que os animais sentem ou, de fato, se sentem alguma coisa. Como poderíamos conhecer os estados mentais de seres não verbais?

Nesse ponto, tendo a ficar do lado dos kleinianos, que observam que o mesmo princípio se aplica à interpretação de qualquer coisa que seja inconsciente — ou, aliás, de qualquer coisa que não seja dita. Na vida cotidiana, presumimos que temos *alguma* capacidade de julgar as emoções e os pensamentos dos outros com base em evidências não verbais. Creio que há um aspecto interessante, que não deve ser considerado como algo garantido, no qual realmente podemos ver, por meio das atitudes de um rosto ou corpo, algo do mundo interior. Isso não funciona o tempo todo e, é claro, o engano deliberado (como fingir) é possível. No entanto, a possibilidade de engano provavelmente implica uma relação padrão que é confiável. Crianças muito pequenas tendem a ser extraordinariamente demonstrativas, exibindo suas emoções com uma clareza surpreendente. Uma parte padrão do treinamento psicanalítico é simplesmente observar um bebê uma vez por semana durante os primeiros 12 meses de vida. O objetivo, é claro, é aprender o que está por trás de todas as nossas incrustações de condicionamento adulto. Fico imaginando o efeito que esse treinamento pode ter sobre os neurocientistas que negam a existência de emoções básicas. De qualquer modo, se os psicólogos negarem valor probatório em relação a estados subjetivos a qualquer coisa, exceto relatos verbais, estaremos escorregando de volta ao behaviorismo e, talvez, a uma credulidade debilitante na vida cotidiana.

Como resolver esse dilema? Não é uma pergunta difícil. De fato, podemos considerar mais de um tipo de informação. Obviamente, em busca de linhas de evidência convergentes, devemos testar nossas hipóteses usando *diversos* métodos de pesquisa, cada um compensando os pontos fracos dos outros. Precisaríamos de bons motivos para rejeitar qualquer observação aparentemente relevante de uma pesquisa decente. Portanto, devemos aceitar que as evidências não verbais são evidências genuínas sobre estados internos, embora com dificuldades que devemos levar em conta quando as avaliamos.

À luz desse princípio de heterodoxia, é uma pena que, na única ocasião em que Melanie Klein e Anna Freud concordaram em um ponto de

importância teórica, elas acabaram do lado errado da questão. Na década de 1950, um jovem psicanalista chamado John Bowlby (que mais tarde se tornaria uma *eminence grise* no campo biológico da etologia) argumentou que os bebês e as mães têm uma *pulsão* inata *para se apegar*, independente da *pulsão* sexual e da *pulsão* para se alimentar.[III] Klein e Anna Freud se opuseram a essa ideia: estava claro para ambas que Bowlby tinha de estar errado, porque (disse Anna) ele estava contradizendo a conclusão de Sigmund Freud de que os bebês sentem prazer na alimentação apenas porque ela é libidinizada, por meio da "anáclise", princípio que também deveria se aplicar ao contato tátil e visual com a mãe.

Bowlby, na verdade, forneceu evidências comportamentais e experimentais esmagadoras que refutaram a visão de Sigmund Freud, não apenas a partir da observação direta de bebês humanos e crianças, mas também de outros primatas.[IV] Você poderia pensar que isso teria resolvido a questão; mas, infelizmente, o ponto em que Melanie Klein e Anna Freud estavam firmemente unidas era justamente o de que as evidências de Bowlby eram inadmissíveis, por terem sido obtidas por métodos não psicanalíticos. O fato de os bebês (e os macacos) ficarem angustiados com a separação real de suas mães, argumentou Klein, não significa que a angústia seja causada pela separação em si; ela também pode ser causada por fantasias que o bebê tem acerca da mãe ausente (que, na opinião dela, poderia ter sido afastada pelo ódio invejoso do bebê).

Do ponto de vista científico, essa é obviamente uma posição frágil. O que é intrigante é que ela também era ruim como ortodoxia dogmática. Sigmund Freud fez várias declarações no sentido de que as pulsões não podiam ser classificadas apenas com base em dados psicológicos, pois sua taxonomia era fundamentalmente uma questão biológica. Em 1915, por exemplo, ele escreveu:

> Estou totalmente em dúvida se é possível chegar a algum indicador decisivo para a diferenciação e classificação das pulsões com base no trabalho sobre o material psicológico. Esse trabalho parece, por si só, exigir a aplicação ao material de suposições definidas sobre a vida das pulsões, e seria desejável se essas suposições pudessem ser retiradas de algum outro ramo do conhecimento e transportadas para a psicologia.[6]

Se Melanie Klein e Anna Freud queriam defender a pureza clássica de sua doutrina, por que não essa parte? Independentemente disso, pesquisas neurocientíficas posteriores demonstraram que Bowlby estava certo e que Freud e Klein estavam erradas. Bowlby agora é considerado um dos

grandes pioneiros da psicanálise, e o consenso Freud/Klein foi convenientemente esquecido. Posso imaginar desfechos piores.



Os kleinianos são alvo de críticas por descartarem relatos verbais de maneira muito leviana, confiando demais na intuição clínica (interpretada como "contratransferência"). Mas o que acontece quando um analista leva as palavras demasiadamente a sério? E se cada expressão fosse submetida a um peso esmagador de interpretação?

Em 1963, a IPA tomou a medida drástica de expulsar o psiquiatra francês Jacques Lacan, tirando-lhe formalmente o direito de se autodenominar psicanalista. A principal queixa era sua inovação de consultas de "duração variável". Por capricho de Lacan, essas consultas poderiam terminar a qualquer momento; uma tática, segundo ele, para tirar seus pacientes de suas defesas habituais. Por trás dessa irregularidade processual, no entanto, havia uma série de desvios teóricos, no centro dos quais estava a questão do lugar da linguagem na vida mental.

Nascido em Paris em 1901, Lacan chegou à psicanálise por meio da psiquiatria e de uma variedade distinta de influências culturais da esquerda: arte surrealista, poesia simbolista e as filosofias de Hegel e Heidegger. Para esses dois pensadores protoexistencialistas, a distinção entre mente e mundo se desfaz de modo perturbador. Simplificando, Hegel afirmava que o mundo nada mais era do que a mente universal reconhecendo a si mesma, e Heidegger dizia que não era nem isso: a mente e o mundo se fundiam em uma "ontologia fundamental" de aparências. Isso deve ter sido um material inebriante para um jovem médico treinado em psiquiatria fisiológica. No entanto, havia um ingrediente final que poderia levar qualquer personagem excitável ao limite: Lacan também ficou muito interessado nas teorias linguísticas de Ferdinand de Saussure.

Saussure argumentava que o significado de uma expressão individual era determinado pela relação entre as partes dessa expressão e as partes de todas as outras possíveis. Ou seja, era determinado pela estrutura abstrata da linguagem. *O significado*, nesse caso, depende da estrutura. E o que é a mente senão a *estrutura*? O que é o mundo senão a estrutura? O que *não poderia* ser a estrutura?

Essa foi a bagagem que Lacan trouxe para a psicanálise. Em seus famosos seminários teóricos em Paris, frequentados pelas pessoas mais brilhantes e descoladas, ele reinterpretou a teoria psicanalítica, concentrando-se nos textos de Freud de uma maneira que lembra as espirais cabalísticas da esquizofrenia. Freud, por exemplo, escreveu certa vez: *Wo Es war soll Ich werden* (na tradução canônica, "Onde o id estava, lá estará o ego"; ou "Onde ele estava, lá *estarei eu*", se seguirmos a tradução de Bruno Bettelheim).[7] Esse lema tem sido geralmente interpretado como significando que o objetivo da análise é substituir os impulsos incômodos do id e as respostas automáticas da mente inconsciente por decisões conscientes. Para esclarecer, Freud observou que o processo era "não muito diferente da drenagem do Zuiderzee", fazendo uma analogia, então atual, com a recuperação de terras secas pelo governo holandês a partir de uma enseada rasa do Mar do Norte.

Ignorando o óbvio, Lacan sugeriu várias traduções alternativas para essas seis palavras. Em particular, ele insistiu nas questões de por que Freud não utilizara a alternativa de oito palavras *Wo das Es war soll das Ich werden* ("Onde *o* id estava, lá estará *o* ego"), e por que *werden* fora traduzido como "estar" em vez de "tornar-se". Certamente, a omissão dos artigos foi importante, insistiu Lacan. Por que outra razão Freud teria colocado *Es* e *Ich* em letra maiúscula, indicando, assim, que essas palavras não deveriam ser lidas como pronomes (já que, em alemão, os substantivos comuns são colocados em letra maiúscula, mas não os pronomes)? Ele elaborou:

> O verdadeiro significado parece ser o seguinte: *Wo* (Onde) *Es* (o sujeito — desprovido de qualquer artigo objetivador) *war* (era — trata-se de um locus de ser que é referido aqui, e que nesse lócus) *soll* (deve — isto é, um dever no sentido moral, como é confirmado pela única sentença que segue e encerra o capítulo) *Ich* (eu, lá devo eu — assim como se declara, "este sou eu", antes de dizer, "sou eu") *werden* (tornar-se — isto é, não ocorrer (*survenir*) ou mesmo acontecer (*advenir*), mas emergir (venir au jour) desse mesmo lócus, na medida em que ele é um lócus de ser).[8]

Por fim, Lacan fez seu próprio comentário sobre essa observação inesperadamente escorregadia: "Ser do não ser, é assim que eu, como sujeito, entro em cena, conjugado com a dupla aporia de uma verdadeira sobrevivência que é abolida pelo conhecimento de si mesmo e por um discurso no qual é a morte que sustenta a existência".[9]

Ao ler isso, você pode ter a ligeira sensação de estar sendo conduzido a um beco escuro apenas para ser assaltado mais discretamente, mas Lacan parece nunca ter sofrido um momento de dúvida nessa *patter-physics*.[V] De fato, estava claro para ele que a maneira mais comum de interpretar o aforismo de Freud era, em si, uma trama anglo-americana.[VI]

Muitas pessoas levaram Lacan muito a sério. Muitos ainda levam; eu arriscaria um palpite de que há pelo menos tantos psicanalistas lacanianos no mundo hoje quanto de qualquer outra vertente. É fácil reconhecer um lacaniano clássico: eles quase sempre se vestem de preto e falam no estilo gnômico do mestre. Alguns deles, como meu antigo professor Jean-Pierre de la Porte, acrescentam um sotaque francês.

Há algo de substancial em tudo isso? Como Lacan é tão difícil de ler, é difícil ter certeza. No entanto, provavelmente há alguns nutrientes escondidos em sua salada Zuider. Sugeri que uma das lições mais importantes de Freud para a neurociência é a de que os pensamentos inconscientes podem ser considerados úteis como *pensamentos*, não apenas como estados fisiológicos. O que significaria vê-los dessa maneira? A famosa resposta de Lacan é que "o inconsciente é estruturado como uma linguagem", ou seja, suas associações estão repletas de trocadilhos e códigos, seus padrões são como os padrões dos textos e assim por diante. Isso deve ser verdade, pelo menos em certa medida. Duvido, porém, que Lacan acreditasse que o inconsciente consiste em pouco mais do que estruturas semelhantes à linguagem em última análise. Dado seu papel central na ação automatizada, seria de se esperar que contivesse também muitas estruturas que se assemelham mais a passos de dança. No entanto, a questão de *quanto* dele é como a linguagem, e quais partes, e de que forma, são temas para uma pesquisa.

Assim, também o é, discutivelmente, a afirmação de Lacan de que a experiência chega até nós filtrada pelos prismas de nossas categorias semânticas, e que essas, por sua vez, ganham significado a partir de toda a arquitetura simbólica de nossas culturas. A questão de até que ponto "a observação é carregada de teoria", para usar uma declaração perfidamente anglo-americana dessa ideia, foi um tema importante da psicologia e da filosofia da ciência do final do século XX. Isso levou a trabalhos científicos interessantes, desde preconceitos raciais inconscientes até a categorização de gênero. No entanto, não se deu tanta atenção ao que mais interessava a Lacan: o ponto em que a nuvem de símbolos se abre por um momento e

algo de *fora* interrompe nossos hábitos mentais. O que acontece quando as palavras nos falham? O que acontece quando nos deparamos com “O Real”?

É nesse contexto que devemos considerar o caráter perturbador dos tratamentos efetivos de Lacan. As críticas verbais não se limitavam aos textos escritos de seus antepassados teóricos: as palavras pronunciadas na análise também eram rotineiramente maltratadas até perderem o sentido. Como se isso não fosse ruim o suficiente, Lacan era conhecido por agredir fisicamente alguns de seus pacientes. De acordo com um ex-aluno, uma vez ele literalmente chutou uma mulher para fora de seu consultório. E ainda há aquelas sessões de “duração variável”. No final de sua carreira, segundo outro aluno, elas podiam durar apenas cinco minutos, com Lacan pairando junto à porta durante todo o tempo. O analista e autor Jacques-Alain Miller disse que “a moralidade de Lacan deriva de um cinismo superior”.[10] Uma avaliação caridosa poderia muito bem vê-lo na tradição de Diógenes, o Cínico, cujas afrontas tinham o objetivo de chocar os antigos atenienses contra os absurdos habituais dos costumes. Também poderíamos pensar nele como uma espécie de praticante zen, cujos discursos não sequenciais tiram os buscadores de sabedoria da prisão do pensamento condicionado e, consequentemente, da iluminação. Por outro lado, talvez ele fosse apenas um valentão.

Se “cinismo superior” é o que você busca, isso pode ser motivo suficiente para se envolver com o legado de Lacan. Existem outros. Partes dele são profundas. Algumas partes são detestáveis e parecem permitir uma arrogância enigmática em seus adeptos, da qual eles podem até desfrutar. Há uma estética de *Nouvelle Vague* em tudo isso e um truque digno de Oulipo. Minhas exigências como psicanalista são mais triviais. Correndo o risco de trair uma preocupação ingênua com o *hors-texte*, como o herdeiro de Lacan, Jacques Derrida, gostava de chamar a realidade, quero saber: isso funciona? Uma pessoa que sofre de doença mental vai melhorar se for a um terapeuta dessa escola anti-escola? Em termos teóricos, há motivos para imaginar que sim. A semelhança com as lições dos sábios antigos sugere algum tipo de sabedoria. Os desvios de Lacan do roteiro freudiano podem vir a ser úteis, mesmo que hesitemos em chamar alguns deles de éticos.

O problema é que não sabemos. Essa abordagem à terapia é altamente individualizada, o que dificulta a elaboração de estudos significativos. Poucas pesquisas foram feitas, e poucos profissionais lacanianos parecem

interessados em mudar isso. Quando a IPA expulsou Lacan em 1963, eles estavam, na verdade, protegendo sua própria *denominação contrôlée*. Estou inclinado a pensar que foi a decisão certa. Quem poderia atestar de maneira significativa um elemento tão desonesto? Considere isso como um aviso no rótulo: se não for de um analista certificado, é apenas um espumante. *Cave lacanem*.



Outras escolas ainda surgiram, embora, diferentemente daquelas dos teóricos carismáticos anteriores, estas não parecessem mais emanar de revoltas edipianas. Em muitos casos, agora era muito fácil adivinhar o que estava por trás da linguagem: pedidos de novos financiamentos, estratégias para novos mercados. A mais recente, que ganhou destaque na década de 1990, é chamada de escola "relacional". Pelo que sei, ela mal se distingue das escolas de relações objetais, interpessoais e intersubjetivas, que datam respectivamente das décadas de 1920, 1930 e 1980. Diz-se que essa última abordagem representa uma "mudança de paradigma"[11] em relação à psicanálise clássica porque "atribui importância primordial às relações interpessoais reais, em vez de às pulsões instintivas".[12]

Duas afirmações significativas estão embutidas nessa declaração de aparência suave. A primeira é que as pulsões não são "reais", pelo menos não no sentido em que as relações interpessoais aparentemente são. A segunda é que os elementos básicos da experiência são literalmente constituídos por meio dessas relações interpessoais.

Analistas relacionais enfatizam que a psicologia deles é uma psicologia de "duas pessoas", em contraste com o modelo de "uma pessoa" da psicanálise clássica. Nessa visão, enquanto os analistas clássicos veem as pulsões e os afetos como originários *da* pessoa, os analistas relacionais os conceituam como originários do desenvolvimento *entre* as pessoas. Você pode ver a essência da ideia em um cenário comum. Se uma criança tropeça e machuca o joelho, ela olha para o seu cuidador para saber o que aquilo significa. Se o cuidador parecer alarmado e abraçá-la, a criança deduz que joelhos ralados são dolorosos o suficiente para provocar compaixão; se ele simplesmente levantar uma sobrancelha e colocá-la de pé novamente, ela absorve a lição de que não é nada demais e que basta seguir em frente com a vida.

A psicanálise clássica tem um modelo quase mecânico, e um tanto complicado, para explicar essa diferença. Na primeira situação, a criança aprende a associar a percepção de ter levado um tombo e a experiência da dor com o alívio de ser confortada e atendida. Essa associação aumenta a importância das sensações de dor após as quedas, transformando-as em oportunidades de satisfazer um desejo. A criança se concentra na dor e faz alarde, não por astúcia ou duplicidade, mas porque toda a sequência inconsciente de ações funciona em função da dor. Na segunda situação, a criança descobre que não há nada a ganhar ao insistir em pequenos aborrecimentos e, portanto, a dor do arranhão não consegue prender sua atenção. Ela precisa aprender outras maneiras de obter o prazer da atenção ou o alívio de sair de brincadeiras difíceis.

Quanto maquinário invisível! Não é mais simples dizer, como na escola relacional, que a experiência da dor é, na verdade, criada pela atenção do cuidador e que aprendemos a sentir tudo o que nossos cuidadores parecem esperar? Pensando melhor, no entanto, essa mudança tem alguns corolários de longo alcance e bastante estranhos. Se qualidades subjetivas aparentemente tão básicas como a dor não são dadas naturalmente, mas "construídas" nos primeiros relacionamentos, que realidade têm esses sentimentos? Do que eles são construídos? Desejos, ansiedades e tudo o mais que constitui a vida da mente tornam-se meras sombras dos contextos intersubjetivos em que se desenvolveram.[VII]

Os analistas relacionais acreditam que recriamos (ou "encenamos") esses contextos iniciais em nossas vidas adultas subsequentes. Por esse motivo, eles se concentram em ajudar seus pacientes a se conscientizarem dessas encenações, a fim de romperem com padrões problemáticos. Até aí, tudo bem; duvido que algum psicanalista tenha um objetivo diferente. O que diferencia a escola relacional é que seus analistas nunca tentam inferir os *fatos* históricos do desenvolvimento de um paciente, muito menos fazer generalizações sobre o funcionamento objetivo do aparelho mental. Em vez disso, eles buscam a "construção conjunta de significado na relação analítica".[13] A investigação analítica da transferência é, na visão deles, não menos coconstruída intersubjetivamente do que os eventos originais da infância.

Esse é o ponto crucial da questão. Enquanto Freud buscava *incluir* a "realidade psíquica" em nossa imagem objetiva do organismo humano, alguns psicanalistas relacionais convictos parecem presumir que *tudo* é

psíquico: que não existe realidade objetiva quando se trata da vida da mente. Não há nenhum fato sobre o que você sentiu, por que agiu como agiu ou mesmo o que aconteceu depois. Não há estrutura em lugar algum! Uma névoa preenche a cabeça. Se não há fatos determinados sobre a mente, nada pode ser associado determinantemente aos estados materiais do cérebro. Por outro lado, talvez o cérebro não tenha tais estados — como poderíamos saber, a não ser observando um exame ou uma autópsia? No entanto, certamente *ver* também é uma experiência coconstruída intersubjetivamente, com uma conexão com a realidade não mais confiável do que qualquer outra coisa. A névoa escapa do crânio e preenche o universo — se é que isso existe. Começamos a nos solidarizar com Meynert, com os behavioristas e com todas as outras tentativas de exorcizar as ciências mentais de espíritos tão vastos e ondulantes.

Será que os praticantes da abordagem relacional se preocupam com essas implicações de sua teoria? Quem sabe. Até mesmo fazer a pergunta parece contradizer sua premissa básica — ou talvez isso dependa de quem está perguntando. A maioria deles, na minha experiência, está simplesmente tentando ser gentil com seus pacientes, ser modesto em relação ao que "sabe", reconhecer que estamos todos no mesmo barco e que nenhum de nós é capitão. Em suma, meu palpite é que o principal objetivo dos psicanalistas relacionais é se diferenciar do estereótipo de médicos da mente agressivos, arrogantes e sabichões.

Se isso for tudo — uma política de não dizer muito sobre a realidade, no interesse da humildade intelectual, ou um fac-símile comercializável dela —, fico feliz em deixá-los à vontade. Ainda assim, se *for* apenas uma tentativa de diferenciar seu estilo de terapia dos velhos e maus tempos, é uma marca intrigante. A abordagem básica certamente não é nova. Até mesmo a filosofia nebulosa lembra alguma coisa. Se, em um momento de fraqueza, tentarmos levar isso muito a sério, nos encontraremos em uma estrada não tão real que já percorremos várias vezes.



Por que as tribos da psicanálise continuam se perdendo entre as sombras e formas de um mundo de sonhos? Não se trata apenas da escola relacional. Os lacanianos clássicos se assemelham muito a uma seita ocultista, debruçados sobre seus escritos arcanos, aprofundando-se para alcançar um

inimaginável outro lado do outro lado. Jung abraçou o paranormal com ambos os braços. Até mesmo os kleinianos têm um traço gnóstico, especialmente aqueles que seguem os ensinamentos de Wilfred Bion, que observou corretamente que nunca podemos conhecer a realidade em si mesma e que a investigação científica, portanto, envolve um "ato de fé", mas cujos seguidores mais radicais parecem acreditar que ele (e talvez somente ele) realmente conhecia a verdade final.

Pode-se argumentar que Freud convidou essa tendência esotérica. Foi ele quem nos ensinou que a experiência está repleta de mensagens misteriosas, destinadas a nós, mas que muitas vezes escapam à nossa compreensão. É claro que há um sentido em que qualquer relato freudiano da mente deve dar o devido valor a um certo temperamento "idealista". O mundo, *tal como o vivenciamos*, certamente é uma construção de nossas mentes. Seja como for, Freud queria inequivocamente que a psicanálise fosse uma ciência, ou seja, uma tentativa sincera de se familiarizar com a realidade que gera a experiência.

Creio que esse objetivo estava correto. Não há garantia de que algum dia chegaremos às respostas definitivas sobre o que é real e como as coisas funcionam. A realidade pode não estar configurada de modo que possamos compreendê-la plenamente; seria má sorte, em certo sentido, mas é concebível. (Temos imaginado esse azar pelo menos desde que Descartes declarou que havia apenas uma inferência da qual ele podia ter certeza: de que ele pensava, portanto, ele existia.) De qualquer modo, a tarefa do conhecimento científico, assim como a da própria vida, é evitar erros graves. Que nossos erros sejam baratos e esclarecedores! E, se precisarmos ter fé em alguma coisa, poderíamos fazer pior do que depositá-la em nós mesmos.

Quando se trata da ciência da mente, ter fé em nós mesmos significa confiar que podemos descobrir a natureza de nossa posição e reagir adequadamente. A fé em qualquer outra coisa significa abdicar do livre-arbítrio.[VIII] Significa abandonar a aspiração de usar nossa inteligência para descobrir onde estamos — tanto nossa situação individual na vida quanto o lugar da mente no restante da natureza. Pode haver conforto em fazer isso, ou alívio, ou alguma espécie de liberação. Pode até ser saudável, em determinadas situações. No entanto, se pararmos de testar nossas ideias em relação ao mundo, se nos tornarmos indiferentes à exatidão de nossas previsões, à possibilidade de realização de nossos desejos, à evidência de

nossos sentidos, então penso que, de uma maneira triste e perigosa, desistimos. Vivemos fazendo com que a vida seja suficientemente correta para viver. Isso exige esforço; não podemos ficar tranquilos com ideias que estão erradas, ou que sequer chegam a estar erradas. A ilusão descontrolada é uma fissura no bloco do motor de nós mesmos: em breve, o imprevisto irromperá.

Dito isso, não posso deixar de notar a semelhança entre o conceito de falseabilidade de Popper e o "teste de realidade" de Freud. Mas faz sentido: o que é a ciência senão a forma institucional de nossa obrigação de acomodar as coisas como elas são, o que Freud chamou de princípio da realidade? Como ele observou, em um contexto ligeiramente diferente:

> Acolhemos as ilusões porque elas nos poupam de sentimentos desagradáveis e nos permitem desfrutar de satisfações. Não devemos nos queixar, portanto, se, de vez em quando, elas entram em colisão com alguma porção da realidade e são despedaçadas contra ela.[14]



À luz de tudo isso, vamos finalmente nos voltar para uma ponta solta que vem se arrastando há alguns capítulos. Freud pensava que a raiz de todo transtorno mental era o desejo sexual frustrado. Creio que ele estava completamente errado sobre a natureza e o número de nossas pulsões. Essa é outra maneira de dizer que ele *não sabia do que precisamos*. As necessidades da vida não eram apenas o que ele imaginava. Nesse caso, como é possível que a cura pela fala tenha funcionado? E por que ela comprovadamente funciona agora, mesmo quando implementada por psicanalistas que permanecem presos a suas conjecturas ultrapassadas?

Nem sempre funciona, é claro. Certamente é possível fazer uma terapia ruim. Podemos piorar a situação de nossos pacientes, por infelicidade, incompetência ou por abuso do poder e da autoridade inerentes à nossa posição. Os riscos são tão altos quanto em qualquer outra forma de tratamento psiquiátrico. E, no entanto, apesar de tudo isso, há sempre uma estranha sensação de que, embora o que fazemos na psicanálise seja muito importante, *a realidade* objetiva não é tão importante assim.

Essa é uma observação enigmática. Um exemplo deve deixar a questão mais clara.

Suponha que você seja consultado por um paciente cujo circuito do medo esteja patologicamente ativo, mantendo-o em um estado constante de

ansiedade. Qual seria a melhor maneira de curá-lo? Há duas opções "objetivas" de senso comum. A primeira é usar medicamentos para desativar o circuito ou bloquear seus sinais. É isso que os benzodiazepínicos fazem: eles visam objetivamente à parte do cérebro que causa o medo. Isso funciona bem, enquanto os medicamentos estiverem ativos. No entanto, a ansiedade tende a retornar assim que o paciente deixa de tomá-los (o que seria sensato, dados seus efeitos colaterais e o risco de dependência). Além disso, como sugere a crônica das desventuras de SM com a doença de Urbach-Wiethe, é útil ter a capacidade de sentir medo. O medo tem uma função. A vida é difícil quando você não consegue sentir o risco de situações arriscadas. Seja como for, a abordagem farmacológica claramente não é uma cura genuína.

A segunda opção "objetiva" é tentar deixar o paciente muito, muito seguro. O circuito do medo existe para nos fazer evitar o perigo. Quando lhe damos o que ele quer, ele deve parar de reclamar. Não é lógico? No entanto, isso também não funciona. De fato, todo o problema de um paciente que sofre de um transtorno de ansiedade, como o TEPT, é que ele tem medo mesmo quando já está seguro. Certa vez, tive um paciente que se esforçava excessivamente quase todos os dias para garantir que estivesse a salvo de morteiros, uma década depois de ter estado pela última vez em um campo de batalha. O que pacientes como ele precisam?

O que eles precisam é *se sentir* seguros. Isso requer algo mais sutil do que a segurança literal, mas também requer algo menos desonesto (por assim dizer) do que desligar a parte do cérebro que permite que eles sintam medo. Para que se sintam seguros de maneira duradoura e bem ajustada, precisamos ajudá-los a alterar o sistema de ideias (talvez profundamente consolidado e inconsciente) que significa, *para eles*, que estão sempre em perigo. Esse é o seu modelo preditivo. O modo exato como ele implica essa ameaça onipresente será um produto de muitos fatores pessoais do paciente, que vão desde lembranças de experiências instrutivas até toda a atmosfera filosófica de sua mente, terminando, talvez, em suas crenças metafísicas. Nem todos no batalhão que sobreviveram aos morteiros desenvolveram, como meu paciente, o transtorno; a maneira como ele vivenciou pessoalmente aquele bombardeio tinha muito a ver com suas experiências de vida anteriores.

