p1a0a03kl91d6a1lvmku6h8m1s

Unknown



calibre 1.43.0

Teoria Psicanalítica

das Neuroses

Fundamentos e Bases da

Doutrina Psicanalítica

OTTO FENICHEL

TRADUÇÃO

SAMUEL PENNA REIS

Membro Titular da Associação

Brasileira de Escritores Médicos

REVISÃO TERM1NOLOGICA E CONCEITUAL

RICARDO FABIÃO GOMES

Membro Associado da

Sociedade Psicanalítica

do Rio de Janeiro

Índice Alfabético com 1.804 Vocábulos

1.646 Referências Bibliográficas

Atheneu

São Paulo • Rio de Janeiro • Ribeirão Preto • Belo Horizonte

EDITORA ATHENEU

São Paulo — Rua Jesuíno Pascoal, 30 Tels.: (11) 3331-9186 • 223-0143 • 222-4199

(R. 25, 27, 28 e 30) Fax: (11) 223-5513 E-mail: edathe@terra. com. br

Rio de Janeiro — Rua Bambina, 74 Tel: (21) 2539-1295 Fax: (21) 2538-1284

E-mail: atheneu@atheneu.com.br

Ribeirão Preto — Rua Barão do Amazonas, 1 435 Tel: (16) 636-8950 • 636-5422 Fax:

(16) 636-3889

Belo Horizonte — Rua Domingos Vieira, 319 — Conj. 1.104

PLANEJAMENTO GRÁFICO/CAPA: Equipe Atheneu

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Fenichel, Otto

Teoria psicanalítica das neuroses / Otto Fenichel; tradução Samuel Penna Reis; revisão terminológica e conceituai Ricardo Fabião Gomes. — São Paulo: Editora Atheneu, 2004.

Título original: The psychoanalitic theory of neurosis Bibliografia.

1. Neuroses 2. Psicanálise 3. Teoria psicanalítica I. Gomes, Ricardo Fabião. II Título

índices para catálogo sistemático:

98-5386 CDD-616.852 NLM-WM 170

1. Neuroses : Teoria psicanalítica : Medicina

616.852

FENICHEL O.

The Psychoanalitic of Neurosis

W. W. Norton & Company, Inc. New York

Prefácio

Quase vinte anos de ensino em diversos institutos psicanalíticos e centros de treinamento,

tanto na Europa quanto na América — professor em cinco cidades e preletor convidado

ocasional em outras dez —, me convenceram da necessidade de sumarizar as doutrinas

psicanalíticas de maneira sistemática e abrangente, assim ajudando o ensino no treinamento

psicanalítico.

Em meio às diversas disciplinas que um compêndio de psicanálise deve abarcar,

interessou-me particularmente a teoria da neurose. Nos institutos psicanalíticos europeus, era

costume subdividir este campo em uma parte geral, que tratava dos mecanismos comuns a

todas as neuroses, e uma parte especial, que se ocupava com as feições características das

neuroses individuais. Porque o acaso me trouxe primeiramente à parte especial, publiquei, em

1932, *Spezielle Psychoanalytische Neurosenlehre*, pelo Internationaler Psychoanalytischer

Verlag, de Viena; livro que foi traduzido, em 1934, pelos Drs. Bertram D. Lewin e Gregory

Zilboorg e editado, em 1934, no *Psychoanalytic Quarterly;* como livro, lançou-o W. W. Norton

& Company, Nova Iorque, sob o título Outline of Clinicai Psychoanalysis (424).

A falta de uma "Parte Geral" foi o principal inconveniente do livro; pelo que, quando me

convidaram a preparar segunda edição, preferi escrever outro livro, que se ocupasse não só com

o tema do *Outline* de forma mais sistemática e moderna, mas também das questões de teoria

"geral".

Entre as muitas pessoas às quais quero exprimir minha gratidão, citarei, em primeiro

lugar, todos os ouvintes dos vários cursos que deram origem a estas páginas; as sugestões e

observações que me fizeram durante a discussão vieram a ser muito úteis. Pelos conselhos

relativos à formulação inglesa final, sou particularmente grato aos Drs. David Brunswick,

Ralph Greenson e Norman Reider; e às Senhoras Dorothy Deinum e Ruth Lachenbruch.

Otto Fenichel

Sumário

1

Observações Introdutórias sobre a Psicanálise e a Teoria da Neurose 1

2

Os Pontos de Vista Dinâmico, Econômico e Estrutural 9

Dinâmica Psíquica 9

Economia Psíquica 11

Consciente e Inconsciente 12

A Estrutura Psíquica 13

Ensaio Inicial de Definição de Neurose 15

Sintomas Neuróticos e Afetos 17

3

O Método da Psicanálise 19

Observações Introdutórias 19

A Regra Básica 19

Interpretação 21

Artifícios de Distorção 22

Tipos de Resistência 23

Transferência 24

Critérios para Avaliar a Exatidão das Interpretações

4

O Desenvolvimento Psíquico Inicial: O Ego Arcaico 29

Dificuldades Metodológicas na Investigação *das* Fases Iniciais do

Desenvolvimento 29 Os Estádios Primitivos 30

A Descoberta dos Objetos e a Constituição do Ego 30

Percepção inicial e identificação Primária 32

Onipotência e Auto-Estima 34

0 Desenvolvimento da Motilidade e do Controle Ativo 37

A Angústia 37

O Pensamento e o Desenvolvimento do Senso da Realidade 40

Defesas Contra os Impulsos 45

Outras Observações sobre a Adaptação e o Senso da Realidade 46

5

O Desenvolvimento Psíquico Inicial; Desenvolvimento dos Instintos, Sexualidade Infantil

49

Que São os Instintos? 49

Classificação dos Instintos 52

Crítica do Conceito de um Instinto de Morte 53

Sexualidade Infantil 55

O Estádio Oral 56

0 Estádio Sádico-Anal 60

Erotismo Uretral 62

Outras Zonas Erógenas 63

Instintos Parciais 64

A Fase Fálica. A Angústia de Castração nos Meninos 67

A Fase Fálica nas Meninas. A Inveja do Pênis 72

Os Tipos Arcaicos de Relações Objetais 75

Amor e Ódio 76

Sentimentos Sociais 78

A Mãe como o Primeiro Objeto 79

A Mudança do Objeto nas Meninas 80

Complexo de Édipo 82

Tipos de Escolha do Objeto 89

O Problema do Medo de Castração Feminino 89

Sumário 90

6

Fases Ulteriores do Desenvolvimento: O Superego

Estádios Iniciais do Superego 93

O Estabelecimento do Superego 94

As Funções do Superego 95

A Resolução do Complexo de Édipo 98

Vicissitudes do Superego 99

Período de Latência 100

A Puberdade 100

7

Neuroses Traumáticas 107

O Conceito de Trauma 107

Bloqueio ou Diminuição das Funções do Ego

Ataques Emocionais 109

Transtornos do Sono e Sintomas de Repetição

Complicações Neuróticas 111

Lucros Secundários 115

A Psicanálise das Neuroses Somáticas 116

8

Motivos de Defesa 119

Que é Conflito Neurótico? 119

Há Possibilidade de Conflitos Neuróticos entre Instintos que se

Opõem? 119

O Mundo Exterior nos Conflitos Neuróticos 120

O Superego nos Conflitos Neuróticos 121

A Angústia como Motivo de Defesa 122

Angústia 123

Os Sentimentos de Culpa como Motivo de Defesa 123

Sentimento de Culpa 125

O Nojo e a Vergonha como Motivos de Defesa 128

Resumo 129

Existem Forças Anti-Instintivas Primárias que Sejam Inatas? 129

9

Os Mecanismos de Defesa 131

Classificação das Defesas 131

Sublimação 131

Defesas Patológicas 133

Negação 134

Projeção 136

Introjeção 137

Repressão 138

Formação Reativa 140

Anulação 142

Isolamento 144

Regressão 148

Defesas Contra Afetos 149

Bloqueio (Repressão) de Afetos 149

Postergação de Afetos 150

Deslocamento de Afetos 151

Equivalentes de Afetos 151

Formações Reativas contra Afetos 152

10

Os Sintomas Clínicos Diretos do Conflito Neurótico 157

Classificação dos Sintomas Clínicos Diretos do Conflito Neurótico

Evitações e Inibições Específicas 158

Impotência e Frigidez 158

Inibições de Instintos Parciais 163

Inibições de Agressividade 166

Inibições de Funções Sexualizadas 167

Neuroses. Sintomas de Inibições Específicas 172

Neurose de Angústia 174

Sintomas Neurastênicos Positivos 175

Perturbações do Sono 176

Observações Gerais sobre a Neurastenia Crônica

Terapêutica Psicanalítica nas Neuroses 179

11

A Angústia como Sintoma Neurótico: Neurose Fóbica 181

A índole do Sintoma Neurótico 181

A Angústia na Neurose Fóbica 182

O Deslocamento na Neurose Fóbica 183

Projeção da Excitação do Indivíduo na Neurose Fóbica 190

Neurose Fóbica e Animismo 192

Regressão e Agressividade na Neurose Fóbica 193

Desenvolvimento Posterior das Neuroses Fóbicas 196

As Forças Repressoras e o Material Reprimido nos Sintomas da Neurose Fóbica 198

A Neurose Fóbica em Crianças Pequenas

199 A Cena Primária 200

Terapia Psicanalítica na Neurose Fóbica 201

12

Conversão 203

Que é Conversão? 203

Pré-requisitos para o Desenvolvimento de Conversões 203

Ataques Histéricos 204

Conversões Monossintomáticas 206

Dores Histéricas e Identificação Histérica 207

Alucinações Histéricas 210

Transtornos Motores Histéricos 210

Estados Oníricos Histéricos e Transtornos da Consciência 211

Transtornos Histéricos dos Sentidos Especiais 212

Transtornos Histéricos da Sensação 213

Facilitação Somática 214

Traços Arcaicos na Conversão 214

Significado Real da Conversão 216

Complexo de Édipo, Masturbação e Pré–Genitalidade nos Sintomas de

Conversão 217 Curso e Tratamento Psicanalítico da Histeria de Conversão 220

13

Distúrbios Psicossomáticos 221

Que é Sintoma Psicossomático 221

Equivalentes de Afeto 222

Transtornos Bioquímicos na Pessoa Insatisfeita 223

Conseqüências Físicas das Atitudes Inconscientes 224

Disfunções Hormonais e Vegetativas 225

Digressão sobre a Hiper e a Hipossexualidade 227

Trato Gastrintestinal 229

Sistema Muscular 230

Aparelho Respiratório 234

Coração e Aparelho Circulatório 235

Pressão Sanguínea 237

Pele 237

Olhos 239

Problemas do Psicogênese das Doenças Orgânicas e das Patoneuroses 240

Hipocondria 243

Terapia Psicanalítica dos Transtornos Psicossomáticos 246

Apêndice: Epilepsia 247

14.

Obsessão e Compulsão 251

O Fenômeno da Compulsão 251

Instinto e Defesa nos Sintomas Compulsivos 252

Regressão na Neurose Obsessiva 255

Digressão sobre o Caráter Anal 260

Sintomas Compulsivos 265

Outros Mecanismos de Defesa na Neurose Obsessiva 268

A Dupla Frente do Ego na Neurose Obsessiva 271

O Pensamento na Neurose Obsessiva 275

Magia e Superstição na Neurose Obsessiva 280

A Atitude Física dos Neuróticos Obsessivos 284

O Problema da Etiologia Diferencial 284

Curso e Síntese da Neurose Obsessiva 286

Terapêutica Psicanalítica na Neurose Obsessiva 288

15.

Conversões Pré-Genitais 291

Observações Gerais sobre as Conversões Pré-Genitais

Gagueira 291

Tique Psicogênico 297

Asma Brônquica 301

16.

Perversões e Neuroses Impulsivas 303

Princípios Gerais 303

Perversões em Geral 303

Homossexualidade Masculina 307

Homossexualidade Feminina 316

Fetichismo 319

Travestismo 321

Exibicionismo 322

Voyeurismo 324

Corte de Tranças 325

Coprofilia 326

Perversões Orais 328

Submissão Sexual Extrema 328

Sadismo 330

Masoquismo 334

Combinações de Perversões com Neuroses. Etiologia Diferencial das Perversões 340

Terapêutica Psicanalítica nas Perversões 241

Neuroses Impulsivas em Geral 342

Fuga Impulsiva 344

Cleptomania 345

Piromania 346

Jogo 346

Personalidades Dominadas pelos Instintos 348

Adição a Drogas 350

Adições sem Drogas 354

Estados de Transição entre os Impulsos Mórbidos e as Compulsões 356

Psicoterapia Psicanalítica nas Neuroses Impulsivas e nas Adições 358

17

Depressão e Mania 361

Depressão e Auto-Estima 361

Oralidade na Depressão 363

Sumário dos Problemas Relacionados aos Mecanismos da

Depressão 364 Luto e Depressão 367

A Introjeção Patognomônica 370

O Conflito entre o Superego e o Ego 371

Suicídio 373

A Regressão Decisiva e suas Causas 374

Mania 379

Sumário Histórico 383

Psicoterapia Psicanalítica nos Transtornos Maníaco-Depressivos 384

18

Esquizofrenia 387

Observações Preliminares 387

Sintomas de Regressão na Esquizofrenia 389

Sintomas Restitucionais na Esquizofrenia 396

A Ruptura com a Realidade 409

Casos Fronteiriços (Borderline Cases) 412

A Questão do Prognóstico 415

Psicoterapia Psicanalítica na Esquizofrenia 416

19

Defesas contra os Sintomas e Vantagens Secundárias 421

Observações Gerais 421

Os Sintomas como Traumas e os Fatores Precipitantes das

Neuroses 422

Defesas Contra os Sintomas 425

Atitudes de Dependência Oral em Relação aos Sintomas 427

Controle dos Sintomas 427

Lucros Secundários da Doença 428

20

Transtornos Caracterológicos 430

Bases do Desenvolvimento da Caracterologia Psicanalítica 430

Observações Introdutórias sobre os Traços Patológicos 432

Que é Caráter? 433

Classificação dos Traços Caracterológicos 436

Traços Caracterológicos do Tipo Sublimado 437

Traços Caracterológicos do Tipo Reativo 437

A Defesa e o Impulso Instintivo nos Traços de Caráter Patológicos 440

Comportamento Patológico em Relação ao Id 442

Tipos Ocasionalmente Frígidos 444

Defesas Caracterológicas Contra a Angústia 444

Racionalização e Idealização dos Impulsos Instintivos 450

Outras Motivações de Tolerância ou de Defesa contra os Impulsos Instintivos 451

Traços Caracterológicos Anais 452

Traços Caracterológicos Orais 453

Traços Caracterológicos Uretrais 456

Traços Caracterológicos Fálicos 459

Comportamento Patológico em Relação ao Superego 460

Comportamento Patológico em Relação aos Objetos Externos 471

Inter-Relações Patológicas das Conexões de Dependência do Ego 484

A Etiologia Diferencial dos Vários Caracteres e Tipos de Defesa 485

Tipologia 487

Caracteres Compulsivos 492

Caracteres Cíclicos 493

Caracteres Esquizóides 493

Duas Breves Histórias Clínicas Sob a Forma de Digressão 494

Técnica e Terapêutica Psicanalítica nos Transtornos Caracterológicos 498

21

Combinação de Neuroses Traumáticas e Psiconeuroses 501

22

A Evolução Clínica das Neuroses

Curas Espontâneas 507

Neuroses Estacionárias 511

Neuroses Progressivas 512

23

Terapia e Profilaxia das Neuroses

Psicoterapia 513

Terapia de Choque 525

A Psicanálise como Processo Terapêutico 526

Indicações do Tratamento Psicanalítico 530

Contra-Indicações do Tratamento Psicanalítico 532

Estatística dos Resultados Terapêuticos da Psicanálise 537

Profilaxia 538

Bibliografia 547

PARTE I

OBSERVAÇÕES PRELIMINARES

A. Introdução

CAPÍTULOS 1-3

B. O Desenvolvimento Mental

CAPÍTULOS 4-6

1

Observações Introdutórias

sobre a Psicanálise e a Teoria da Neurose

Em relação às origens da jovem ciência que é a psicanálise, é freqüente ouvir duas

opiniões diametralmente opostas. Há quem diga haver Freud transferido os princípios da

biologia materialística do seu tempo para o campo dos fenômenos mentais: às vezes, chega-se a

acrescentar que Freud, por conseguinte, pelo fato de ter-se limitado à biologia, deixou de ver os

determinantes culturais e sociais dos fenômenos mentais. Há também quem afirme que, num

período em que as ciências naturais se encontravam no apogeu, a contribuição de Freud

consistiu em voltar-se contra o espírito dos tempos e em obrigar a reconhecer o irracional e o

psicogênico, desafiando a superestimação que se fazia do racionalismo.

Que é que devemos pensar da contradição? Desenvolvendo-se gradativamente, o

pensamento científico vai vencendo o pensamento mágico. As ciências naturais, originando-se

e evoluindo em períodos definidos do desenvolvimento da sociedade humana (quando se

haviam transformado em necessidade técnica) tiveram de superar as resistências mais violentas

e obstinadas, quando tentaram descrever e explicar os fenômenos reais; resistência que afetou

campos diferentes e a diferentes graus; que aumentou na proporção em que se intensificou o

interesse da ciência com a preocupação pessoal do homem: a física e a química libertaram-se

antes da biologia, esta antes da anatomia e da fisiologia (não faz muito tempo se proibia o

patologista de dissecar o corpo humano); a anatomia e a fisiologia, antes da psicologia. É maior

a influência da magia na medicina do que na ciência natural pura, tendo em vista a tradição

daquela, que deriva das atividades dos curandeiros e dos sacerdotes. Dentro dá medicina, não

só é o ramo mais jovem desta ciência mágico-imbuída: a psiquiatria é também aquela que mais

se colore de magia.

Séculos e séculos, considerou-se a psicologia campo especial da filosofia especulativa,

muito distante do empirismo sóbrio. A considerar as questões mais ou menos metafísicas que

costumavam ser supremamente importantes, reconheceremos sem dificuldade que os problemas

discutidos continuavam a refletir a antítese de "corpo e alma", "humano e divino", "natural e

sobrenatural". Lastimavelmente. as valorações influenciavam em todos os setores o exame dos

fatos.

Aprendemos, quando olhamos para a história da ciência, não haver sido contínuo o

processo pelo qual se superou a magia. Tem havido avanços e recuos, impossíveis de explicar,

certamente, em simples termos de uma história das idéias; e as flutuações desta luta dependem

de condições históricas complicadas, que podemos entender apenas pelo estudo da sociedade

em que a luta se trava e dos interesses conflitantes dos seus diversos grupos. O excelente livro

de Zilboorg e Henry (1636) mostra que a história da psicologia médica não é exceção a esta

regra.

A psicanálise representa, nesta luta, um passo definido no sentido de atingir o objetivo do

pensamento científico — oposto ao mágico. Não faz muito tempo, Bernfeld voltou a acentuar a

orientação totalmente materialística dos mestres de Freud e do próprio pensamento pré-

psicanalítico deste último.

Certo é que se há de admitir não haja sido Freud o primeiro a considerar o campo das

manifestações mentais sob ponto de vista científico natural; houve psicologias científico-

naturais antes dele. Comparadas que sejam, porém, com as psicologias "filosóficas", estas

psicologias científico-naturais sempre constituíram minoria e mais não conseguiram que tratar

de funções mentais díspares. Compreensão da multiplicidade da vida mental humana de todos

os dias, baseada na ciência natural, foi de fato só com a psicanálise que se iniciou.

Já agora podemos responder à questão que diz respeito às afirmações contraditórias sobre

o lugar de Freud na história da ciência. Em seus dias áureos, a biologia e a medicina

materialísticas simplesmente deixaram de abranger no seu universo de discurso todos os planos

do interesse humano. O menosprezo do plano mental indica que, para o pensamento científico

progredir, foi preciso permitir que um reino inteiro da natureza, a mente humana, continuasse a

ser resíduo do pensamento religioso e mágico; e resolve-se a contradição na valoração histórica

de Freud pelo reconhecimento de que, realmente, ele fez uma coisa e outra: opondo-se à ideia

de que "mente é cérebro" e enfatizando com energia a existência da esfera mental, além da

inadequação dos métodos físico-científicos para estudá-la, Freud ganhou este terreno para a

ciência. Não obstante as asserções de que, dando ao "fator subjetivo", ao "irracional", o que lhe

era justamente devido, Freud se haja voltado contra o racionalismo, o processo que ele seguiu

revela sem sombra de dúvida o espírito da ampla tendência cultural que proclamava como ideal

respectivo a primazia da razão sobre a magia e a investigação imparcial da realidade. O que se

considerara, até aí, sagrado e intocável teve, a esta altura, de ser tocado, visto se haver negado a

validez dos tabus. Freud investigou o mundo mental com o mesmo espírito científico com que

os seus mestres haviam investigado o mundo físico, o que implicou a mesma rebeldia contra os

preconceitos até então ensinados. O tema é que é irracional, não o método da psicanálise.

Pode-se objetar que afirmação desta ordem constitui apresentação unilateral da

psicanálise. Não inclui esta ciência muita coisa mesmo de tradição mística? Ela não se

desenvolveu a partir do hipnotismo e este, a sua vez, do "mesmerismo"? Não é uma "cura

mental", o que significa uma espécie de magia? Certo que a psicanálise se tem desenvolvido

diretamente de métodos terapêuticos mágicos, mas certo é também que tem eliminado o

"background" mágico dos seus precursores. Claro que em todo desenvolvimento mental

persistem rudimentos de fases anteriores e, realmente, não é difícil encontrar muitos rudimentos

mágicos na teoria e na prática da psicanálise. (Talvez não fosse isso difícil também noutros

ramos da medicina.) A psicanálise, tal qual ora constituída, sem dúvida contém elementos

místicos, os rudimentos do seu passado, bem como elementos científico-naturais em cujo

sentido se está esforçando. Não pode deixar de reter uns tantos elementos místicos; quando

menos seja, no mesmo sentido em que a atividade do cão policial na investigação dos crimes —

conforme Reik reconheceu (1905) — é sobrevivência do oráculo animal. O cão policial, no

entanto, é capaz de farejar o criminoso; e o objetivo da psicanálise é reduzir os seus elementos

mágicos ao mesmo nível de insignificância que aquele a que as pesquisas criminais modernas

procuram reduzir os elementos mágicos dos seus métodos detectivos.

A psicologia científica explica os fenômenos mentais como resultantes do entrejogo de

necessidades físicas primitivas — enraizadas na estrutura biológica do homem e desenvolvidas

no decurso da história biológica (mutáveis, pois, no decurso da história biológica ulterior) — e

de influências ambientais sobre estas necessidades. Lugar não existe para terceiro fator algum.

Que a mente há de explicar-se em termos de constituição e meio é concepção muito

antiga. O que caracteriza a psicanálise é *aquilo que* ela vê como estrutura biológica, *que*

influências ambientais reconhece como formativas e *de que modo* relaciona entre si influências

estruturais e ambientais.

No que toca à estrutura biológica, uma psicologia científica tem, antes de mais nada, de

colocar-se dentro da biologia. Os fenômenos mentais só ocorrem em organismos vivos, são

instância especial dos fenômenos vitais. As leis gerais que têm validez para os fenômenos vitais

também são válidas para o nível destes últimos.

Assim é que uma psicologia científica investiga, tal qual qualquer ciência, *leis* gerais,

sem satisfazer-se com uma simples descrição de processos psíquicos individuais. Serve-se,

como meio, da descrição exata de processos históricos, mas este não é o seu objetivo. Não lhe

interessa o indivíduo X, e sim a compreensão das leis gerais que governam as funções mentais.

Mais ainda: uma psicologia científica é em absoluto livre de valoração moral. Não existe

para ela, absolutamente, nem bem, nem mal, nem moral, nem imoral, nem o que deve ser; para

uma psicologia científica, o bem e o mal, o moral e o imoral, o que deve ser são produtos de

mentes humanas e como tais é que se investigam.

Quanto às influências do ambiente, este deve ser estudado em pormenor em sua realidade

prática. Não existe "psicologia do homem" em sentido geral, num vazio, por assim dizer; o que

existe é uma psicologia do homem em certa sociedade concreta e em certo lugar social dentro

desta.

No concernente à relação entre necessidades biológicas e influências ambientais

formativas, o presente livro demonstrará adequadamente de que modo a psicanálise aborda o

problema. Ã altura a que estamos, apenas se dirá o seguinte: Quando se tenta investigar a

relação entre necessidades biológicas e influências externas, pode acontecer que se superestime

uma ou a outra destas duas forças. Há autores que, em seu pensamento biologístico,

inteiramente negligenciam o papel de frustrações externamente determinadas na gênese das

neuroses e dos traços caracterológicos; acham que as neuroses e os traços caracterológicos

podem estar enraizados em conflitos entre necessidades biológicas contraditórias de maneira

absolutamente endógena. É ponto de vista perigoso até na análise terapêutica, mas vem a ser

absolutamente fatal se se admitir nas aplicações da psicanálise a questões sociais. Houve

tentativas desta ordem, Procurando compreender as instituições sociais como sendo o resultado

de c fitos entre impulsos instintivos contraditórios dentro dos mesmos indivíduos, em lugar de

procurar compreender a estrutura instintiva de seres humanos empíricos através das instituições

sociais em que se hajam desenvolvido.

No outro extremo, entretanto, há autores que incriminam a psicanálise por ser orientada

de forma por demais biológica; acham que a valoração elevada dos impulsos instintivos

significa negação ou menosprezo das influências culturais. Sustentam até a opinião errônea de

que a demonstração da importância das influências culturais contradiz qualquer teoria do

instinto. Os próprios escritos de Freud contêm, em essência, descrições do modo por que

atitudes, objetos e finalidades instintivas se alteram sob o influxo das experiências. Logo, é

absurdo pensar que a prova da existência desta influência contradiz Freud.

Estamos de acordo com Zilboorg em que não é difícil descobrir em todos os desvios

"culturais" desta ordem um retorno distorcido ao pensamento mágico e ao contraste de corpo e

alma (1637). Ã primeira vista, tem-se a impressão de que a acentuação dos fatores culturais,

pela sua significação no desenvolvimento mental, haja acarretado expressamente uma ênfase da

realidade: realmente, porém, este ponto de vista nega a realidade porque nega a base biológica

do homem.

Certamente que não são só as frustrações e as reações a frustrações que são socialmente

determinadas; o que um ser humano deseja é também determinado pelo seu ambiente cultural.

Em todo caso, os desejos culturalmente determinados são simples variações de umas tantas

necessidades básicas biológicas: alterar os valores biológicos primitivos da "gratificação" e da

"frustração" para os sistemas altamente complicados de valores do homem moderno é coisa

realmente que se pode explicar pelo estudo psicanalítico da história do homem particular, bem

como das influências das forças sociais a que está sujeito. Cabe à sociologia estudar estas

forças, sua gênese, sua função.

A aplicação dos princípios gerais da ciência natural ao campo especial da psicologia, é

claro, pressupõe o desenvolvimento de novos métodos de pesquisa que sejam adequados ao

respectivo tema. Tentar conservar o reino mental fora do pensamento causal e quantitativo ("a

teoria acinzenta o padrão multicor da vida") é obstar a visão verdadeira tal qual ocorre com

uma pseudo-exatidão que julgue necessário transferir os métodos biológicos do experimento e

do protocolo científico para um campo a que estes métodos não se ajustam. (A astronomia

também não é capaz de recorrer a experimentos, sem deixar, no entanto, de ser ciência natural.)

Contra a afirmação de que-a psicanálise visa à plena investigação científica dos

fenômenos mentais, pode-se objetar que a formulação é ou demasiado estrita, ou demasiado

ampla. A psicanálise sustenta a existência de uma vida mental inconsciente e declara que

estuda este inconsciente. Visto que os fenômenos conscientes se compreendem habitualmente

sob a expressão "a mente humana", ter-se-ia a impressão de que a psicanálise se preocupa com

mais do que a simples vida mental humana. Por outro lado, pode-se indagar: a psicanálise não

é, antes de mais nada, uma psicologia das neuroses, ou uma psicologia dos instintos, ou uma

psicologia dos componentes emocionais da vida mental — ao passo que os componentes mais

intelectuais e as funções individuais — percepção, a formação de conceitos, juízo, teriam de ser

investigadas por outras psicologias9

Não são válidas estas objeções. A tese segundo a qual, quando investiga o inconsciente, a

psicanálise está empreendendo alguma coisa que se situa além dos fenômenos psíquicos pode

comparar-se à asserção de que a óptica está investigando alguma coisa diversa dos fenômenos

luminosos quando se ocupa com os comprimentos das ondas de luz. A existência do

inconsciente é presunção que se impôs à pesquisa psicanalítica quando buscou explicação

científica e compreensão dos fenômenos conscientes. Sem presunção desta ordem os dados do

consciente nas respectivas inter-relações permanecem incompreensíveis; com a mesma

presunção, aquilo que caracteriza o êxito de toda ciência vem a fazer-se possível: predizer o

futuro e exercer influência sistemática.

Quanto ao argumento de que a psicanálise se ocupa apenas com as neuroses ou com os

fenômenos instintivos e emocionais, admitir-se-á que estes temas são predominantes na

pesquisa psicanalítica — e isso se pode explicar histórica e praticamente. A psicanálise

começou como método terapêutico e ainda hoje ela assegura o seu material de pesquisa pela

circunstância feliz de coincidirem o seu método investigativo psicológico e o método

terapêutico. O que, no entanto, Freud observou, enquanto tratava os seus pacientes, só mais

tarde veio a poder aplicar a uma compreensão dos fenômenos mentais das pessoas sadias.

Quando a psicanálise passou ao estudo dos fenômenos conscientes e das várias funções

mentais, conseguiu fazê-lo de forma diferente daquela de outras psicologias, porque já tinha

estudado o inconsciente e os instintos. Ela concebe todas estas "manifestações de superfície"

como estruturas que se formaram a partir de fontes instintivas e emocionais mais profundas

através das influências ambientais. Claro, não se pretende que sem os achados de Freud não

existe conhecimento psicológico científico, mas deve-se asserir que todo conhecimento

psicológico se esclarece quando considerado sob o ponto de vista psicanalítico.

O presente livro não é, contudo, um compêndio de psicologia psicanalítica, mas se limita

à teoria da neurose. É certo que. para o analista, as neuroses fornecem o mais frutífero dos

estudos no reino dos fenômenos mentais; o estudo das neuroses facilita o estudo de outros

fenômenos mentais; sentido em que talvez seja este o primeiro volume de um compêndio sobre

a psicologia psicanalítica.