Aqui nos deparamos com o estranho distanciamento da vida mental em relação ao estado objetivo das coisas. Não é viável nem desejável "corrigir"

toda a perspectiva de um paciente para alinhá-la com a visão pessoal do analista sobre a realidade. Nesse sentido, os pontos de vista individuais do analista importam muito menos do que os do paciente. Pode-se tentar, no máximo, abrir alguns caminhos novos na floresta de previsões que se encontram entre os sentimentos do paciente e o mundo externo em que ele está vivendo no momento. Com uma reviravolta criteriosa aqui e ali, é possível libertar alguém, ainda que apenas um pouco, dos eventos formativos de seu passado. No entanto, mesmo essa mudança pode exigir um esforço imenso. Não há a opção de apagar tudo e começar de novo. O analista só pode trabalhar com o que encontrar.

Tendo trabalhado bastante com as pulsões, às vezes me preocupo com a utilidade de saber *a* que elas se referem, e frequentemente gostaria que os psicanalistas prestassem mais atenção aos desenvolvimentos da neurociência em geral.[IX] Mas a cura nunca consiste simplesmente em dar à pulsão o que ela quer. Pelo contrário, tentamos revelar ao paciente seus próprios sistemas de ideias, de modo que ele possa reconhecer e aceitar as ideias como suas e repensá-las quando necessário, até que *sua* experiência da realidade possa passar nos testes e lhe fornecer o que necessita, de acordo com as definições em *seu* modelo preditivo: sua ideia de segurança, sua ideia de diversão, sua ideia de amor e assim por diante. Aceito, ainda que a contragosto, que a base teórica de que um analista precisa para fazer isso provavelmente não inclui um profundo conhecimento do funcionamento do cérebro, assim como não é necessário saber como funciona um microchip para alterar as configurações de um sistema de computador.

Nesse sentido, a habilidade de conduzir uma análise é menos parecida com a ciência e mais com um ofício prático. A longa experiência leva à familiaridade com diferentes tipos de falhas e sugere muitos tipos diferentes de reparo. Trabalhar em uma cultura ou comunidade ensinará muito aos analistas sobre como essa comunidade pensa e como trabalhar com esses modos de pensar. As lições podem não ser transferidas, mas continuam sendo extremamente úteis no contexto clínico correto.

Alguns problemas também podem revelar aspectos bastante gerais sobre o funcionamento subjacente do cérebro. Basta observar o quanto Freud foi capaz de descobrir simplesmente conversando com seus pacientes e ouvindo-os atentamente. Suspeito que a psicanálise ainda tenha muito a contribuir para a pesquisa do cérebro, e é por isso que espero que pelo

menos alguns analistas praticantes se mantenham a par das questões que preocupam outros cientistas da mente. Pode ser que a psicanálise sempre tenha tido mais a ensinar à neurociência do que o contrário.

Pode até ser que, por meio de uma atenção cuidadosa ao que acontece no nível neurofisiológico durante os momentos de ruptura e processos de transformação, possamos finalmente aprender a curar doenças mentais agindo diretamente no cérebro. E se conseguíssemos isolar o que uma cura pela fala eficaz faz com suas vias e gradientes e, em seguida, manipular a massa cinzenta para replicar esse efeito? No final de sua vida, Freud parecia bastante otimista em relação a essa perspectiva. Já vimos o que ele escreveu em 1938:

> Estamos preocupados com a terapia apenas na medida em que ela funciona por meios psicológicos; e, por enquanto, não dispomos de nenhum outro. O futuro pode nos ensinar a exercer uma influência direta, por meio de substâncias químicas específicas, sobre as quantidades de energia e sua distribuição no aparelho mental. Pode ser que existam outras possibilidades de terapia ainda não imaginadas. Mas, no momento, não temos nada melhor à nossa disposição do que a técnica da psicanálise e, por essa razão, apesar de suas limitações, ela não deve ser desprezada.[15]

Espero tê-lo persuadido a ser cauteloso ao apostar contra Freud, mas penso que há motivos para duvidar de sua visão. Uma lição que a psicanálise ensina repetidamente é que a experiência em si é importante. Mesmo em nossos sonhos, tentamos vincular todas as fontes possíveis de energia livre que surgem das discrepâncias diárias entre o que acreditamos e o que vivenciamos. As inconsistências tendem a cobrar seu preço.

De qualquer modo, estamos muito longe do dia em que a neurociência poderá “finalmente” dispensar a psicanálise e tomar conta de nossas almas sozinha.



Tenho meu próprio lugar, é claro, entre as tribos da psicanálise. Em certo sentido, sou um descendente intelectual bastante direto de Freud: seguimos trajetórias profissionais semelhantes, desde a neurociência básica, passando pela neurologia clínica e neuropsicologia, chegando à psicanálise. Suponho que eu poderia ser visto como um fundamentalista freudiano, buscando reconduzir meus irmãos errantes ao verdadeiro significado de seus textos. E, no entanto, também faço parte de um consórcio de analistas e

neurocientistas de definição menos fácil, que estão convencidos de que podemos trabalhar juntos de maneira produtiva. De fato, foi isso que passei a maior parte das últimas quatro décadas fazendo, sob a bandeira da "neuropsicanálise".

Quando concluí minha pesquisa inicial sobre os mecanismos cerebrais do sono e do sonho e fiz o treinamento clínico em psicanálise, não tinha ninguém com quem conversar, exceto minha então esposa, Karen Kaplan, uma neuropsicóloga em início de carreira como eu, que estava fazendo treinamento em análise infantil no Anna Freud Centre, em Londres. Aprendi rapidamente que não era sensato conversar com meus professores de psicanálise sobre neurociência. Assim, depois de ler o livro *Com uma perna só* (1984), do neurologista Oliver Sacks, no qual ele falava da neuropsicologia ignorando a psique, escrevi-lhe uma carta, e nos demos bem.

Escrevi também para Mortimer Ostow, mencionado anteriormente, um analista que havia realizado pesquisas na década de 1950 sobre as implicações dos tratamentos psicofarmacológicos que estavam apenas começando a se enraizar na psiquiatria. Ele me convidou a apresentar os resultados de minha pesquisa sobre sonhos na Academia de Medicina de Nova York. Na plateia estava Arnold Pfeffer, um neuropsiquiatra que (como Ostow) havia se formado em psicanálise no final da década de 1940. Pfeffer convidou-me para falar a um pequeno grupo de colegas com a mesma opinião, que se reunia mensalmente no Instituto Psicanalítico de Nova York para discutir tópicos neurocientíficos relevantes para a psicanálise, sob a liderança de James Schwartz, coeditor do monumental livro de Eric Kandel, *Princípios de neurociências.*

Isso ocorreu no início da década de 1990. Em uma série de palestras para esse grupo, ao longo dos meses seguintes, relatei as descobertas decorrentes da psicanálise das mudanças de personalidade em pacientes com lesões cerebrais de localização variada. Logo, passei a coordenar o grupo de Nova York no lugar de Schwartz. (Foi assim que passei a desfrutar das reuniões mensais com Kurt Eissler.)

Ostow conhecia Kandel pessoalmente, e foi assim que tomei conhecimento da opinião de Kandel de que "a psicanálise ainda representa a visão mais coerente e intelectualmente satisfatória da mente". Isso foi alguns anos antes de ele ganhar o Prêmio Nobel, em 2000, e antes de publicar sua recomendação de que a psiquiatria no século XXI deveria se

basear na integração da psicanálise e da neurociência. Nossas reuniões mensais — que envolviam um círculo cada vez mais amplo de psicanalistas, neurologistas e neurocientistas, incluindo Jaak Panksepp — começaram a atrair interesse internacional.

Em 1999, criamos uma revista, editada por Edward Nersessian e por mim, com o título *Neuropsychoanalysis* (a primeira vez que a palavra foi usada). Isso levou à criação de uma Sociedade Internacional de Neuropsicanálise, que realizou seu primeiro congresso no Royal College of Surgeons of England. Os principais palestrantes do primeiro congresso foram Oliver Sacks, Jaak Panksepp, Antonio Damasio e Clifford Yorke, além de mim. Todos eles entraram para o conselho consultivo da revista, juntamente com muitas outras personalidades, como Kandel, Ramachandran e LeDoux, do lado neurocientífico, e Charles Brenner, André Green e Peter Fonagy, do lado psicanalítico. (Quase todos os outros pesquisadores que mencionei neste livro fizeram o mesmo, inclusive Karl Friston, Mortimer Ostow, Helen Mayberg, Howard Shevrin e Yoram Yovell.) No momento em que escrevo estas palavras, a Sociedade Internacional de Neuropsicanálise, em seu 26º ano, conta com 1.138 membros ativos.

O que nos une é a convicção de que chegou a hora de voltar à enorme tarefa que Freud abandonou há mais de um século, em função da falta de métodos empíricos adequados. Mas como os detalhes do modelo funcional da mente de Freud combinam com nosso conhecimento cada vez mais profundo sobre o funcionamento fisiológico, químico, genético e epigenético do cérebro? Como você viu ao longo deste livro, utilizamos vários métodos de pesquisa para explorar a neurofisiologia dos processos psicodinâmicos e a psicodinâmica dos processos neurofisiológicos. Escaneamos o cérebro sonhador, psicanalisamos pacientes com lesões neurológicas focais, medimos as assinaturas eletrofisiológicas de conflitos reprimidos, manipulamos os produtos químicos que medeiam nossos impulsos emocionais básicos, variamos nossas técnicas psicoterapêuticas de acordo com os avanços na compreensão de como o cérebro muda, depois medimos os resultados e assim por diante.

Com base nisso, podemos agora escrever os capítulos que foram omitidos do grande manual de Luria? Às vezes, pergunto-me por que meus colegas psicanalistas e neuropsicólogos se preocupam em fazer qualquer outra coisa. As descobertas científicas e as percepções clínicas decorrentes

de nosso trabalho interdisciplinar contínuo são numerosas demais para serem resumidas aqui. Já mencionei alguns dos avanços, como o mecanismo de desejo dos sonhos e da amnésia confabulatória, o aspecto defensivo da anosognosia, o papel da angústia de separação nos mecanismos cerebrais da depressão (e na dependência, no transtorno do pânico e no TOC) e suas implicações para a psicofarmacologia, a natureza física (informacional) do mecanismo "funcional" nos transtornos neurológicos funcionais, a verificação empírica da repressão, a neurobiologia do desenvolvimento da amnésia infantil, alguns constituintes neurais da empatia, as conexões profundas entre pulsão e consciência, sem mencionar uma tentativa de solução do "problema difícil" da consciência. Alguns outros enigmas estão em andamento, como nossas pesquisas atuais sobre a neurofisiologia da associação livre, a função biológica do sonho e a possibilidade de consciência artificial.

O mais gratificante é o fato de que a terapia psicanalítica para pacientes neurológicos e neurocirúrgicos está se tornando cada vez mais comum, assim como espero que volte a ser para pacientes psiquiátricos. Também é animador ver o número crescente de psicanalistas e psicoterapeutas — de todas as escolas — que ajustaram suas técnicas para acomodar nossas percepções sobre a ação terapêutica da cura pela fala. Em minha própria carreira como terapeuta, descobri que alguns dos meus casos mais interessantes e gratificantes foram aqueles em que realmente importava exatamente onde e como o cérebro e a mente se encontram.



Cerca de um ano após o término de minhas sessões com Lord N., encontrei sua esposa em um evento público e perguntei como ele estava. Hoje em dia, disse ela, o pior que acontece quando ele acorda é acender um abajur para ler. "Ele não é o homem por quem me apaixonei", disse ela. "Mas, sinceramente, seu pensamento em geral melhorou muito. Ele está muito menos confuso sobre tudo."

Isso não deveria ter me surpreendido tanto quanto me surpreendeu: a psicoterapia não pode reverter o declínio cognitivo, mas os déficits cognitivos podem ser muito exacerbados pelo sofrimento emocional. Mesmo assim, a ideia de que uma simples conversa poderia ter ajudado

meu paciente a esse ponto me pareceu uma espécie de mágica. Um sentimento raro: poder.

Após um momento de silêncio, Lady N. disse: “Ele também tem tido algumas conversas comigo sobre nossa mortalidade”. Perguntei sobre o que tratavam essas conversas. Ela pareceu desconfortável, mas depois disse. “*Não importa o quanto você tenha conquistado na vida*”, disse ela, “*não importa quem você seja. No final, tudo se resume a isso.* Foi isso que ele me disse”. Um tipo de sorriso de dor, para nós dois. O que se pode dizer diante disso? Demos as mãos e nos despedimos um do outro, e deixamos que o movimento da festa nos levasse de volta às nossas vidas diferentes.

O “fim” é uma questão de perspectiva. Lord N. morreu há mais de uma década. Nunca mais falei com ele, mas ele sempre esteve em meus pensamentos — por seus triunfos públicos, muito mais do que por nossa breve aliança.

Importamo-nos com nossos legados justamente porque eles continuam depois de nós. Para que devemos viver, sabendo que, no final, tudo se resume a isso? O que devemos deixar para trás?

Por acaso, Freud também tem algumas lições úteis sobre isso.

Capítulo 8

A cura pelo amor

> PACIENTE: Na última semana, tivemos vários incidentes em que precisei fugir da minha filha para outro cômodo. Ontem ela me mordeu. Foi muito interessante. Foi como se eu pudesse sentir algo atravessando meu corpo. Eu me senti… não sei como descrever. Quase "doce"? Eu estava completamente fora de mim, mas também me senti muito calmo. Foi bizarro. Fiquei assim pelo resto do dia.
> ANALISTA: Você notou alguma outra emoção em si mesma?
> PACIENTE: Não sei como descrever. Eu não estava feliz, mas me senti, de certo modo, brilhante ou algo assim. É por isso que, a princípio, não percebi o que estava acontecendo. Às vezes, sinto que vou gritar com ela e vou me descontrolar. Ontem estava chegando a esse ponto. Eu via claramente que ela estava se exaltando. Via perfeitamente, e estava começando a ficar com raiva. Então, ela me olhou diretamente nos olhos. Lembro-me daquele momento, dizendo: "Venha cá, querida", e ela veio até mim e me mordeu. E então foi: "OK, é aqui que estamos".
> ANALISTA: Havia muita raiva em você até aquele momento, mas parece que ela foi transformada de alguma maneira.
> PACIENTE: Simplesmente foi embora.
>
> *– Dos arquivos clínicos do autor*

Antes da Primeira Guerra Mundial, uma grande parte do leste da Alemanha e da Europa Central consistia em uma colcha de retalhos de "estados-países" semiautônomos governados por príncipes boêmios ("boêmios" no sentido geográfico, e não no sentido valorativo). Um desses príncipes, que reinava (após a guerra) sobre uma parte do que antes fora a Baixa Lusácia, situada na planície arborizada e pouco povoada do norte da Europa do Sacro Império Romano-Germânico, chamava-se Friedrich III de Solms-Baruth. Ele descendia de uma longa linhagem de condes e príncipes que haviam governado o estado de Baruth nos 300 anos anteriores e outros estados do Sacro Império por cerca de 500 anos antes disso.[I]

Sua ascensão, em 1920, fez de Friedrich um dos grandes proprietários de terras da Alemanha. Possuía 17.300 hectares, incluindo quatro castelos (um deles, o seu favorito, na Silésia), uma siderúrgica, uma fábrica de porcelana, uma enorme leiteria, extensas florestas comerciais, terras agrícolas, dez vilarejos de "súditos" e um haras de renome internacional.

Friedrich era alto e magro. Criado na tradição humanista por seu pai, Friedrich II, confidente próximo do Kaiser Wilhelm II, ingressou na cavalaria imperial como capitão. Foi o desperdício sem sentido da Primeira Guerra Mundial que o converteu ao pacifismo. Renunciou à sua patente e tornou-se profundamente religioso, dedicando-se a vários projetos em Baruth e Klitschdorf.

Protegido por sua riqueza e título, Friedrich tinha motivos para se sentir relativamente imune à ascensão de Hitler. Desde o início, manifestou seu desdém. Embora mergulhado nas tradições da antiga ordem, um monarquista convicto mesmo após a abolição da monarquia em 1918, ele abominava o nacionalismo. Suspeito que sua aversão visceral a Hitler também era motivada pelo classismo; ele comentava com frequência sobre a vulgaridade grosseira da turba nazista. Proibiu seus funcionários de se filiarem ao NSDAP e vetou o uso de sua infame saudação em qualquer uma de suas propriedades. Em 1933, recusou-se a hastear a bandeira do NSDAP em seus castelos e continuou se recusando mesmo quando isso passou a ser exigido por lei.

No início da Segunda Guerra Mundial, em 1939, Friderich proibiu os militares alemães de realizar manobras em suas terras. Quando madeira e resina foram requisitadas para o esforço de guerra, ele se recusou a fornecê-las. Em 1942, descobriu que prisioneiros de guerra russos haviam sido fuzilados em uma de suas florestas, que fazia fronteira com um campo de internamento. Ficou furioso e disse ao líder distrital do partido que a Convenção de Genebra deveria ser respeitada em todos os momentos e que ele se encarregaria pessoalmente de fazer com que ela fosse respeitada em suas propriedades. Logo depois, ele foi acusado de “tentar formar um Estado dentro do Estado”. (Isso era, de certa forma, verdade, porque os antigos estados feudais há muito haviam perdido sua semiautonomia.) Em 1943, os nazistas o acusaram de sabotar o esforço de guerra e nomearam administradores para assumir parte de seus estabelecimentos. Ainda assim, ele continuou a desafiá-los, sendo frequentemente levado à Gestapo para interrogatórios.

Friedrich não estava sozinho entre a nobreza em seu desrespeito a Hitler. À medida que a maré da guerra se voltava contra a Alemanha, desenvolveu-se um crescente senso de urgência dentro desse círculo de elite, muitos dos quais eram oficiais de alto escalão das forças armadas. (Isso era convencional em todas as aristocracias europeias, o que tornou a renúncia

de Friedrich à sua patente ainda mais incomum.) Um desses rebeldes — que não era um nobre — havia sido colega de Friedrich durante a Primeira Guerra Mundial, quando foi moldado pelas mesmas experiências terríveis. Seu nome era Almirante Wilhelm Canaris, então chefe da inteligência militar alemã.

Canaris vinha minando secretamente o progresso de Hitler desde a invasão da Polônia em 1939. Agora, porém, estava claro que era necessária uma ação mais urgente. Canaris percebeu que a dissidência pública de Friedrich proporcionava o disfarce perfeito: os nazistas jamais imaginariam que um grupo que planejava assassinar Hitler e organizar um golpe militar estaria instalado na casa de um antinazista declarado. Assim, o castelo de Friedrich em Baruth, a cerca de 70 km de Berlim e a apenas 15 km do quartel-general militar, tornou-se o esconderijo dos conspiradores. A cobertura para as reuniões clandestinas e a proteção contra o risco real de escutas eram garantidas pelo haras de Friedrich: as conspirações desses aristocratas equestres eram conduzidas a cavalo, enquanto cavalgavam juntos pela propriedade arborizada de Friedrich. Para aprimorar ainda mais o subterfúgio, Friedrich fez com que seus filhos participassem das cavalgadas, embora a uma distância segura de “quatro cavalos” atrás dos adultos, para que não ouvissem suas conversas.

Além de Canaris e outros, os conspiradores incluíam Erwin Witzleben, Ludwig Beck, Georg Hansen, Carl-Hans Hardenberg, Friedrich-Werner Schulenburg, Henning Tresckow e Claus Stauffenberg, sendo este último quem realmente colocou a bomba no Wolf’s Lair, perto de Berlim. O nome de Adam Trott também deve ser lembrado, embora ele não pareça ter feito parte do grupo que se reunia em Baruth. Como é sabido, Hitler sobreviveu à explosão, sofrendo apenas com calças rasgadas e um tímpano rompido. A maioria dos conspiradores, inclusive Trott, foi enforcada com cordas de piano ou forçada a cometer suicídio.

No dia seguinte à explosão, 21 de julho de 1944, a Gestapo foi a Baruth para prender o príncipe. Havia apenas seis deles; evidentemente, não estavam esperando problemas. Enquanto dois dos oficiais conduziam Friedrich até o local onde haviam estacionado em frente ao castelo, seu filho (apelidado de Fritz, já que seu nome oficial também era Friedrich) observava pela janela do andar de cima, posicionado com um rifle de caça. Na época, ele era estudante de medicina. Seu pai olhou para a janela e

balançou a cabeça, depois entrou no carro em silêncio. Fritz não tinha certeza do que aquele gesto significava. Ele não atirou.

Talvez tenha sido melhor assim. Ao contrário da maioria de seus companheiros e de milhares de outras pessoas (aproximadamente 7.000 pessoas foram presas após a tentativa de assassinato e quase 5.000 foram executadas), a vida de Friedrich foi poupada. Isso ocorreu por dois motivos. O primeiro foi o fato de sua esposa, Adelheid Schleswig-Holstein, ser parente próxima da família real sueca. Naquela época, a Suécia estava negociando um acordo secreto com o chefe da SS para acabar com a guerra. Foi enviada uma mensagem a Heinrich Himmler dizendo que, se algo acontecesse a Friedrich, as consequências para as negociações "não poderiam ser previstas". O segundo motivo foi o fato de Himmler estar de olho nas propriedades de Friedrich. Portanto, uma condição para a sua libertação — após nove meses de encarceramento e tortura na famosa prisão Prinz-Albrecht-Straße e, mais tarde, em outra prisão em Potsdam — era que ele assinasse uma declaração de perda de todas as suas propriedades para a SS, colocando-as sob o controle pessoal de Himmler.

Com base nisso, Friedrich foi autorizado a deixar a Alemanha rumo à Suécia, a caminho da África do Sul, onde acabou se estabelecendo.[1] Na verdade, "estabelecido" não é a palavra certa. Em 18 meses, ele estava morto. De acordo com Fritz, a causa da morte foi a culpa do sobrevivente. O motivo mais prosaico foi o câncer de próstata, para o qual Friedrich recusou tratamento.

Hoje, a prisão Prinz-Albrecht-Straße foi convertida em um museu da resistência nazista. No pátio, em uma placa em frente a uma modesta estátua, aparecem as seguintes palavras em alemão:

> Vocês não carregam a vergonha.
> Vocês resistiram.
> Deram o grande,
> eternamente incansável
> sinal de reversão,
> sacrificando suas vidas brilhantes
> pela liberdade,
> justiça e honra.[II]

A vergonha é uma emoção social, intimamente ligada ao que Freud chamou de "ideal do ego". Assim como o orgulho, ela surge das comparações que fazemos entre como desejamos ser vistos e como pensamos que realmente somos (mesmo que apenas por nós mesmos).

Muitos autores tentaram distinguir a vergonha da culpa, alegando, por exemplo, que a última diz respeito a uma ação específica da qual a pessoa se envergonha, enquanto, na primeira, o sentimento de maldade percebida abrange todo o ser humano. Ter vergonha, de acordo com essa visão, é ter vergonha do que você é, não apenas do que você fez ou deixou de fazer. Não estou convencido de que o uso comum preserve essa distinção: a frase "ashamed of what you did" (envergonhado do que você fez) pode provocar lembranças ruins, mas não soa como um inglês ruim. De qualquer modo, no nível do circuito afetivo, parece provável que ambas as emoções envolvam uma mistura de posição social percebida, tristeza e raiva dirigida internamente.

E, no entanto, como venho insistindo há algum tempo, o objetivo das emoções é levá-lo a satisfazer suas necessidades. A ideia de uma necessidade emocional que exige que você morra, seja no calor da ação ou mais tarde, por vergonha ou culpa do sobrevivente, parece uma falha profunda da teoria, até mesmo uma contradição em termos. Como podemos entender esses sentimentos? Que necessidade biológica poderia exigir sua própria morte? E o que significa nossa pulsão obstinada, às vezes até vergonhosa, de viver?

O sacrifício de Friedrich pairava sobre nossa família. Meu relacionamento com seu filho Fritz só começou de fato quando nos tornamos vizinhos próximos depois que voltei para a África do Sul, em 2001. Eu estava feliz por não ser ele; que grande responsabilidade para assumir. "*Seu pai tentou matar Hitler — e você, o que tem feito ultimamente*?"

Ainda assim, Friedrich quase certamente acreditava que sua alma continuaria viva em outro lugar após a morte de seu corpo. Independentemente de estar certo ou não, podemos imaginar como essa crença pode tê-lo motivado a fazer o que fez.



Na prática, pode ser muito difícil distinguir a morte cerebral, o coma, o estado vegetativo e o estado minimamente consciente. Com exceção dos pacientes com síndrome do encarceramento, não cuido diretamente desses casos limítrofes, mas é impossível não estar ciente de sua presença em nossa ala. As enfermeiras que cuidam deles se movimentam com mais

tranquilidade nesses turnos, realizando suas verificações e abluções padrão com um visível esforço de memória, como se estivessem realizando um ritual desconhecido. Quando não se pode ter certeza de que alguém está realmente dentro do corpo do qual se está cuidando, é preciso um tipo de fé para continuar.

Se eu lhe dissesse que amanhã você entrará em coma profundo e nunca mais sairá dele, mas que uma máquina de suporte à vida manterá suas funções vitais funcionando por muitos anos, essa última parte provavelmente não seria muito reconfortante. No fim das contas, a mortalidade de nossos corpos não é o que realmente nos incomoda. O que somos nós, se não a experiência de nosso próprio ser? O mais importante, certamente, é a mortalidade de nossas mentes.

Essa foi, sem dúvida, a base da crença (o desejo, a previsão), disseminada ao longo de toda a história humana, de que nossas almas poderiam persistir indefinidamente. Nossos corpos claramente não fazem isso, como podemos ver sempre que nos deparamos com os restos mortais de outras pessoas. Tive mais contato com cadáveres do que gostaria de lembrar e posso confirmar que a tendência à desintegração é responsável por uma parte significativa do horror que causam. No entanto, a própria subjetividade da experiência interior, exatamente o que a defende de modo tão formidável contra a investigação empírica, fornece motivos aparentes para uma esperança sorrateira. Ao contrário de nossos corpos mortais, a única alma que podemos realmente conhecer é a nossa própria. Quem, então, pode dizer o que acontece com as almas em geral quando o corpo morre? Será que elas não podem, por assim dizer, *continuar*?

Essa assimetria — o caráter público do corpo *versus* a privacidade da experiência interior —, por sua vez, pode explicar por que tendemos a nos identificar mais com nossas mentes do que com nossos corpos. O confinamento solitário de nosso mundo interior oferece uma saída de emergência paradoxal das certezas atuariais do mundo exterior. Na medida em que desejamos viver para sempre, encontraremos conforto na ideia de que os mundos interno e externo estão apenas distante e tenuemente relacionados,[III] e ficaremos preocupados com os indícios de que eles andam de mãos dadas. Resistiremos a esse pensamento. E nos defenderemos contra ele. Ao longo do último século, uma corrente da psicologia vagamente inspirada em Freud, começando com Ernest Becker (1973), argumentou que as características mais básicas de todas as culturas humanas surgiram

precisamente com o propósito de apagar o medo da morte, muitas vezes afastando a suspeita de que ela é, de fato, o fim. Em se tratando de grandes relatos de civilização, essa não parece ser uma possibilidade tão estranha e, pelo que sei, nunca foi refutada de maneira convincente. Seja como for, as pessoas não parecem gostar muito de trabalhar com a "Teoria do Gerenciamento do Terror", sem dúvida por questões que a própria teoria prevê, e por isso o programa foi interrompido.

A morte é muito difícil. Freud chamou sua própria descoberta de que nossas mentes não são transparentes para nós de "um terceiro golpe no narcisismo da humanidade", após a descoberta de Copérnico de que a Terra não é o centro do Universo e a de Darwin de que os seres humanos não são fundamentalmente diferentes dos outros animais. A ideia de que nossas mentes conscientes são governadas por nossas mentes inconscientes já é ruim o suficiente. Quão maior será o golpe se o inconsciente começar a se parecer com o corpo mortal, descoberta após descoberta, prendendo nosso íntimo à placa do necrotério? Eu me pergunto se algo nesse sentido poderia explicar como a psiquiatria e a psicanálise têm se distanciado ao longo dos anos: a primeira para o cérebro visto sem uma mente, a segunda para a mente imaginada sem um cérebro. Quanto mais somos forçados a contemplar os interstícios molengas e trêmulos entre os gânglios de massa cinzenta e as luzes cintilantes da psique, mais mortais nos sentimos. Considere esta famosa afirmação de Sir Francis Crick, o codescobridor do DNA:

> Você, suas alegrias e tristezas, suas memórias e ambições, seu senso de identidade pessoal e livre-arbítrio, na verdade, não são mais do que o comportamento de um vasto conjunto de células nervosas e suas moléculas associadas.[2]

Ele chamou isso de A Hipótese Espantosa, mas até eu consigo perceber que é, de fato, um pensamento horrível e (apesar da distinção filosófica entre materialismo e monismo de duplo aspecto) estou basicamente do lado dele. Como Crick, eu teria que dizer que o eu subjetivo não é plausivelmente livre o suficiente do cérebro objetivo para sobreviver à sua destruição. Sinto muito. Qualquer projeto de reunir as abordagens subjetivas e objetivas da ciência mental, por mais bem fundamentado que seja, terá, portanto, de enfrentar um problema sério: em algum nível, preferiríamos não pensar sobre isso.



(Meu cardiologista me disse recentemente que estou vivendo na "prorrogação". Dada a minha idade e o fato de eu ter a mesma doença genética que matou meu pai quando ele era bem mais jovem do que eu agora, é provável que a maioria dos leitores deste livro sobreviva a mim. Talvez você já tenha sobrevivido.)



Freud atraiu uma impressionante variedade de acusações contraditórias: de pseudociência e cientificismo prepotente, de dualismo e materialismo, de alturas sociais e profundidades biológicas, de levar as alegações de abuso muito a sério e não suficientemente a sério. Isso, por si só, não é motivo para concluir que ele deva estar certo, como fazem as organizações de notícias que insistem que, ao notar que todos os lados parecem igualmente insatisfeitos, reivindicam elogios por seu equilíbrio. Mas acredito que isso aponta para algo interessante. Seu legado evidentemente o torna, de alguma maneira, irritante e evasivo, excessivo e insuficiente.

Talvez seja por isso que, ao longo dos anos, a questão de sua influência moral geral tenha sido um ponto tão sensível. Basta lembrar dos títulos de alguns dos livros sobre ele — *Why Freud Was Wrong: Sin, Science and Psychoanalysis* (*Por que Freud errou: pecado, ciência e psicanálise*. Record, 1999.) ou (*Freud: o lado oculto do visionário*, Manole). Ele foi acusado de niilismo, substituindo a religião por uma "cultura de terapia" egoísta e atacando a própria estrutura da sociedade. Sem dúvida, seu interesse franco pela vida sexual lhe rendeu uma reputação de libertino em determinados círculos. Também é verdade que ele via a religião como uma resposta a necessidades psicológicas, e não a realidades sobrenaturais, o que tenderia a minar as fés mais ortodoxas. Sua própria explicação sobre a vontade de viver era clara: queremos continuar existindo porque amamos nosso próprio ser, dizia ele, porque estamos apaixonados por nós mesmos. Nosso desejo de imortalidade é *narcisismo*. Suponho que essa seja uma visão bastante chocante, mesmo nos dias de hoje.

No entanto, qualquer impressão que se possa ter de uma selvageria intencionalmente corrosiva e corruptora não combina com o Freud histórico. Quando André Breton viajou para Viena em 1921, na esperança

de conseguir o apoio de Freud para o movimento surrealista, o autor ficou surpreso ao encontrar “um velho sem elegância” em seu “escritório surrado, digno de um clínico geral de bairro”.[3] Em resumo, ele encontrou um homem de ciência burguês e convencional, com pouco interesse nas provocações artísticas que suas ideias haviam inspirado. Salvador Dalí encontrou-se com Freud em Londres em 1938 e ficou igualmente decepcionado, relatando que ele não tinha quase nada a dizer. Por sua vez, Freud comentou: “Nunca vi um exemplo mais completo de um espanhol. Que fanático!”. A respeito do surrealismo em geral, ele escreveu a Stefan Zweig: “Excêntricos absolutos (digamos 95%, como o álcool)”.[4]

Gerações de radicais políticos também encontraram em Freud um aliado incômodo. É fácil entender por que eles se aproximariam com entusiasmo. Se a psicanálise nos fornece um modelo geral de subjetividade *individual*, surge naturalmente a questão do que isso pode implicar para as possibilidades da vida social em escalas mais amplas. Para nós, por exemplo, Herbert Marcuse ampliou o conceito de repressão para denunciar o conformismo da vida nas sociedades capitalistas. Frantz Fanon utilizou ideias psicanalíticas para iluminar a experiência do racismo. Pensadores tão diferentes quanto Judith Butler, Slavoj Žižek e a dupla Deleuze & Guattari viram potencial revolucionário nas energias que Freud nos ensinou a reconhecer. E, no entanto, o Freud histórico não oferece mais incentivo a esses esforços do que aos seus visitantes surrealistas desanimados. Muitas mentes radicais foram levadas a lamentar, como Deleuze e Guattari, que “é como se Freud tivesse se afastado desse mundo de produção selvagem e desejo explosivo, querendo a todo custo restaurar um pouco de ordem”.[5]

Na medida em que Freud tinha uma visão geral sobre política, ela era notavelmente pessimista. Ele não gostava de Hitler ou Stalin e dizia isso quando era importante, mas também não parecia aprovar muito nenhuma outra corrente política. Fascista, nacionalista, socialista ou religiosa, ele considerava a psicologia de massa em geral “impulsiva, mutável e irritável [...] conduzida quase exclusivamente pelo inconsciente”.[6] Em sua avaliação sombria, o público é essencialmente hipnotizado por líderes carismáticos, projetando neles seus próprios ideais de ego narcisista. Idealizamos nossos heróis, instalando-os como substitutos da perfeição que desejamos para nosso próprio eu amado. Para Freud, essa força de ligação é o que define as formações sociais de quase todos os tipos: “Um grupo primário [...] é um

número de indivíduos que colocaram um mesmo objeto no lugar de seu ideal de ego e, consequentemente, identificaram-se uns com os outros”.[7]

Se o comportamento das massas em geral se resume a nada mais do que essa escravidão voluntária, as perspectivas para qualquer tipo de política parecem sombrias. Portanto, Freud recomenda a desidentificação com o grupo. Mas como pode haver política sem grupos? E pelo que valeria a pena morrer, senão por uma causa maior que a própria? Isso não seria um conselho de desespero?

Para pagar meus pecados, estou atualmente traduzindo a correspondência de Freud com Oskar Pfister, um pastor suíço. Em uma carta escrita a ele em 9 de outubro de 1918, logo após o fim da Primeira Guerra Mundial, Freud escreveu o seguinte:

> Eu lhe concedo; a ética está distante de mim, e você é um pastor. Eu não me preocupo muito com o bem e o mal, mas encontrei pouco que seja “bom” na humanidade em uma seção transversal. Em minha experiência, a maioria das pessoas é lixo, não importa se publicamente subscrevem esta ou aquela doutrina ética ou nenhuma. Isso é algo que você não pode dizer publicamente, ou talvez nem mesmo pensar, embora suas experiências de vida dificilmente possam ter sido diferentes das minhas.

A esta altura, você pode estar se perguntando se Freud tinha algo de útil a dizer sobre como viver uns com os outros. Talvez você até duvide se vale a pena viver com Freud. Se considerarmos, para fins de argumentação, que suas percepções são profundas, elas ainda podem ser tóxicas e até perigosas. Se insistir nelas tende a rebaixar os espíritos e dissolver os laços de companheirismo (“a maioria das pessoas é lixo!”), talvez seja melhor reservá-las para alguma classe de especialistas, que podem explorá-las para o benefício comum, poupando-nos dos detalhes. Talvez seja melhor deixar algumas verdades desconhecidas.



Talvez, de maneira única entre os habitantes de nosso planeta, os seres humanos podem refletir sobre suas próprias motivações. Podemos, por assim dizer, sair de dentro delas e considerá-las de um ponto de vista abstrato. Nós podemos, por exemplo, evitar uma situação perigosa porque podemos *pensar* coisas como: “Se eu entrasse na cova dos leões, provavelmente morreria, e isso é uma coisa ruim, porque amo minha própria existência”. É improvável que esse seja nosso único motivo.

Presumivelmente, teremos a mesma motivação de praticamente qualquer outro mamífero, ou seja, o sentimento de medo. Outros animais podem ter pouca ideia de por que o sentem; eles simplesmente sentem e reagem. Mas nós podemos nos perguntar o que estamos fazendo e se deveríamos estar fazendo isso, considerando todos os aspectos.

No entanto, é possível nos perdermos um pouco em nossos pensamentos. Mesmo nos tempos antigos, os filósofos duvidavam que pudesse haver alguma base objetiva para nossos valores, alguma diferença definitiva entre o bem e o mal. Só porque acreditamos que algo é bom, será que é mesmo? A pergunta parece sem resposta — até aprendermos a ver nossos mundos subjetivos como uma verdadeira parte da natureza. Para um biólogo da mente, essas perguntas parecem erros básicos.

Agora entendemos que um processo objetivo (na verdade, um processo notoriamente impiedoso) chamado evolução moldou todos os nossos sentimentos para servir a seus próprios fins, em certo sentido tautológicos. Vivemos para viver. Isso significa que um único sistema de valores sustenta toda a vida: é ruim morrer e é bom sobreviver e se reproduzir.

O modo como os sentimentos sustentam a sobrevivência sugere que sua função é possibilitar *a escolha*: dizer-nos se qualquer curso de ação está indo bem ou mal para nós e, com base nisso, alterá-lo. Isso se aplica a todas as criaturas dotadas de sentimentos. Refletir conscientemente sobre por que sentimos medo, ou qualquer outra coisa, é o que o neurocientista Antonio Damasio chama de uma forma "ampliada" de consciência: é um complemento, um recurso especial personalizado para a edição humana. O sentimento é a base.

As criaturas que não têm sentimentos também evitam situações perigosas, mas o fazem como autômatos, sem nenhuma escolha. Não há consenso sobre onde, exatamente, devemos traçar a linha entre criaturas conscientes e irracionais. Quase todos os neurocientistas concordam que os primatas são conscientes. A maioria concorda que todos os mamíferos são conscientes. Muitos concordam que todos os vertebrados são conscientes, e isso inclui até mesmo os peixes. Os vertebrados (dos quais os mamíferos são um subconjunto, e dos quais os primatas são um subconjunto adicional) compartilham a mesma anatomia cerebral crucial que parece ser o que torna você e eu conscientes: a substância cinzenta periaquedutal, os colículos superiores e a região locomotora do mesencéfalo — conhecidos coletivamente como o "triângulo decisório do mesencéfalo".[8] Estimular ou

lesionar essas estruturas em outros vertebrados produz as mesmas consequências comportamentais que em nós.

Além dos vertebrados, porém, a questão se complica, pois os sistemas nervosos dos invertebrados não possuem homólogos óbvios desse circuito crucial. Talvez eles tenham outras maneiras de sentir os problemas da vida e fazer suas escolhas. Se a escolha (ou seja, o comportamento voluntário) for o critério pelo qual devemos traçar essa linha, então alguns cefalópodes, alguns insetos, algumas aranhas e algumas outras criaturas surpreendentemente simples também entrariam na lista.[IV]

Entretanto, há graus de liberdade. Os seres humanos parecem ser *mais* conscientes do que os outros animais. É isso que permite que pessoas como o bíblico Daniel suportem a cova dos leões, apesar da sensação de medo. Sem dúvida, algo semelhante ocorreu com os conspiradores de julho de 1944: conhecer o perigo, sentir o medo e anulá-lo em favor de outras considerações. Entrar na Toca do Lobo mesmo sabendo o que eles sabiam.

É isso que está em jogo no argumento de Freud de que devemos incluir a realidade psíquica em nossa concepção científica do universo. Nessa visão, a consciência *faz* alguma coisa; é a câmara íntima da qual, em momentos de incerteza, emergem nossas decisões. É irônico que, embora Freud seja mais conhecido por ter descoberto o inconsciente, todo o objetivo da psicanálise, tanto como tratamento quanto como filosofia de vida, fosse nos ajudar a nos tornarmos *mais* conscientes daquilo que, de outra modo, operaria no escuro: neutralizar os mecanismos de defesa, de recalque e de automatismo em geral. O objetivo, como Goethe exigiu em seu leito de morte, é “Mais luz!”.

No centro dos automatismos que devemos combater está o que Freud (equivocadamente) chamou de pulsão de morte. No final de sua carreira, ele chegou a pensar que, quando a vida surgiu, ela deve ter sido combatida por uma força igual e oposta, uma tendência retrógrada mais geral: “retornar ao estado anterior das coisas”, também expressa no que ele chamou de “compulsão à repetição”. É assim que ele coloca a questão:

> Seria contraditório com a natureza conservadora das pulsões se a meta da vida fosse um estado de coisas que nunca tivesse sido alcançado. Pelo contrário, deve ser um antigo estado de coisas, um estado inicial do qual a entidade viva se afastou em um momento ou outro e ao qual está se esforçando para retornar pelos caminhos tortuosos pelos quais seu desenvolvimento a conduz. Se tomarmos como uma verdade que não conhece exceção o fato de que tudo o que é vivo morre por questões *internas* — torna-se inorgânico novamente —, então seremos obrigados

a dizer que “*o objetivo de toda vida é a morte”* e, olhando para trás, que “*as coisas inanimadas existiam antes das vivas”*.[9]

Os físicos compreendem a verdade subjacente que Freud estava buscando na Segunda Lei da Termodinâmica: que tudo tende, em última análise, à desordem. Nossos corpos também: do pó ao pó. Atualmente, os biólogos também reconhecem a existência do que é chamado de “apoptose”: o fato de que, codificado no DNA de quase todas as células de nossos corpos, está sua própria morte pré-programada. Mesmo assim, é um grande salto chamar isso de *pulsão*, considerando a definição geralmente aceita do termo: pulsões são forças ativas, demandas feitas à mente para trabalhar. Elas se esforçam por uma única coisa: manter-nos dentro dos limites da viabilidade biológica, sobreviver e reproduzir. O trabalho das nossas pulsões é cuidar de nós. A morte pode cuidar da morte.

Espero estar sendo claro: este não é um apelo para aumentar o narcisismo. É um apelo para um maior reconhecimento do fato de que não somos apenas objetos, mas também sujeitos, e para uma maior apreciação de suas profundas implicações. A consciência é, como disse Freud, “um fato sem paralelo”. Ela surge somente em condições de incerteza. De certo modo, seu oposto — a certeza — é a morte. Se soubéssemos de antemão como sobreviver em todas as situações, não haveria necessidade de pulsões, de incerteza ou de consciência. Não haveria necessidade de *nós*.

Aqui, então, encontramos um revestimento prateado permanente para qualquer nuvem que possa aparecer em nosso horizonte. A dificuldade é o que nos convoca para o ser consciente. Embora eu não tenha conseguido identificar a ocasião exata em que Freud proferiu as palavras, costuma-se atribuir a ele a frase: “Um dia, em retrospecto, os anos de luta lhe parecerão os mais belos”. Quer ele tenha dito isso ou não, essa ideia está profundamente enraizada em suas teorias. Na análise freudiana, é quando suportamos ter menos certeza de nós mesmos que estamos mais próximos de quem realmente somos.



A primeira menção a um Solms aparece no Lorsch Codex. Ele registra uma doação de Rudolfi de Sulmissa à Igreja Católica, no ano de 788, de uma porção substancial de terra e edifícios associados. Essa é uma longa história de posse de terras. Enquanto escrevo, o neto mais velho do Príncipe

Friedrich, meu primo Nickel (também um apelido, já que ele também foi batizado Friedrich), recorre da decisão de um tribunal administrativo alemão de não devolver as propriedades de sua família após a reunificação da Alemanha. O tribunal considerou que o avô de Nickel havia transferido legalmente as propriedades para seus captores e torturadores em fevereiro de 1945 e, portanto, não havia nada a ser feito: uma decisão impressionantemente “alemã”. No momento em que escrevo, as apelações estavam em andamento há quase três décadas. Sem opinar sobre os méritos do caso, é difícil não sentir que essa é uma conclusão um pouco lamentável para a história de coragem e sacrifício de Friedrich. Por outro lado, a terra é complicada, e os legados, mais ainda.

Sete gerações atrás, muito antes da unificação dos ducados do Sacro Império Romano-Germânico para formar a Alemanha moderna, meu antepassado Johann Adam Solms mudou-se com sua prole de Rhine-Hesse para a Colônia do Cabo, como a África do Sul era chamada na época. Fiéis ao ofício da família, ele e seus quatro filhos tomaram fazendas — e, quando digo “tomaram”, você deve ter uma ideia do que isso envolveu. Meus ancestrais desembarcaram na Cidade do Cabo, mas depois migraram rapidamente para o leste, para a exuberante região de Overberg (que significa “além das montanhas”). Ao longo do caminho, adquiriram diversas propriedades extensas. Algumas delas foram generosamente concedidas pelo governador colonial, conforme exigido pela assembleia; outras foram compradas de proprietários de terras já existentes.

Em 2001, após a morte de meu pai, voltei da Inglaterra para a África do Sul. Ao fazer isso, tornei-me o guardião — surpreendentemente despreparado, dada minha história familiar — de um vinhedo a aproximadamente uma hora de carro da Cidade do Cabo.[10] Durante minha infância na Namíbia, visitávamos meu tio com frequência na região vinícola, mas eu não conhecia essa fazenda em particular. Ela acabou se revelando incrivelmente bela.

Tendo como pano de fundo os enormes picos das montanhas e outra montanha recortada ao longe, a casa principal ficava no topo de uma colina, cercada por carvalhos ingleses centenários e enormes cânforas chinesas. Vinhedos com décadas de idade cobriam o vale abaixo, dando lugar a uma floresta estabelecida ao longo das margens de um riacho, repleto de trutas, e um pequeno lago. A casa — todos os 15 cômodos, com seus hectares de jardim — era ladeada por antigas construções agrícolas, espalhadas como

um colar de pérolas ao longo do cume, aninhadas entre carvalhos retorcidos e oliveiras antigas.

Tudo isso para dizer que eu tinha um problema. Eu sabia que era *errado* que pessoas como eu ainda vivessem em elegantes casas senhoriais cabo-holandesas em vastas propriedades — propriedades que, na verdade, haviam sido roubadas dos habitantes indígenas e depois desenvolvidas à custa de pessoas escravizadas traficadas do Oriente.[v] Tudo isso parecia errado para mim, não apenas filosoficamente, mas também de uma maneira muito concreta. Como resultado direto dessa história, os descendentes daqueles habitantes locais despossuídos e daqueles escravos deslocados (os escravos que literalmente construíram minha casa) ainda estavam vivendo na "minha" terra, em relativa pobreza e, para não dourar a pílula, à minha mercê. Cabia a mim decidir quem empregar e quem não empregar. Se eu deixasse de contratar alguém, era improvável que algum dos meus vizinhos o fizesse, já que as pessoas que viviam na minha fazenda eram consideradas "o pessoal dos Solms". Meus vizinhos proprietários de terras tinham suas próprias comunidades equivalentes vivendo em suas fazendas: seu próprio povo, por assim dizer.

Isso não reproduz exatamente os arranjos feudais pelos quais meus ancestrais alemães governavam seus países, já que as famílias de arrendatários que vivem em minhas terras são nominalmente cidadãos livres. Mesmo assim, a transmissão ao longo dos séculos de um determinado modo de vida (especialmente nas antigas fazendas, onde as mesmas famílias vivem juntas há gerações) pode parecer inevitável. Talvez isso não se aplique apenas a pessoas como eu e os meus. Pode-se argumentar que toda a humanidade está caminhando sonolenta para uma nova forma de feudalismo, um "tecnofeudalismo", no qual todos nos tornamos inquilinos das plataformas de propriedade de um punhado de oligarcas.[11]

Freud teria muito a dizer sobre a psicologia de grupo subjacente a essa manifestação específica de hipnose em massa, e pouco disso seria reconfortante. Em sua visão, a hierarquia é inevitável. Ele via o "complexo de Édipo" como uma espécie de disposição inata para padrões de dominação patriarcal. Mas se a história continua a se dobrar nas mesmas formas, que necessidade poderia ser atendida por meu sentimento piedoso de que a situação deveria ser diferente? De que serviria meu senso de injustiça? Sejamos realistas: algumas coisas nunca mudam. Por que não

simplesmente apreciar a beleza do lugar, sua generosidade de escala, o ambiente suave que só o tempo confere? Foi assim por centenas de anos.

Basta uma rápida olhada na história para saber que poderia ter sido assim para sempre.



Mais do que qualquer outra coisa, a psicanálise me ensinou que resistimos a reconhecer as dores da consciência. Defendemo-nos contra elas. Isso significa que, juntamente com tudo o mais que mantém a estrutura desigual de nossas sociedades, *os sentimentos* têm um papel a desempenhar. Evitamos nossos sentimentos de culpa, vergonha e medo de represálias por meio de *mecanismos de defesa*.

Foi sob uma nuvem de tais sentimentos que, há 25 anos, após o fim formal do Apartheid e das primeiras eleições democráticas, preparei-me para retornar à África do Sul. Em uma de minhas visitas preparatórias, reservei um sábado para me reunir com as sete famílias que moravam na fazenda, alocando uma hora para cada uma delas. Meu plano era me apresentar e dizer que, embora eu pudesse me parecer com meus antecessores, eu não era como eles: a partir de agora, alinharíamos nossas vidas na fazenda com os valores da "nação arco-íris" da nova África do Sul. Portanto, eu queria saber como aquelas famílias achavam que poderíamos fazer isso. Diferentemente de mim, elas haviam morado na fazenda durante toda a vida e, portanto, estavam obviamente em uma posição melhor para identificar o que precisava ser feito com mais urgência.

Em cada uma dessas sete reuniões, meu discurso introdutório foi recebido com silêncio. Os membros da família se entreolhavam e olhavam para o chão, remexendo-se em suas cadeiras, claramente querendo sair da minha gigantesca casa o mais rápido possível. Um pouco desconcertado, introduzi algumas mudanças assim que elas me ocorreram. Reformei suas acomodações e melhorei seus contratos de trabalho. De fato, *introduzi* contratos de trabalho; antes, não havia nenhum. Antes da minha chegada, nos dias chuvosos, quando não era possível trabalhar, ninguém recebia salário. E chove bastante nos invernos do Cabo.

A reação dos trabalhadores a essas inovações me surpreendeu tanto quanto o silêncio deles. As pessoas começaram a sair mais cedo do trabalho, especialmente às sextas-feiras, e a chegar mais tarde,

especialmente às segundas-feiras, e às vezes nem chegavam. Alguns chegavam bêbados ao trabalho. Começaram a faltar coisas; primeiro pequenas coisas, aqui e ali, e depois itens mais substanciais, como uma grande bomba d'água localizada na margem de um rio, usada para irrigar os vinhedos. Logo me ocorreu que os trabalhadores haviam decidido que eu era um tolo. Se eu não percebesse que estava no comando, eles aproveitariam enquanto pudessem.

Fiquei irritado. Claramente, aquelas pessoas estavam se aproveitando de mim, confundindo minha generosidade com fraqueza. Pensei na melhor maneira de reafirmar meu domínio. Repare no "aquelas pessoas"; eu estava começando a pensar como qualquer outro fazendeiro sul-africano branco e racista. Em resumo, eu estava sendo colocado no meu lugar. Era absurdo imaginar que eu poderia escapar do peso dessa história. A história da minha fazenda — como a do país como um todo — mostrava que não estávamos do mesmo lado. Nossa história era uma em que alguém estava sempre tirando vantagem de outra pessoa. Se eu, tolo que era, não me aproveitasse dos trabalhadores rurais, eles se aproveitariam de mim. Durante gerações, eles foram governados pelo medo. Como não precisavam me temer, fariam o que quisessem.

Há uma velha anedota sobre um psicanalista sênior que aconselha um candidato júnior: "Não faça algo, fique aí parado". Cuidado com a compulsão de agir. Se você não entender o que está acontecendo — especialmente quando sua falta de percepção é acompanhada de sentimentos fortes —, é melhor esperar.

Na medicina, quando se lida com uma condição que não se entende, geralmente se começa *colhendo a história clínica*. Você quer saber quando e como os sintomas começaram, em que circunstâncias, por quanto tempo e assim por diante. O objetivo é chegar a um diagnóstico. Por meio do diagnóstico, você identifica a *causa* dos sintomas e a trata. Na psicanálise, a situação não é diferente, exceto pelo fato de que o levantamento do histórico, em muitos aspectos, é o próprio tratamento. Não quero dizer que eu era o médico nessa situação e que os trabalhadores eram os pacientes. Todos nós precisávamos de ajuda. Nossa maneira de nos relacionarmos uns com os outros era o paciente. Como Samuel Shem escreveu em sua maravilhosa sátira médica (1978): ao lidar com um caso de parada cardíaca, o primeiro procedimento é verificar o próprio pulso.

Para nos ajudar a recuperar o passado da fazenda e descobrir o que nos havia levado àquele estado deplorável, contratamos uma equipe de arqueólogos. Com a ajuda dos trabalhadores arrendatários, literalmente escavamos o local. Desenterramos os alicerces dos primeiros edifícios, tentando identificar a localização do sino dos escravos. Retiramos as camadas estratificadas do piso da minha antiga adega de fermentação de vinho, que foi construída em etapas entre 1690 e 1831 e que abrigava os escravos à noite. Dragamos cuidadosamente um poço muito antigo, localizado próximo à adega, em busca de artefatos que poderiam ter sido jogados nele. Também contratei uma equipe de historiadores. Um deles passou meses nos arquivos do Cabo, procurando cada fragmento de papelada que pudesse esclarecer os eventos ocorridos na minha fazenda desde a década de 1680. Outros coletaram histórias orais dos trabalhadores rurais, que se lembravam muito bem do Apartheid — e ainda eram governados por ele em suas "transferências" vividas.

De uma maneira vaga, é claro, eu já conhecia a história da Colônia do Cabo. Isso não é o mesmo que ser confrontado com evidências materiais e documentais do que aconteceu em meu próprio pedaço de terra. Ali, no meu jardim, em meados de 1700, um escravo de Bengala foi queimado em uma fogueira sob a mera *suspeita* de incêndio criminoso. Outra mulher escravizada — nascida em minha fazenda — teria seus filhos levados e vendidos para o interior do país, devido ao fato embaraçoso de terem sido gerados pelo filho do proprietário da terra, que já havia atingido a idade de se casar. Isso ocorreu no início de 1800, depois que a colônia foi transferida do domínio holandês para o britânico. O novo governador havia criado um "escritório de proteção aos escravos". Assim, a mulher foi até lá para defender o caso de seus filhos. Ela levou dois dias para atravessar a montanha. Apresentou provas de que o filho do proprietário havia lhe prometido que seus filhos seriam cidadãos livres.

O protetor a ouviu e decidiu que o rapaz não tinha o direito de fazer tais promessas. O escravo era propriedade de seu pai, não dele; portanto, as crianças poderiam de fato ser vendidas. E assim elas foram. Ela provavelmente nunca mais as viu.

À medida que essa história foi surgindo, peça terrível por peça terrível, a dinâmica de poder entre mim e os trabalhadores começou a mudar. Não parecia mais que eu estava oferecendo algo a eles. Parecia que eu estava devendo algo a eles. Quando a pesquisa e as escavações foram concluídas,

fomos confrontados com muitos desses horrores perpetrados por meus antecessores no cargo. Também descobrimos muitas evidências arqueológicas dos caçadores-coletores que viveram ali muito antes da minha família, há 6.000 anos. Um assentamento da Idade da Pedra ficava a apenas 100 metros da minha porta da frente, sobrepondo-se às fundações da casa dos primeiros colonos. Eles também, assim como os escravos, eram os ancestrais dos atuais trabalhadores rurais. Erguendo uma bela lâmina de pedra microlítica desse local, o trabalhador que a descobriu comentou: "Está vendo, professor? Meu povo estava aqui antes do seu".