A teoria da neurose está para a prática terapêutica psicanalítica como a patologia está

para a medicina interna: indutivamente alcançada pela experiência prática, fornece o alicerce

para o trabalho prático ulterior, representando tentativa de averiguar aquilo que é regular na

etiologia, nas manifestações e no curso clínico das neuroses, de forma a munir-se de um

método causalmente dirigido de terapia e profilaxia.

Nada se exigirá de uma teoria desta ordem que o médico não exija da patologia. A busca

de "regularidade" permite uma formulação apenas daquilo que tem siginificação geral e, assim,

de certo modo, violenta a unicidade do caso individual. Mas, em compensação, dá ao clínico

orientação melhor, embora se deva recordar que esta orientação por si só não basta para o

verdadeiro tratamento de casos individuais.

Tentaremos clarificar a teoria por meio de exemplos clínicos, sem deixar, porém, de

continuar a ser "teoria", isto é, abstração. Todos os exemplos tendem unicamente a ilustrar

mecanismos; são. pois, ilustrações, mas não historias clínicas. O que se pode relatarem poucas

linhas como resultado da investigação psicanalítica exigiu, às vezes, meses de trabalho.

Assim, pois, aqui se apresentará o típico, apenas. Realmente, os fatos psicológicos

representados pelas expressões complexo de Édipo, ou complexo de castração, são

infinitamente variados. O livro apresenta o quadro que, na realidade clínica, se.enche de

milhares de fatos específicos. A experiência clínica com casos práticos (trabalho

supervisionado com pacientes e seminários clínicos) não pode ser suplantada por um livro desta

espécie; nem pode substituir o treinamento em técnica psicanalítica. Pode, no entanto, dar

impressão do motivo por que é necessário um treino especial e por que uma análise pessoal

constitui parte insubstituível deste treino.

Aqueles que não se submeteram à análise pessoal talvez possam compreender

intelectualmente o que se apresenta no livro; é provável, no entanto. que muitas coisas lhes

pareçam ainda mais incríveis e "puxadas pelos cabelos" que os relatos de casos psicanalíticos.

Quem "não acredita na psicanálise" não se convencerá com a leitura do livro, apenas podendo

informar-se a respeito do que, de fato, são os ensinamentos da psicanálise.

Mesmo isto, porém, parece muito necessário. Muitos críticos existem que "não

acreditam na psicanálise" por não saberem do que ela trata, atribuindo,

habitualmente, a Freud uma quantidade de coisas que nunca disse, nem escreveu.

Todavia, a leitura de histórias clínicas constitui a melhor maneira de remediar

deficiências da experiência pessoal; daí ser da máxima importância como suplemento à leitura

deste livro, do mesmo modo que as preleções clínicas ou a leitura de relatos de casos clínicos

vêm a ser o melhor suplemento ao estudo da patologia.

Não é em absoluto verdade que, quando se discutem acontecimentos da vida humana.se

tenha de escolher entre a descrição vívida, intuitiva, de um artista e a abstração indiferente do

cientista que pensa apenas quantitativamente. Não há necessidade, nem é permissível perder o

sentimento quando o sentimento é cientificamente investigado. Freud declarou uma vez que

não tinha culpa de suas histórias clínicas darem a impressão de romance. Para compreender as

neuroses, ter-se-ia de ler histórias clínicas romanescas desta ordem e também livros como o

presente; estejam certos, porém, de que estas histórias clínicas serão compreendidas de maneira

absolutamente diversa depois de estudado o nosso livro.

A presunção de que a arte prática de analisar não se adquire pela leitura deste livro não

deve levar a que se subestime o seu valor para o estudante de psicanálise. Quando se objeta, por

exemplo, que a intuição e a sensibilidade terapêuticas essenciais não se ensinam e se lançam a

uma patologia científica objeções desta ordem, tem-se aí um sinal de pensamento mágico. A

patologia científica não é barreira à arte médica intuitiva, mas, pré-requisito indispensável a

esta; e é o que acontece também com a teoria da neurose e a prática da psicanálise. É verdade

que nem tudo se pode ensinar, mas, primeiro que tudo. se tem de aprender o que é ensinável.

Procuraremos empenhar-nos o menos possível na polêmica, mas antes, concentrar-nos

em explicar o que já parece estabelecido. O autor não pode evitar que, escolhendo o material a

apresentar-se, decidindo quanto a que problemas devam merecer mais espaço e menos espaço,

bem como dispondo o livro da forma pelo qual o dispôs, tudo isso reflita suas convicções

pessoais. Como espera, entretanto, que suas convicções científicas tenham bom fundamento,

julga que não haverá aí desvantagem.

Em um ponto, uma teoria da neurose difere de uma patologia somática: o patologista

pode presumir que os seus ouvintes conheçam fisiologia; não precisa explicar os princípios

básicos biológicos"antes de demonstrar o seu verdadeiro tema. Em vista da novidade da

psicologia psicanalítica primeiramente temos de clarificar, quando menos seja em forma de

esboço, o sistema ai pelo qual nos orientamos.

Estes princípios básicos foram descobertos pelo método empírico laborioso. É o que é

importante enfatizar, porque no que vem a seguir não se pode mostrar de que modo se

edificaram pela experiência, paulatinamente, os nossos modos de ver; apresentar-se-ão, a bem

dizer, de maneira definida', um tanto dogmática, capaz de levar a que não se lhes compreenda a

natureza e a que dêem impressão de puramente especulativos. A forma de apresentação destes

princípios será dedutiva; na realidade, o conhecimento respectivo se ganhou indutivamente e é

possível que a pesquisa científica ulterior os modifique.

2

Os Pontos de Vista Dinâmico, Econômico e

Estrutural

DINÂMICA PSÍQUICA

O *approach* das funções mentais deve fazer-se pelo mesmo ângulo que as funções do

sistema nervoso em geral. São manifestações da mesma função básica do organismo vivo — a

irritabilidade. O modelo básico que serve a compreensão dos fenômenos mentais é o arco

reflexo. Estímulos que vêm do exterior ou do corpo iniciam um estado de tensão que exige

descarga motora ou secretória, acarretando o relaxamento. Entre o estímulo e a descarga,

contudo, trabalham forças que se opõem à tendência'de descarga. A tarefa imediata da

psicologia é o estudo destas forças inibidoras, da respectiva origem e do efeito respectivo sobre

a tendência à descarga. Se não existissem estas contraforças, não haveria psique, mas apenas

reflexos (495).

Com ponto de partida desta ordem, vê-se que a psicologia psicanalítica busca mais do que

a simples descrição: explica os fenômenos mentais como sendo o resultado da interação e da

contra-ação de forças, ou seja, de maneira *dinâmica.* Explicação dinâmica que também é

genética, visto que examina não só um fenômeno como tal, mas também as forças que o

produzem; não examina atos singulares, e sim os fenômenos em função de processos de

desenvolvimento, de progressão ou de regressão.

É claro que não foi. simplesmente, transferindo das outras ciências naturais para a

psicologia o conceito de energia que surgiu a ideia de ver os fenômenos mentais como

resultado de forças interatuantes. Originalmente, o que aconteceu foi outra coisa: a presunção

corriqueira de que se compreendem as reações mentais quando se lhes compreendem os

motivos foi transferida para a física.

Um tipo especial de fenômenos mentais, os impulsos instintivos, é experimentado

diretamente como "energia urgente". Há certas percepções que têm caráter provocativo: exigem

ação imediata, sentimo-nos impelidos por forças de várias intensidades. Relacionando esta

experiência com o modelo reflexo, pode-se admitir que os impulsos instintivos tenham a

tendência geral de baixar o nível de excitação pela descarga de tensões que os estímulos

excitantes produziram. Existem contraforças, a se estudarem adiante, que a isso se opõem; e a

luta que assim se cria constitui a base do reino dos fenômenos mentais.

Não queremos dizer que a psicologia psicanalítica admita que todos os fenômenos

mentais sejam instintivos por natureza. Apenas queremos dizer que os fenômenos não

instintivos têm de explicar-se como sendo os efeitos de estímulos externos, sobre as

necessidades biológicas. A parte não instintiva da mente humana vem a fazer-se compreensível

como derivada da luta pela descarga e contra a descarga, criada pela influência dos estímulos

externos. Nem a teoria celular sustenta que toda substância viva seja composta apenas de

células; a posição que ela assume justifica-se na medida em que consegue provar que os

componentes não celulares da substância viva (tendões, pêlos, matéria intercelular) são partes

ou produtos de células. O mesmo aplica-se à psicologia psicanalítica na medida em que prova

que os fenômenos mentais não instintivos são derivados de fenômenos instintivos mais

primitivos. Assim, pois, tem importância capital o breve ensaio de Freud "Sobre a Negação"

(616), porquanto aí ele mostra de que modo a função aparentemente muito remota do juízo

crítico deriva dos instintos.

No entanto, a palavra *Trieb* usada por Freud não significa exatamente a mesma coisa que

a palavra inglesa instinto, tal qual se costuma traduzir. Inerente ao conceito está a ideia de que

representa um modelo herdado e imutável, ao passo que, no conceito alemão de *Trieb,* não

existe esta imutabilidade. Os reveses, os *Triebe* transformam-se, evidentemente, em finalidade

e objeto sob influências que derivam do ambiente, e Freud achava que se originavam da mesma

influência (588). Desta igualização incorreta de *instinto* e *Trib* têm decorrido malentendidos

sérios (1105).

São muitos os biologistas que têm admitido, de várias formas, a existência de uma

tendência vital básica a abolir tensões produzidas pela estimulação externa e a regressar ao

estado de energia que atuava antes da estimulação. A concepção mais frutuosa, neste particular,

é a formulação de Cannon do princípio da "homeostase" (241). Os organismos, compostos de

matéria que se caracteriza pela máxima inconstância e irregularidade, apreendem, de algum

modo, os métodos pelos quais manter a constância e conservar a regularidade ante condições

que se pode esperar venham a transtornar profundamente. A palavra "homeostase" não implica

alguma coisa posta e imóvel, estagnação; pelo contrário, as funções vitais são extremamente

flexíveis e móveis e o equilíbrio respectivo é transtornado ininterruptamente, mas é

restabelecido pelo organismo com a mesma ininterruptibilidade.

Foi o mesmo princípio básico que Fechner teve em mente quando falou no "princípio da

constância" (605), princípio para o qual Freud, nas pegadas de Barbara Low, usou com

freqüência a expressão "princípio do nirvana" (613). O que mais adequado se afigura é ver o

objetivo derradeiro de todas estas tendências igualizadoras como sendo a aspiração à

manutenção de certo nível de tensão característico do organismo; aspiração a "conservar o nível

de excitação" tal qual Freud colocou a questão muito precocemente (188), e não aspiração à

abolição total de toda tensão (517).

E possível ver a todo momento que este princípio da homeostase não permanece sem

oposição. Há algum comportamento que parece dirigir-se não para libertar-se de tensões, mas

antes para criar tensões novas; e a tarefa principal da psicologia é estudar e compreender as

contraforças que tendem a bloquear ou adiar a descarga imediata.

Nunca se alcançará, contudo, esta compreensão se quiser diferenciar um "instinto

homeostático" de outros "instintos não homeostáticos" (1211). Princípio que é, a homeostase

esta na raiz de todo comportamento instintivo- o comportamento contra-homeostasico, que se

vê freqüentemente tem se'de explicar como complicação secundária, imposta ao organismo por

forças externas.

Tal qual não existe instinto homeostático, mas apenas um princípio

homeostático na base de todo comportamento instintivo, também não existe "instinto

de controle", a distinguir-se de outros instintos (766, 767, 768). Controle quer dizer

capacidade de manipular exigências externas e impulsos internos, de adiar a

gratificação quando necessário, de garantir a satisfação até contra impedimentos;

existe uma aspirarão geral de todo organismo, mas não um instinto específico. Em

todo caso, não há dúvida que existe um "prazer no gozo das capacidades próprias",

isto é, prazer na cessação da tensão de "não poder ainda", a cessação da tensão

ligada à insuficiência do controle motor.

Assim, pois, as forças cuja interação se supõe expliquem os verdadeiros fenômenos

mentais têm *direções definidas* — encaminham-se para a motilidade ou dela se distanciam. Os

impulsos para a descarga representam tendência biológica primária; os impulsos opostos são

trazidos ao organismo do exterior.

Lapsos de língua, erros, atos sintomáticos, são os exemplos melhores de conflitos que se

produzem entre a luta pela descarga e as forças que a isso se opõem; alguma tendência que haja sido

rejeitada, quer definitivamente pela "repressão", quer por um desejo não exprimi-la aqui e agora,

encontra expressão distorcida, que contraria a vontade consciente adversa (553).

Quando as tendências à descarga e as tendências à inibição são igualmente fortes, não há

exigência externa de atividade; mas a energia consome-se em luta interna oculta; o que se

manifesta, clinicamente, pelo fato de os indivíduos sujeitos a conflitos desta ordem mostrarem

sinais de exaustão sem produção de trabalho perceptível.

ECONOMIA PSÍQUICA

Com este exemplo, estamos no campo que Freud chamou psicoeconomia (588). As

pessoas das quais falamos estão cansadas porque andaram a consumir energia numa luta entre

forças internas. Quando uma pessoa domina uma irritação e, posteriormente, noutra situação,

reage violentamente a provocação insignificante, tem-se de admitir que a primeira quantidade

de irritação, a qual foi dominada, ainda estava trabalhando nela, prestes a descarregar, vindo,

mais tarde, a pegar a primeira oportunidade. A energia das forças que estão por trás dos

fenômenos mentais é destacável. Os impulsos fortes que exigem descarga são mais difíceis de

reprimir que os fracos; podem, contudo, ser reprimidos no caso de as contraforças serem

igualmente fortes. Que quantidade de excitação Pode ser suportada sem descarga é problema

econômico. Existe uma "permuta da energia mental", uma distribuição econômica da energia

disponível entre entrada, consumo e saída. Outro exemplo da utilidade do conceito econômico

e c que se vê no fato de as neuroses freqüentemente irromperem na puberdade no climatério. A

pessoa afetada conseguiu resistir a certa quantidade de excitação instintiva não descarregada;

mas, aumentando a quantidade absoluta desta excitação por força de alterações físicas, as

contramedidas já não bastam. Existem muitos outros exemplos que mostram a importância do

ponto de vista econômico quando se querem compreender fenômenos factualmente observados.

Quem se cansa de não fazer coisa alguma representa apenas um tipo especial de inibições

gerais resultantes de tarefas internas silenciosas. Aqueles que têm problemas internos a resolver

precisam aplicar neles grande quantidade da sua energia, pouco restando para outras funções.

O conceito de uma "quantidade" de energia mental justifica-se ou não se justifica tão

exatamente quanto a introdução de outros conceitos operacionais científicos que já se tenham

comprovado práticos. É de lastimar que não se possa medir diretamente esta quantidade, a qual

se mede indiretamente pelas respectivas manifestações fisiológicas.

CONSCIENTE E INCONSCIENTE

Na exposição da dinâmica e da economia da organização mental, nada se disse por

enquanto relativamente à significação que tem o fato de certo fenômeno ser consciente ou

inconsciente, o que se deve à circunstância de ser a diferenciação, de início, puramente

descritiva, e não quantitativa. A sugestão pós-hipnótica demonstra existir um inconsciente

psíquico ante os nossos próprios olhos. O esquecimento de um nome faz que o sintamos

subjetivamente. Sabemos que conhecemos o nome, mas não o sabemos.

Quando se aplicam os pontos de vista dinâmico e econômico, o problema de consciente

ou inconsciente se há de colocar da seguinte maneira: Em que condições e mediante que

energias surge o estado de consciência? É em termos assim que se devem examinar todas as

qualidades psíquicas. Tal qual, os sentimentos de prazer e dor, como qualidades, são apenas

descritíveis; "explicá-los" significa determinar sob que condições dinâmicas e econômicas eles

se experimentam.

Esta forma de colocar o problema encontraria justificação simples, se pudéssemos

encontrar correlação direta entre quantidades fundamentais e as qualidades definidas que só

com elas aparecem; por exemplo, se a hipótese de Fechner — de que todo aumento da tensão

psíquica é sentido como desprazer e toda diminuição como prazer — pudesse ser confirmada.

Há muitos fatos confirmando esse ponto de vista, mas infelizmente, há fatos contraditórios

(555, 613). Existem tensões prazerosas, como a excitação sexual, e faltas de tensão dolorosas,

como o tédio ou as sensações de vazio. Vale, contudo, a regra de Fechner, em geral. Que a

excitação sexual e o tédio são complicações secundárias pode-se demonstrar. O prazer da

excitação sexual, chamado preprazer, transforma-se de logo em desprazer, quando a esperança

de produzir uma descarga no prazer final ulterior desaparece; o caráter prazeroso do preprazer

prende-se a uma antecipação mental do prazer final. O desprazer do tédio, se prestarmos mais

atenção, vem a corresponder não a uma falta de tensão, mas, a bem dizer, a uma excitação cujo

objetivo é inconsciente (422). Perder-nos-íamos demais pelo caminho, se quiséssemos discutir

mais profundamente o problema a esta altura (cf. 613). Tocamos no assunto para demonstrar

que se justificam as tentativas de coordenação entre fatores quantitativos e fenômenos

qualitativos.

Voltando à qualidade "consciente", o fato de um impulso ser ou não consente nada revela

do seu valor dinâmico. Os fenômenos conscientes não são simplesmente mais fortes do que os

inconscientes, nem é verdade que o que é inconsciente seja o "verdadeiro motor" da mente e

todo o consciente, apenas a questão lateral, relativamente desimportante. Os muitos traços

mnêmicos que um simples ato de atenção pode fazer conscientes são "desimportantes", apesar

de inconscientes (são chamados preconscientes). Entretanto, há outros fenômenos inconscientes

que se têm de imaginar como forças intensas que lutam pela descarga, mas que são reprimidas

por uma força igualmente poderosa, a qual se manifesta sob a forma de "resistência". O

material inconsciente que está sob pressão tão alta tem somente um objetivo: descarga. A

energia livremente flutuante que ele contém dirige-se de acordo com o "processo primário", ou

seja se encontra livre das exigências da realidade do tempo, da ordem ou das considerações

lógicas; condensa-se e desloca-se seguindo apenas os interesses do aumento das possibilidades

de descarga. E esta modalidade de funcionamento da mente arcaica mantém-se efetiva na esfera

do inconsciente; nas partes mais diferenciadas da mente, pouco a pouco é suplantada pelo

"processo secundário" organizado (590).

A ESTRUTURA PSÍQUICA

Devemos considerar os fenômenos psíquicos como resultado do interjogo de forças que

exigem, respectivamente, motilidade e não motilidade. O organismo está em contato com o

mundo exterior no início e no fim dos seus processos reacionais, os quais começam com a

percepção dos estímulos e terminam com a descarga motora ou glandular. Freud vê o aparelho

psíquico como se fosse modelado conforme um organismo que flutua na água (608). A

superfície dele capta estímulos, leva-os ao interior, onde impulsos reativos sobem à superfície.

Esta diferencia-se aos poucos com relação às suas funções de percepção e de descarga do

estímulo; e o produto desta diferenciação transforma-se no "ego. O ego trabalha seletivamente

na sua recepção das percepções e também na autorização que dá a que os impulsos ganhem

motilidade; opera como aparelho inibidor, o qual controla, por esta função inibidora. a posição

do organismo no mundo exterior. Alexander, em sua "análise vectorial", considera todas as ten-

dências psíquicas como sendo combinações de ingestão, retenção e eliminação (44).

Acrescentamos: A vida começa com a ingestão; mas, com a ingestão inicial, aparece a primeira

necessidade de eliminação; a retenção, contudo, produz-se posteriormente sob influências

complicadoras.

O ego desenvolve capacidades com as quais pode observar, selecionar organizar

estímulos e impulsos — as funções do juízo e da inteligência, além de desenvolver métodos

com os quais conserva os impulsos rejeitados pela motilidade, mediante o uso de quantidades

de energia que se mantêm prontas para este fim; ou seja, o ego bloqueia a tendência à descarga

e transforma o processo primário no processo secundário (552, 590); tudo isso se realiza por

meio de uma organização especial que visa a preencher suas diversas tarefas com u mínimo de

esforço (princípio da função múltipla) (1551).

Por baixo da periferia organizada do ego situa-se o cerne de um caos dinâmico, caos de

forças que lutam pela descarga e nada mais, constantemente, porém, recebendo estimulações

novas tanto de percepções externas quanto percepções internas, influenciadas por fatores

somáticos que determina maneira pela qual as percepções são experimentadas (590, 608). A

organização orienta-se da superfície para a profundidade. O ego está para o id assim como o

ectoderma está para o endoderma; e vem a ser o mediador entre o organismo e o mundo

exterior. Nesta qualidade, tem de dar proteção contra influências hostis originadas do mundo

exterior restringente. Não há por que presumir que o ego, criado para o fim de garantir

gratificação dos impulsos, seja de qualquer maneira hostil aos instintos.

Que é que a diferenciação de ego e id tem a ver com as qualidades de consciente e

inconsciente? Seria simples, se ego e consciente, id e inconsciente, pudessem ser coordenados;

mas, infelizmente, as coisas são mais complicadas. Aquilo que se passa na consciência consiste

em percepções e impulsos correspondendo a "ingestão" e "descarga", respectivamente.

Podemos considerar as fantasias como se consistissem em impulsos com catexia mais fraca

(774). Nem todos os impulsos e percepções, porém, são conscientes. Existem estímulos

"subliminares" que é possível terem sido percebidos sem jamais haverem sido conscientes

(1228). Mais ainda: existem percepções reprimidas (na cegueira histérica, por exemplo) em que

se observa a eficácia de percepções inconscientes. Há também motilidade inconsciente, como

no sonambulismo. As percepções e movimentos inconscientes têm peculiaridades específicas

que os diferenciam dos conscientes. Todos os organismos vivos precisam manter trocas com o

mundo exterior mediante as funções básicas de percepção e motilidade; isto é certo até antes de

haver qualquer diferenciação de um ego; da mesma forma que toda célula viva tem de realizar

nutrição e respiração antes até de haver desenvolvimento diferencial de um aparelho

respiratório e metabólico multi-celular. Antes de poder-se desenvolver uma concepção

sistemática da realidade, tem de existir, necessariamente, certa percepção não sistemática.

A consciência forma-se em algum ponto do processo de sistematização (ver pág. 30),

processo que depende da capacidade de utilizar recordações. Os traços mnêmicos são

remanescentes de percepções e, segundo parece, surgem num segundo nível abaixo daquele das

próprias percepções (522, 615). O ego amplia-se a partir da camada destes traços mnêmicos,

que se chamam preconsciente. A diferenciação do ego é processo gradativo, havendo nele

camadas mais profundas, que são inconscientes. A transição do ego para o id é paulatina;

somente aguda naqueles pontos em que conflito existe. Surgindo, contudo, conflito desta

ordem, até forças altamente diferenciadas do ego vêm a tornar-se novamente inconscientes.

A porção do consciente que melhor se conhece é a "reprimida" — aquilo que é

inconsciente porque forças poderosas, dinâmicas, impedem que se torne consciente. O que é

reprimido busca consciência e motilidade; consiste em impulsos que procuram saídas. Nesta

atividade inquisitiva, tende a produzir "derivativos", ou seja, a deslocar suas catexias para

idéias associativamente conexas, menos objetáveis ao ego consciente. Na psicanálise, os

derivativos preconscientes são estimulados e captados pela atenção do paciente e esta é a

maneira pela qual o conteúdo reprimido aos poucos se torna conhecido. O que é reprimido

consiste, antes de mais nada, nas idéias e concepções ligadas ao objetivo dos impulsos

rejeitados, os quais, por serem rejeitados, perderam sua conexão com a expressão verbal;

recuperando a verbalização, as idéias inconscientes tornam-se preconscientes (590). No

entanto, também é importante falar a respeito de sensações, sentimentos ou emoções

inconscientes. Certo que as qualidades dos sentimentos se formam apenas porque são

sentimentos, mas há tensões no organismo que, a não terem sua descarga e desenvolvimento

obs tados por contracatexias bloqueadoras, resultarão em sensações, sentimento" ou emoções

específicos. São "disposições" inconscientes para estas qualidades "desejos inconscientes de

afetos", aspirações a desenvolvimento de afetos que são contidos por forças contrárias, ao passo

que o indivíduo não sabe que tem inclinação desta ordem para a raiva ou para a excitação

sexual, para a ansiedade ou sentimento de culpa, seja o que for (608). É claro que estas

"disposições para afetos" não são construções teóricas, mas se observam do mesmo modo que

se observam idéias inconscientes; elas também desenvolvem derivativos, revelam-se nos

sonhos, em sintomas, em outras formações substitutivas; ou pela rigidez do comportamento

adverso, ou enfim, pela simples fadiga geral.

No entanto, o aparelho psíquico não consiste apenas num ego e num id. Desenvolvendo-

se ulteriormente, ele acarreta complicações novas.

Já se disse que aquilo concernente à natureza das forças que bloqueiam a descarga era a

questão básica de toda psicologia. No que toca ao principal, estas forças foram impostas à

mente pelo ambiente e é a consideração da realidade que impede o ego de satisfazer

imediatamente a tendência à descarga dos impulsos, se bem que todas as tendências inibidoras

desta ordem, que, por definição, derivam do ego, não sejam em todos os particulares opostas

aos "impulsos instintivos". É freqüente, por exemplo, nos ascetas ou nos masoquistas morais o

comportamento antiinstintivo revelar todas as características de um instinto, contradição que se

pode explicar geneticamente. A energia com que o ego realiza as suas atividades instintos

inibidoras é tirada do reservatório instintivo do id. Uma porção da energia instintiva

transforma-se em energia contra-instintiva: certa parte do ego que inibe a atividade instintiva

desenvolve-se, opor um lado, mais perto dos instintos e, do outro lado, conflita com outras

partes do ego, ávidas de prazer. Chama-se superego esta parte, que tem a função (entre outras)

de decidir que impulsos são aceitáveis ou não. O ego é também representante do mundo

exterior, mas ainda aqui temos um representante especial do mundo exterior dentro do primeiro

representante (608).

ENSAIO INICIAL DE DEFINIÇÃO DE NEUROSE

Expostos os pontos de vista dinâmico, econômico e estrutural, far-se-á tentativa inicial de

clarificar o que ocorre em uma neurose. Existe algum denominador comum dos múltiplos

fenômenos neuróticos que sirva para abranger a natureza essencial das neuroses?

Em todos os sintomas neuróticos, alguma coisa acontece que o paciente experimenta

como estranho ou ininteligível; alguma coisa que pode ser movimentos involuntários, outras

alterações de funções corporais e sensações várias, conforme ocorre na histeria; ou uma

emoção ou estado de ânimo esmagador e injustificado (é o que se vê nos ataques de ansiedade

ou depressão) ou impulsos ou idéias estranhas, como se dá nas compulsões e nas obsessões.

Todos os sintomas dão a impressão de alguma coisa que parece irromper na personalidade,

partindo de fonte ignorada, alguma coisa que transtorna a continuidade da personalidade e que

está fora do reino da vontade consciente. Ha, também, contudo, fenômenos neuróticos de outro

tipo. Nas "personalidades neuróticas", a personalidade não parece ser uniforme ou transtornada

apenas por um ou outro evento que interrompa, mas tão francamente dilacerada ou deformada

e, muitas vezes, tão envolvida na doença que nem se pode dizer em que a "personalidade"

termina e o "sintoma" começa. Por diferentes, contudo, que pareçam ser as "neuroses

sintomáticas" e as "neuroses de caráter", tanto umas quanto outras têm em comum o seguinte: o

modo normal e racional de manipular as exigências do mundo exterior (e, bem assim, os

impulsos de dentro) é substituído por algum fenômeno irracional, aparentemente estranho e

impossível de controlar-se voluntariamente. Visto que o funcionamento normal da mente é

governado por um aparelho de controle que organiza, conduz e inibe forças arcaicas mais

profundas e mais instintivas — do mesmo modo que o córtex organiza, conduz e inibe os

impulsos dos níveis mais profundos e mais arcaicos do cérebro — é possível afirmar que o

denominador comum de todos os fenômenos neuróticos é uma insuficiência do aparelho normal

de controle.

A maneira mais simples de "controlar" os estímulos é descarregar mediante reações

motoras as excitações que eles geram.. A seguir, a descarga imediata é substituída por

mecanismos de controle mais complicados, mecanismos de contraforças: controle este que

consiste numa distribuição de contra-energias em estabilidade econômica adequada entre

estímulos que chegam e descargas que partem.

Baseados todos os fenômenos neuróticos em insuficiências do aparelho normal de

controle, podem eles compreender-se como descargas involuntárias de emergência que

suplantam as normais, podendo a insuficiência originar-se de duas maneiras. Umas delas

consiste em aumento do influxo dos estímulos: excitação demais entra no aparelho mental em

certa unidade de tempo e não pode ser dominada: chamam-se traumáticas as experiências desta

ordem. A outra maneira realiza-se mediante bloqueio anterior ou diminuição da descarga que

haja produzido o represamento das tensões dentro do organismo, de modo que as excitações

normais operam, então, relativamente como se fossem traumáticas. Estas duas maneiras

possíveis não se excluem mutuamente. Um trauma é capaz de iniciar um bloqueio conseqüente

da descarga; e um bloqueio primário, pela criação de um estado de represamento, pode fazer

que estímulos comuns posteriores venham a ter efeito traumático.

Modelo do primeiro tipo vê-se em irritações que todos experimentam após pequenos

traumatismos, quais sejam, um medo súbito ou um acidente de pouca monta. A pessoa sente-se

irritada durante certo tempo, não consegue concentrar-se, porque ainda está, interiormente,

preocupada com o acontecimento e fica sem energia para dirigir a atenção noutros sentidos.

Repete o acontecimento, nos pensamentos e nos sentimentos, umas tantas vezes e, após curto

espaço de tempo, restabelece-se-lhe a estabilidade mental. Explica-se uma pequena neurose

traumática desta ordem como sendo uma inundação do organismo por quantidades de excitação

não dominada e como representando tentativas retardadas de controle. As neuroses traumáticas

severas devem ser vistas pelo mesmo ângulo (ver págs. 107 e segs).