E ali estava. Nosso diagnóstico. Ele poderia muito bem ter dito: "Por favor, explique-me novamente por que eu trabalho para você e não o contrário? Por que, exatamente, esta fazenda é sua e não nossa?". A doença que nos acometeu foi resultado direto do roubo da terra. Isso, por sua vez, deixou claro qual deveria ser o tratamento: devolver esses ganhos obtidos de forma ilícita.

Nesse ponto, os mecanismos de defesa entraram em ação. Não fui eu quem tomou a terra — isso aconteceu há mais de 300 anos. E ela não foi tomada *desses* habitantes da fazenda atual. E não poderia agora ser dividida em 180 pequenas parcelas, uma para cada um de nós. E assim por diante: razão após razão para manter o *status quo*. A análise nos ensina a prestar atenção aos nossos verdadeiros sentimentos, especialmente aos indesejáveis, e a perceber como tentamos evitá-los. No meu caso, eu estava empregando o mecanismo de defesa chamado "racionalização": Eu estava tentando argumentar para escapar do que sentia ser verdade. Perceber isso me obrigou a encarar o fato. Apesar do meu desejo declarado de ser diferente dos meus antecessores — de fazer a coisa certa —, o fato simples e vergonhoso era que eu não queria devolver a terra. Eu queria ficar com ela e passá-la aos meus filhos.



Em uma aula da escola dominical, há muitos anos, a professora distribuiu presentes de Natal a cada membro da classe: um carro de brinquedo brilhante ou uma boneca bonita para cada um, como seria de se esperar em uma igreja sul-africana branca em meados da década de 1960. Ela, então, informou à classe que deveríamos "amar o próximo como a nós mesmos".

Qual de nós se ofereceria para devolver nossos presentes, para que pudessem ser dados a crianças mais necessitadas?

Eu devia ter uns cinco anos de idade e não conseguia entender aquela filosofia maluca. Por que alguém sentiria o mesmo em relação ao próximo e a si mesmo? Você sente seus próprios sentimentos. Você não pode sentir os sentimentos de outra pessoa, então por que priorizaria os sentimentos dela em detrimento dos seus? O que era importante para você tinha que ser importante para você; o que era importante para outras pessoas tinha que ser importante para essas outras pessoas, certamente; cada um com seus problemas. E que assuntos meus eram deles?

Por muitos anos, até a adolescência e depois dela, fiquei remoendo essa sensação de incoerência como se fosse um enigma. Se precisavam nos dizer que *deveríamos* nos preocupar com eles, presumivelmente éramos livres para escolher não o fazer, caso contrário, não haveria necessidade de nos convencer. E se estivéssemos amando nosso próximo apenas para entrar no céu, como parecia ser o objetivo final de nossa instrução religiosa, será que estávamos realmente amando o próximo?

Estranhamente, foi Freud quem me ajudou a sair desse poço, embora mais por seu exemplo do que por suas doutrinas. No material que acrescentei à *Revised Standard Edition*, há muitos exemplos de Freud vivendo de acordo com ideais elevados, não apenas como um cientista comprometido com a verdade (pelo qual ele pagou caro), mas também como um ser social. Considere, por exemplo, a carta compassiva que ele escreveu para a mãe de um homem gay, citada anteriormente. Considere também sua defesa dos médicos homossexuais que se candidatavam ao treinamento como psicanalistas: Ernest Jones (então presidente da International Psychoanalytical Association) escreveu a Freud, em 1921, sugerindo que esses candidatos deveriam ser rejeitados como uma "máxima geral", com base no fato de que "para o mundo é um crime abominável, cujo cometimento por um de nossos membros certamente nos desacreditaria seriamente". A resposta de Freud foi que ele "não podia concordar":

> Ou seja, não podemos excluir essas pessoas em princípio, pelos mesmos motivos que não podemos tolerar sua acusação legal. Acreditamos que uma decisão em tais casos deve depender de um exame individual das outras qualidades do candidato.[12]

Já mencionei brevemente a defesa de Freud dos direitos das mulheres no contexto da reforma da lei do casamento e sua campanha pela legalização

da contracepção na Áustria católica. Essas não eram causas populares, como é demonstrado pelo contraste com a covardia moral de Jones. Os ideais de Freud são revelados também pela seguinte carta, que ele escreveu espontânea e privadamente a um conselheiro da cidade de Viena no inverno de 1931, quando o desemprego assolava a cidade:

> Tomo a liberdade de propor um procedimento que poderia ser descrito como a *autotributação diária daqueles que estão trabalhando*. Eu me comprometo, como exemplo, a destinar, para fins do "Auxílio de Inverno", uma quantia de 20 xelins dos ganhos diários [...] É claro que o que um único cidadão sem grandes recursos pode conseguir pode ser insignificante. No entanto, se minha proposta lhe parecer viável, trate-a como se fosse sua e recomende-a ao público. Esperamos que sua grande influência induza muitos outros a aceitar a sugestão de contribuir dessa maneira.[13]

Adeus à ideia de que Freud atacava a própria estrutura da sociedade. Quanto à substituição da religião por uma "cultura terapêutica" egoísta e sua aversão à identificação de grupos, vou me limitar a mais uma citação. Na ocasião do 40º aniversário da seção de Viena da B'nai B'rith, uma sociedade judaica à qual Freud se juntou em 1897 (em tempos profundamente antissemitas), ele escreveu o que se segue. Com o passar dos anos, ele passou a participar cada vez menos das reuniões e parou completamente de participar quando adoeceu de câncer. Isto foi escrito em 1935:

> Desde que parei de frequentar suas reuniões, o sentimento de pertencer a vocês não diminuiu. Ele manteve vivo o consenso de longo alcance dos ideais culturais e humanitários, bem como a afirmação (igualmente agradável) de ser judeu e de origem judaica. Não há mais nada a ser feito por mim; tenho quase o dobro da idade do nosso "núcleo de Viena". Mas, com vocês, uma Sociedade que sempre pode ser rejuvenescida mais uma vez, nossa comunidade manterá a fé.[14]

Caso você considere a posição de Freud confusa, ele fez uma distinção nítida entre a identidade judaica e a religião judaica: "Embora seja um bom judeu que nunca repudiou o judaísmo, não posso ignorar o fato de que minha atitude absolutamente negativa em relação a toda religião, inclusive a judaica, me separa da maioria de nossos correligionários".[15]

Não me lembro se devolvi ou não meu carrinho de brinquedo naquele Natal. Se o fiz, suspeito que não fiquei feliz com isso. Só muito mais tarde compreendi o que hoje considero ser o significado dessa ordem da escola dominical: amar o próximo como a si mesmo. Cada um de nós é o centro do próprio universo. No entanto, não podemos viver como solipsistas, cada um

de nós em glorioso isolamento, a única luz do universo. Em um grau surpreendente, quase todas as nossas pulsões emocionais parecem ter como objetivo influenciar os sentimentos dos outros. A luxúria deseja estimular a luxúria: desejamos ser desejados. Da mesma maneira, o apego busca promover o apego e a brincadeira. A fúria se esforça para causar medo. Até mesmo o medo nos encolhe para provocar misericórdia, uma droga de entrada para o cuidado. Todos esses sentimentos parecem exigir os sentimentos dos outros para sua satisfação. Quem de nós não quer que nosso próximo nos ame — que se importe, aprecie e nos *conheça* pelo que realmente somos? Talvez isso pareça trivial e óbvio, mas é profundo. Sem qualquer sentimento em relação aos sentimentos dos outros — sem *empatia* —, jamais conseguiremos o que realmente queremos.

Isso tem muitas implicações. Por exemplo, em vez de condenar a violência como uma tendência negativa que deve ser eliminada da face da sociedade, talvez ela deva ser entendida como a expressão de uma necessidade humana inata: a necessidade de remover obstáculos e impedimentos frustrantes, isto é, de lidar agressivamente com aquilo que impede a satisfação de nossas necessidades. Onde estaríamos, biologicamente falando, se não tivéssemos o impulso de reivindicar os recursos disponíveis e depois defender essas reivindicações contra os outros? Quando vemos raiva, podemos tentar reconhecer o que ela *significa*. É mais fácil falar do que fazer, mas isso se torna muito importante em sociedades desiguais como a África do Sul. Aqui, como acontece nas demais pulsões, não podemos (e não devemos tentar) nos livrar da necessidade em si; tudo o que podemos fazer é aprender a melhor forma de satisfazê-la. O comportamento instintivo inato chamado “ataque afetivo” nem sempre é a melhor maneira de remover obstáculos e impedimentos frustrantes na vida. Mas precisamos reconhecer o significado — e o valor — do próprio sentimento de raiva.

E não apenas da raiva; de todos os sentimentos. Isso me leva de volta à minha incômoda percepção de que, na verdade, eu não queria devolver minha fazenda. Não há nada de errado com o interesse próprio, pensei comigo mesmo, desde que se leve em conta o fato de que *todos os outros também têm interesses próprios*. O interesse próprio não precisa implicar em um interesse egoísta. Então, o problema passou a ser: como posso agir de maneira justa? Como posso preservar meu próprio interesse e, ao mesmo tempo, levar em conta o interesse próprio equivalente dos trabalhadores

arrendatários? Como posso amar meu próximo como a mim mesmo sem amá-lo mais do que a mim mesmo?

Depois de encarar os fatos que vinha evitando, você recupera sua capacidade de resolução de problemas. A solução que se apresentou foi a seguinte. Juntamente com um amigo e vizinho que tinha a mesma opinião, com quem tive profundas discussões sobre esses assuntos enquanto minha fazenda estava sendo escavada, hipotecamos nossas duas propriedades para garantir um robusto empréstimo bancário. Esse empréstimo foi usado para comprar a fazenda adjacente à nossa para os trabalhadores e suas famílias. Eles se tornaram beneficiários de um fundo fiduciário, criado para assumir a propriedade da terceira fazenda, que era tão grande e tão bonita quanto as nossas duas fazendas. Desse modo, meu amigo e eu conseguimos manter nossas fazendas históricas e, ao mesmo tempo, permitimos que os trabalhadores residentes também se tornassem proprietários de terras. É claro que tínhamos de garantir que a fazenda dos trabalhadores fosse economicamente sustentável, pois nós éramos os responsáveis por ela. Assim, formamos uma parceria: cada um de nós — o vizinho, o fundo e eu — assumiu uma participação igual em uma empresa que cultivava as três propriedades, que foram arrendadas à empresa. Agora, todos nós tínhamos uma participação no sucesso das fazendas uns dos outros.

Também criamos um museu: um local de consciência, no qual a verdadeira história do que aconteceu naquela terra foi contada. Entre outras coisas, todas as pessoas escravizadas que deram suas vidas para o desenvolvimento da fazenda estão registradas pelo nome em placas de granito que cobrem uma das paredes do museu.[VI]

Nossa parceria não foi o fim dos problemas dos trabalhadores ou dos meus próprios, de forma alguma. Nos anos que se seguiram, enfrentamos muitos desafios, inclusive alguns muito sérios, e isso acontece até hoje. Um dos principais desafios tem sido o “retorno do recalcado”: nossa desconfiança mútua e a tendência automatizada de tirar vantagem uns dos outros. Fomos forçados a confrontar muitas defesas que erguemos ao longo do caminho. No meu caso, elas incluíam a crença maníaca de que Nelson Mandela morreu por nossos pecados, o que significaria que todos nós fomos perdoados, juntamente com uma espécie de complexo de Messias branco, o que significa que procurei me isentar da culpa que todos os beneficiários do colonialismo, da escravidão e do Apartheid devem carregar.

A verdade é que a minha qualidade de vida e a dos meus filhos ainda é muito melhor do que a dos trabalhadores arrendatários e suas famílias. Portanto, eles ainda têm motivos para ficar com raiva. Portanto, ainda há trabalho a ser feito.



É impossível", escreveu Freud em 1930, "ignorar até que ponto a civilização é construída sobre uma renúncia à pulsão".[16] Essa visão decorre naturalmente de sua concepção de pulsão:[VII] não apenas da busca compulsiva e implacável de prazer pela libido, mas também da destrutividade cega da fúria. Como parece não haver alternativa real para viver na civilização, conclui-se que tudo o que podemos esperar alcançar com a psicanálise é "substituir a miséria neurótica pela infelicidade comum".[17] Não há existência livre de conflitos.

Será que isso é realmente o melhor que podemos esperar? O desenvolvimento da neurociência ao longo do último meio século nos dá uma grande vantagem sobre Freud. Agora entendemos, de uma maneira que ele não poderia entender, que somos animados por vários valores emocionais, e um deles é notavelmente diferente dos outros.

Permita-me explicar. Apesar de geralmente serem *direcionados* a outras pessoas, o medo, o apego, a brincadeira e assim por diante são registrados, em maior ou menor grau, como nossos próprios impulsos, atendendo às nossas próprias necessidades biológicas. Até mesmo a luxúria tende a ser sentida como um impulso de prazer um tanto egoísta, embora geralmente seja mediada pelo pragmatismo, senão por uma preocupação mais profunda com o bem-estar dos outros.[VIII] No entanto, uma de nossas pulsões emocionais parece estar mais próxima do altruísmo puro do que qualquer outra coisa na biologia. Trata-se da pulsão de nutrir, de *cuidar* de nossas crias.

O protótipo do cuidado é criar um filho: uma tarefa complexa que claramente exige uma gama surpreendentemente aberta e flexível de comportamentos. Uma vez acionado, o instinto de cuidado pode ser utilizado por anos a fio, quiçá pelo resto da vida. Ele envolve fazer muito ou tudo o que uma pessoa faria para se sustentar, em nome de outra, pelo tempo que for necessário. Pense no sistema de suporte à vida de um corpo em coma. Pense nas enfermeiras da minha ala.

O cuidado também impulsiona a versão humana do aninhamento: um ímpeto de proteger o ambiente do objeto de cuidado, tanto de ameaças físicas quanto de forças sociais e emocionais perturbadoras. É para esse fim que precisamos obter recursos financeiros e outros. Em grande parte, é o cuidado que nos leva a trabalhar.

Como instinto, ele é surpreendentemente promíscuo. Ele nos investe não apenas no destino de nossos próprios filhos, mas também no de outras pessoas, de outras espécies e até mesmo de objetos inanimados que evocam uma impressão de vulnerabilidade senciente. (Não é preciso muito para evocar essas impressões; um rico filão de pesquisas em psicologia envolve vídeos de pequenos objetos ovais que interpretamos de forma confiável, com preocupação, como estando "sob ataque" de grandes objetos triangulares.) É também por meio do cuidado que as questões de altruísmo e legado se encontram, já que o mundo que deixamos para trás é aquele em que nossos descendentes devem viver.

Em meu trabalho clínico, observei como os pais reagem quando seus filhos ficam doentes ou incapacitados. Não há quase nada que eles não sacrifiquem por eles — não raro, no caso de deficiência, por toda a vida. Quanto à reação dos pais à morte de um filho, prefiro não pensar nisso. Já testemunhei isso muitas vezes.

Isto foi o que Freud escreveu para seu genro enlutado quando sua filha Sophie, de 27 anos, morreu repentinamente em 25 de janeiro de 1920:

> O senhor sabe o quanto nossa dor é grande; sabemos a dor que o senhor deve estar sofrendo; não faço nenhuma tentativa de consolá-lo e o senhor não pode fazer nada por nós [...] Só podemos abaixar a cabeça sob o golpe como pobres criaturas indefesas que somos, meros brinquedos para os poderes superiores.[18]

Foi na esteira dessa perda que Freud desenvolveu sua ideia de que "o objetivo de toda vida é a morte". O momento parece significativo.

No entanto, mesmo no caso de nossos próprios filhos, em que o impulso de cuidar atinge seu ápice biológico, não nos preocupamos apenas com eles e *somente* com eles. Há momentos, geralmente quando nossos filhos são mais exigentes, em que nos pegamos pensando: "e quanto às *minhas* necessidades?". Esse pensamento não resulta necessariamente em priorizarmos a nós mesmos, mas às vezes isso acontece. Às vezes, isso resulta em uma paternidade menos que suficiente. Às vezes, resulta em abuso.

O apoio inadequado dos pais não é, de forma alguma, sempre uma falha moral por parte deles. Eles também já foram crianças e talvez não tenham recebido os cuidados adequados. Fatores sociais e econômicos podem desempenhar um papel fundamental. Obviamente, é muito mais difícil cuidar adequadamente de seus filhos se você não tiver os recursos práticos e o apoio para isso. Portanto, não é por acaso que certas doenças mentais (e quase todas as principais) são mais prevalentes entre aqueles que foram criados em relativa pobreza.

Há também a tendência de que os padrões e as inadequações relacionais se repitam ao longo das gerações: um assunto extenso que não podemos abordar adequadamente aqui. Permita-me apenas observar que, embora a pulsão de cuidar seja inata, a maneira como realmente fazemos isso é algo que temos de aprender. De modo geral, não somos melhores do que nossos mestres.



Durante grande parte de sua vida, Freud acordava às 7h, tomava um café da manhã rápido e depois realizava as consultas clínicas das 8h ao meio-dia. Depois de almoçar com a família e fazer algumas tarefas, ele voltava ao consultório no meio da tarde, continuando os atendimentos até o jantar, às 21h. No restante da noite, ele trabalhava, principalmente escrevendo observações clínicas e mantendo sua volumosa correspondência, muitas vezes ficando acordado até a 1h da manhã. Certa vez, ele disse que a psicanálise é "uma cura pelo amor".[19] Se você já foi terapeuta, olhando para a lista de consultas de um dia inteiro, você vai entender quanta *energia* toda essa cura pelo amor deve ter custado a ele. É estranho que ele tenha sido pintado como um bárbaro aos portões.

Quaisquer que sejam as razões para os problemas mentais em qualquer caso individual, tenho argumentado neste livro que a única maneira de tratar suas *causas* é ajudar cada paciente a encontrar melhores maneiras de atender às suas necessidades emocionais. Isso requer psicoterapia. A psicoterapia pode ser descrita como um processo de "nova parentalidade". Exige tempo e esforço. Ou seja, requer cuidado.

Nosso dever de cuidar dos pacientes psiquiátricos exige que façamos mais do que lhes prescrever comprimidos. Como as evidências mostram abundantemente, os tratamentos psicofarmacológicos e outros tratamentos

físicos apenas suprimem os sintomas psiquiátricos, de maneira incompleta e com efeitos colaterais. Esses tratamentos não curam e não podem curar a doença mental. Para que a cura seja alcançada, em todos os casos agudos, com exceção dos mais simples, o paciente deve passar pelo árduo processo de reaprender a atender às suas necessidades emocionais. Não há outra maneira. Afirmar o contrário é, creio eu, enganar nossos pacientes.

Isso não significa que a maioria dos psiquiatras esteja mentindo quando prescreve medicamentos. A maioria deles, sem dúvida, pensa sinceramente que está tratando transtornos causados por "desequilíbrios químicos". Ainda assim, as evidências são muito claras. Se eles pensam que estão prescrevendo uma cura, estão enganando tanto a si mesmos quanto a seus pacientes.

De onde poderia vir esse autoengano? Tentei mostrar que ele se origina da ilusão de que podemos ou devemos ter uma psiquiatria fisiológica; que não precisa haver nenhuma distinção real entre psiquiatria e neurologia. Meynert estava sob o feitiço dessa ilusão quando afirmou que o "tratamento da alma" implica "mais do que podemos realizar".

Mas sua afirmação pode ser interpretada de outro modo. Ela poderia ser lida como se dissesse que é *muito difícil* tratar a alma, que exige mais cuidado do que estamos dispostos a investir. Não creio que seja isso que Meynert quis dizer, mas acredito que seja a outra fonte principal de nosso autoengano. Refiro-me ao nosso autoengano como sociedade. Se a psicoterapia é semelhante a uma nova criação, então parece que nós, como sociedade, não estamos dispostos a dedicar o tempo, o esforço e o dinheiro necessários *aos filhos de outras pessoas*. Não estamos dispostos a amar nosso próximo como a nós mesmos. Portanto, nós nos enganamos — e permitimos que os governos, as grandes empresas farmacêuticas e os planos de saúde nos enganem — acreditando que é possível mudar o curso de vidas humanas inteiras com a simples administração de comprimidos. Acreditamos em uma cultura antipsicanalítica que afirma que é possível corrigir uma vida de maneira rápida, fácil e barata.

Não estou isento de culpa nisso. Reconheço o quanto é difícil, não apenas por minha própria experiência, mas também por minhas décadas de trabalho como psicanalista, tentando mudar a vida de outras pessoas, uma vida de cada vez. Atualmente, sinto-me cada vez mais relutante em aceitar novos pacientes. Não os recuso, mas estou mais consciente das dificuldades que tenho pela frente. À medida que conheço cada paciente e forjo uma

aliança com a parte dele que está disposta a enfrentar os fatos difíceis sobre si mesmo, minha relutância dá lugar a uma determinação renovada: ajudá-los a manter o curso quando as coisas ficam difíceis. No final, as recompensas são consideráveis. Testemunhar, caso após caso, como o padrão de uma vida inteira pode ser mudado e saber que ajudei é profundamente satisfatório. Mas seria inútil fingir que é fácil.

A psicanálise é uma cura realizada pelo amor ao próximo como a si mesmo. Você só precisa reconhecer que seu paciente está sofrendo da mesma maneira que você sofreu ou poderia ter sofrido se as coisas tivessem dado errado para você do mesmo modo que deram para essa pessoa. Há um número infinito de coisas que podem dar errado na vida. Às vezes, elas dão muito errado. Ajudar os pacientes a encontrar o caminho de volta para trajetórias viáveis requer não apenas muito trabalho, mas também uma disposição contínua de permanecer em contato com seus próprios lugares mais sangrentos.

Nenhum de nós está isento da tarefa de aprender a satisfazer nossas necessidades básicas e a reconciliá-las entre si e com as necessidades dos outros "eus" que compartilham nosso ambiente: primeiro na família, depois no *playground* e, por fim, no mundo mais amplo. Você precisa encontrar outros eus para amar e para amar você, tanto afetiva quanto sexualmente; precisa fazer amigos e alcançar *status* em grupos que possa chamar de seus; precisa afastar rivais e lutar contra os vilões (pois sempre há vilões); e precisa manter-se seguro enquanto faz isso. Além disso, você deve se envolver e explorar as infinitas incógnitas até que, finalmente, comece a entender e, com sorte, adquira um pouco de sabedoria.

Ao olhar para trás, para minhas décadas de envolvimento com a psicanálise, acredito que posso recomendá-la honestamente como uma maneira de pensar, trabalhar e ser. Há algo muito poderoso na noção de que, simplesmente por prestar atenção aos sentimentos e às memórias de outra pessoa — os detalhes aparentemente inconsequentes de uma vida —, podemos obter *insights* não apenas sobre seus mundos internos, mas sobre a estrutura profunda de *todas as* almas. Cada um de nós contém a verdade secreta de todos nós. E, como descobri em minha vida trabalhando na longa sombra de Freud, sempre há mais a descobrir.

Portanto, permita-me exortar os cientistas, os profissionais e as almas caridosas do futuro: assumam a luta pelo que poderíamos chamar de uma cultura psicanalítica, não apenas na ciência e na psiquiatria, mas também

em nossas sociedades. Como Freud escreveu certa vez a Einstein, refletindo, no final de sua vida, sobre a posição incerta da disciplina que ele havia criado:

> É certo que não é de todo lamentável que alguém tenha optado pela psicologia. Não há assunto maior, mais rico e mais misterioso, digno de todo esforço do intelecto humano, do que a vida da mente.[20]

EPÍLOGO

A causa

PARECIA SIGNIFICATIVO O FATO DE O colapso mental de Teddy P. ter ocorrido após uma separação e um luto. Pela minha experiência de trabalho com depressão, eu esperava que ele relatasse uma história de separações e perdas terríveis na infância, como é comum em crianças que mais tarde se tornam deprimidas. No entanto, para minha leve surpresa, nada de muito dramático parecia ter acontecido em seus primeiros anos de vida.

Seus pais tinham um casamento infeliz. O pai, um contador, desempenhava um papel muito pequeno nessa história. Nos fins de semana e à noite, depois do trabalho, ele renunciava à companhia da esposa e dos filhos em favor do *pub*. Teddy lembrava-se dele com indiferença, como uma figura ausente, mas não especialmente negativa em nenhum sentido.

A mãe ficava em casa e passava o tempo fumando na cozinha. Ela levava Teddy e seu irmão mais velho consigo quando ia às lojas ou visitava os amigos, mas ele sentia muito bem que ela nunca se envolvia com os filhos de forma emocional. De alguma maneira, ela parecia não se interessar por eles como seres psicológicos. Teddy lembrava-se dela sempre assistindo à televisão ou ouvindo rádio. Em suas descrições, havia também uma nota de repulsa: ele a chamava de obesa e relatava odores e sons repugnantes que emanavam do banheiro quando ela estava lá. (Eu me perguntava por que ele ficava esperando à porta.)

Apesar de seu desejo de se envolver mais com ela ou, mais provavelmente, porque esse desejo foi frustrado, a repulsa de Teddy sugeria hostilidade, além de anseio. Há mais de um século, Freud chamou nossa atenção para essa *ambivalência* em relação a uma pessoa desejada, que é tão comum na depressão. Freud supunha que a hostilidade é desviada para dentro — *eu* sou ruim —, resultando na aversão a si mesmo que é tão típica dos pacientes deprimidos.

Ele teria encontrado muito a observar na experiência de Teddy com o desfralde. Quando menino, Teddy sofria mais do que o normal de incontinência. Era óbvio para ele, quando criança, que sua mãe ficava irritada sempre que ele precisava de ajuda para ir ao banheiro. Por isso, ele se segurava o máximo que podia, o que levava a acidentes, o que, obviamente, a irritava ainda mais. Ele se lembrava de se sentir constantemente envergonhado: não apenas por não ser amado, mas por ser alguém impossível de amar.

Há um clichê sobre a análise que diz que ela envolve pouco mais do que se lamentar sobre a vez em que você não ganhou o pônei que queria. Bem, às vezes, a maneira como um paciente se fixa em não conseguir um pônei aponta para algo mais profundo.

Pesquisas mostram que o luto precoce está menos associado à depressão do que a presença tentadora de um pai ou de uma mãe emocionalmente indisponíveis.[1] Do mesmo modo, as comunidades empobrecidas ficam mais angustiadas com suas circunstâncias quando vivem próximas a comunidades favorecidas, como acontece com frequência na África do Sul.

Apesar da natureza pouco espetacular dos fatos que descrevi até agora, é interessante que tanto Teddy P. quanto seu irmão tenham desenvolvido problemas psiquiátricos significativos. Isso me sugere que algo sistemático estava em ação no clima emocional da infância deles.

Aos 15 anos de idade, o irmão de Teddy fez uma tentativa séria de suicídio e foi hospitalizado. Teddy se lembra de visitá-lo em uma ala psiquiátrica residencial uma vez por semana com seus pais. Ele ficou impressionado com a atmosfera de preocupação atenciosa que cercava seu irmão, especulando para mim que isso poderia ter sido o que primeiro lhe deu a ideia de estudar medicina. Ele tinha nove anos.

Compreensivelmente preocupados, os pais de Teddy levaram seus filhos a uma série de clínicas de orientação e psiquiatras ao longo dos anos seguintes, mas, embora seguissem os conselhos que recebiam, nada parecia mudar. Por fim, quando Teddy completou 14 anos, seus pais se separaram. Ele sofreu seu primeiro colapso depressivo dois anos depois, indo parar no hospital, como seu irmão. Lá, ele recebeu medicação e passou por um breve período de terapia, antes de retornar à escola com uma nova perspectiva, obtendo excelentes notas. Fiel à sua inspiração de infância, ele decidiu estudar medicina.

Pouco depois de se formar médico, envolveu-se com a namorada com quem teve os problemas sexuais descritos no início deste livro. Juntamente com a morte de sua mãe, a rejeição dela a Teddy abalou sua autoestima e acabou afetando drasticamente sua vida profissional. Sabemos o resto: depressão e ataques de pânico, convulsões não epilépticas, prescrições de múltiplos medicamentos e complicações resultantes de seus muitos efeitos colaterais e interações.

Com o apoio da neurologista que o encaminhou, recomendei três sessões semanais de psicoterapia. Teddy ainda estava desempregado quando começamos o tratamento, mas a maioria dos medicamentos estava sendo retirada e ele estava mais lúcido do que antes. Por outro lado, ele também estava cada vez mais ansioso e deprimido, e muito incerto de que largar os medicamentos fosse uma boa ideia. Como se quisesse provar isso, ele teve mais três convulsões nos primeiros dois meses de nossa terapia, seguidas de visitas ao pronto-socorro do meu hospital. Meu medo de ter deixado passar algo foi dissipado por uma conversa com a neurologista de Teddy. Ela achava que, embora fosse possível que essas convulsões fossem sintomas de abstinência, era muito mais provável que fossem "funcionais", como as anteriores. De qualquer maneira, certamente não se tratava de epilepsia. Ela me lembrou que as convulsões em adultos são sempre sintomáticas de outra coisa.

Na maior parte do tempo, a depressão de Teddy se apresentava de maneira padrão: humor cronicamente baixo, pensamentos sombrios, desesperança, falta de energia, autocrítica. Ele dormia a maior parte do dia e se afastava quase totalmente do convívio social, com exceção das visitas ocasionais de uma tia. Um aspecto incomum de sua apresentação, no entanto, era a indecisão. Na verdade, essa não é a palavra certa: ele tinha uma enorme dificuldade em formular e expressar *opiniões* sobre qualquer assunto para qualquer pessoa. Ele simplesmente concordava com o que quer que a pessoa com quem estava conversando dissesse, a ponto de concordar com pontos de vista totalmente opostos de uma interação para outra, tanto sobre os eventos políticos do dia quanto sobre as controvérsias que ecoavam em sua família remanescente. Para ele, era tudo a mesma coisa.

Minha formulação clínica era igualmente padrão: quando criança, Teddy sentia raiva de sua mãe frustrantemente indiferente e emocionalmente indisponível, mas, ainda assim, desejava desesperadamente o amor dela. Ele resolveu esse conflito suprimindo sua agressividade e assertividade em

relação a ela, a ponto de abdicar de toda sua autonomia. Essa solução infantil para seus problemas emocionais, que o deixou se sentindo terrivelmente mal consigo mesmo, teve o benefício duvidoso de que sua família agora estava sendo *forçada* a cuidar dele, assim como seus pais foram forçados a cuidar de sua incontinência. (Freud chamou isso de "ganho com a doença").

Apresentei a sugestão a Teddy, e ele concordou que fazia sentido. No entanto, tentei não dar muita importância a isso. Ele concordaria com qualquer coisa.



À medida que o tratamento avançava, mais memórias retornavam, muitas vezes de maneira distinta. Teddy fazia alusão a algo como se já tivéssemos discutido o assunto em uma sessão anterior. Eu indicava que se tratava de uma informação nova, e ele piscava, confuso por um momento, antes de recuar e dizer que tinha certeza de que eu estava certo. Isso naturalmente me deixava muito menos seguro da minha própria memória. Depois da sessão, eu verificava minhas anotações e, todas as vezes, tratava-se, de fato, de uma informação nova para mim.

Eu me perguntava se Teddy não estaria confundindo esse curso de terapia com o anterior. Afinal de contas, sua mente ainda estava bastante confusa. Por outro lado, confundir passado e presente é exatamente o objetivo da "transferência". Talvez ele pensasse que eu não poderia ficar zangado com ele por algo se eu achasse que já deveria saber daquilo — um estratagema compreensível entre filhos de cuidadores distraídos. Ou talvez ele imaginasse que eu, a figura de autoridade e cuidado nessa situação, deveria saber instintivamente o que estava obstruindo suas entranhas e lhe causando tanto desconforto. Era como se esses fragmentos de sua história tivessem vazado espontaneamente, e a culpa era minha por não os ter percebido antes; como se eu devesse saber que ele precisava ir ao banheiro.

Eis uma dessas revelações. Teddy mencionou de passagem, como se fosse de conhecimento comum entre nós, que a mulher com quem ele começou a namorar depois da faculdade de medicina tinha sido uma colega paciente na clínica psiquiátrica onde ele fora internado quando era adolescente. Ela mantinha contato com ele desde então. Quando eu disse que ele não havia mencionado isso antes, ele ficou surpreso.

Quanto mais eu descobria sobre essa namorada, mais claro ficava que ela era uma escolha muito inadequada. Ela estava sendo tratada de um grave transtorno de personalidade quando se conheceram. Antes de deixá-lo, ela esvaziou sua conta bancária. Ele não denunciou o crime a ninguém.

Aqui está uma segunda revelação que Teddy fez como se já estivéssemos discutindo o assunto, embora fosse uma informação nova para mim. Sua hospitalização na adolescência ocorreu após um incidente em uma festa do pijama, em que ele acariciou o pênis de um amigo que estava dormindo. Ele tinha muita vergonha disso. Quando sugeri que poderia ter sido algo consensual, já que era improvável que seu amigo tivesse continuado dormindo durante o incidente, Teddy ficou relutante. Ele parecia querer me contradizer, mas, é claro, achou isso difícil. Por fim, ele explicou que o psicoterapeuta da clínica onde ele recebeu tratamento hospitalar o havia ajudado justamente fazendo-o aceitar que era um pedófilo.

Isso parecia estranho. Como um adolescente que acaricia outro adolescente pode ser descrito como pedófilo? Quando questionei isso, Teddy insistiu que fazia sentido para ele. De fato, foi justamente enfrentando essa verdade pesada sobre si mesmo e seguindo uma lista de proibições rigorosas que seu terapeuta havia lhe dado (nada de televisão ou internet à noite; somente jantar, estudar e dormir) que ele conseguiu se recompor, recuperar suas notas e se tornar o médico que eu via diante de mim.

Eu estava perdido. Claramente, Teddy havia encontrado algo útil nesse diagnóstico. Mesmo assim, eu não o entendia. Talvez o terapeuta tivesse dito “homossexual” em vez de “pedófilo” — mas isso também não fazia sentido, já que Teddy parecia ser completamente heterossexual.

O único sentido que eu conseguia entender era que isso lhe dava outra oportunidade de não gostar de si mesmo: *eu* sou ruim.

Foi por volta desse ponto que ele mencionou pela primeira vez, novamente sob o pretexto de recapitular informações antigas, uma paixão não correspondida por uma garota da escola. Ela frequentava as mesmas aulas de ciências (isso foi antes do incidente na festa do pijama). Teddy não conseguia parar de pensar nela. Ele a perseguia nas mídias sociais e enviava mensagens cada vez mais desesperadas, para as quais não recebia resposta. Teddy tornou-se mais insistente, bombardeando-a noite adentro com pedidos e exigências, até que ela o bloqueou. Nesse momento, ele começou a segui-la até sua casa à noite, perseguindo-a fisicamente. Isso, na minha

opinião, era uma clara evidência de sua agressividade em relação a objetos de amor indisponíveis.

Os pais da garota disseram à mãe de Teddy que, se ela não o retirasse da escola, eles pediriam uma medida protetiva. Humilhado e aterrorizado, Teddy parou de frequentar as aulas, mas ainda passava as noites vasculhando as mídias sociais em busca de imagens dessa garota, com as quais se masturbava compulsivamente. A aversão a si mesmo que ele desenvolveu durante esse período foi tão intensa que ele pensou em suicídio.

Pouco tempo depois, após o incidente na festa do pijama (outra violação de limites), ele teve a crise que o levou ao hospital.



Pareceu-me bastante óbvio que o amigo, de alguma maneira, representava a garota. Quando perguntei isso ao Teddy, ele concordou. É claro que sim.

Felizmente, havia outros sinais de que estávamos no caminho certo. Com sua agressividade sendo gradualmente revelada, ele não teve mais convulsões. Sua depressão começou a diminuir. Ele pôde voltar a dirigir. Começou a se aventurar fora de seu apartamento, passando várias horas por dia em uma biblioteca próxima. Tornou-se amigo de uma das bibliotecárias.

Devo salientar que tudo até aqui na história de Teddy é compatível com a concepção freudiana clássica da depressão: a saber, a ideia de que ela surge por meio do desvio para dentro de impulsos agressivos sentidos originalmente em relação a um objeto de amor perdido. Freud considerou esse amor por um objeto materno como sendo literalmente uma forma de desejo sexual (“libido oral”). Mas, apesar desse respaldo da teoria clássica e dos resultados aparentemente bons obtidos pelo diagnóstico de pedofilia de início precoce do meu antecessor, eu ainda não estava convencido de que o problema de Teddy era sexual em sua raiz. Havia muitas coisas que não faziam sentido. Precisávamos de uma prova decisiva.

Nesse sentido, o relacionamento com a bibliotecária tornou-se uma área importante de preocupação. Teddy dizia estar se sentindo atraído por ela. Ele a cortejava oferecendo aconselhamento médico gratuito e, depois, medicamentos gratuitos, incluindo grandes quantidades de opiáceos. Eu achava que ela estava se aproveitando dele, assim como sua namorada anterior havia feito, mas também me preocupava com a ética de seu próprio

comportamento. Os temas de escolhas inadequadas e violações de limites me atingiram novamente, assim como nas histórias sobre o amigo adormecido e a garota que ele seguia da escola para casa.

Teddy parecia não dispor dos recursos emocionais necessários para se conter. Era como se, uma vez aberto um canal de intimidade, ele se esvaziasse compulsivamente nele. Imagens de águas-vivas e vermes vieram à minha mente, criaturas sem ossos que realizam todas as suas atividades vitais por meio de uma única abertura. Freud, é claro, acreditava que o embrião em crescimento refazia sua própria história evolutiva. Isso acabou se mostrando falso, mas é verdade que todos nós começamos a vida como organismos com uma única abertura. Ela é chamada de blastóporo, a primeira porta de entrada entre os mundos interno e externo. Será que o único canal de Teddy também não poderia ser um ponto de partida para uma constituição emocional mais adequada ao seu propósito?

Cerca de oito meses após o início da terapia, ele quase não tinha mais dinheiro. Seus parentes estavam perdendo a paciência. Ele começou a falar em procurar emprego, mas parecia nunca conseguir fazê-lo de fato. Interpretei como uma defesa, observando que isso permitia que ele continuasse dependente, que era o que ele queria fundamentalmente — sua família substituindo a mãe. Pode-se argumentar que o fato de ele se aproveitar dos parentes é simplesmente uma forma de preguiça, que não requer nenhuma explicação adicional, mas sugiro que isso ignora tanto sua disposição para trabalhar duro quanto a qualidade autodestrutiva do comportamento de Teddy. Já deve estar claro que ele ansiava intensamente por amor e podia se tornar francamente implacável quando esse amor lhe era negado, sempre terminando em autodesprezo. No entanto, lá estava ele novamente, levando seus últimos aliados ao ponto de ruptura.



Por volta dessa época, Teddy recuperou uma lembrança muito antiga. Não se tratava de um fato que ele dizia já ter mencionado. Era algo emocionalmente carregado e perturbador, algo que ele parecia surpreso em encontrar brotando dentro de si.

Quando ele era pequeno, seu quarto ficava ao lado do quarto dos pais, e ele estava dolorosamente ciente do fato de que sua mãe estava a apenas alguns metros de distância. Apenas a parede os separava. Seu desejo de

estar com ela era tão frenético que ele ficava deitado na cama querendo arranhar a parede com as unhas.

Fiz uma ligação entre esse desejo, o toque não consentido no pênis do amigo adormecido e, antes disso, sua perseguição à garota na escola. Os olhos de Teddy brilharam. Sim, eles eram todos iguais, tocados pelo mesmo desespero e vergonha. Ele podia ver isso. Raiva também, sugeri. A ideia o deixou desconfortável, mas ele não discordou.

Seu esquecimento e imprecisão pareciam estar se dissipando em ordem cronológica, retrocedendo através das brumas: do toque não consentido à perseguição e ao escavar das paredes. Embora não seja de maneira alguma uma regra, esse padrão é comum e produz uma sensação satisfatória de *aproximação*. Em breve, ouviremos falar de outro caso marcante de violação dos limites de Teddy, que data do seu sexto ano. Antes disso, porém, devo relatar alguns exemplos preocupantes da mesma coisa em sua vida adulta.

Algumas semanas depois dessa sessão, Teddy recebeu uma oferta de emprego. A perspectiva de voltar a trabalhar pareceu energizá-lo, até que seus provedores de seguro profissional o informaram que ele estaria por conta própria se começasse a fazer fila de clientes para cirurgias cosméticas baratas no exterior, recebendo comissão. Esse não era um risco que eles estavam dispostos a segurar.

Para minha surpresa, ele defendeu seu caso obviamente fútil com bastante vigor. Para o bem ou para o mal, a versão muito passiva do Teddy que conheci estava desaparecendo. Um conjunto diferente de problemas estava entrando em vista. Por trás do Teddy que não conseguia enxergar nenhuma opção, havia um Teddy que não aceitava um não como resposta.

Ele e a bibliotecária começaram a namorar. Ficou claro que ele havia feito outra escolha infeliz. Por motivos que só podemos supor, essa mulher não suportava ser tocada. Teddy ficou mais uma vez com o mesmo desespero que havia sentido em relação à sua mãe. O impasse se arrastou por meses, até que a bibliotecária finalmente o deixou, não mais disposta a tolerar seus pedidos de afeto em troca de analgésicos prescritos. (Ela também se livrou do problema; imagino que tenha encontrado um fornecedor menos complicado, pois as fontes de opioides são mais fáceis de substituir do que as fontes de amor.)

A essa altura, meu paciente parecia estar correndo o risco real de ter uma recaída. O relacionamento do qual ele dependia para atender a tantas

de suas necessidades emocionais havia parado subitamente. O pânico e a tristeza — ou seja, a depressão — já eram seu modo habitual, e agora também pareciam ser uma reação natural. Eu tinha a sensação de que algo terrível estava prestes a acontecer. O fato de não ter acontecido não é mérito meu, e talvez nem da terapia, mas é instrutivo.

Precisamos deixar Teddy em paz por um momento.



Após a tentativa de suicídio na adolescência e a breve hospitalização, o irmão mais velho de Teddy não conseguiu obter nada parecido com o sucesso acadêmico de Teddy. Em vez disso, ele abandonou a escola antes de concluir o ensino médio, passou por muitos empregos temporários e não qualificados e se envolveu em pequenos crimes. Após alguns anos nisso, sua namorada engravidou. Para a surpresa de todos, ele decidiu ficar com ela: estar à altura da ocasião.

Muito tardiamente, a gravidez não foi adiante. Teddy não estava em contato com o irmão na época, mas lembrava-se disso como um golpe terrível, que repercutiu em toda a família.

Talvez surpreendentemente, o casal permaneceu junto, superando o choque da dor. Eles tentaram novamente, e continuaram tentando. Levou anos, mas aconteceu um milagre para eles: uma filha. O irmão de Teddy estava trabalhando duro para construir um lar para eles, para dar alguma estabilidade à sua pequena família. Ele se formou como serralheiro e depois como eletricista, logo ganhando um bom dinheiro. E havia expressado recentemente interesse em passar um tempo com seu irmão mais novo. Por algum motivo, queria reunir a família novamente.

Teddy estava cauteloso. Seu irmão iria querer falar sobre lembranças da infância, disse ele. Supus que ele devia estar pensando em algo em particular, mas, quando o pressionei, ele disse que não sabia o que queria dizer. De qualquer modo, quando finalmente se encontraram, ele descobriu, para sua surpresa, que gostava muito da companhia do irmão. Ele gostava especialmente da filha de dois anos, sua sobrinha. Disse que não havia percebido o quanto estava sentindo falta do conforto da família e da domesticidade. (Conforto que, reconhecidamente, ele nunca conhecera.) O único problema, confessou Teddy após muita hesitação, era quando a sobrinha segurava sua mão, abraçava-o ou subia em seu colo. Nesses

momentos, ele ficava com um medo terrível de ter uma ereção. Ele não tinha, apressou-se em acrescentar, mas não conseguia se livrar da ideia de que poderia ter. Meu Deus, pensei, talvez ele *seja* mesmo um pedófilo. Fiquei com a sensação de que, apesar de toda a sua aparente passividade, ele era capaz de causar danos terríveis.

Em pouco tempo, porém, ficou claro que tudo o que Teddy queria era que alguém o quisesse, que quisesse passar tempo com ele, que atendesse à sua necessidade desesperada de ser amado. Ele passou a se interessar de forma tocante pelo desenvolvimento da sobrinha, com a nítida sensação de que ela já era uma pequena personalidade completa. Eu me preparei para qualquer indício de que ele estivesse se aproveitando dela, abusando dela de alguma maneira, mas, em seu jeito tropeçante, hesitante e muito parecido com o de um tio, ele parecia adorá-la. Estava claro (o mais claro possível) que ele simplesmente a amava.

Teddy começou a se irritar com o diagnóstico de pedofilia. Sem ser solicitado, ele começou a teorizar que seu medo de associações sexuais inapropriadas era resultado de um desejo excessivo de contato humano. Ele queria sexo, é claro, mas seu desejo por afeto havia se confundido em sua mente com sentimentos sexuais, que eram, afinal, mais fáceis de nomear e, de certa forma, mais legítimos para se agir.

Ele ainda não parecia irritado com o modo como havia sido levado a pensar sobre si mesmo. Eu me perguntava se ele conseguiria.



Um dia, ele recebeu uma oferta de emprego como médico de verdade: um médico de emergência.

Nos dias que antecederam seu início, ele acordava no meio da noite, convencido de que não sabia mais como exercer a medicina. Era apenas uma questão de tempo até que seus empregadores percebessem sua incompetência, que ele era uma fraude — ou que ele matasse alguém.

Na verdade, ele conseguiu realizar o trabalho perfeitamente bem — pelo menos em um nível instrumental, como sua mãe havia feito com seus filhos. Sua ansiedade diminuiu. Ou melhor, ela foi transferida para mim. Quase imediatamente, ele se apaixonou perdidamente por uma colega médica, que era casada e claramente não estava interessada nele. (Escolha inadequada.) Ele começou a ter sonhos sexualmente violentos com ela. Ele

a seguia nas redes sociais e se masturbava compulsivamente com fotos dela. (Violação de limites.)

Para piorar a situação, surgiu a informação de que ele estava assumindo todos os tipos de riscos com seus pacientes. Ele cortava caminhos de maneira alarmante e demonstrava um descaso impressionante com o bem-estar real deles. Além disso, ele frequentemente falava sobre eles em termos depreciativos. Era como se, em algum nível, ele realmente não se importasse com o que acontecia com nenhum deles, como se nada daquilo fosse real para ele.

Quando chamei a atenção de Teddy para esse fato, sugeri que talvez ele estivesse ansioso para aceitar o emprego não apenas porque estava preocupado com sua capacidade como médico, mas também porque estava ciente de seu hábito de tentar burlar um sistema que, fundamentalmente, tinha como objetivo ajudar as pessoas. Não importava quão bom fosse seu conhecimento. Ele não poderia cuidar de seus pacientes a menos que — percebi que eu estava ficando insistente e tentei me acalmar — ele realmente se importasse com eles. Ele concordou: sim, isso fazia sentido.

Assim, começou a passagem mais comovente de nosso trabalho. Tornou-se possível vincular essa tendência a outras violações de limites, começando com a perseguição e continuando com as várias iterações até a paixão atual no local de trabalho. Teddy chegou à conclusão de que, como nunca havia recebido o amor adequado de ninguém, muito menos de sua mãe, ele não sabia como dá-lo, nem mesmo aos seus pacientes. Essa percepção contrastava fortemente com o que ele observou, de forma tão inesperada, em seu irmão. O amor carinhoso do irmão pela filha era palpável, assim como seu afeto pelo irmão mais novo, seu desejo genuíno de ter Teddy por perto e, da mesma maneira — o mais surpreendente de tudo para Teddy —, o amor incondicional que a sobrinha demonstrava e evocava nele. Em meio ao que parecia ser uma observação acidental de um bebê, como as realizadas por psicanalistas em formação, ele parecia estar descobrindo seu próprio eu cuidador.

À medida que trabalhávamos com esses pensamentos e sentimentos em nossas sessões, Teddy revelava uma preocupação cada vez mais empática com seus pacientes. Vislumbrei isso quando ele me falou sobre eles como pessoas (nunca revelando seus nomes, é claro) e expressou uma preocupação contínua com suas vidas depois de ter lidado com a emergência inicial. Isso me levou a enxergar algo que eu não havia

percebido antes: ele realmente era bom em fazer diagnósticos, um médico muito talentoso.

Foi durante essa fase transformadora do tratamento que Teddy confessou a outra violação de limite que mencionei anteriormente. Isso aconteceu quando ele tinha aproximadamente cinco anos de idade — já que ele tinha certeza de que isso havia acontecido antes de começar a "escola grande", aos seis anos. Mais uma vez, ele tinha a impressão de que havia me contado essa história há muito tempo. Ele não tinha.

Durante uma daquelas visitas monótonas aos parentes de sua mãe, enquanto seu irmão estava no jardim, Teddy brincou de "médico" com uma prima no quarto dela. A brincadeira culminou com ele enfiando um dedo na vagina da menina, o que a fez chorar. Ele pediu desculpas e implorou para que ela não contasse aos adultos. Aparentemente, ela não contou, mas ele ainda se preocupava com a possibilidade de ela ter contado ao seu irmão. Talvez fosse por isso que Teddy relutou em encontrá-lo tantos anos depois.

Que extraordinário, pensei: a primeira ação de Teddy como "médico" foi a violação de um "paciente". Talvez por isso ele estivesse pronto para aceitar o rótulo de pedófilo. Para um garoto que molesta sexualmente outra criança da mesma idade, isso ainda não fazia sentido como *diagnóstico*; não implicava uma fixação sexual por menores por toda a vida. O comportamento de Teddy poderia sugerir problemas emocionais, como o desejo urgente de atravessar a parede e entrar no quarto da mãe, mas a verdade é que as crianças fazem essas coisas umas com as outras de modo bastante rotineiro. Ainda assim, eu podia ver como um julgamento sobre esse comportamento poderia ter atingido suas raízes: tão desesperado por intimidade que estava disposto a testar as regras nascentes; e, mais tarde, tão certo de sua própria maldade que somente um rótulo associado à maior depravação seria suficiente para explicar suas ações vergonhosas.

A essa altura, quase dois anos após o início do tratamento, toda a transferência havia se tornado clara. O motivo pelo qual Teddy continuava a se apaixonar por pessoas indisponíveis e inadequadas era certamente porque elas representavam sua mãe. O fato de elas não retribuírem seus sentimentos o frustrava a ponto de ficar com raiva, mas ele não conseguia expressar isso. Tudo o que ele sabia fazer era perseguir e importunar, arranhando a parede para se aproximar. Quando não funcionava, ele se permitia ter problemas, da mesma maneira que usava a incontinência como último recurso para solicitar cuidado: um protesto sujo, uma renúncia

agressiva do autocontrole que o deixava odiando a si mesmo em vez de (ou pelo menos tanto quanto) seu objeto de amor. Sua presumida falta de amor se tornou uma profecia que se autocumpria.

Teddy concordava plenamente com essa compreensão do motivo pelo qual sua vida havia desmoronado. De minha parte, senti que havíamos estabelecido uma reconstrução razoavelmente precisa de seu desenvolvimento. Era simples, mas não tão simples. Ela se encaixava em todos os fatos — tanto de sua história quanto dos novos dados que ele estava gerando, já que, é claro, esses padrões continuavam se repetindo. Isso era de se esperar. A diferença era que agora ele se pegava no ato cada vez que se sentia inclinado a fazê-lo novamente e mudava de rumo. No final, somente a consciência pode nos libertar do domínio das compulsões inconscientes. Isso requer tempo e paciência.

Juntamente com essa "elaboração", Teddy desenvolveu gradualmente maneiras mais satisfatórias de receber *e dar* amor. Quando terminamos seu tratamento, que durou pouco mais de quatro anos, ele estava noivo de uma mulher que havia conhecido durante o ponto de inflexão da terapia. Ela certamente quebrou o padrão; uma agente de saúde apresentada a ele pela esposa de seu irmão, seria difícil imaginar uma pessoa mais atenciosa.

A depressão de Teddy desapareceu completamente. Pelo que soube, vários anos depois, ele continuou se saindo bem. Ocasionalmente, ouço relatos de colegas médicos impressionados com o fato de ele ter se tornado um clínico dedicado. Até onde sei, nenhum deles sabe que eu o tratei.

O serviço de saúde pode ser um ambiente de muitos julgamentos. Não é fácil voltar à linha de frente, especialmente após um período obscuro de ausência que, segundo rumores, escondia um colapso mental. É preciso ser uma pessoa forte para conseguir isso. Mas Teddy é, de fato, uma pessoa forte. As pessoas me dizem que ele é um excelente médico. Por tê-lo conhecido muito bem, acredito nisso.

Notas

INTRODUÇÃO: O sintoma

1. Shorter (1997).
2. Veja, por exemplo, o recente artigo de Joseph Bernstein, publicado no The New York Times (22 de março de 2023), intitulado “Not Your Daddy’s Freud” (“Não é o Freud do seu pai”, em tradução livre), que começa com a frase: “Uma nova geração de analistas e pacientes está abraçando o pai da psicanálise — em revistas, memes e muitas horas no divã”. Veja também o artigo de Rachel Connolly, publicado no Financial Times (12 de maio de 2023): “I’d Never Stuck with Therapy, Then I Tried Psychoanalysis” (“Eu nunca me fixei na terapia, então tentei a psicanálise”, em tradução livre). Em um artigo para a Religion News (5 de outubro de 2023), intitulado “Is it Time for Conservative Christians to Give Freud Another Look?” (“É hora de os cristãos conservadores darem outra olhada em Freud?”, em tradução livre), Jacob Lupfer escreve: “As percepções de Freud sobre as influências parentais e a mente inconsciente podem levar a compromissos mais profundos entre as pessoas que amam Deus como pai e a igreja como mãe”. Veja também o artigo de Andrew Hartz, publicado na Quillette (9 de setembro de 2024): “Freud’s Best Theory” (“A melhor teoria de Freud”, em tradução livre); as resenhas de Merve Emre, publicadas na The New Yorker (3 e 10 de junho de 2024): “What Does Freud Still Have to Teach Us? Come for the Oedipus Complex; Stay for the Later Troubled Musings on the Fate of Humanity” (“O que Freud ainda tem a nos ensinar? Venha pelo Complexo de Édipo; fique pelas reflexões perturbadoras e tardias sobre o destino da humanidade”, em tradução livre) e “Subconsciously Yours: Does Every Generation Get the Freud They Deserve?” (Subconscientemente seu: cada geração recebe o Freud que merece?”, em tradução livre); o artigo de Jacqueline Rose, publicado no The Guardian (10 de outubro de 2024): “What Sigmund Freud can Teach us about the Middle East and #MeToo” (“O que Sigmund Freud pode nos ensinar sobre o Oriente Médio e o #MeToo”, em tradução livre); o artigo de David Stromberg no The Hedgehog Review (13 de novembro de 2024): “War, Death, and Intellectualism: Freud and the Limits of Analysis” (“Guerra, morte e intelectualismo: Freud e os limites da análise”, em tradução livre); e muitos outros.
3. Auden, W. H. (1940), “In Memory of Sigmund Freud” (“Em memória de Sigmund Freud”, em tradução livre).
4. Nagel (1974).
5. Freud (1927), p. 52.

CAPÍTULO 1: Censores

1. Broca (1861).
2. Kleist (1934).
3. Luria & Majovski (1977), p. 963.
4. Luria nasceu em 16 de julho de 1902. A primeira carta de Freud a ele foi datada de 3 de julho de

1922.