Modelo do segundo tipo de neuroses, caracterizado por bloqueio anterior da descarga e

chamado psiconeurose, é representado pelas neuroses artificiais que se infligem a animais em

psicologia experimental (65, 286. 923, 1109). Algum estímulo que representara experiências

instintivas prazerosas. ou que servira para assinalar que uma ação proporcionaria gratificação é

de repente ligado pelo experimentador a experiências frustradoras ou ameaçadoras; ou o

experimentador diminui a diferença entre estímulos que o animal fora treinado a associar com

gratificação instintiva e ameaça respectivamente; o animal então entra em estado de irritação,

muito semelhante ao da neurose traumática Sente impulsos contraditórios e o conflito o

impossibilita de ceder aos impulsos da maneira costumeira; a descarga e bloqueada e a sua

diminuição opera do mesmo modo que um aumento do influxo; daí o organismo ser levado a

um estado de tensão que exige descargas de emergência.

Nas psiconeuroses, alguns impulsos foram bloqueados; a conseqüência é um estado de

tensão e, afinal, algumas "descargas de emergência", as quais consistem, em parte, numa

inquietação inespecífica e elaborações respectivas- em parte, em fenômenos muito mais

específicos, que representam as descargas involuntárias distorcidas daqueles próprios impulsos

instintivos que tiveram sua descarga normal interditada. Temos, assim, pois, nas psiconeuroses,

primeiramente, a defesa do ego contra um instinto; depois, um conflito entre o instinto que luta

por descarregar e as forças defensivas do ego; em seguida, um estado de represamento e, por

fim, os sintomas neuróticos, ou seja, descargas distorcidas, resultando do estado de

represamento — um compromisso entre forças adversas. O sintoma é o único passo deste

desenvolvimento que vem a tornar-se manifesto; o conflito, sua história e a significação dos

sintomas são inconscientes.

SINTOMAS NEURÓTICOS E AFETOS

As considerações acima sobre a essência das neuroses suscita uma objeção que não é de

menosprezar. É que muita coisa da caracterização que demos dos fenômenos neuróticos parece

também válida para uma categoria de fenômenos mentais muito normais, a saber, os ataques

afetivos ou emocionais.

Na verdade, se procurarmos um denominador comum para todas as explosões súbitas de

afeto, veremos relação estreita entre as explosões deste tipo e os fenômenos neuróticos.

Os ataques afetivos consistem em (a) movimentos e outras descargas fisiológicas,

principalmente alterações das funções musculares e glandulares; e *(b)* sentimentos emocionais.

Tanto os fenômenos físicos quanto os psíquicos são específicos para certo afeto — e, em

particular, é específica a correlação de ambos os fenômenos. Os ataques emocionais ocorrem

sem consentimento ou até contra a vontade do indivíduo; as pessoas que os sofrem "perderam o

controle". Ao que parece, alguma coisa de natureza mais arcaica se substitui ao ego normal: é

indubitável que as crianças e as personalidades infantis são emocional-mente mais instáveis.

Os ataques desta ordem dão-se como resposta (a) a estímulos extraordinariamente

intensos, cuja quantidade explica a insuficiência temporária do aparelho normal de controle do

ego; caso este em que os ataques emocionais Parecem ser uma espécie de controle de

emergência que suplanta o controle normal do ego; ou *(b)* a estímulos ordinários, quando certas

condições ocorrem no organismo. O mais simples dos exemplos é a raiva deslocada. Certo fato!

Precipitante ligeiro evoca um acesso de cólera, se tiver havido disposição para e a, enraizada

em experiência anterior, a qual não haja dado meio de expressão esta tendência. De modo geral,

o organismo tende a regressões emocionais se estiver em estado de tensão. É a razão pela qual

uma reação emocional muito intensa se pode considerar, em geral, como "derivativo" de

alguma coisa que foi anteriormente reprimida. Em resumo, os ataques emocionais ocorrem

quando o controle normal do ego se haja tornado relativamente insuficiente por (a) influxo

demasiado da excitação, ou (fa) bloqueio anterior do efluxo (191, 440, 697, 1013, 1021).

Esta definição é idêntica à que demos para os sintomas neuróticos. Estes também são

fenômenos de descarga que ocorrem sem consentimento do ego; e se analisarmos os

respectivos fatores precipitantes, o que encontraremos é um aumento do efluxo da excitação

(neuroses traumáticas); ou são atividades defensivas do ego, atividades que anteriormente

haviam bloqueado as descargas e, assim, levado o organismo a um estado de tensão

(psiconeuroses). Logo, a causa dos ataques emocionais e dos sintomas neuróticos é, em

essência, a mesma: insuficiência relativa do controle do ego por força do aumento do influxo,

ou do bloqueio da descarga. Tanto os ataques emocionais quanto os sintomas neuróticos são

substitutos parciais, de natureza mais arcaica, da motilidade normal do ego. Situa-se a diferença

na natureza daquilo que é substituído. Na neurose, o substituto está subjetivamente determinado

na história do indivíduo; no afeto, o substituto está objetivamente determinado; a síndrome é

mais ou menos a mesma em indivíduos diferentes e resulta de reações nervosas quimicamente

induzidas; donde, em verdade, se origina não sabemos. A impressão da existência de

semelhança geral entre ataques neuróticos e emocionais levou Freud, após descobrir a

determinação histórica do ataque histérico, a procurar também determinação histórica da

síndrome de angústia (618).

A semelhança entre sintomas neuróticos e ataques emocionais afigura-se menos

impressionante.no caso dos sintomas compulsivos. O sintoma compulsivo, entretanto,, é menos

primitivo do que outros sintomas neuróticos; não é simples irrupção das forças reprimidas. Da

mesma forma, nem todos os afetos têm o caráter de crises súbitas: os sintomas compulsivos

podem comparar-se a afetos de tensão como o luto. Se um sintoma de conversão corresponde a

uma explosão de excitação sexual ou cólera incontível, então o sintoma compulsivo é

paralelizado pelo trabalho mais gradativo do luto. Tanto a compulsão quanto o luto representam

elaboração secundária da tendência original para a descarga tempestuosa.

Essencialmente, as psiconeuroses resultam de conflito entre exigências instintivas e

forças defensivas do ego. Esta noção mostra a melhor maneira de organizar uma teoria da

neurose. Temos de estudar: (a) o ego defensor e seus desenvolvimentos, (b) os instintos e o

desenvolvimento respectivo; (c) os tipos de conflito entre os dois, motivo, métodos e

manifestações respectivos; e (d) as conseqüências dos conflitos, as neuroses propriamente ditas.

Não é possível, entretanto, separar de modo estrito um do outro estes quatro pontos,

porque estão estreitamente interligados. Teremos de trabalhar com os mesmos fatos

reiteradamente, vendo-os de ângulos diferentes. A inter-relação entre o ego e o id obriga a

subdividir o capítulo do ego; em primeiro lugar, os estádios iniciais do ego serão vistos; em

seguida, o desenvolvimento dos instintos e depois disso é que veremos o desenvolvimento

posterior do ego. Um capítulo breve concernente ao método de pesquisa da psicanálise precede

a discussão do desenvolvimento psíquico.

3

O Método da Psicanálise

OBSERVAÇÕES INTRODUTÓRIAS

O que se segue não constitui nem apresentação da técnica da psicanálise, nem explicação

do procedimento terapêutico: aquela ultrapassa a finalidade do presente livro e esta será mais

adiante discutida (Capítulo Vinte e Três). Apenas se apresentarão uns tantos fatos relativos ao

método científico que se usa quando se colhem os achados psicológicos e psicopatológicos a se

discutirem (cf. 748, 779).

Hoje em dia, é fácil a apresentação dos princípios da psicanálise, princípios que,

historicamente, se desenvolveram pouco a pouco a partir das necessidades da prática

psicoterapêutica (188). Todo fragmento de método que se veio a adquirir gerou achados novos,

os quais, por sua vez, se puderam usar na melhoria do método. Atualmente, é possível justificar

o método pela explicação do seu background teórico; e, de fato, a teoria não precedeu o

método; a bem dizer, estabeleceu-se com a ajuda do método.

A REGRA BÁSICA

A tarefa da psicologia dinâmica é reconstruir, com base em certas manifestações dadas, a

constelação de forças que produziu aquelas. Por trás do quadro manifesto cambiante estão seus

fundamentos dinâmicos, impulsos que lutam pela descarga e contraforças inibidoras. Os

esforços iniciais do analista dedicam-se à eliminação de obstáculos que impedem uma

expressão mais direta destas forças. É o que o analista procura realizar pela chamada regra

básica, pedindo ao paciente que diga tudo quanto lhe vem à mente, sem seleção.

Para compreender a significação desta regra, devemos recordar-nos de que modo atua

uma pessoa que, na vida cotidiana, não segue esta regra. Os seus impulsos no sentido de ações

ou palavras são determinados por (a) estímulos externos de toda sorte a que ela reage; (b) seu

estado físico, que lhe dá estímulos internos e determina a intensidade e modalidade das

impressões Seradas por estímulos externos; (c) certos objetivos conceituais, o pensamento do

que quer fazer ou dizer, pensamento que a faz suprimir aquilo que não pertence ao tema, ao

assunto; e *(d)* os derivativos de todos os impulsos que, reprimidos, tentam encontrar descarga.

O psicanalista visa a compreender o último grupo de determinantes, para o qual fim busca

excluir os três primeiros tanto quanto possível, a fim de melhor poder reconhecer este último.

Os estímulos externos durante a entrevista psicanalítica reduzem-se a um mínimo e

permanecem relativamente constantes.

Em seus primeiros dias, Freud, chegava a pedir aos pacientes que fechassem os

olhos, com o fim de excluir percepções visuais que os distraíssem (543, 544).

Posteriormente, porém, verificou-se que o risco de induzir o paciente a isolar o

procedimento analítico da "realidade de olhos abertos" era, em geral, maior que o

lucro possível.

Um estado físico extraordinário agudo, como a dor, a fome, um perigo real iminente,

constituem, de fato, obstáculo à produção de associações úteis, visto que obscurece a produção

de derivativos.

Certo paciente sonhava, exclusivamente, com comida e a análise não progredia,

aparentemente. Verificou-se que não tinha suficiente que comer, mas, depois de conseguir

arranjar emprego, os sonhos "orais" desapareceram e a análise continuou de maneira normal.

A eliminação do terceiro fator importuno, os objetivos conceituais do ego, representa o

principal objetivo da regra básica. Quando os objetivos conceituais seletivos do ego são

excluídos, o que se exprime é determinado, a bem dizer, pelas tensões e impulsos existentes

dentro do indivíduo, tensões que esperam a oportunidade de ganhar expressão. O analista tenta

fazer que o paciente aprenda a eliminar os objetivos conceituais e a não selecionar as coisas que

diz. Aliás, o paciente não tem absolutamente que ser ativo; a tarefa que se lhe dá consiste,

apenas, em *não* impedir a expressão dos impulsos que surgem dentro dele.

"Dizer tudo" é muito mais difícil do que se imagina. Até o indivíduo que conscientemente

adere à regra básica deixa de dizer muitas coisas pelo fato de considerá-las demasiado

insignificante, tolas, indiscretas etc. Muitos há que jamais aprendem a aplicar a regra básica

pelo medo excessivo de perder o controle e pela necessidade que sentem, antes de dar

expressão a qualquer coisa, de examiná-la para ver bem o que é.

Por conseguinte, não é tão simples para o inconsciente encontrar expressão pela simples

tentativa de obedecer à regra básica. Verdade é que a regulação elimina milhares de objetivos

conceituais da vida cotidiana, mas não consegue eliminar todas as contraforças do ego. Ainda

que se fosse possível suprimir todo pensamento intencional e concentrar-se apenas naquilo que

vem espontâneo, ainda assim não se encontrariam os puros impulsos que lutam pela descarga.

As próprias resistências mais fortes, mais profundas — isto é, aquelas que se originam na

infância e que são dirigidas contra explosões instintivas inconscientes — não podem ser

varridas da existência pelo comando de que tudo se diga. Assim, as verbalizações de um

paciente que obedece à regra não refletem, apenas, o inconsciente que ora se torna consciente.

O quadro apresentado, a bem dizer, é o quadro de uma luta entre certos impulsos inconscientes

(que se revelam relativamente com mais clareza na análise do que na conversa comum) e certas

resistências do ego, resistências igualmente inconscientes para o indivíduo, só se lhe tornando

aparentes de forma distorcida. Nas expressões do paciente, é possível reconhecer os mínimos e

os máximos da abordagem de alguma coisa "realmente pretendida".

INTERPRETAÇÃO

Ora, que é que faz o analista? (1) Ajuda o paciente a eliminar suas resistên cias tanto

quanto possível. Pode aplicar vários meios, mas o fundamental é que o analista chama a

atenção do paciente, que não percebe em absoluto ou percebe insuficientemente suas

resistências, para os efeitos destas. (2) Sabedor de que as verbalizações do paciente são, de fato,

alusões a outras coisas, o psicanalista tenta deduzir o que está por trás das alusões e dar esta

informação ao paciente. Quando existe um mínimo de distância entre a alusão e aquilo a que se

alude, o analista dá-lhe palavras com que exprimir os sentimentos que estão no momento vindo

à tona e, desta forma, facilita a conscientização respectiva

Este procedimento que consiste em deduzir o que o paciente realmente quer dizer e

informá-lo é chamado interpretação. Porque a interpretação significa ajudar alguma coisa

inconsciente a tornar-se consciente pelo processo de nomeá-la no momento em que está lutando

por irromper, as interpretações eficazes só podem ser dadas em certo ponto específico, ou seja,

onde o interesse imediato do paciente está momentaneamente centrado. Os verdadeiros

impulsos instintivos chocantes da infância estão tão distantes da possibilidade de ser sentidos

que, a princípio, a interpretação certamente não se preocupa com eles, e sim com os respectivos

derivativos. As atitudes defensivas estão mais próximas da capacidade que tem o paciente de

compreender, pelo que se interpretam primeiro.

Tem-se indagado por que é que o conhecimento teórico do conteúdo e dos mecanismos

das neuroses não se pode aplicar na abreviação do tempo lamentavelmente longo que a

psicanálise exige. Se se sabe que a base de uma neurose é o chamado complexo de Édipo, por

que não dizer desde logo ao paciente que ele ama sua mãe e quer matar o pai, curando-o com

esta informação? Já houve escola relativamente grande de pseudo-análise, segundo a qual o

paciente deveria ser "bombardeado" com "interpretações profundas" (1479); e a própria

literatura psicanalítica contém afirmações no sentido de que uma "interpretação profunda",

célere, pode superar a angústia do paciente (958). Mas os esforços desta ordem permanecem

necessariamente infrutíferos. O paciente despreparado não pode de modo algum ligar as

palavras que ouve do analista às suas experiências emocionais. "Interpretação" deste gênero

não interpreta absolutamente.

Mesmo a simples informação de que alguma coisa dentro dele está combatendo a sua

adesão à regra básica tende a fazer que o paciente descubra alguma coisa em si que não

percebia antes. Uma interpretação que dirija a atenção do paciente para algo até então

despercebido tem a mesma utilidade que o ato do professor de histologia quando diz aos alunos

o que devem procurar no microscópio. Claro que não é só a falta de experiência que impede o

analisando de perceber sua atitude; motivos fortes existem que o fazem não querer saber.