5. Luria (1979) relata que preencheu cadernos com suas associações livres, mas não há evidências de que tenha escrito um relatório do caso.
6. Luria (1940), p. 510.
7. Luria (1979), pp. 23-4.
8. Luria (1973), pp. 341-2.
9. Por exemplo, Lobner & Levitan (1978), Kozulin (1984), Miller (1998).
10. Van der Veer & Valsiner (1991), p. 78.
11. Ibid, p. 22.
12. Kozulin (1984), p. 20.
13. Pappenheim (1990), p. 5.
14. Valkanova (2016), p. 14.
15. Kozulin (1984), p. 1.
16. Ibid., p. 89.
17. Joravsky (1974), p. 24.
18. Cole (1979), p. 198. Cole fez observações semelhantes a mim pessoalmente, em uma carta datada de 1º de abril de 1989.
19. Carta datada de 17 de março de 1987.
20. Mecacci (1988), pp. 268-9. Mecacci fez observações semelhantes a mim pessoalmente, em uma carta datada de 24 de março de 1992.
21. Freud (1895), p. 143.
22. Popper (1934), p. 86.
23. Pauli parece ter pronunciado essas palavras pela primeira vez no final da década de 1940. Consulte https://www.math.columbia.edu/~woit/wordpress/?p=13455
24. Frankfurt (2005), p. 33.
25. Popper (1963), p. 35.
26. Carta datada de 8 de fevereiro de 1934.
27. Skinner (1953), p. 160.

CAPÍTULO 2: A interpretação dos sonhos

1. Feinstein et al. (2011).
2. Ibid.
3. Dement & Kleitman (1957).
4. Jouvet (1965).
5. McCarley & Hobson (1977), p. 1219.
6. Hobson & McCarley (1977), pp. 1346, 1338.
7. Ibid., p. 1338.
8. Solms (1997, 2000).
9. Olds & Milner (1954).
10. Sulloway (1979).
11. Freud (1882), p. 39.

12. Freud (2012 [1885-7]), pp. 78-89.
13. Freud (1888), p. 690.
14. Freud (1891), p. 54; grifo nosso.
15. Ibid., p. 55.
16. Freud (1893), pp. 195-6.
17. Freud (1912), p. 259.
18. Popper (1974), p. 985.
19. Kant (1784).

CAPÍTULO 3: O aparelho mental

1. Veja Freud (1882). Freud é creditado também por outras contribuições significativas para nossa compreensão da morfologia do neurônio: “Freud forneceu evidências coerentes sugerindo que o protoplasma consiste em uma rede fibrilar contrátil, o atual citoesqueleto; foi um dos fundadores originais da teoria fibrilar sobre a estrutura do protoplasma. No que diz respeito à biologia do núcleo celular, Freud parece ter sido o primeiro autor a documentar os movimentos dos nucléolos nas células nervosas, um fenômeno atualmente chamado de rotação nuclear. Em certos casos, as observações de Freud antecedem as visões posteriores em mais de meio século e são importantes para nossa compreensão atual da estrutura celular e dos processos básicos de motilidade intracelular” (Triarhou & Del Cerro, 1987, p. 111).
2. Veja Freud, (1950 [1895]), pp. 322-3: “Barreiras de contato. [...] Podemos esperar descobrir que o próprio processo de condução criará uma diferenciação no protoplasma e, consequentemente, uma capacidade condutora melhorada para a condução subsequente. Além disso, a teoria das barreiras de contato pode ser aproveitada da seguinte maneira. Uma das principais características do tecido nervoso é a memória, ou seja, em geral, a capacidade de ser permanentemente alterado por ocorrências únicas, o que oferece um contraste impressionante com o comportamento de um material que permite a passagem de um movimento de onda e depois retorna à sua condição anterior. Uma teoria psicológica digna de qualquer consideração deve fornecer uma explicação da ‘memória’”.

   Compare essa hipótese simples de que as sinapses servem não apenas à condução, mas também à memória, com as sugestões posteriores de Sherrington (1906): “Tal superfície pode restringir a difusão, manter a pressão osmótica, restringir o movimento de íons, acumular cargas elétricas, suportar uma camada elétrica dupla, alterar a forma e a tensão superficial com mudanças na diferença de potencial [...] ou intervir como uma membrana entre soluções diluídas de eletrólitos de diferentes concentrações ou suspensões coloidais com diferentes sinais de carga”.
3. Pribram & Gill (1976), p. 67.
4. Veja Freud (1950 [1895]), pp. 356-7: “É em relação a um semelhante que o ser humano aprende a conhecer. Então, os complexos perceptivos provenientes desse ser humano semelhante serão, em parte, novos e não comparáveis — suas feições, por exemplo, na esfera visual; mas outras percepções visuais — por exemplo, as dos movimentos de suas mãos — coincidirão no sujeito com memórias de impressões visuais bastante semelhantes às suas, de seu próprio corpo, [lembranças], que estão associadas a memórias de movimentos experimentados por ele mesmo. Outras percepções do objeto também — se, por exemplo, ele gritar — despertarão a memória de seu próprio grito [do sujeito] e, ao mesmo tempo, de suas próprias experiências de dor. Para nós, o complexo do semelhante se divide em dois componentes, um dos quais impressiona por sua estrutura constante e permanece unido como uma coisa, enquanto o outro pode ser compreendido pela atividade da memória — isto é, pode ser rastreado até a informação do

próprio corpo [do sujeito]". Mais tarde, Freud (1905a, p. 167 ss.) desenvolveu essa passagem em uma discussão sobre "mimetismo ideacional", vinculando-a ao conceito maior de "empatia".

5. Gallese (2009).
6. Freud (1933), p. 159.
7. Sacks (1984), p. 164.
8. Chalmers (1995), p. 203. Chalmers explica seu uso do termo "função": "Aqui, 'função' não é usada no sentido teleológico restrito de algo que um sistema é projetado para fazer, mas no sentido mais amplo de qualquer papel causal na produção de comportamento que um sistema possa desempenhar".
9. Freud (1940 [1938]), p. 142.
10. Por psicofísicos como Gustav Fechner e Wilhelm Wundt.
11. Fotopoulou & Conway (2004); Turnbull, Berry & Evans (2004); Fotopou-lou et al. (2007, 2008a,b); Turnbull & Solms (2007); Fotopoulou, Conway & Solms (2007); Fotopoulou (2008, 2009, 2010a,b); Coltheart & Turner (2009); Cole et al. (2014); Besharati, Fotopoulou & Kopelman (2014); Besharati et al. (2014); Turnbull, Fotopoulou & Solms (2014); Kopelman, Bajo & Fotopoulou (2015); Besharati et al. (2016).
12. Solms & Panksepp (2010); Zellner et al. (2011); Yovell et al. (2016).
13. Freud (1940 [1938]), pp. 177-8.
14. Shepherd (1991), p. 8.
15. Freud (1940 [1938]), p. 145.
16. Freud (1900), p. 476.
17. Freud (1901), p. 222.
18. Freud (1920), p. 57.
19. Brentano (1924), p. 194.
20. Freud (1940 [1938]), pp. 142-3.
21. Ibid., p. 143.
22. Freud (1950 [1895]), p. 340.
23. Freud (1915a), p. 107; grifo nosso.
24. Ostow (1962), pp. 20-1.
25. Carhart-Harris & Friston (2010).
26. Freud (1900), pp. 565-6. (Alterei ligeiramente a tradução oficial aqui, para torná-la mais compreensível para os não iniciados.)
27. Kruglanski & Friston (2020).
28. Freud (1900), p. 566; grifo nosso.
29. Ibid.
30. Seth (2021b).
31. Freud (1900), p. 567.
32. Hobson & Friston (2012), p. 8.
33. Damásio (2018).
34. Thorndike (1911).
35. Chalmers (1995), pp. 203-4.
36. Ele foi influenciado por Claude Bernard, predecessor científico de Walter Cannon, o biólogo que introduziu nosso conceito moderno de "homeostase" em 1929.

37. Freud (1920), p. 57.
38. Carta de 6 de dezembro de 1896.
39. Freud (1920), p. 25.
40. Bauer (2007).
41. Freud (1935a), p. 28.
42. Zeki (1993), p. 209.
43. Freud (1910), p. 85; grifo nosso.
44. Zeki (1993), p. 209.
45. Harlow & Harlow (1962).
46. Zeki (1993), p. 210; grifo nosso.

CAPÍTULO 4: A cura pela fala

1. Carta datada de 8 de fevereiro de 1934.
2. Ingram (1992).
3. Steinert et al. (2017).
4. Shedler (2010), p. 98.
5. Leuzinger-Bohleber et al. (2019).
6. Cohen (1988, 1992).
7. Smith, Glass & Miller (1980).
8. Robinson, Berman & Neimeyer (1990).
9. Lipsey & Wilson (1993).
10. Turner et al. (2008); Kirsch et al. (2008); Khan, Mar & Brown (2021).
11. Janick et al. (1985).
12. Hidalgo, Tupler & Davidson (2007); Kalwani & Van Buskirk (2017).
13. Leucht et al. (2022).
14. Wykes et al. (2008).
15. Abbass et al. (2006).
16. Aqui está uma definição operacional de terapia “psicanalítica”: (1) O diálogo entre o terapeuta e o paciente não é estruturado e é aberto. (Isso se baseia na técnica de associação livre.) (2) O terapeuta identifica padrões recorrentes nas associações do paciente e também em suas experiências e comportamentos cotidianos. (3) O terapeuta relaciona esses padrões recorrentes, tal como se manifestam nas experiências atuais do paciente, com experiências passadas — especialmente com experiências da infância. (4) O terapeuta “interpreta” esses padrões. Ou seja, ele tenta elucidar seu significado implícito, tornando explícitas as previsões que produzem os padrões recorrentes. (5) O terapeuta chama a atenção para os sentimentos do paciente — especialmente para aqueles que o paciente tenta evitar ou suprimir. (6) O terapeuta chama a atenção para as manobras defensivas do paciente a esse respeito (“você consegue perceber que está fazendo isso para não sentir aquilo?”). (7) O terapeuta se concentra no relacionamento entre o paciente e ele mesmo (essa é a definição restrita de “transferência”). (8) O terapeuta vincula esse relacionamento com outros relacionamentos do paciente — presentes e passados —, novamente chamando a atenção para padrões comuns (definição mais ampla).
17. Leichsenring & Rabung (2008).
18. De Maat et al. (2009).

19. Leuzinger-Bohleber et al. (2019).
20. Leichsenring et al. (2015).
21. Norcross (2005).
22. Carta datada de 6 de dezembro de 1896.
23. Para uma revisão acessível dos processos fisiológicos em questão, consulte Dudai (2000).
24. Bargh & Chartrand (1999), p. 476.
25. Estou desconsiderando o "*priming*" aqui (quando a exposição a um estímulo influencia inconscientemente a resposta a um estímulo subsequente).
26. Veja, por exemplo, Torres (2019).
27. Bowlby (1969).
28. Veja, por exemplo, Gilbert et al. (2009).
29. Freud (1923), p. 15.
30. Eis uma definição operacional de "TCC": (1) O diálogo entre o terapeuta e o paciente tem um foco específico, com o terapeuta estruturando a interação e introduzindo os tópicos. (2) O terapeuta frequentemente atua de maneira didática ou como um professor. (3) O terapeuta oferece orientação e aconselhamento explícitos. (4) O terapeuta e o paciente concordam quanto às metas do tratamento. (5) O terapeuta explica ao paciente a lógica por trás do tratamento e das técnicas. (6) A terapia se concentra na situação atual da vida do paciente (ou seja, não na infância). (7) A terapia se concentra em temas cognitivos, como pensamentos e sistemas de crenças. (8) O terapeuta prescreve tarefas ou atividades ("dever de casa") para o paciente realizar fora das sessões de terapia.
31. Essa e a definição operacional anterior (nota de rodapé 16) são as versões oficiais do que esses dois tipos de terapeutas fazem, mas isso não significa necessariamente que seja isso que eles realmente fazem. Quando avaliadores "cegos" recebem transcrições literais de sessões reais conduzidas por praticantes de TCC e por terapeutas psicanalíticos, eles frequentemente têm dificuldade em identificar qual dos dois tipos de terapia está sendo conduzida. Portanto, os estudos que vão além dos nomes de marca que os terapeutas dão aos seus tratamentos — examinando o que os praticantes de TCC e os terapeutas psicanalíticos realmente fazem (usando gravações de vídeo ou transcrições verbais das sessões) — revelam mais sobre quais são os "ingredientes ativos" que produzem os efeitos terapêuticos.
32. A hemodiálise geralmente é feita três vezes por semana. Sem ela, o nível sérico de potássio aumenta e a sobrecarga de fluidos torna-se fatal em menos de um mês, mais provavelmente em dias, dependendo da quantidade de função renal residual. O trabalho do rim, assim como o da mente, é contínuo. O que também é interessante sobre diálise *versus* análise é que a psicanálise leva à internalização da nova função, enquanto a diálise não (embora o transplante renal o faça).

CAPÍTULO 5: Lapsos verbais

1. Malcolm (1984), p. 8.
2. Ele era um analista de segunda geração. Tive a sorte de fazer amizade com dois outros psicanalistas de Nova York que conheceram Freud — o neurologista Else Pappenheim-Frishauf e o psiquiatra Henry Nunberg —, mas eles eram crianças na época em que o conheceram; só visitavam a casa de Freud com seus pais, que eram colegas dele.
3. *The Revised Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. 24 vols. Lanham, MD: Rowman & Littlefield, 2021.
4. Laplanche (1991), p. 403; Underwood (2004), p. xliv, (2006), n. 8.

5. Essa acusação é atribuída a Laplanche (1992, p. 52), o psicanalista e filósofo que supervisionou a tradução das obras psicológicas completas de Freud para o francês.
6. Bettelheim (1983).
7. Freud, 1920, p. 57.
8. Freud (1915b), p. 158.
9. Freud (1900), pp. 565-6.
10. Cobb (2020).
11. Freud (1950 [1895]), p. 319.
12. Solms (2020), p. 7.
13. Pribram & Gill (1976).
14. Ibid.; Pribram (1962, 1965).
15. Kandel (1999), p. 505.
16. Kandel (1998).
17. Friston (2020), p. 57.
18. Freud (1917), p. 158.
19. Freud (1924a), p. 171.
20. Freud (1940 [1938]), p. 179.
21. Freud (1920), p. 38.
22. Carta a Fliess datada de 22 de dezembro de 1897.
23. Freud (1905b), p. 191.
24. Todos os fatos resumidos até agora são derivados de LeVay (1993), com exceção do último — relativo ao INAH-3 em pessoas transgênero de homem para mulher —, que deriva de Swaab (2008).
25. Freud (1951 [1935]).
26. Freud (1916-17), p. 286; tradução ligeiramente alterada.
27. Braun et al. (1997).
28. Panksepp (1998), p. 155.
29. Watt & Panksepp (2009).
30. Tolchinsky et al. (2024).
31. Barrett (2017).
32. Por exemplo, Touroutoglou et al. (2015), p. 1257; Wager et al. (2015), p. 2.
33. Consulte Fourie et al. (2011).

CAPÍTULO 6: Mecanismos de defesa

1. Consulte Duncan et al. (2016).
2. Freud (1905a), p. 202.
3. Gilgamesh, rei de Uruk, acredita estar acima dos limites dos homens comuns, mas a morte de seu companheiro selvagem, Enkidu, o perturba terrivelmente. Incapaz de aceitar o fato da mortalidade, ele embarca em uma busca para descobrir o segredo da vida eterna. Ele busca a sabedoria do imortal Utnapishtim, desbrava terras distantes e até caminha pelo fundo do mar à procura de uma planta mágica que, segundo dizem, restaura a juventude, mas a perde para uma

serpente. Depois de todo o seu esforço, ele retorna a Uruk, percebendo finalmente que a grandeza de sua cidade é o que perdurará. E assim foi, por algo em torno de 3.000 anos.

4. Freud (1924b), p. 143.
5. Freud (1914).
6. Freud (1894). Para ser claro: não quero dizer que os transtornos neuróticos, narcisistas ou psicóticos possam ser reduzidos apenas a defesas.
7. *Scientific American*, setembro de 2004, p. 16.
8. Ramachandran (1994).
9. Weinstein e Kahn (1955).
10. Bisiach & Geminiani (1991); McGlynn & Schacter (1989).
11. Ramachandran & Blakeslee (1998).
12. Consulte Turnbull, Fotopoulou & Solms (2014) para uma revisão dessas evidências. Meus colegas e eu também tratamos com sucesso muitos desses pacientes com psicoterapia psicanalítica.
13. Freud (1925), pp. 43-4.
14. Freud não fez a distinção entre repressão e defesa de maneira tão nítida como estou fazendo aqui. Ele descreveu a repressão como sendo um caso especial de defesa. Não concordo com ele, pelo motivo que acabo de expor: as previsões reprimidas têm como objetivo (por pior que seja) livrar-se das necessidades; as previsões defensivas têm como objetivo livrar-se apenas dos sentimentos.
15. Meynert (1884), p. v.
16. No momento em que este artigo foi escrito (janeiro de 2025). Verifiquei aleatoriamente a lista de conteúdos da última edição do *American Journal of Psychiatry*. Aqui estão os títulos: “Spaced Transcranial Direct Current Stimulation for Major Depression” (“Estimulação transcraniana por corrente contínua espaçada para depressão maior”, em tradução livre); “Randomized Controlled Trial of the Effects of High-Dose Ondansetron on Clinical Symptoms and Brain Connectivity in Obsessive-Compulsive and Tic Disorders” (Ensaio controlado randomizado dos efeitos de ondansetrona em dose alta sobre sintomas clínicos e conectividade cerebral em transtornos obsessivo-compulsivos e de tiques”, em tradução livre); “Esketamine Treatment for Depression in Adults: A PRISMA Systematic Review and Meta-Analysis” (“Tratamento com escetamina para depressão em adultos: uma revisão sistemática PRISMA e metanálise”, em tradução livre); “Five-Year Outcomes of a School-Based Personality-Focused Prevention Program on Adolescent Substance Use Disorder: A Cluster Randomized Trial” (Resultado de cinco anos de um programa escolar de prevenção focado na personalidade para transtorno de uso de substâncias em adolescentes: um ensaio randomizado por conglomerados”, em tradução livre); “Use of Telemental Health Care by Children and Adolescents in the United States” (“Uso de cuidados de saúde mental remotos por crianças e adolescentes nos Estados Unidos”, em tradução livre”); “Redefining Ketamine Pharmacology for Antidepressant Action: Synergistic NMDA and Opioid Receptor Interactions?” (Redefinindo a farmacologia da cetamina para ação antidepressiva: interações sinérgicas dos receptores NMDA e opioides?”, em tradução livre); “The Impact of Xanomeline and Trospium Chloride on Cognitive Impairment in Acute Schizophrenia: Replication in Pooled Data From Two Phase 3 Trials” (“O impacto do cloreto de xanomelina e tróspio na deficiência cognitiva na esquizofrenia aguda: replicação de dados agrupados de dois ensaios de fase 3”, em tradução livre).
17. Posse et al. (2018).
18. Mayberg et al. (2005).
19. Mayberg (2006).

20. Grifo nosso.
21. Veja, por exemplo, Gilbert et al. (2009).
22. Freud (1917).
23. Eu hesitaria em generalizar isso para todos os casos de depressão maior, como aqueles diagnosticados na doença de Parkinson, demência frontotemporal, desintoxicação de drogas e outros estados de abstinência, doença de Huntington, apneia obstrutiva do sono não tratada etc., cujo caminho final comum pode ser a depressão maior. Este é um grande problema com a depressão: ela é mais parecida com a anemia do que com uma doença autônoma. A anemia causada por hemorragia pós-parto é muito diferente da anemia perniciosa (resultante da deficiência de vitamina B12), ou da anemia por deficiência de ferro, ou da anemia secundária a uma doença maligna no sangue, ou da anemia como efeito colateral de medicamentos. Todas essas são "anemias" no sentido estrito da palavra, com um déficit de glóbulos vermelhos, mas seu tratamento está relacionado à etiologia. Meu argumento é que, nos casos de depressão que surgem de adversidades precoces no desenvolvimento (ou seja, a grande maioria dos casos, especialmente em jovens), o tratamento sintomático é insuficiente.
24. Moncrief et al. (2023). Análise guarda-chuva é um tipo de pesquisa que combina e avalia várias revisões sistemáticas e metanálises existentes sobre um tópico específico. É essencialmente uma "revisão de revisões".
25. https://www.ucl.ac.uk/news/2022/jul/no-evidence-depression-caused-low-serotonin-levels-finds-comprehensive-review.
26. Freud (1940 [1938]), p. 164.
27. Yovell et al. (2016) para os resultados gerais; Yovell & Bar (comunicação pessoal, 2025) para o tamanho do efeito.
28. Hobson & McCarley (1977), p. 1346.
29. "Brücke teve mais peso para mim do que qualquer outra pessoa em toda a minha vida"; Freud (1926), p. 226.
30. Carta a Hallmann (1842), publicada em Du Bois-Reymond (1918), p. 108; grifo nosso.
31. Shevrin et al. (1992).
32. Freud (1920), p. 57.
33. Freud (1914), p. 68.

CAPÍTULO 7: O futuro de uma ilusão

1. Freud (1933), p. 126.
2. Jung (1955), p. 212.
3. Kishimi e Koga (2013).
4. A observação é atribuída a Edward Glover (Hansi Kennedy, comunicação pessoal, 1996).
5. Consulte King & Steiner (1991).
6. Freud (1915a), pp. 109-10.
7. Freud (1933), p. 71.
8. Lacan (1956), p. 128.
9. Lacan (1960), p. 300.
10. O que ele de fato disse foi: "Sa morale relève d'un cynisme supérieur". No contexto, isso também poderia ser traduzido como: "Sua moralidade é o domínio de um cinismo superior" (Onfray, 2010).

11. Brandell (2010), p. 70.
12. Perlman & Brandell (2014).
13. DeYoung (2003), p. 28.
14. Freud (1915), p. 280.
15. Freud (1940 [1938]), p. 164.

CAPÍTULO 8: A cura pelo amor

1. Ele se mudou para uma fazenda de sua propriedade na antiga colônia alemã do Sudoeste da África (atual Namíbia), que, na época, era um "mandato" da África do Sul. Seus filhos e netos posteriormente se estabeleceram na África do Sul propriamente dita.
2. Crick (1994), p. 3.
3. Esman (2011).
4. Carta datada de 20 de julho de 1938.
5. Deleuze & Guattari (1972), p. 54.
6. Freud (1921), p. 74.
7. Freud (1921), pp. 107-8.
8. Merker (2007); Solms (2021). É claro que outras teorias da consciência também estão disponíveis.
9. Freud (1920), pp. 37-8.
10. Devo esclarecer que não foi minha família que "tomou" essa fazenda em particular. Ela foi concedida a outro colono europeu, em 1690, e comprada por minha família de seus sucessores legais.
11. Varoufakis (2023).
12. Carta datada de 11 de dezembro de 1921.
13. Carta a Julius Tandler, datada de 29 de novembro de 1931.
14. Freud (1935b), pp. 273-4.
15. Carta a Israel Cohen, datada de 14 de junho de 1938.
16. Freud (1930), p. 89.
17. Freud (1895), p. 272.
18. Carta a Max Halberstadt, datada de 25 de janeiro de 1920.
19. Carta a Carl Jung, datada de 6 de dezembro de 1906.
20. Carta a Albert Einstein, datada de 26 de março de 1929.

EPÍLOGO: A causa

1. Boonzaaier & Mendelow (2023).

Referências

ABBASS, A. et al. Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 4, artigo n. CD004687, 2006. doi:10.1002/14651858.CD004687.pub3.

ABBASS, A. et al. Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 7, 2006.

BACON, M.The therapist who hated me. **Aeon**, 8 abr. 2024.

BARGH, J.; CHARTRAND, T. The unbearable automaticity of being. **American Psychologist**, v. 54, p. 462-479, 1999.

BARRETT, L. F. **How emotions are made**: The secret life of the brain. New York: Houghton Mifflin Harcourt, 2017.

BAUER, P. Recall in infancy: A neurodevelopmental account. **Current Directions in Psychological Science**, v. 16, p. 142-146, jun. 2007. doi:10.1111/j.1467-8721.2007.00492.x.

BECKER, E. **The denial of death**. New York: Simon & Schuster, 1973.

BERGER, L. **Freud**: Darkness in the midst of vision. New York: Wiley & Sons, 2000.

BESHARATI, S. et al. The affective modulation of motor awareness in anosognosia for hemiplegia: behavioural and lesion evidence. **Cortex**, v. 61, p. 127-140, 2014.

BESHARATI, S. et al. Mentalizing the body: spatial and social cognition in anosognosia for hemiplegia. **Brain**, v. 139, p. 971-985, 2016.

BESHARATI, S.; FOTOPOULOU, A.; KOPELMAN, M. What is it like to be confabulating? In: MISHARA, A. L. et al. (ed.). **Phenomenological neuropsychiatry**: How patient experience bridges clinic with clinical neuroscience. New York: Springer, 2014.

BETTELHEIM, B. **Freud and man's soul**. New York: Flamingo, 1983.

BISIACH, E.; GEMINIANI, G. Anosognosia relating to hemiplegia and hemianopia. In: PRIGATANO, G.; SCHACTER, D. (ed.). **Awareness of deficit after brain injury**: Clinical and theoretical issues. New York: Oxford University Press, 1991. p. 25-26.

BOONZAAIER, Z.; MENDELOW, E. **The impact of early separation trauma on adulthood depression**: Development of the separation distress adversity scale. 2023. Dissertação (Mestrado) – University of Cape Town, Cape Town, 2023.

BOWLBY, J. **Attachment**. London: Hogarth Press, 1969.

BRANDELL, J. **Theory and practice in clinical social work**. New York: The Free Press, 2010.

BRAUN, A. et al. Regional cerebral blood flow throughout the sleep-wake cycle: An H2(15)O PET study. **Brain**, v. 120, p. 1173-1197, 1997.

BRENTANO, F. **Psychology from an empirical standpoint**. 2. ed. London: Routledge & Kegan Paul, 1924.

BROCA, P. Remarques sur le siège de la faculté du langage articulé, suivies d'une observation d'aphémie (perte de la parole). **Bulletin de la Société Anatomique de Paris**, v. 6, p. 330-357, 1861.

BYKHOVSKY, B. **Метапсихология Фрейда** [Metapsicologia de Freud]. Minsk: Monograph, 1926.

CARHART-HARRIS, R.; FRISTON, K. The default-mode, ego-functions and free-energy: a neurobiological account of Freudian ideas. **Brain**, v. 133, p. 1265-1283, 2010.
CHALMERS, D. Facing up to the problem of consciousness. **Journal of Consciousness Studies**, v. 2, p. 200-219, 1995.
CLARK, A. **Surfing uncertainty**: Prediction, action, and the embodied mind. New York: Oxford University Press, 2015.
COBB, M. **The idea of the brain**. London: Profile Books, 2020.
COHEN, J. **Statistical power analysis for the behavioral sciences**. 2. ed. New York: Routledge, 1988.
COHEN, J. A power primer. **Psychological bulletin**, v. 112, p. 155, 1992.
COLE, M. Introduction: The historical context. In: LURIA, A. R. **The making of mind**. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1979. p. 1-14.
COLE, S. et al. Implausible future events in a confabulating patient with an anterior communicating artery aneurysm. **Neurocase**, v. 20, p. 208-224, 2014.
COLTHEART, M.; TURNER, M. Confabulation and delusion. In: HIRSTEIN, W. (ed.). **Confabulation**: Views from neuroscience, psychiatry, psychology and philosophy. New York: Oxford University Press, 2009. p. 173.
CREWS, F. **Unauthorized Freud**: Doubters confront a legend. New York: Viking, 1998.
CREWS, F. **Freud**: The making of an illusion. New York: Metropolitan Books/Henry Holt, 2017.
CRICK, F. **The astonishing hypothesis**: The scientific search for the soul. New York: Charles Scribner's Sons, 1994.
DAMASIO, A. **The strange order of things**: Life, feeling, and the making of cultures. London: Penguin Random House, 2018.
DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Anti-Oedipus**: Capitalism and schizophrenia. New York: Viking Press, 1972.
DE MAAT, S. et al. The effectiveness of long-term psychoanalytic therapy: a systematic review of empirical studies. **Harvard Review of Psychiatry**, v. 17, p. 1-23, 2009. doi: 10.1080/10673220902742476.
DEMENT, W.; KLEITMAN, N. The relation of eye movements during sleep to dream activity: an objective method for the study of dreaming. **Journal of Experimental Psychology**, v. 53, p. 339-346, 1957.
DEYOUNG, P. **Relational psychotherapy**: A primer. London: Routledge, 2003.
DRURY, A.; ELBERT, M.; DELISI, M. Childhood sexual abuse is significantly associated with subsequent sexual offending: New evidence among federal correctional clients. **Child Abuse & Neglect**, v. 95, 104035, 2019. doi: 10.1016/j.chiabu.2019.104035.
DU BOIS-REYMOND, E. (ed.). **Jugendbriefe von Emil Du Bois-Reymond an Eduard Hallmann**. Berlin: Reimer, 1918.
DUDAI, Y. The shaky trace. **Nature**, v. 406, p. 686-687, 2000.
DUNCAN, A. et al. The incidence of euphoria in multiple sclerosis: Artefact of measure. **Multiple Sclerosis International**, v. 2016, 738425, 2016. doi: 10.1155/2016/5738425.
ESMAN, A. Psychoanalysis and Surrealism: André Breton and Sigmund Freud. **Journal of the American Psychoanalytic Association**, v. 59, p. 173-181, 2011.
ESTERSON, A. **Seductive mirage**: An exploration of the work of Sigmund Freud. Chicago: Open Court, 1993.
EYSENCK, H. **Decline and fall of the reudian empire**. Harmondsworth: Viking, 1985.
FEINSTEIN, J. et al. The human amygdala and the induction and experience of fear. **Current Biology**, v. 21, p. 34-38, 2011. doi: 10.1016/j.cub.2010.11.042.
FOURIE, M. et al. Guilt and pride are heartfelt, but not equally so. **Psychophysiology**, v. 48, p. 888-899, 2011.

FOTOPOULOU, A. False-selves in neuropsychological rehabilitation: the challenge of confabulation. **Neuropsychological Rehabilitation**, v. 18, p. 541-565, 2008.

FOTOPOULOU, A. Disentangling the motivational theories of confabulation. In: HIRSTEIN, W. (ed.). **Confabulation**: Views from neurology, psychiatry, and philosophy. New York: Oxford University Press, 2009.

FOTOPOULOU, A. The affective neuropsychology of confabulation and delusion. **Cognitive Neuropsychiatry**, v. 15, p. 38-63, 2010.

FOTOPOULOU, A. Beyond the reward principle: consciousness as precision seeking. **Neuropsychoanalysis**, v. 15, p. 33-38, 2013.

FOTOPOULOU, A.; CONWAY, M. Confabulation pleasant and unpleasant. **Neuropsychoanalysis**, v. 6, p. 26-33, 2004.

FOTOPOULOU, A. et al. Confabulation: revising the motivational hypothesis. **Neurocase**, v. 13, p. 6-15, 2007.

FOTOPOULOU, A.; CONWAY, M.; SOLMS, M. Confabulation: motivated reality monitoring. **Neuropsychologia**, v. 45, p. 2180-2190, 2007.

FOTOPOULOU, A. et al. Self-serving confabulation in prose recall. **Neuropsychologia**, v. 46, p. 1429-1441, 2008a.

FOTOPOULOU, A. et al. Is the content of confabulation positive? An experimental study. **Cortex**, v. 44, p. 764-772, 2008b.

FOTOPOULOU, A.; SOLMS, M.; TURNBULL, O. Wishful reality distortions in confabulation: A case report. **Neuropsychologia**, v. 42, p. 727-744, 2004.

FRANKFURT, H. **On bullshit**. Princeton, NJ: Princeton University Press, 2005.

FREUD, S. Über den Bau der Nervenfasern und Nervenzellen beim Flußkrebs. **Sitzungsberichte der kaiserlichen Akademie der Wissenschaften Wien**, v. 85, n. 3, p. 9-46, 1882.

FREUD, S. Gehirn (Part I: Anatomie des Gehirns). In: VILLARET, A. **Handwörterbuch der gesamten Medizin**, v. 1. Stuttgart: Ferdinand Enke, 1888. p. 684-691.

FREUD, S. **Zur Auffassung der Aphasien**. Eine kritische Studie. Vienna: Franz Deuticke, 1891.

FREUD, S. Some points for a comparison between organic and hysterical motor paralyses. **The Revised Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud**, v. 1, p. 185-199. Lanham, MD: Rowman & Littlefield, 1893.

FREUD, S. The neuropsychoses of defence. **The Revised Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud**, v. 3, p. 41-61. Lanham, MD: Rowman & Littlefield, 1894.

FREUD, S. Studies on hysteria. **The Revised Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud**, v. 2. Lanham, MD: Rowman & Littlefield, 1895.

FREUD, S. The interpretation of dreams. **The Revised Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud**, v. 4-5. Lanham, MD: Rowman & Littlefield, 1900.

FREUD, S. The psychopathology of everyday life. **The Revised Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud**, v. 6. Lanham, MD: Rowman & Littlefield, 1901.

FREUD, S. Jokes and their relation to the unconscious. **The Revised Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud**, v. 8. Lanham, MD: Rowman & Littlefield, 1905a.

FREUD, S. Three essays on the theory of sexuality. **The Revised Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud**, v. 7, p. 112-217. Lanham, MD: Rowman & Littlefield, 1905b.

FREUD, S. Leonardo Da Vinci and a memory of his childhood. **The Revised Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud**, v. 11, p. 57-123. Lanham, MD: Rowman & Littlefield, 1910.

FREUD, S. A note on the unconscious in psycho-analysis. **The Revised Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud**, v. 12, p. 253-261. Lanham, MD: Rowman

& Littlefield, 1912.
FREUD, S. On narcissism: An introduction. **The Revised Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud**, v. 14, p. 59-89. Lanham, MD: Rowman & Littlefield, 1914.
FREUD, S. Drives and their vicissitudes. **The Revised Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud**, v. 14, p. 99-123. Lanham, MD: Rowman & Littlefield, 1915a.
FREUD, S. The unconscious. **The Revised Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud**, v. 14, p. 143-191. Lanham, MD: Rowman & Littlefield, 1915b.
FREUD, S. Thoughts for the times on war and death. **The Revised Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud**, v. 14, p. 271-301. Lanham, MD: Rowman & Littlefield, 1915c.
FREUD, S. Introductory lectures on psychoanalysis. **The Revised Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud**, v. 15-16. Lanham, MD: Rowman & Littlefield, 1916-1917.
FREUD, S. Mourning and melancholia. **The Revised Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud**, v. 14, p. 213-231. Lanham, MD: Rowman & Littlefield, 1917.
FREUD, S. Beyond the pleasure principle. **The Revised Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud**, v. 18, p. 3-61. Lanham, MD: Rowman & Littlefield, 1920.
FREUD, S. Group psychology and the analysis of the ego. **The Revised Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud**, v. 18, p. 65-133. Lanham, MD: Rowman & Littlefield, 1921.
FREUD, S. The ego and the id. **The Revised Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud**, v. 19, p. 3-58. Lanham, MD: Rowman & Littlefield, 1923.
FREUD, S. The dissolution of the Oedipus complex. **The Revised Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud**, v. 19, p. 165-173. Lanham, MD: Rowman & Littlefield, 1924a.
FREUD, S. Neurosis and psychosis. **The Revised Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud**, v. 19, p. 139-145. Lanham, MD: Rowman & Littlefield, 1924b.
FREUD, S. An autobiographical study. **The Revised Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud**, v. 20, p. 3-66. Lanham, MD: Rowman & Littlefield, 1925.
FREUD, S. The question of lay analysis. **The Revised Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud**, v. 20, p. 159-242. Lanham, MD: Rowman & Littlefield, 1926.
FREUD, S. The future of an illusion. **The Revised Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud**, v. 21, p. 3-52. Lanham, MD: Rowman & Littlefield, 1927.
FREUD, S. Civilization and its discontents. **The Revised Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud**, v. 21, p. 55–131. Lanham, MD: Rowman & Littlefield, 1930.
FREUD, S. New introductory lectures on psychoanalysis. **The Revised Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud**, v. 22, p. 3-160. Lanham, MD: Rowman & Littlefield, 1933.
FREUD, S. An autobiographical study. **The Revised Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud**, v. 22, p. 3-66. Lanham, MD: Rowman & Littlefield, 1935a.

FREUD, S. Letter to the Society of B'Nai Brith, Vienna. **The Revised Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud**, v. 22, p. 273-274. Lanham, MD: Rowman & Littlefield, 1935b.

FREUD, S. An outline of psychoanalysis. **The Revised Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud**, v. 23, p. 127-187. Lanham, MD: Rowman & Littlefield, 1940 [1938].

FREUD, S. Project for a scientific psychology. **The Revised Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud**, v. 1, p. 309-421. Lanham, MD: Rowman & Littlefield, 1950 [1895].

FREUD, S. Letter on homosexuality. **The Revised Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud**, v. 22, p. 270-271. Lanham, MD: Rowman & Littlefield, 1951 [1935].

FREUD, S. Kritische Einleitung in die Nervenpathologie. In: GÜNTHER, K. et al. (ed.). **Luzifer-Amor**, v. 25, p. 33-82, 2012 [1885–1887].

FREUND, K.; WATSON, R.; DICKEY, R. Does sexual abuse in childhood cause pedophilia: an exploratory study. **Archives of Sexual Behavior**, v. 19, p. 557-568, 1990. doi: 10.1007/BF01542465.

FRISTON, K. The importance of being precise. **Neuropsychoanalysis**, v. 22, p. 57-61, 2020.

GALLESE, V. Mirror neurons, embodied simulation, and the neural basis of social identification. **Psychoanalytic Dialogues**, v. 19, p. 519-536, 2009. doi: 10.1080/10481880903231910.

GILBERT, R. et al. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. **Lancet**, v. 373, p. 68-81, 2009. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61706-7.

GRINSTEIN, A. **The index of psychoanalytical writings**. New York: International Universities Press, 1956–1975. 14 vols.

HARLOW, H.; HARLOW, M. Social deprivation in monkeys. **Scientific American**, v. 207, p. 136-146, 1962. doi: 10.1038/scientificamerican1162-136.

HIDALGO, R.; TUPLER, L.; DAVIDSON, J. R. An effect-size analysis of pharmacologic treatments for generalized anxiety disorder. **Journal of Psychopharmacology**, v. 21, p. 864-872, 2007. doi: 10.1177/0269881107076996.

HOBSON, J. A. **The dreaming brain**. New York: Basic Books, 1988.

HOBSON, J. A. **Dream life**: An experimental memoir. Cambridge, MA: MIT Press, 2011.

HOBSON, J. A.; MCCARLEY, R. The brain as a dream state generator: an activation-synthesis hypothesis of the dream process. **American Journal of Psychiatry**, v. 134, p. 1335-1348, 1977.

HOBSON, J. A.; FRISTON, K. Waking and dreaming consciousness: neurobiological and functional considerations. **Progress in Neurobiology**, v. 98, p. 82-98, 2012.

HOHWY, J. **The Predictive Mind**. New York: Oxford University Press, 2013.

INGRAM, D. Review of Strenger's 'Between Hermeneutics and Science'. **American Journal of Psychoanalysis**, v. 52, p. 297-298, 1992.

JACKSON, M.; SOLMS, M. Separation distress in obsessive-compulsive disorder. **Neuropsychoanalysis**, v. 15, p. 117-125, 2013.

JANICK, P. G. et al. Efficacy of ECT: A meta-analysis. **American Journal of Psychiatry**, v. 142, p. 297-302, 1985.

JORAVSKY, D. A great Soviet psychologist. **New York Review of Books**, 16 maio 1974. v. 21, p. 22-25.

JOUVET, M. Paradoxical sleep: a study of its nature and mechanisms. **Progress in Brain Research**, v. 18, p. 20-62, 1965.

JUNG, C. G. Aion: Researches into the phenomenology of the self. **The Collected Works of C. G. Jung**, v. 9, n. 2. Princeton: Princeton University Press, 1955.

KALWANI, R.; VAN BUSKIRK, J. Are benzodiazepines effective for treatment of generalized anxiety disorder? **Evidence-Based Practice**, v. 20, p. E8-E9, 2017. doi:

10.1097/01.EBP.0000541748.97949.e2.
KANDEL, E. A new intellectual framework for psychiatry. **American Journal of Psychiatry**, v. 155, p. 457-469, 1998.
KANDEL, E. Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited. **American Journal of Psychiatry**, v. 156, p. 505-524, 1999.
KANT, I. Idea for a universal history with a cosmopolitan purpose. In: REISS, H. S. (ed.). **Kant**: Cambridge Texts in the History of Political Thought. Cambridge: Cambridge University Press, 1784. p. 41-53.
KHAN, A.; MAR, K.; BROWN, W. Consistently modest antidepressant effects in clinical trials: The role of regulatory requirements. **Psychopharmacology Bulletin**, v. 51, p. 79-108, 2021.
KING, P.; STEINER, R. **The Freud-Klein controversies 1941–45**. London: Routledge, 1991.
KIRSCH, I. et al. Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. **PLoS Medicine**, v. 5, p. e45, 2008. doi: 10.1371/journal.pmed.0050045.
KISHIMI, I.; KOGA, F. **The courage to be disliked**. New York: Simon & Schuster, 2013.
KLEIST, K. **Gehirnpathologie**. Leipzig: Barth, 1934.
KLINE, P. **Fact and fantasy in freudian theory**. London: Methuen, 1972.
KOZULIN, A. **Psychology in utopia**. Cambridge, MA: MIT Press, 1984.
KRUGLANSKI, A.; JASKO, K.; FRISTON, K. All thinking is “wishful” thinking. **Trends in Cognitive Sciences**, v. 24, p. 413-424, 2020.
LACAN, J. The Freudian thing, or the meaning of the return to Freud in psychoanalysis. **Écrits**: A Selection. London: Tavistock, 1956. p. 114-145.
LACAN, J. The subversion of the subject and the dialectic of desire in the Freudian unconscious. **Écrits**: A Selection. London: Tavistock, 1960. p. 292-325.
LAPLANCHE, J. Specificity of terminological problems in the translation of Freud. **International Review of Psychoanalysis**, v. 18, p. 401, 1991.
LAPLANCHE, J. **Seduction, translation, drives**. London: ICA, 1992.
LEBZELTERN, G. Freud und das Kokain. **Wiener Klinische Wochenschrift**, v. 95, p. 765-769, 1983.
LEICHSENRING, F.; LEIBING, E. The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. **American Journal of Psychiatry**, v. 160, p. 1223-1232, 2003. doi: 10.1176/appi.ajp.160.7.1223.
LEICHSENRING, F.; RABUNG, S.; LEIBING, E. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. **Archives of General Psychiatry**, v. 61, p. 1208-1216, 2004. doi: 10.1001/archpsyc.61.12.1208.
LEICHSENRING, F.; RABUNG, S. Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. **Journal of the American Medical Association**, v. 300, p. 1551-1565, 2008. doi: 10.1001/jama.300.13.1551.
LEICHSENRING, F. et al. Psychodynamic therapy meets evidence-based medicine: a systematic review using updated criteria. **Lancet Psychiatry**, v. 2, p. 648-660, 2015. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00155-8.
LEUCHT, S. et al. The response of subgroups of patients with schizophrenia to different antipsychotic drugs: a systematic review and meta-analysis. **Lancet Psychiatry**, v. 9, p. 884-893, 2022. doi: 10.1016/S2215-0366(22)00304-2.
LEUZINGER-BOHLEBER, M. et al. Outcome of psychoanalytic and cognitive-behavioural long-term therapy with chronically depressed patients. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 64, p. 47-58, 2019. doi: 10.1177/0706743718780340.
LEVAY, S. **The Sexual Brain**. Cambridge, MA: MIT Press, 1993.
LIPSEY, M.; WILSON, D. The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment. Confirmation from meta-analysis. **American Psychologist**, v. 48, p. 1181-1209, 1993. doi:

10.1037//0003-066x.48.12.1181.
LOBNER, H.; LEVITIN, V. A short account of Freudism: Notes on the history of psychoanalysis in the USSR. **Sigmund Freud Haus Bulletin**, v. 2, p. 5-30, 1978.
LOFTUS, E. **The myth of repressed memory**: False memories and allegations of sexual abuse. New York: St. Martin's Press, 1994.
LURIA, A. R. **The nature of human conflicts**. New York: Liveright, 1932a.
LURIA, A. R. Psychological expedition to Central Asia. **Journal of Genetic Psychology**, v. 40, p. 241-242, 1932b.
LURIA, A. R. **психоанализа.большая советская энциклопедия**, v. 13, p. 248-249, 1940.
LURIA, A. R. **Traumatic aphasia**. The Hague: Mouton, 1947.
LURIA, A. R. **Restoration of functions after brain injury**. Oxford: Pergamon Press, 1948.
LURIA, A. R. **Higher cortical functions in man**. New York: Basic Books, 1962.
LURIA, A. R. **Human brain and psychological processes**. New York: Harper & Row, 1963.
LURIA, A. R. **The mind of a mnemonist**. New York: Basic Books, 1968.
LURIA, A. R. **The man with a shattered world**. New York: Basic Books, 1972.
LURIA, A. R. **The working brain**. London: Penguin, 1973.
LURIA, A. R. **Basic problems of neurolinguistics**. The Hague: Mouton, 1976a.
LURIA, A. R. **The neuropsychology of memory**. New York: Wiley & Sons, 1976b.
LURIA, A. R. **The making of mind**. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1979.
LURIA, A. R.; VYGOTSKY, L. **Ape, primitive man and child**. New York: Harvester, 1930.
LURIA, A. R.; MAJOVSKI, L. V. Basic approaches used in American and Soviet clinical neuropsychology. **American Psychologist**, v. 32, p. 959-968, 1977. doi: 10.1037/0003-066X.32.11.959.
MALCOLM, J. **In the Freud archives**. New York: Alfred A. Knopf, 1984.
MASSON, J. M. **The assault on truth**: Freud's suppression of the seduction theory. New York: Farrar Straus Giroux, 1984.
MAYBERG, H. et al. Deep brain stimulation for treatment-resistant depression. **Neuron**, v. 45, p. 651-660, 2005. doi: 10.1016/j.neuron.2005.02.014.
MAYBERG, H. Deep brain stimulation for treatment-resistant depression: An expert interview. **Medscape**, 5 jan. 2006.
MCCARLEY, R.; HOBSON, J. A. The neurobiological origins of psychoanalytic dream theory. **American Journal of Psychiatry**, v. 134, p. 1211-1221, 1977.
MCGLYNN, S. M.; SCHACTER, D. L. Unawareness of deficits in neuropsychological syndromes. **Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology**, v. 11, p. 143–205, 1989.
MECACCI, L. Review of A. R. Luria, "The Mind of a Mnemonist". **Journal of the History of the Behavioral Sciences**, v. 24, p. 268-270, 1988.
MERKER, B. Consciousness without cerebral cortex: A challenge for neuroscience and medicine. **Behavioral & Brain Sciences**, v. 30, p. 63-68, 2007.
MEYNERT, T. **Psychiatry**: A clinical treatise on diseases of the fore-brain. New York: G. P. Punam's & Sons, 1884.
MILLER, M. **Freud and the Bolsheviks**. New Haven, CT: Yale University Press, 1998.
MONCRIEFF, J. et al. The serotonin theory of depression: A systematic umbrella review of the evidence. **Molecular Psychiatry**, v. 28, p. 3243-3256, 2023. doi: 10.1038/s41380-022-01661-0.
NAGEL, T. What is it like to be a bat? **The Philosophical Review**, v. 83, p. 435-450, 1974.
NORCROSS, J. C. The psychotherapist's own psychotherapy: Educating and developing psychologists. **American Psychologist**, v. 60, p. 840-850, 2005.
OBHOLZER, K. **The Wolf Man**. Sixty Years Later. New York: Continuum, 1982.
OLDS, J.; MILNER, P. Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions of rat brain. **Journal of Comparative and Physiological Psychology**, v. 47, p. 419-427, 1954. doi: 10.1037/h0058775.

ONFRAY, M. En finir avec Freud. **Philosophie**, v. 36, p. 10-15, 2010.
OSTOW, M. **Drugs in psychoanalysis and psychotherapy**. New York: Basic Books, 1992.
PANKSEPP, J. **Affective neuroscience**. New York: Oxford University Press, 1998.
PAPPENHEIM, E. Psychoanalysis in the Soviet Union. **American Psychoanalyst**, v. 24, p. 4-5, 1990.
PARR, T.; PEZZULO, G.; FRISTON, K. **Active inference**. Cambridge, MA: MIT Press, 2022.
PERLMAN, F.; BRANDELL, J. Psychoanalytic theory. In: BRANDELL, J. (ed.). **Essentials of clinical social work**. New York: Sage Publications, 2014. p. 42-83. doi: 10.4135/9781483398266.n3.
POPPER, K. **The logic of scientific discovery**. New York: Basic Books, 1934.
POPPER, K. **Conjectures and refutations**. New York: Basic Books, 1963.
POPPER, K. Replies to my critics. In: SCHILPP, P. A. (ed.). **The philosophy of Karl Popper**, v. 2. La Salle, IL: Open Court, 1974.
POSSE, P. et al. A connectomic approach for subcallosal cingulate deep brain stimulation surgery. **Molecular Psychiatry**, v. 23, p. 843-849, 2018. doi: 10.1038/mp.2017.59.
PRIBRAM, K. The neuropsychology of Sigmund Freud. In: BACHARACH, A. J. (ed.). **Experimental foundations of clinical psychology**. New York: Basic Books, 1962. p. 442-468.
PRIBRAM, K. Freud's "Project": An open, biologically based model for psychoanalysis. In: GREENFIELD, N.; LEWIS, W. (ed.). **Psychoanalysis and current biological thought**. Madison: University of Wisconsin Press, 1965. p. 81-92.
PRIBRAM, K.; GILL, M. **Freud's 'Project' re-assessed**. New York: Basic Books, 1976.
PRIBRAM, K.; LURIA, A. R. **Psychophysiology of the frontal lobes**. New York: Academic Press, 1973.
RAMACHANDRAN, V. S. Phantom limbs, neglect syndromes, repressed memories, and Freudian psychology. **International Review of Neurobiology**, v. 37, p. 291-333, 1994. doi: 10.1016/s0074-7742(08)60254-8.
RAMACHANDRAN, V. S.; BLAKESLEE, S. **Phantoms in the brain**. New York: William Morrow, 1998.
ROBINSON, L.; BERMAN, J.; NEIMEYER, R. Psychotherapy for the treatment of depression: a comprehensive review of controlled outcome research. **Psychological Bulletin**, v. 108, p. 30-49, 1990. doi: 10.1037/0033-2909.108.1.30.
SACKS, O. **A leg to stand on**. New York: Simon & Schuster, 1984.
SETH, A. **Being you**. London: Faber, 2021a.
SETH, A. **How the brain accomplishes perception**. 2021b. Disponível em: https://www.joinexpeditions.com/exps/872.
SHANNON, C. A mathematical theory of communication. **Bell System Technical Journal**, v. 27, p. 379-423, 1948.
SHEDLER, J. The efficacy of psychodynamic psychotherapy. **American Psychologist**, v. 65, p. 98-109, 2010.
SHEM, S. **The house of God**. New York: Richard Marek Publishers, 1978.
SHEPHERD, G. **Foundations of the neuron doctrine**. Oxford: Oxford University Press, 1991.
SHERRINGTON, C. **The integrative action of the nervous system**. New Haven: Yale University Press, 1906.
SHEVRIN, H. et al. Event-related potential indicators of the dynamic unconscious. **Consciousness and Cognition**, v. 1, p. 340-366, 1992.
SHORTER, E. **A history of psychiatry**: From era of the asylum to the age of prozac. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 1997.
SKINNER, B. F. **Science and human behavior**. London: Macmillan, 1953.
SMITH, M. L.; GLASS, G. V.; MILLER, T. I. **The benefits of psychotherapy**. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 1980.

SOLMS, M. **The neuropsychology of dreams**: A clinico-anatomical study. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1997.
SOLMS, M. Dreaming and REM sleep are controlled by different brain mechanisms. **Behavioral & Brain Sciences**, v. 23, p. 843-850, 2000.
SOLMS, M. New project for a scientific psychology: General scheme. **Neuropsychoanalysis**, v. 22, p. 5-35, 2020. doi: 10.1080/15294145.2020.1833361.
SOLMS, M. **The hidden spring**: A journey to the source of consciousness. London: Profile Books, 2021.
SOLMS, M. Revision of Freud's theory of the biological origin of the Oedipus complex. **Psychoanalytic Quarterly**, v. 90, p. 555-581, 2022. doi: 10.1080/00332828.2021.1984153.
SOLMS, M.; PANKSEPP, J. Why depression feels bad. In: PERRY, E. et al. (ed.). **New horizons in the neuroscience of consciousness**. Amsterdam: John Benjamins, 2010. p. 169-179.
STEINERT, C. et al. Psychodynamic therapy: As efficacious as other empirically supported treatments? A meta-analysis testing equivalence of outcomes. **American Journal of Psychiatry**, v. 174, p. 943-953, 2017. doi: 10.1176/appi.ajp.2017.17010057.
SULLOWAY, F. **Freud, biologist of the mind**. New York: Basic Books, 1979.
SWAAB, D. Sexual orientation and its basis in brain structure and function. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, v. 105, p. 10273-10274, 2008. doi: 10.1073/pnas.0805542105.
SWALES, P. Freud, Minna Bernays, and the conquest of Rome. **The New American Review**, v. 1, p. 1-23, 1982.
THORNDIKE, E. **Animal intelligence**. New York: Macmillan, 1911.
THORNTON, E. **The Freudian fallacy**: Freud and cocaine. London: Blond & Briggs, 1983.
TIMPANARO, S. **The Freudian slip**: Psychoanalysis and textual criticism. New York: Verso, 1974.
TOLCHINSKY, A. et al. Disgust as a primary emotional system and its clinical relevance. **Frontiers of Psychology**, v. 15, 2024. doi: 10.3389/fpsyg.2024.1454774.
TOLMAN, E. Cognitive maps in rats and men. **Psychological Review**, v. 55, p. 189-208, 1948.
TORRES, N. Testing a neuro-evolutionary theory of social bonds and addiction. **Frontiers in Psychiatry**, v. 10, 2019. doi: 10.3389/fpsyt.2019.00602.
TOUROUTOGLOU, A. et al. Intrinsic connectivity in the human brain does not reveal networks for "basic" emotions. **Social, Cognitive and Affective Neuroscience**, v. 10, p. 1257-1265, 2015. doi: 10.1093/scan/nsv013.
TRIARHOU, L.; DEL CERRO, M. The histologist Sigmund Freud and the biology of intracellular motility. **Biology of the Cell**, v. 61, p. 111-114, 1987. doi: 10.1111/j.1768-322x.1987.tb00576.x.
TURNBULL, O.; BERRY, H.; EVANS, C. A positive emotional bias in confabulatory false beliefs about place. **Brain and Cognition**, v. 55, p. 490-494, 2004.
TURNBULL, O.; FOTOPOULOU, A.; SOLMS, M. Anosognosia as motivated unawareness: the "defence" hypothesis revisited. **Cortex**, v. 61, p. 18-29, 2014.
TURNBULL, O.; JENKINS, S.; ROWLEY, M. The pleasantness of false beliefs: an emotion-based account of confabulation. **Neuropsychoanalysis**, v. 6, p. 5-16, 2004.
TURNBULL, O.; SOLMS, M. Awareness, desire, and false beliefs. **Cortex**, v. 43, p. 1083-1090, 2007.
TURNER, E. et al. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. **New England Journal of Medicine**, v. 358, p. 252-260, 2008. doi: 10.1056/NEJMsa065779.
UNDERWOOD, J. In: FREUD, S. **Mass psychology and other writings**. London: Penguin, 2004.
UNDERWOOD, J. In: FREUD, S. **Interpreting dreams**. London: Penguin, 2006.
VALKANOVA, Y. The psychoanalytic kindergarten project in Soviet Russia 1921–1930. **SCRSS Digest**, v. 13, p. 12-15, 2016.
VAN DER VEER, R.; VALSINER, J. **Understanding Vygotsky**. Oxford: Blackwell, 1991.
VAROUFAKIS, Y. **Technofeudalism**: What killed capitalism. London: Bodley Head, 2023.

WAGER, T. et al. A Bayesian model of category-specific emotional brain responses. **PLoS Computational Biology**, v. 11, e1004066, 2015. doi: 10.1371/journal.pcbi.1004066.