Na realidade, não se atacam as resistências somente pela interpretação; usam-se também

outros meios de influenciar as pessoas a que façam alguma coisa desagradável. O analista tenta

convencer o paciente da necessidade da tarefa desagradável; utilizam-se-lhe os sentimentos

amistosos para com o analista; mas, sempre que possível, usa-se a interpretação. A percepção

das palavras do analista juntamente com a presença preconsciente do derivativo em estado

nascente altera o conflito dinâmico entre a defesa e os impulsos rejeitados em benefício destes;

e derivativos novos, menos distorcidos, podem ser tolerados.

A interpretação fragmenta o ego em uma parte que observa e uma parte que experimenta,

de modo que aquela pode julgar o caráter irracional desta.

Como é que o analista pode saber a que aludem, de fato, as palavras do paciente? As

resistências terão torcido as verbalizações deste, mas o encargo do trabalho interpretativo do

analista é desfazer e fazer retroativa a distorção causada pelas resistências. É trabalho de

reconstrução que com razão muitos têm comparado à interpretação de achados arqueológicos; e

pode ser demonstrado com mais presteza mediante exemplos de erros, lapsos de língua e

sonhos do que mediante as neuroses em seu todo (553).

ARTIFÍCIOS DE DISTORÇÃO

Há muitas formas pelas quais se produz a distorção. Enumeraremos uns exemplos dos

artifícios que nela se empregam:

1. Podem estar faltando elos nas associações do paciente, associações que, quando

examinadas, revelam conexão com afetos, recordações específicas, ou, em geral, atitudes

específicas possíveis de esperar em certas situações. Quando o analista observa hiatos desta

ordem, sabe que as forças censoras do ego estiveram trabalhando com sua tesoura.

2. Afetos que já foram reprimidos exprimem-se em alguma outra conexão. Sé um

homem tem de engolir a raiva do patrão, facilmente se enfurecerá com a esposa. Por

conseguinte, quando observa que um afeto é desproporcionado a certa situação — quer seja

forte demais, quer seja de qualidade diferente — o analista sabe que está lidando com o

derivativo de outra coisa.

3. Não só afetos podem revelar-se como "substitutos"; a distorção pode também consistir

na substituição de qualquer ideia por outra que seja associativamente ligada. Qualquer coisa

que o paciente exprime, tanto em palavras quanto em movimentos, atitudes, erros, pode ser

alusão a alguma outra coisa. As conexões associativas são de vários tipos. As alusões e aquilo a

que se alude podem ter características comuns ou semelhantes. O que se diz e o que se pretende

dizer pode representar partes diferentes de um só todo, de um mesmo todo. Enquanto o analista

não conhece o todo, não pode presumir o que se quer dizer. Quanto mais ele sabe da história do

paciente, melhor poderá compreender. É muito freqüente que os sintomas neuróticos só se

tornem compreensíveis através das suas conexões históricas.

Visto que o inconsciente luta continuamente por expressão, a maneira melhor para o

analista encontrar aquilo que, de fato, se quer dizer é procurar um fator comum nas várias

verbalizações do paciente. Com freqüência é o inter-jogo, ou a contradição entre os vários

depoimentos do paciente, ou entre suas palavras e seus gestos, entre suas palavras e seus

sentimentos, que coloca o analista na trilha certa. Há vezes em que a própria maneira pela qual

o paciente relata alguma coisa, ou alguma coisa experimentada tem ela própria de ser

interpretada como expressão de um pensamento inconsciente específico. Também se registre o

fato de que todos os indivíduos partilham de um reservatório comum de expressões que servem

para distorcer o significado — simbolismo.

Não consiste o trabalho interpretativo do analista, certamente, em deter-se para examinar

cada verbalização do paciente, dizendo consigo mesmo: "Ele omitiu alguma coisa aqui? A

observação do paciente é apenas fragmento de algum curso completo de idéias? Talvez eu deva

encontrar alguma conexão histórica nisto. Qual é a conexão entre a verbalização do paciente e o

que ele disse há cinco minutos, ou ontem? A expressão facial do paciente está em harmonia ou

em contradição com o que está dizendo? Aquilo que acaba de menciona está na tábua de

símbolos de Freud ? O seu afeto está proporcionado ao que ver baliza?" etc. etc. Enquanto o

analista considera todos estes pontos, o paciente terá passado a alguma outra coisa. Não,

descobrir o que paciente de fato quer dizer não envolve a análise consciente de todas as

distorções possíveis, mas de preferência, uma empatia intensa com a personalidade dele.

Executando esta parte da sua tarefa, a ferramenta do analista é o seu próprio inconsciente

Esta presunção nega o caráter científico do método psicanalítico? Como é que pode o

analista, trabalhando com sua intuição, saber realmente se aquilo que presume é de fato

correto? Adiaremos, por enquanto, a resposta a estas perguntas.

Uma interpretação, já se disse, só pode ser efetiva se for dada no momento em que a

distância entre o que se diz e o que se quer dizer for mínima. Como é que o analista pode saber

quando interpretar? Ele precisa estar consciente, constantemente, da força das resistências que

operam a qualquer momento dado.

TIPOS DE RESISTÊNCIA

As resistências exprimem-se de maneiras múltiplas. Tudo quanto impede o paciente de

produzir material que derive do inconsciente é resistência. E impossível tabular as várias

formas pelas quais a resistência se pode exprimir. O paciente pode parar de falar, ou pode falar

tanto que impossibilite deduzir um fator comum das suas verbalizações. O que ele diz parece

desviar-se cada vez mais do que realmente quer dizer; dando impressão mais de extensão que

de profundidade.

Se chamarmos a atenção do paciente para o fato, pode ele responder: "Você me

pediu que dissesse tudo quanto me vem à mente. Se as minhas associações tendem a

espalhar-se em todas as direções, terei de abandonar a regra básica da análise?

"Simples a resposta: 0 paciente deve seguir a regra básica tão estritamente quanto

puder, mas, se não se desenvolve fator comum algum, depara o analista com um

problema antecedente, e este tem de ser reconhecido antes de poder presumir-se o que

realmente se quer dizer. Por que as associações do paciente se estendem em todas as

direções? Tanto o analista quanto o paciente devem cooperar para descobrir por que

é que o paciente exprime sua resistência desta forma específica.

O paciente pode esquecer certas coisas, acontecimentos importantes da véspera, ou

alguma coisa que já tenha sido discutida. Pode criticar comentários do analista, pode sentir-se

antagônico ou não sentir-se à vontade.

Visa a análise a demonstrar ao paciente os resíduos importunos do passado que aparecem

nos seus sentimentos e reações — ligar o presente com o passado. Assim, certa forma de

resistência existe que consiste no fato de o paciente falar apenas sobre o presente e recusar ver

o passado; na forma inversa de resistência, o paciente só fala nas recordações da infância e

recusa-se a vê-las representadas na realidade atual.

É objetivo da análise confrontar o ego razoável do paciente com as emoções irracionais

que nele existem. Assim é que certa forma de resistência consiste no fato de o paciente ser

sempre razoável e recusar a aquisição de qualquer compreensão da lógica das emoções; no tipo

oposto de resistência, o paciente flutua continuamente em experiências emocionais vagas, sem

alcançar a distância e a liberdade necessárias que lhe permitiriam vê-las razoavelmente.

Todas estas são formas de resistência que com facilidade se reconhecem como tais. Mas

há resistências que operam de modo muito mais clandestino. Certo paciente, por exemplo,

parece estar fazendo bom trabalho analítico; talvez esteja progredindo na compreensão das

forças que trabalham dentro dele, nas conexões significativas, na evocação de novas

recordações infantis — e, no entanto, a neurose não se lhe altera, o que talvez se deva à

operação das várias resistências ocultas. Certa atitude do paciente que não haja sido ela própria

analisada nulifica, às vezes, o efeito da análise. Por exemplo, ele pode ter um sentimento de

dúvida: "Isto tudo seria muito bonito se fosse verdade, mas não sei se é". Ou o paciente pode

ter compreendido o que foi que as suas associações e as interpretações do analista lhe

mostraram e, no entanto, a noção permanece inteiramente separada da sua vida real. É como se

dissesse para si mesmo: "Isto tudo é válido apenas enquanto eu estou deitado no divã." Outro

exemplo: um paciente aceita tudo quanto o analista lhe diz simplesmente por questão de

cortesia; mas é justamente esta atitude cortês que o protege da revivescência plena dos seus

conflitos instintivos e, portanto, tem de ser primeiro analisada. Há resistências intelectuais em

que os pacientes tentam recusar a validez teórica da psicanálise em lugar de procurar clarificar

a sua própria vida mental. Entretanto, existem também resistências intelectuais do tipo inverso:

uns pacientes tornam-se adeptos entusiastas da psicanálise a fim de evitar-lhe a aplicação a eles

próprios.

Uma resistência aguda, aquela que se dirige contra a discussão de um ou outro tópico

particular, é muito mais fácil de manipular do que as "resistências de caráter", atitudes que o

paciente já desenvolvera a fim de manter suas repressões e que, então, exibe para com o

analista; atitudes estas que primeiro têm de ser rompidas, antes de poder resolver as repressões.

TRANSFERÊNCIA

A repetição de atitudes anteriormente adquiridas para com o analista mais não é que um

exemplo da categoria mais significativa de resistência, e cuja manipulação é o cerne da análise:

a resistência transferencial. Compreender o conteúdo do inconsciente do paciente pelas suas

verbalizações é, relativamente, a parte mais simples da tarefa analítica. A mais difícil é a

manipulação da transferência.

Parece muito natural que, no decorrer de um tratamento analítico, o paciente produza

afetos fortes, os quais podem apresentar-se sob a forma de ansiedade ou alegria, aumento de

tensão interna a ponto de tornar-se insuportável; ou sob a forma de um sentimento feliz de

relaxamento completo. Estes afetos também podem assumir a forma de sentimentos específicos

para com o analista: amor intenso, porque o analista o está ajudando, ou ódio acerbo pelo fato

de que o analista o obriga a suportar experiências desagradáveis. O problema, no entanto, faz-

se mais complicado quando um afeto do paciente está em contradição com aquilo que esta

acontecendo na análise; por exemplo quando o paciente odeia o analista porque o ajuda, ou o

ama porque ele lhe i põe uma restrição penosa. O problema complica-se ainda mais quando o

paciente, evidentemente, toma em mau sentido a situação verdadeira e ama ou odeia o analista

por alguma coisa que, conforme julga o analista, é não-existente. Esta atitude falseadora pela

qual o paciente vê a verdadeira situação analíti é ocorrência comum em quase toda análise.

Freud surpreendeu-se de início quando deparou com o fenômeno (577); hoje em dia, as suas

descobertas facilitam a compreensão teórica respectiva. A situação analítica induz o

desenvolvimento de derivados daquilo que é reprimido, ao mesmo tempo que uma resistência

opera em contrário. Os derivados podem apresentar-se como necessidades emocionais

altamente concretas para com a pessoa que venha a estar presente. As resistências distorcem as

conexões verdadeiras. O paciente entende mal o presente em função do passado; e, então, em

vez de recordar o passado, esforça-se sem reconhecer a natureza da forma por que atua por

reviver o passado e vivê-lo mais satisfatoriamente do que viveu na infância Ele "transfere"

para o presente atitudes passadas.

Na análise, a transferência tem duplo aspecto. Basicamente, tem-se de considerar como

uma forma de resistência. O paciente defende-se contra as recordações e contra a discussão dos

seus conflitos infantis pela revivescência deles. As ações transferenciais (visto que o objeto não

é o correto, nem a situação se ajusta) servem para distorcer as conexões originais e a descarga

que assim se atinge é, necessariamente, insuficiente. O analisando, que procura a satisfação

imediata dos derivados, em lugar de enfrentar seus impulsos originais, tenta usar um substituto

tipo curto-circuito para os seus impulsos reprimidos. Doutro lado, a transferência dá ao analista

uma oportunidade singular de observar diretamente o passado do seu paciente e, assim,

compreender o desenvolvimento dos seus conflitos.

Na vida cotidiana, há situações transferenciais. É feição humana geral interpretar as

experiências de uma pessoa à luz do passado. Quanto mais os impulsos reprimidos procuram

expressão em derivados, mais tolhida é a valoração correta da diferença entre o presente e o

passado; e maior é o componente transferencial do comportamento do indivíduo. A situação

analítica em particular entretanto, promove a produção da transferência de duas maneiras: (1) O

ambiente a que se reage tem caráter relativamente uniforme e constante, pelo que o

componente transferencial das reações se torna muito mais pronunciado. (2) Enquanto noutras

situações as pessoas reagem às ações e palavras de outras eu – com o que provocam novas

reações e criam novas realidades, tudo isso obscurecendo o caráter transferencial da ação

original — o analista, ao contrário, não provoca realmente o paciente e lhe reage às explosões

afetivas apenas pelo fato de que o faz consciente do seu comportamento. Daí por que o caráter

dos sentimentos do paciente se faz mais claro. A reação do analista é a mesma que aquela que

ele assume em relação a qualquer do paciente: ele interpreta; vê na atitude do paciente um

derivado inconscientes e tenta mostrar-lhe isso.

Na prática, a tarefa é muito mais difícil do que qualquer outro tipo de interpretação. Se o

analista se comportasse tal qual se comportavam anteriormente os pais do paciente, não poderia

ajudá-lo porque aquilo que ocorrera na infância do paciente simplesmente se estaria repetindo;

e se comportasse de fazendo do que atender aos desejos resistenciais dele. Por conseguinte, o

analista não fará nem uma coisa, nem outra. Se viesse a sentir-se lisonjeado pelo amor do

paciente e reagisse nesta conformidade, ou se o sentimento de ódio do paciente o ferisse, em

suma, se tivesse de reagir aos afetos do paciente com contra-afetos, não poderia interpretar com

bom êxito porque o paciente poderia reagir às interpretações, mais ou menos, da seguinte

forma: "Não, eu o amo ou o odeio não por causa das tendências amorosas ou odiosas não

resolvidas do meu passado, e sim, porque você de fato se portou de maneira amável ou odiosa."

Há várias razões pelas quais os institutos analíticos exigem que todos os analistas sejam

primeiro analisados. Uma das razões é que, nos cursos de psicanálise, não há possibilidade de

dar demonstrações clínicas; daí o futuro analista só poder aprender a técnica analítica pela

experiência pessoal. Segunda razão: as próprias repressões do analista o fariam menosprezar

certas coisas que existem no paciente, ou ver outras com exagero, daí falsificando-lhes a

significação. Muito mais fundamental é a terceira razão: Não é fácil enfrentar os inúmeros e

variados afetos com que os pacientes bombardeiam o analista sem reagir com contra-afetos,

quer conscientes, quer inconscientes. As tendências inconscientes do analista a exprimir suas

próprias inclinações amorosas ou hostis não resolvidas podem fazer que ele reaja à

transferência com a contratransferência, motivo pelo qual têm de ser eliminadas mediante

análise de treinamento.

Pode-se descrever o trabalho interpretativo sistemático e consistente, tanto dentro quanto

fora do arcabouço transferencial, como sendo a maneira de educar o paciente a produzir

continuamente derivados menos distorcidos até que sejam reconhecíveis os seus conflitos

instintivos fundamentais. Claro que não é esta uma operação singular, resultando em ato

singular de abreação: pelo contrário, é processo crônico de elaboração, o qual mostra

repetidamente ao paciente os mesmos conflitos e a forma por que em geral a eles reage; sob

novos ângulos, porém, e em conexões novas.

CRITÉRIOS PARA AVALIAR A EXATIDÃO

DAS INTERPRETAÇÕES

O problema da forma pelo qual o analista sabe que suas interpretações são corretas tem

sido até o momento delongado. Objeção corrente que se faz à psicanálise é que as

interpretações são arbitrárias; que o analista mais ou menos projeta no paciente as suas próprias

fantasias. Diz-se que ele facilita as coisas para si mesmo: se o paciente diz "sim" a uma

interpretação, toma-se como prova da respectiva validez; se diz "não", está mostrando

resistência à interpretação, prova positiva de que ela é válida. Quanto a certeza científica,

simplesmente não há evidência dela.

Qual é a situação verdadeira? De fato, é correto que um "sim" do paciente se aceite em

geral como confirmação e que, em certas condições, se veja em um "não" uma refutação.

Freud, muito acertadamente, chamou a atenção para uma situação análoga, a do juiz (596). A

confissão do réu vale, em geral, como prova de culpa, se bem que, em casos excepcionais, a

confissão seja falsa; mas a negação por parte do réu não lhe prova absolutamente a inocência.

A diferença entre o réu e um paciente psicanalítico é apenas que aquele oculta conscientemente

a verdade, ao passo que este a esconde inconscientemente.

Daí por que nem um 'sim nem um "não" que respondam a uma interpretação constitui

critério final quanto a sua validez. O que importa, a bem dizer é a maneira pela qual se exprime

um 'sim" ou um "não". E certo existir um tipo de "não" que apenas representa tentativa final de

manter uma atitude que veio a fazer-se insuportável. Há vários sinais pelos quais o paciente

revela, logo após dizer "não", que internamente a interpretação o afetou e que aquilo que o

analista lhe chamou à atenção existe de fato nele. Em geral, porém, pode-se dizer que uma

interpretação a que o paciente objeta está errada, isto não significando, necessariamente, que

esteja errada no conteúdo; que, por exemplo, o impulso que o analista presumiu e de que

informou o paciente nunca haja operado. Pode a interpretação ser correta no conteúdo, mas

incorreta dinâmica ou economicamente; quer dizer, dada a um momento em que o paciente não

podia apreender-lhe a validez ou progredir com ela. Há vezes em que um "sim" pode ser

simulado pelo paciente por polidez, negligência, ou receio das conseqüências da contradição;

ou por outra razão, se bem que o comportamento do paciente mostre que internamente está

dizendo "não".

Noutros termos, não é uma questão das palavras que o paciente usa quando reage a uma

interpretação. Quando a dá o analista busca intervir no dinâmico entrejogo de forças e mudar a

balança em benefício da repressão que luta pela descarga. O grau a que esta mudança de fato

ocorre é o critério da validez de uma interpretação. São as reações do paciente em seu *todo* que

dão a resposta, e não o seu primeiro "sim" ou "não". A interpretação que seja válida acarreta

alteração dinâmica, a qual se manifesta nas associações subseqüentes do paciente e em todo o

seu comportamento.

Freud comparou certa vez a psicanálise a um quebra-cabeça em que o objetivo é construir

um quadro completo a partir dos respectivos fragmentos (550). Só existe uma solução correta, e

enquanto esta não se descobre, talvez se consigam reconhecer certos pedaços, mas sem

aparecer um todo coerente. Se encontra a solução correta, não pode haver dúvida quanto à sua

validez, porque cada fragmento se ajusta ao todo geral. Uma solução final revela coerência

unificada, na qual todo detalhe até então incompreensível terá encontrado seu lugar. E também

antes de alcançar este ponto afortunado, as alterações dinâmico-econômicas do estado do

paciente são decisivas na determinação a fazer quanto à adequação ou não adequação do

procedimento do analista.1

4

O Desenvolvimento Psíquico Inicial:

O Ego Arcaico

DIFICULDADES METODOLÓGICAS NA INVESTIGAÇÃO DAS FASES

INICIAIS DO DESENVOLVIMENTO

Em oposição à tempestade afetiva ou ao ataque emocional, em que os fenômenos são

determinados por fatores biológicos e filogenéticos. o que nas neuroses condiciona os

fenômenos é a história individual. Visto que os níveis primitivos do desenvolvimento se retêm

ou se revivem nas neuroses, impossível é compreendê-los sem conhecimento pleno destes

estádios iniciais. Assim, pois, os capítulos que se seguem vão apresentar esboço resumido e

esquemático do desenvolvimento mental.

As conclusões que dizem respeito aos primórdios da vida mental têm sido elaboradas

muito lentamente a partir do material que se obtém na análise de neuróticos adultos; achados

que vieram a ser confirmados pela observação direta das crianças. Necessariamente, os anos

mais remotos é que mais obscuros permaneceram. Em primeiro lugar, nem sempre é

imperativo regressar aos períodos mais remotos para analisar e tratar uma neurose; além disso,

faz-se cada vez mais difícil apreender as reações mentais à medida que se investigam períodos

nos quais ainda não existe linguagem e nos quais muitas funções separadas ulteriores ainda

não se diferenciaram entre si. São difíceis as tentativas no sentido de superar estes obstáculos

pela observação direta dos infantes, antes que se desenvolva a fala; e os dados por este meio se

obtêm facultam interpretações psicológicas que variam. Há inclinação acentuada à aplicação de

conceitos e idéias que são válidas para estádios mais adiantados de maturação ao

comportamento das crianças pequenas; crítica, aliás, que parece poder aplicar-se a vários

estudos psicanalíticos relativos às fases iniciais do ego. Até o momento, contudo são poucas as

observações sistemáticas de infantes que se hajam feito com base na psicanálise (645, 671,

1301, 1302, 1303, 1596). Os psicólogos experimentais têm contribuído muito, com os seus

achados; mas a pesquisa desta ordem aborda o material, principalmente, de modo muito diverso

daquele da psicanálise.

A análise de psicóticos, com a respectiva regressão a fases primitivas do ego, acresce

1 Muitos dentre os problemas que neste capítulo se tocam são discutidos com certa extensão em (438).

consideravelmente o conhecimento destes estádios iniciais. Esta análise tez pela compreensão

do desenvolvimento mental inicial o mesmo que pela compreensão dos estádios infantis da

sexualidade fez a análise dos neuróticos, com o regresso destes à sexualidade infantil. Claro

que não são as psicoses os únicos estados em que se observam regressões do ego. Também nas

pessoas sadias reaparecem funções arcaicas do ego, conforme acontece em condições de

embriaguez, exaustão e, sobretudo, na situação do adormecimento e do despertar (726, 837,

1546).

OS ESTÁDIOS PRIMITIVOS

As funções mentais representam um aparelho que se complica progressivamente para o

controle dos estímulos. Assim é que as fases primitivas se têm de abranger nas expressões

"excitação" e "relaxamento"; só as fases ulteriores é que se podem caracterizarem termos mais

definidos e diferenciados.

O ego vem a diferenciar-se sob a influência do mundo exterior, sentido em que se pode

dizer que a criança recém-nascida não tem ego. O infante humano nasce mais desamparado do

que os outros mamíferos. Não pode viver se não for assistido; estímulos numerosos derramam-

se-lhe em cima que ele não pode controlar. Não tem meios de mover-se voluntariamente, nem

sabe diferenciar os estímulos. Não conhece mundo objetal, nem consegue "segurar" a tensão.

Podemos dizer que não tem consciência clara e, quando muito, terá sensibilidade indiferenciada

à dor e ao prazer, ao aumento e à diminuição da tensão. Precisamente, o que ocorre é que ainda

não se desenvolveram as funções a constituir o ego futuro e a consciência: ou seja, a apreensão

do mundo exterior (percepção), o controle do aparelho motor (motilidade) e a capacidade de

segurar a tensão mediante contracatexias.

E claro que, antes mesmo do desenvolvimento do ego, reações existem aos estímulos; as

funções ulteriores do ego são realizadas de forma indiferenciada pelo organismo como um

todo.

A origem do ego não é um processo homogêneo. Começa com o nascimento (ou talvez

mesmo antes) e, estritamente falando, nunca se completa. Quando nasce, o organismo emerge

de ambiente relativamente tranqüilo para entrar num estado de estimulação esmagadora com

um mínimo de proteção contra os estímulos; é uma inundação de excitação, sem aparelho

defensivo adequado, que, segundo Freud, constitui o modelo para toda angústia futura (618).

Esta inundação pela excitação deve ser consideravelmente desagradável e deve evocar a

primeira tendência mental, a saber, a tendência a eliminar a tensão. Quando o mundo exterior

consegue ajudar a criança a suportar estes estímulos de forma satisfatória, ela adormece. É

despertada por novos estímulos: a fome, a sede, o frio. Os primeiros traços de consciência não

se diferenciam entre ego e não-ego, e sim, na verdade, entre tensão maior ou menor; a esta al-

tura, o relaxamento e a perda da consciência são concomitantes. Se fosse possível atender a

toda necessidade imediatamente, talvez nunca se desenvolvesse uma concepção da realidade.

A DESCOBERTA DOS OBJETOS E A CONSTITUIÇÃO DO EGO

A vida do bebé varia entre a fome, o frio e outros estímulos desagradáveis, de um lado, e

o sono, de outro. A fome (mais os estímulos desagradáveis) levam a um estado de tensão e daí,

à tendência a livrar-se da tensão. Esta cessa com a saciedade, e a criança adormece, o sono

sendo liberdade relativa de estímulos Os primeiros sinais de representação objetal devem

originar-se no estado de fome. Aparecendo primórdios mais distintos das funções ulteriores do

ego a apreensão pelo infante do fato de que alguma coisa há de fazer o mundo exterior de modo

a aliviar os estímulos conduz ao primeiro desejo de objetos Relação objetal desta natureza

primitiva só existe enquanto estiver ausente o objeto: este aparecendo, cessa o desejo e

sobrevém o sono (425).

Antes que se estabeleça este "primeiro objeto" é o bebé fisicamente dependente de

pessoas cujos cuidados o mantém vivo; pessoas que, contudo, não são os objetos do infante em

sentido psicológico, visto que ele ainda não percebe o mundo exterior, e, sim, apenas, sua

própria tensão ou seu próprio relaxamento. A primeira percepção de um objeto virá do desejo

de alguma coisa que já é familiar ao bebé: alguma coisa capaz de gratificar necessidades, mas

ausente no momento (507).

A primeira aceitação da realidade é somente um estádio intermediário no caminho de se

afastar dela. Aqui é o ponto em que surge contradição de importância básica na vida humana, a

contradição entre o desejo de relaxamento completo e o deseja de objetos (fome de estímulo).

A luta pela descarga e pelo relaxamento, a expressão direta do princípio da constância,

constitui, necessariamente, o mecanismo mais antigo. O fato de objetos externos haverem

trazido o desejado estado de satisfação relaxada introduziu a complicação que consiste no fato

de que os objetos se tornaram desejados: de início, realmente, eles só foram procurados como

instrumentos que por si mesmos desapareceram. O desejo de,objetos iniciou-se como se fosse

um desvio no caminho que conduz a esse alvo: livrar-se dos objetos (estímulos): é o que talvez

se queira dizer, às vezes, quando se declara que o ódio é mais antigo que o amor. Certo é,

contudo, que as primeiras relações não são nem ódio, nem amor, mas o precursor ainda

indiferenciado de um e outro, (79).

A origem do ego e a origem do senso da realidade são simplesmente dois aspectos de

uma mesma etapa de desenvolvimento. Isso sendo inerente à definição do ego como aquela

parte da psique que manipula a realidade (295, 700). O conceito de realidade é que também cria

o conceito de ego: somos indivíduos na medida em que nos sentimos nós próprios separados e

distintos de outras pessoas.

No desenvolvimento da realidade, a concepção do próprio corpo desempenha papel muito

especial (608). De início, o que há é apenas a percepção de tensão, ou seja, de um "alguma

coisa dentro". Posteriormente, com a percepção de que existe um objeto para acalmar esta

tensão, temos um "alguma coisa fora". O nosso corpo é uma coisa e outra ao mesmo tempo.

Pela ocorrência simultânea de estímulos tácteis externos e estímulos sensoriais internos, o

nosso corpo transforma-se em alguma coisa distinta do resto do mundo, donde possibilitar-se o

discernimento entre "self" (eu propriamente dito) e "não-self". A soma das representações

mentais do corpo e órgãos deste, a chamada imagem corporal, constitui a ideia de eu e tem

importância básica na formação ulterior do ego (1372). Não coincide a imagem corporal com o

corpo objetivamente considerado; por exemplo, as roupas ou as extremidades alucinadas

podem estar nela incluídas (521, 1612).

Um neurótico compulsivo preocupava-se obsessivamente com as roupas, as

quais tinham de ficar-lhe perfeitamente bem, sob pena de sentir-se angustiadíssimo;

era uma espécie de hipocondríaco das roupas. Veio-se a descobrir que, realmente, era

com seu bem-estar físico que se preocupava. O que não estivesse certo com a

indumentária significava alguma coisa errada no corpo; as roupas incluíam-se na

imagem corporal.

PERCEPÇÃO INICIAL E IDENTIFICAÇÃO PRIMARIA

O primeiro estado sem qualquer representação de objeto chama-se narcisismo primário

(585). As primeiras reações aos objetos como tais contêm muita coisa, unitariamente integrada,

que virá ainda a diferenciar-se mais tarde; reações estas que se assemelham a reflexos, quer

dizer, todo estímulo exige reação imediata, segundo o princípio da constância. A recepção do

estímulo e a sua descarga, a percepção e as reações motoras estão muito próximas umas das

outras; entrelaçam-se, ou interligam-se de maneira inseparável. A percepção primitiva

justamente caracteriza-se pela sua proximidade à reação motora. Nós percebemos mudando

primeiramente o nosso corpo pela influência do objeto percebido e, depois, pela tomada de

conhecimento desta mudança corporal. São muitas as percepções geralmente consideradas

ópticas que, na realidade. são cinestésicas (379, 1456). Tal qual, a investigação eidética tem

mostrado que as percepções ópticas primitivas se ligam a reações motoras prestes a descarregar

(83); é o que também se vê dos achados das atitudes motoras nas alucinações hipnagógicas e

hipnopômpicas (837).

A conexão original entre a percepção e a ação motora, Freud também a demonstra em seu

ensaio "Nota sobre o Bloco Mágico" (615), onde esclarece a atividade da função da percepção.

Enquanto estímulos intensos do mundo exterior inundam o organismo, este experimenta o

fenômeno passivamente. A construção de um aparelho de percepção que coincide com um

aparelho de proteção contra estímulos demasiado intensos, acarreta variação da passividade

para a atividade. A percepção realiza-se ritmicamente; claro que sob a influência de pulsações

(motoras) centrífugas de catexias possíveis de considerar como sendo a primeira tentativa de

controlar o mundo exterior. É esta a base da diferenciação de sistemas de percepção e sistemas

de memória (552); é daí que se origina uma consciência mais diferenciada. Uma vez

completada esta diferenciação, o organismo está em condições de proteger-se contra o

excessivo influxo de estímulos mediante a interrupção da função de percepção (917). O ego de

formação recente pode voltar a afundar no id, capacidade que se observa no desmaio e nos

sintomas das neuroses traumáticas. É, sem dúvida, o modelo de todos os mecanismos de defesa

ulteriores, capaz de aplicar-se contra dores internas e, bem assim, contra o desprazer de origem

externa. Também a repressão pode ser considerada bloqueio específico da percepção de certas

exigências instintivas. Outro tipo de regresso do ego ao id se vê no sono.