WATT, D.; PANKSEPP, J. Depression: An evolutionarily conserved mechanism to terminate separation distress? A review of aminergic, peptidergic, and neural network perspectives. **Neuropsychoanalysis**, v. 11, p. 7-51, 2009. doi: 10.1080/15294145.2009.10773593.

WEBSTER, R. **Why Freud was wrong**: Sin, science and psychoanalysis. London: Orwell Press, 2005.

WEINSTEIN, E. A.; KAHN, R. L. **Denial of illness**: Symbolic and physiological aspects. Springfield, IL: Charles C. Thomas, 1955. doi: 10.1037/11516-000.

WYKES, T. et al. Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor. **Schizophrenia Bulletin**, v. 34, p. 523-537, 2008. doi: 10.1093/schbul/sbm114.

YOVELL, Y. et al. Ultra-low-dose buprenorphine as a time-limited treatment for severe suicidal ideation: a randomized controlled trial. **American Journal of Psychiatry**, v. 173, p. 491-498, 2016.

ZEKI, S. **A vision of the brain**. Oxford: Blackwell, 1993.

ZELLNER, M. et al. Affective neuroscientific and neuropsychoanalytic approaches to two intractable psychiatric problems: why depression feels so bad and what addicts really want. **Neuroscience and Biobehavioral Reviews**, v. 35, p. 2000-2008, 2011.

Agradecimentos

GOSTARIA DE AGRADECER AOS MEUS COLEGAS — psiquiatras e psicanalistas — Andrea Clarici (Trieste), Gyuri Fodor (Viena), Tennyson Lee (Londres), Steven Yeates (Sydney), Yoram Yovell (Jerusalém) e Michelle van den Engh (Vancouver), por seus comentários úteis sobre uma versão quase final deste livro. Naturalmente, minha gratidão não implica que eles tenham qualquer responsabilidade pelas opiniões que expressei.

Também gostaria de agradecer à minha querida poeta e artista, Eliza Kentridge, por me manter razoavelmente letrado — sem mencionar profundamente feliz.

Quanto ao meu editor, Ed Lake, é difícil expressar o quanto sou grato a ele por ter transformado minha escrita científica morosa em um livro mais do que legível. Como muitas pessoas, eu estava sob a impressão errônea de que editores como ele não existiam mais. Por fim, gostaria de agradecer à minha notável agente, Caroline Dawnay, e reconhecer que foi ideia dela que eu escrevesse um livro sobre Freud, após a publicação de minha *Revised Standard Edition* de suas obras psicológicas.

Sobre o autor

Mark Solms é um renomado neuropsicólogo e psicanalista. É diretor de neuropsicologia do Instituto de Neurociência da Universidade da Cidade do Cabo, professor honorário de Neurocirurgia da Escola de Medicina do St. Bartholomew's & Royal London Hospital e membro honorário do American College of Psychiatrists. Publicou amplamente sobre os mecanismos cerebrais dos sonhos, da consciência, da emoção e de diversos transtornos neuropsiquiátricos, além de ter conduzido extensas pesquisas sobre a integração do conhecimento psicanalítico e neurocientífico. Ele é o editor e tradutor autorizado da *The Revised Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (*Edição Revista e Padronizada das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, em tradução livre) (24 volumes, 2024) e *The Complete Neuroscientific Works of Sigmund Freud* (*Obras Neurocientíficas Completas de Sigmund Freud*, em tradução livre) (4 volumes, no prelo). Seu primeiro livro de ciência para o grande público, *A fonte oculta: uma jornada até a origem da consciência* (2021), recebeu críticas favoráveis em publicações como *The Guardian*, *The Washington*, revistas *Wired* e *New Statesman*, entre outros veículos.

I
O mesmo ocorre com todos os pacientes descritos neste livro.

II
O segundo S em ISRS refere-se à serotonina: “inibidores seletivos da recaptação de serotonina”.

I
Como o neurologista americano Norman Geschwind, o psiquiatra francês Henry Hécaen, o psicólogo germano-americano Hans-Lukas Teuber, o psicólogo britânico Oliver Zangwill e o neurocirurgião americano Karl Pribram.

II
Os mesmos componentes participam de vários sistemas funcionais; portanto, as síndromes neuropsicológicas frequentemente envolvem deficiências em múltiplas faculdades mentais simultaneamente.

III
Utilizamos *o Higher Cortical Function in Man* em sua segunda edição (1980) em inglês.

IV
Outros trabalhos de Luria no período imediatamente pós-psicanalítico incluíram um estudo de campo sobre diferenças culturais no pensamento, realizado com um grupo de colegas, no qual Luria se concentrou no “pensamento visual” (como já havia feito em sua pesquisa sobre sonhos e fantasias) e na “autoanálise e avaliação de outros indivíduos em vários estágios de desenvolvimento da personalidade” (Luria, 1932b, p. 242). Veja também o intrigante livro de Luria e Vygotsky sobre *Ape, Primitive Man and Child* (*Macaco, homem primitivo e criança*, em tradução livre) (1930), que apareceu em tradução para o inglês em 1992.

V
Três anos depois, a mesma editora, Profile Books, publicou meu próprio livro, *The Hidden Spring* (*A fonte oculta*, em tradução livre), que tinha várias palavras favoráveis a dizer sobre Freud.

I
Aqui está uma citação representativa: “Não só a teoria dos sonhos de Freud estava errada, mas a psicanálise distorceu sistematicamente a psicologia e atrasou o desenvolvimento da psiquiatria” (Hobson, 2011).

II
John Hughlings Jackson, que influenciou muito Freud e Luria, havia trabalhado lá na década de 1860.

III
Freud parece ter perdido a coragem. Ele escreveu o seguinte para sua noiva em 7 de dezembro de 1885: “Apenas uma coisa fala contra esse empreendimento, a saber, que ele é audacioso, que deve ser coberto por um grande nome e que, portanto, não ouso permitir que seja publicado com o meu. No entanto, ainda assim o escreverei”.

I
Os pontos essenciais apresentados por Freud foram, em primeiro lugar, que a linguagem é uma função psicológica cujos transtornos devem ser analisados em termos psicológicos, não fisiológicos. Entretanto, em segundo lugar, o complexo sistema funcional da linguagem surge de uma interação entre funções componentes elementares, que podem ser localizadas anatomicamente. Portanto, em terceiro lugar, o sistema funcional da linguagem (como Luria o nomeou; Freud o chamou de “aparelho da linguagem”) é algo virtual. Essas três conclusões sobre a linguagem eram generalizáveis para o aparato mental como um todo. Assim, o Freud neurologista argumentou, assim como o Freud psicanalista faria mais tarde: “As estruturas psíquicas, em geral, nunca devem ser consideradas como localizadas em elementos orgânicos do sistema nervoso, mas, sim, como se poderia dizer, entre eles” (Freud, 1900, p. 546). Qualquer neuropsicólogo moderno reconhecerá essa conceituação como sua.

II
Prefiro “neuropsicologia”, porque “neurociência cognitiva” exclui a psique de seu próprio nome, o que exigiu que Jaak Panksepp desenvolvesse uma “neurociência afetiva”. Considerações semelhantes me levaram a chamar a abordagem da neuropsicologia que defendo de “neuropsicanálise”.

III
Há muitos tipos diferentes de “funcionalismo”. Estou me referindo aqui ao funcionalismo como uma filosofia da mente.

IV
Freud (1926, pp. 172-3) escreve: “Logo ficará claro o que é o aparelho mental; mas devo pedir que não perguntem de que material ele é feito. Esse não é um assunto de interesse psicológico. A psicologia pode ser tão indiferente a ele quanto, por exemplo, a ótica pode ser indiferente à questão de saber se as paredes do telescópio são feitas de metal ou de papelão. Deixaremos inteiramente de lado a linha de abordagem material, mas não a espacial. Pois imaginamos o aparato desconhecido que serve às atividades da mente como realmente um instrumento construído de várias partes (que chamamos de “agências”) [hoje, falamos de “sistemas” ou “módulos”], cada uma das quais desempenha uma função específica e tem uma relação espacial fixa entre si”.

V
Isso não significa negar que muitas pessoas antes de Freud falavam de processos inconscientes em um sentido fisiológico, psicofísico, filosófico e até mesmo místico.

VI
O estranho termo “*consciência* inconsciente” deve ser entendido no contexto histórico: significava “*mente* inconsciente”.

VII
Freud acreditava que a satisfação das necessidades de autopreservação (como fome e sede) é prazerosa apenas secundariamente, em virtude de uma associação “analítica” com a sexualidade. Com base nisso, ele acabou combinando as pulsões sexuais e de autopreservação sob o título único de “pulsões de vida”, que ele contrastou com uma “pulsão de morte”. Nesse ponto, ele concluiu que buscamos não apenas o prazer, mas também a quiescência (consulte o Capítulo Cinco).

VIII
Em um sentido um pouco mais amplo, ele é a base da matemática de alguns algoritmos profundos que impulsionam o atual *boom* da inteligência artificial. (Consulte Parr, Pezzulo e Friston, 2022.)

IX
É importante observar que a energia livre de organismos complexos não é apenas uma variável contínua; ela é distribuída em diversas variáveis qualitativamente distintas. Nossas múltiplas necessidades não podem ser reduzidas a um denominador comum. Portanto, nossas pulsões devem ser qualitativamente distintas: 8/10 de sonolência não equivale a 8/10 de sede. Essa talvez seja a origem natural do que os filósofos chamam de “qualia”: as sensações distintamente diferentes de sensações diferentes.

X
Este não é o lugar para transmitir a profundidade e a riqueza do Princípio da Energia Livre. Para leitores interessados que queiram uma introdução digerível, recomendo *The Predictive Mind* (*A mente preditiva*, em tradução livre) (2013), de Jakob Hohwy. Para um tratamento possivelmente menos digerível, recomendo meu próprio *livro The Hidden Spring* (*A nascente oculta*, em tradução livre) (2021).

XI
Esse termo se refere a funções mentais — como sonhar — que se desenvolvem de trás para a frente, dos sistemas de memória para o sistema perceptual (ver Figura 2, p. 114). As funções mentais “progressivas”, por outro lado, prosseguem na direção para a frente, em direção ao sistema motor.

XII

Fliess era um otorrinolaringologista que morava e trabalhava em Berlim. Ele também era um pouco excêntrico. Ele desenvolveu uma teoria pseudocientífica adequada sobre o biorritmo humano e propôs conexões fisiológicas entre o nariz e os órgãos genitais que simplesmente não existem. Atualmente, é mais lembrado por sua estreita amizade com Freud, para quem atuou como uma caixa de ressonância enquanto ele desenvolvia suas primeiras teorias — tanto que o Google, erroneamente, o lista sob o título "psicanalista alemão". O que Freud viu nele continua sendo um tópico de debate acadêmico.

XIII

Zeki é membro da Royal Society e foi editor da *Philosophical Transactions of the Royal Society* (B) de 1997 a 2004. Ele fez contribuições fundamentais para nossa compreensão dos mecanismos cerebrais da visão de cores. Em vista da discussão anterior sobre "alucinação controlada", é instrutivo observar que Zeki reconheceu, já em 1993, que a cor não existe — como tal, como cor— no mundo exterior; ela é "uma propriedade do cérebro, uma propriedade com a qual ele investe as superfícies externas, uma interpretação que ele dá a certas propriedades físicas dos objetos" (Zeki, 1993, p. 236; grifo nosso).

XIV

Ou seja, a densidade de receptores de glicocorticoides no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal.

I

Aaron Beck, o fundador da TCC, era originalmente um psicanalista. Ele estudou no Philadelphia Psychoanalytic Institute entre 1954 e 1960, mas, quando se formou, seu pedido de filiação à American Psychoanalytic Association foi rejeitado (duas vezes), em função do ceticismo do comitê de avaliação sobre suas alegações de sucesso com tratamentos relativamente breves. Ele foi aconselhado a realizar um trabalho clínico supervisionado adicional, que se aprofundasse mais nas origens dos sintomas de seus pacientes, mas ele se recusou a fazê-lo.

II

Todas as terapias, inclusive as físicas, como técnicas de fixação óssea, ou qualquer outra, exigem um pouco de reflexão para serem testadas em relação a um método de controle. Você deixaria os ossos quebrados do grupo de controle sem tratamento, por exemplo? Mas criar uma condição de controle para comparar com uma terapia da fala apresenta desafios especiais. Como projetar uma terapia da fala que definitivamente não faz nada? O grupo de controle e seus terapeutas não devem conversar? Como garantir que os terapeutas que fornecem um tratamento falso não saibam que estão aplicando um placebo? E o que motivaria os pacientes a aderir a esses tratamentos, que, à primeira vista, não são úteis?

III

A definição de "tamanho do efeito" que acabei de fornecer é chamada de efeito "entre sujeitos", porque compara dois grupos diferentes de pessoas: aqueles que receberam e aqueles que não receberam um tratamento. Neste capítulo, a menos que eu diga o contrário, é desse tipo de tamanho de efeito que estou falando. Entretanto, alguns estudos usam uma definição diferente de tamanho do efeito. Isso é chamado de efeito "dentro dos sujeitos", porque compara um grupo de pessoas com ele mesmo: antes e depois do tratamento. Esse segundo tipo é menos preciso, pois é difícil determinar se o efeito medido ocorreu apenas em função do tratamento. (Pode ter havido outras variáveis que causaram a mudança, como a remissão espontânea.)

IV

A metanálise também analisou a mudança em três categorias específicas de sintomas. Essa parte do estudo produziu um tamanho de efeito de 0,81 para a melhora nos sintomas somáticos, que aumentou para 2,21 no acompanhamento; um tamanho de efeito de 1,08 para a melhora nos sintomas de ansiedade, que aumentou para 1,35 no acompanhamento; e um tamanho de efeito de 0,59 para a melhora nos sintomas depressivos, que aumentou para 0,98 no acompanhamento.

V

Em 2014, a metanálise da Cochrane foi atualizada para incluir mais 10 estudos de controle randomizados de psicoterapia psicanalítica de curto prazo (Abbass et al., 2014). Ela agora encontrou um tamanho de efeito geral de 0,71 e, novamente, esse valor aumentou para 1,51 no acompanhamento de longo prazo. Uma segunda metanálise altamente conceituada, publicada no *Archives of General Psychiatry*, incluiu 17 estudos controlados e randomizados de alta qualidade sobre terapia psicanalítica de curto prazo (Leichsenring, Rabung & Leibing, 2004). A dosagem média foi ainda menor do que a da metanálise da Cochrane Library (apenas 21 sessões). No entanto, esse estudo produziu um tamanho de efeito de 1,39, que aumentou para 1,57 no acompanhamento de longo prazo (13 meses após o término, em média). Esses números são extremamente impressionantes. Traduzindo o tamanho do efeito em termos percentuais, os autores observaram que os pacientes tratados com terapia psicanalítica de curto prazo estavam "melhores em relação a seus problemas-alvo do que 92% dos pacientes antes da terapia". Uma terceira metanálise altamente conceituada, relatada no *American Journal of Psychiatry*, examinou a eficácia da psicoterapia psicanalítica (14 estudos) e da TCC (11 estudos) para transtornos de personalidade (Leichsenring & Leibing, 2003). A metanálise relatou os tamanhos dos efeitos usando os períodos de acompanhamento mais longos disponíveis na literatura científica publicada. Para a terapia psicanalítica de curto prazo (na qual a duração típica do tratamento foi de 37 semanas), o período médio de acompanhamento foi de 1,5 ano. O tamanho de efeito da psicoterapia psicanalítica foi novamente considerado extremamente alto, ou seja, 1,46. Para a TCC (na qual o tratamento de curto prazo é considerado normal e a duração típica do tratamento é de 16 semanas), o período médio de acompanhamento foi de 13 semanas. (Períodos de acompanhamento mais curtos, assim como tratamentos mais curtos, são normais para a TCC.) O tamanho de efeito da TCC foi novamente considerado impressionante — 1,00 —, mas não tanto quanto o da terapia psicanalítica.

VI

A piada está se esgotando. O fato é que não há nenhuma evidência convincente de que Freud tenha sido dependente de cocaína. Ele a usou apenas em pequenas doses e por um breve período, cerca de dez anos antes de desenvolver suas teorias psicanalíticas (consulte Lebzeltern, 1983).

VII

Você notará, na Figura 3, que ele também é chamado de memória "implícita". A distinção entre "explícita" e "implícita" na neuropsicologia moderna é idêntica à distinção de Freud entre "manifesta" e "latente".

VIII

As letras maiúsculas, aqui e em outras referências a impulsos neurobiológicos, são uma notação do próprio Jaak Panksepp, indicando que estamos falando de circuitos cerebrais e sentimentos.

IX

A resposta biológica é: desistir (1) reduz as chances de alertar os predadores sobre a presença de um filhote abandonado; (2) reduz as chances de o filhote se afastar muito da base de origem; (3) economiza os recursos metabólicos do filhote, que são escassos na ausência de um cuidador.

X

Pense na sua infância. O *playground* era uma selva. Ser aceito em um grupo de colegas "descolados" e adquirir algum *status* na hierarquia era uma tarefa emocional muito importante. O *status* não é menos importante para nós, adultos; por que mais nos empenharíamos tanto nas mídias sociais, por exemplo?

XI

Ainda há discordâncias na neurociência contemporânea, é claro, mas nossas taxonomias atuais são, pelo menos, baseadas em circuitos cerebrais identificáveis, que podem ser comprovadamente ativados por substâncias químicas cerebrais específicas.

XII

Na literatura psicanalítica inglesa, utiliza-se "fantasia" para designar a fantasia inconsciente, distinguindo-a das imaginações ou devaneios conscientes.

I

Para saber mais sobre essa história e ter uma noção da personalidade de Eissler, recomendo enfaticamente o livro *Nos arquivos de Freud* (1984), de Janet Malcolm.

II

Wilhelm estava acima de qualquer suspeita; ele era um socialista conhecido cujo apelido era der *rote Graf* (o conde vermelho). Além disso, ele compartilhava com Eissler a distinção de cuidar do famoso paciente de Freud, o “Homem Lobo”, durante a velhice deste último em Viena.

III

Energia livre variacional.

IV

Shannon (1948).

V

“Minha mãe nua”. Freud descreveu o que viu dessa forma latina e recatada em uma carta a Fliess, datada de 3 e 4 de outubro de 1897. (Inicialmente, ele datou erroneamente a cena aos dois anos e meio de idade.)

VI

Esse não é um problema de tradução, mas vale a pena ressaltar que a palavra alemã para “prazer”, *lust*, também significa “desejo”. É claro que também pode ser traduzida como “luxúria”. Vale a pena mencionar também que, na época de Freud, o termo alemão para nosso “sexo” — no sentido de masculino versus feminino — era *geschlecht*. Sexo (a designação biológica de gênero) não era corrente no uso alemão antes da Segunda Guerra Mundial.

VII

Freud era da opinião de que os seres humanos nascem com uma predisposição inata para se sentirem sexualmente atraídos primeiro pela mãe e depois (em meninas heterossexuais e meninos homossexuais) pelo pai, juntamente com um ódio assassino igualmente inato pelo rival parental que chegou primeiro. Essas inclinações eróticas e destrutivas, de acordo com Freud, são mantidas sob controle por um medo inato de castração (nos meninos) ou pela percepção do fato da castração (nas meninas). Para uma conceituação moderna desse “complexo”, consulte Solms (2022).

VIII

Por que “masculinizar”? Porque o *design* padrão do cérebro e do corpo dos mamíferos é feminino (mas a feminização também é um processo ativo; requer a supressão do processo de masculinização).

IX

Posso acrescentar que apenas esse fato (que se generaliza para todas as pulsões) demonstra que é essencial que os biólogos levem em conta as variáveis subjetivas se quisermos explicar o comportamento.

X

Até mesmo o Buda tinha que defecar.

XI

Leitores atentos podem notar que há alguma sobreposição, afinal, entre o sistema CARE e LUST, típico das mulheres.

XII

Não sabemos realmente, é claro. A extensão em que essas inclinações são dadas cegamente pela natureza é demonstrada pelo fato de que a grande maioria de nós embala os bebês à esquerda da linha média do corpo, sem nunca perceber e sem saber por quê.

XIII

É fácil ver por que o medo de aranhas, cobras, alturas, do escuro etc. aumenta nossas chances de sobrevivência e sucesso reprodutivo. O mesmo, ouso dizer, se aplica à "ansiedade de castração": é mais provável que aqueles de nossos ancestrais que temiam danos ao pênis tenham se reproduzido do que aqueles que não temiam.

XIV

Para deixar claro: o "superego" não é uma estrutura mental inata; ele se desenvolve (quase inevitavelmente) a partir das demandas conflitantes das pulsões elementares. O mesmo se aplica ao "complexo de Édipo" (ver Solms, 2022).

XV

Assim, enquanto Freud conceituou a "perversão" como fixação em um estágio pré-genital do desenvolvimento libidinal, é mais razoável pensar nos transtornos parafílicos (para usar a nomenclatura do DSM-5) em termos de integração malsucedida da luxúria com outras pulsões não sexuais, como as pulsões de apego, ataque ou domínio.

XVI

As restrições menos rígidas que as sociedades ocidentais contemporâneas impõem à sexualidade podem ser uma das razões pelas quais ela não é mais uma causa tão comum de psicopatologia como era na época de Freud. É fácil esquecer o quanto a sexualidade era absurdamente regulamentada na Europa do século XIX. O sexo fora do casamento era absolutamente proibido na Viena católica, por exemplo, mesmo em casos de viuvez, assim como a contracepção. (Freud foi um feroz defensor da "reforma da lei do casamento", como demonstra um novo material na *Revised Standard Edition.*)

I

Depois de me pedir para responder por escrito, a HPCSA informou ao reclamante que seu caso não seria levado a uma audiência formal.

II

O que torna essa manobra neurótica? Bem, de acordo com Freud, todos nós somos pelo menos um pouco neuróticos; não existe saúde mental absoluta.

III

Essa condição é chamada de somatoparafrenia. Ela assume várias formas, incluindo "membros supranumerários", em que o paciente diz: "Sim, esse braço esquerdo está paralisado, mas meu outro braço esquerdo não está".

IV

Sei que isso parece chocante e aceito que muitas pessoas discordarão, mas as evidências são bastante convincentes (veja, por exemplo, Drury, Elbert & DeLisi, 2019; Freund, Watson & Dickey, 1990).

V

O que significa satisfazer um impulso que está sempre buscando a próxima coisa? Em resumo, significa o que a música dos Rolling Stones nos ensinou: "Você nem sempre pode conseguir o que quer". A Bíblia diz o contrário: "Buscai e achareis", mas isso (infelizmente) não é verdade; às vezes, buscamos e não encontramos. Portanto, aprender a realmente satisfazer o impulso de SEEKING é aprender uma previsão melhor do que a bíblica; aprender a refrear seus entusiasmos, a aceitar as limitações da vida. Os kleinianos chamam isso de "posição depressiva".

VI

O termo psiquiatria (*φυχιατρική*) vem do grego *φυχή* (psychē: "alma ou mente") e *ιατρός* (iatros: "curador"). O termo foi cunhado por Johann Reil em 1808.

VII

O que eu digo aqui sobre o DSM se aplica igualmente à Classificação Internacional de Doenças (CID), da Organização Mundial da Saúde, que está atualmente em sua 11ª edição.

VIII

É interessante notar que a neurodinâmica tende a ser refletida pela hemodinâmica do cérebro.

IX
Considere o caso de Teddy P. a esse respeito.

X
Estou me referindo a casos graves de autismo infantil, do tipo originalmente descrito por Leo Kanner. O termo “transtorno do espectro autista” refere-se a uma gama muito ampla de quadros clínicos.

XI
A ansiedade no TOC é principalmente do tipo “pânico” em vez de “medo” (consulte Jackson e Solms, 2013).

XII
Freud escreveu certa vez para Georg Groddeck: “O inconsciente é o elo perdido, há muito procurado, entre o físico e o mental” (carta datada de 5 de junho de 1917).

I
O gnosticismo é um movimento religioso e filosófico que surgiu nos séculos I e II d.C.; é caracterizado por uma ênfase no conhecimento espiritual pessoal em oposição à religião institucionalizada.

II
Para conhecer a perspectiva do paciente (ou pelo menos a perspectiva de um paciente), veja o relato angustiante de Michael Bacon (2024) sobre sua análise.

III
Bowlby estava, aqui, seguindo os passos de um analista britânico mais antigo, chamado Ronald Fairbairn.

IV
Veja o filme de Bowlby e Robertson *A Two-Year-Old Goes to Hospital* (*Uma crianças de dois anos vai ao hospital*, em tradução livre) (1952), uma ilustração dolorosa de como as crianças hospitalizadas eram tratadas na época — como posso confirmar com minha própria experiência aos dois anos de idade.

V
Ao usar “patter-physics”, o autor está sugerindo que a teoria de Lacan é uma mistura de encenação performática (patter) com uma ciência paródica/absurda (patafísica).

VI
Lembre-se da definição de paranoia no Capítulo 5.

VII
Lisa Feldman Barrett, você deve se lembrar, tem uma visão semelhante.

VIII
Freud via a crença em Deus como uma transferência de nossa fé infantil em pais oniscientes, onipotentes e infinitamente benéficos.

IX
Por exemplo, todos os impulsos — como as entendemos hoje na neurociência afetiva — são relacionais. As “relações de objeto” estão implícitas nelas: o impulso de FEAR implica um objeto ameaçador; o impulso RAGE implica um objeto frustrante; o impulso PANIC/GRIEF implica um objeto cuidador etc. A maneira individualizada pela qual aprendemos a satisfazer esses impulsos está, portanto, intrinsecamente relacionada ao objeto. A dicotomia entre as psicologias de “uma pessoa” e “duas pessoas” perde, portanto, sua premissa.

I
As sedes originais da família, incluindo a do meu próprio ramo, estavam localizadas mais a oeste, no país de Solms, hoje parte do moderno estado alemão de Hesse. Portanto, Friedrich não era etnicamente boêmio; ele era descendente de francos.

II

Atribuído a Gertrud Kolmar, uma poetisa alemã que morreu em Auschwitz em 1943.

III

Considere o eufemismo revelador “foi para outro lugar” e suas ideias espaciais associadas de atravessar, partir, voltar para casa e assim por diante, comuns em muitas culturas.

IV

Considerações semelhantes se aplicam à classificação de organismos vivos e não vivos. Os vírus, por exemplo, são geralmente considerados não vivos, mas o fato de isso surpreender a maioria das pessoas revela que a decisão não é, de forma alguma, clara.

V

Por alguma razão, os governadores da Colônia do Cabo, nos séculos XVII e XVIII, consideraram que não haveria problema em despojar os caçadores-coletores indígenas e os pastores nômades de suas terras ancestrais, aniquilando suas economias e culturas, mas que seria impróprio escravizá-los. Assim, trouxeram escravos de fora da colônia para desenvolver a terra. Para que conste, estou ciente de que seria mais correto falar de “pessoas escravizadas” do que de “escravos”, mas o último termo é menos pesado.

VI

Quando o nome pudesse ser descoberto. Se não fosse possível, eles eram homenageados com uma placa dedicada a uma “mulher escravizada desconhecida”, conforme o caso, juntamente com qualquer outra informação demográfica que pudéssemos encontrar.

VII

Para deixar claro, minha própria concepção é ligeiramente diferente da de Freud: não podemos renunciar às nossas pulsões, só podemos renunciar às nossas respostas instintivas a elas. A grande tarefa da vida mental (e da civilização) é o desenvolvimento de melhores previsões sobre como satisfazer nossas pulsões e reconciliá-las entre si e com as pulsões dos outros.

VIII

De fato, a ideia de que alguém possa fazer sexo por motivos que não sejam seu próprio desejo sensual tende a nos parecer uma coisa ruim: o peso da opinião popular sobre o trabalho sexual, por exemplo, parece estar distribuído ao longo de um *continuum* de “terrível injustiça” a “fato lamentável da vida”, com raros adeptos da ideia de que “é bom, na verdade”. Parece que consideramos vagamente imoral a ideia de alguém fazer sexo por motivos que não sejam o prazer (ou a reprodução biológica). Mesmo o sexo por motivos puramente altruístas pode nos parecer, de alguma maneira, uma traição ao seu verdadeiro propósito. Não preciso acrescentar que o sexo não consensual é imoral.