Função importante do ego é o fenômeno da fascinação, descrito por Bern-feld (130). Uma

tentativa primitiva de controle de estímulos intensos consiste na imitação pelo ego primitivo

daquilo que é percebido. Segundo parece perceber, e mudar o nosso corpo de acordo com o que

percebemos foram, na origem, uma coisa só e a mesma. Os pacientes de Goldstein com lesão

cerebral conseguiam compensar a alexia esboçando as letras que viam com movimentos da

cabeça, feito isto conseguiam ler porque se tornavam conscientes das suas sensações

cinestésicas (704, 1476). Esta imitação primitiva daquilo que e percebido constitui uma espécie

de identificação, a consciência da qual produz a percepção.

Outra reação primitiva aos primeiros objetos afigura-se mais simples e mais

compreensível: o bebé quer pô-los na boca. Foi a fome, que perturba reiteradamente a

tranqüilidade do sono, que obrigou ao reconhecimento do mundo exterior. A experiência da

saciedade, que pela primeira vez suprimiu esta tensão veio a transformar-se em modelo que

servisse para o controle dos estímulos externos em geral. A primeira realidade é o que se

engole. Reconhecer a realidade significa, originalmente, julgar se uma coisa serve à

gratificação, ou se suscita tensões, quer se engula, quer se cuspa (616). Levar à boca ou cuspir é

a base de toda percepção; nos estados de regressão observa-se que, no inconsciente, se

concebem todos os órgãos como se fosse bocas (420, 430).

As reações primitivas de imitação do que é percebido e a introjeção oral do que é

percebido estão muito próximas umas das outras. Conforme Freud sempre enfatizou (606, 608),

"identificação", na psicologia normal e na psicopatologia, dá a impressão de ser uma regressão,

uma identificação "secundária", que repete uma identificação "primária" arcaica. O conceito de

identificação . primária implica que, de fato, "pôr na boca" e "imitação para o fim de perceber"

vêm a ser uma coisa só, a mesma coisa; e representam a primeiríssima relação com os objetos.

Nesta identificação primária, não estão diferenciados entre si o comportamento instintivo e o

comportamento do ego. Tudo vem a dar na mesma: o primeiro amor objetal (oral), a primeira

reação motora aos estímulos externos e a primeira percepção (408). Desempenham as

identificações papel importante no processo de edificação do futuro ego, cuja natureza

dependerá, pois das pessoas que rodeiam o bebé (cf. 101). Também na imitação do mundo

exterior pela incorporação oral se baseia a modalidade primitiva de pensar, chamada mágica, a

discutir-se adiante.

Esta incorporação, que é a primeira reação aos objetos em geral e precursora das atitudes

sexuais e destrutivas ulteriores, destrói, em sentido psicológico, a existência do objeto. A

atitude segundo a qual o objeto existe apenas para satisfazer o ego e pode desaparecer uma vez

que se produza a satisfação ainda se observa nalguns tipos infantis de amor. Entretanto, o

objetivo da incorporação dos objetos não reflete, necessariamente, qualquer tendência

destrutiva subjetiva em relação ao objeto. Esta incorporação primária representa a matriz do

que virá a ser, posteriormente, amor e também ódio destrutivo; mas ainda não é nem uma coisa,

nem outra. A ânsia excessiva de destruir, que de fato se vê em certas crianças (e não é

simplesmente projetada mais tarde para a infância em pacientes maníaco-depressivos) não é

ativa em todo bebé que suga o seio materno. Certo é que a existência de impulsos oral-

destrutivos nos primeiros tempos de vida se prova em casos patológicos. Os desejos orais do

bebé normal não contêm objetivos destruidores poderosos desta ordem, nem, correspondentes,

temores tão grandes de retaliação. Não esquecer também que a incorporação só é destrutiva

secudariamente, pois a sua natureza objetivamente destrutiva é usada para fins subjetivos; o

primeiro desejo hostil para com os objetos que produzem dor ou que obstam o prazer não é

engoli-los, mas cuspi-los. Também é de questionar se o mesmo objeto que uma vez produziu

gratificação e depois a recusa se reconhece como sendo um só e o mesmo objeto pelo ego

primitivo. Mais provável é que, primeiramente, haja concepções diferentes de um objeto

"bom", que se quer possuir engolindo, e de um objeto "mau", que se quer cuspir e só

posteriormente destruir engolindo. É questão de definição estabelecer se a incorporação

primitiva se chamará "ambivalente" e declarar ' congênita ' a ambivalência de emoções assim

descrita. Ê ambivalente na medida em que nela se contêm elementos de amor e ódio futuros;

não é ambivalente na medida em que não existem ainda amor e ódio como adversos (707).

Uma necessidade intensa de obter satisfação, sem consideração do objeto (daí este poder ser

destruído), e uma necessidade intensa de destruir por ódio um objeto não são a mesma coisa.

Voltando ao estudo da percepção, as diferenças que existem entre as percepções dos

bebês e dos adultos têm a conseqüência de eles viverem o mundo diferentemente. Observações

feitas em psicóticos, que regrediram a modalidades primitivas de percepção, confirmam o fato

de que eles vivem o mundo de maneira mais vaga e menos diferenciada. Os objetos não são

necessariamente distinguidos com nitidez uns dos outros, nem do ego, ou parte deste. As

primeiras imagens são grandes em extensão, todas envolventes e inexatas. Não consistem em

elementos que venham a ajuntar-se, mas sim em unidades, totalidades, que só a seguir se

reconhecem como contendo elementos diversos. Não só a percepção e a motilidade são

inseparáveis, como também se sobrepõem as percepções de muitos órgãos dos sentidos. São os

sentidos mais primitivos, sobretudo as sensações cinestésicas e os dados da sensibilidade

profunda (propriocepção), que prevalecem.

Além da forma nas percepções infantis, também são diferentes os conteúdos que se

percebem. Herman chamou "percepções primárias" aquelas "que a criança pequena possui, mas

que vêm a desaparecer posteriormente por motivos internos ou externos" (778). A natureza

diversa destas percepções primárias deve-se em parte às características biológicas da criança, à

qual o mundo se apresenta em perspectiva inteiramente outra pelo fato do seu tamanho pequeno

e da sua experiência diferente do espaço (134, 147). Em sua maior parte, as características da

percepção arcaica resultam do seu caráter "não objetivo", da sua natureza emocional. O mundo

é percebido de acordo com os instintos como fonte possível de satisfação ou como ameaça

possível; os desejos e temores instintivos falseiam a realidade. Uma percepção mais obje-tiva

pressupõe certa distância psicológica entre o ego que percebe e os dados da percepção, um

juízo relativo às fontes das sensações experimentadas e, mais ainda, um juízo *correio,*

capacidade de aprendizagem diferencial, ao passo que se sentem as experiências primitivas

como ainda totalidades indiferenciadas, cujo aparecimento se repete. O princípio do prazer, ou

seja, a necessidade de descarga imediata, não se compatibiliza com um juízo correto, o qual se

baseia na consideração e no adiamento da reação. O tempo e a energia que o adiamento poupa

servem à função do juízo. Nos estádios iniciais, o ego fraco ainda não aprendeu a adiar coisa

alguma (575).

ONIPOTÊNCIA E AUTO-ESTIMA

O ego primitivo, contrariamente ao ego mais diferenciado, é considerado fraco, isto é,

impotente em relação aos seus próprios instintos, bem como em relação ao mundo exterior. Já

que, no entanto, ainda é incompleta a forma por que o ego se separa psicologicamente do

mundo exterior, por englobá-lo todo ou partes respectivas dentro de si mesmo, acontece que o

ego vem a sentir-se onipotente. Ferenczi falou de uma primeira onipotência ilimitada, a qual

persiste enquanto não existe concepção dos objetos; e é limitada depois pela experiência da

excitação que não pode ser controlada e que conduz a movimentos incoordenados. Quando

estes são compreendidos pelo ambiente como sendo um sinal que exige mudança da situação, a

criança pode experimentar esta série de eventos como uma “onipotência de movimentos" (457).

O ego não se separa do mundo exterior de um momento para o outro, mas sim, mediante

processo gradativo.

E também, certamente, um processo heterogêneo, uma vez que os encontros

formadores do ego com a realidade e com o corpo do indivíduo se passam em

conexão com necessidades múltiplas. O ego ulterior, por conseguinte, tem muitos

"núcleos" (694, 695). Forma-se um ego final mediante integração sintética destes

núcleos; em certos estádios de regressão do ego, nota-se a fragmentação deste em

seus núcleos originais.

Sempre restam certos traços da condição original anobjetal (878), ou, quando menos, o

desejo dela ("sentimento oceânico") (622). A introjeção representa tentativa no sentido de fazer

que partes do mundo exterior fluam para dentro do ego. A projeção, colocando no mundo

exterior o que há de sensações desagradáveis, também se esforça por inverter a separação entre

ego e não-ego. Há um estádio do desenvolvimento em que tudo quanto é desagradável é

considerado não-ego; e tudo que é agradável se considera ego, o que Freud chamou ego

prazeroso purificado ("Purifiziertes Lust-Ich"). O modo mais primitivo pelo qual eliminar a dor

seria "aluciná-la", assim projetando-a para fora, modo que não tarda a romper-se diante da

realidade. O organismo jovem, então tenta reunir os estímulos prazerosos ao ego e os estímulos

desprazerosos ao não-ego. Na vida ulterior, manifestam-se traços desta fase naquelas pessoas

que, sem questionar, reconhecem quaisquer sensações corporais prazerosas como sendo

realmente delas, mas recriminam os órgãos que doem como se não lhes pertencessem. Há

muitos outros traços que persistem, partindo do mundo "transitivista", como ocorre, por

exemplo, com a criança que, brincando de esconder, fecha os olhos e pensa que não pode ser

vista. A concepção ammistica arcaica do mundo, que se baseia em confusão de ego e não-ego,

serve para ilustrar o que estamos dizendo; é uma espécie de identificação invertida. Percebe-se

o mundo exterior como se tivesse as características do ego, tal qual na identificação primária o

ego se percebe como se tivesse as características do objeto (265, 712, 802).

Quando certas experiências a obrigam à renúncia da crença em sua onipotência, a criança

considera onipotentes os adultos, que já se tornaram independentes; e tenta, mediante a

introjeção, partilhar-lhes, desta vez, a onipotência. Há sentimentos narcisísticos de bem-estar

que se caracterizam peio fato de que se sentem como reunião a uma força onipotente existente

no mundo exterior, força que se obteve ou pela incorporação de partes deste mundo, ou pela

fantasia de que se é por ele incorporado ("narcisismo secundário"). (608). O êxtase religioso, o

patriotismo e outros sentimentos que se lhes assemelham caracterizam-se pela participação do

ego nalguma coisa que está inatingivelmente alto. São muitos os fenômenos sociais que se

enraízam na promessa feita pelos "onipotentes" de que os impotentes terão participação

passiva, desde que cumpram certas regras.

As experiências do indivíduo que se ligam à onipotência conduzem a uma necessidade

muito significativa da mente humana. O anseio pelo sentimento oceânico do narcisismo

primário pode ser chamado "a necessidade narcisística". A "auto-estima" é a consciência da

proximidade a que o indivíduo está onipotência original (1238).

Os modos primitivos por que a auto-estima se regula originam-se da circunstância de que

o primeiro desejo de objetos tem o caráter de desejo de eliminar o desprazer perturbador; e pela

circunstância de que a satisfação pelo objeto elimina o próprio objeto e revive o estado

narcísico. O desejo de recapturar a onipotência e o desejo de eliminar a tensão instintiva ainda

não estão diferenciados entre si. Se o indivíduo consegue livrar-se de um estímulo

desagradável, restaura-se a auto-estima. A primeira provisão da satisfação que mundo exterior

dá, isto é, a de alimento, é, do mesmo passo, o primeiro regulador da auto-estima.

A tendência à participação na onipotência dos adultos, depois que se renuncia à própria,

diferencia-se do desejo de satisfação da fome. Todo sinal de amor que vem do adulto mais

poderoso tem, então, o mesmo efeito que a provisão de leite teve sobre o bebé. A criança

pequena perde a auto-estima quando perde amor e obtém-na quando recupera este último; é o

que possibilita educaras crianças. Elas precisam tanto de provisões de afeição que se dispõem

prontamente a renunciar a outra satisfação, se se lhes prometem recompensas de afeição, ou se

são ameaçadas de que se lhes retire afeição. A promessa das necessárias provisões narcisísticas

de amor com a condição de obediência e a retirada das mesmas provisões no caso de aquela

não se prestar são as armas que servem a qualquer autoridade (427, 436).

Mais adiante, as necessidades narcisísticas e sexuais diferenciam-se; as necessidades

sexuais desenvolvem-se na relação com os objetos; as narcisísticas, mais na relação entre ego e

superego. Todo sentimento de culpa reduz a auto-estima; toda realização de ideais a eleva.

Visto, contudo, que, como ocorre em todo desenvolvimento mental, o antigo e o primitivo

subsistem por baixo do novo, assim também parte da relação com os objetos continua a ser

governada pelas necessidades de auto-estima; ponto este que onde melhor se estuda é nas

pessoas que estão fixadas neste nível; elas precisam de provisão narcisística que venha de fora,

a fim de manter a auto-estima. Dentre as pessoas assim, há inúmeros subtipos: há os agressivos,

que querem conseguir pela força as essencialidades que o mundo exterior mau recusa; e há

aqueles tipos que procuram evitar a força e, pelo contrário, tentam captar as provisões

essenciais submetendo-se e mostrando sofrimento. Há muitas pessoas que experimentam. ao

mesmo tempo, um modo e outro.

O fato de as necessidades eróticas e narcisísticas obrigarem a criança a exigir afeição,

mais o caráter imperativo deste desejo, permitem-nos falar num amor objetal passivo existente

nas crianças pequenas. A criança quer obter do objeto alguma coisa sem com coisa alguma

retribuir. O objeto ainda não e personalidade, e sim um instrumento com que prover satisfação

(73).

Ao estádio de narcisismo primário, em que se sentia a onipotência e ainda não constituía

problema o controle segue-se, pois, um período de controle receptivo-passivo, em que se

superam as dificuldades influenciando os objetos externos poderosos a que dêem aquilo que é

necessário. Sempre que os tipo ativos ulteriores de controle falharem ou não permitirem

esperança alguma êxito, o indivíduo sente forte a tentação de regredir ao estado de controle

passivo-receptivo.

O DESENVOLVIMENTO DA MOTILIDADE E DO CONTROLE ATIVO

Constitui processo longo e complicado o desenvolvimento do controle ativo. Também é

tarefa que o bebé humano só aprende aos poucos o controle do aparelho motor, em conexão

constante com a maturação do aparelho sensorial. Sob o ponto de vista psicológico, atos

gradativamente se vão substituindo a simples reações de descarga, o que se realiza mediante a

interposição de certo período de tempo entre o estímulo e a reação, quando o bebé adquire

alguma tolerância à tensão, ou seja, a capacidade de segurar impulsos reativos primitivos por

meio de contracatexias (575). O pré-requisito de um ato é, a mais do controle do aparelho

corporal, o desenvolvimento da função do juízo, isso significando a capacidade de antecipar o

futuro na imaginação pelo juízo da realidade e pela experiência (de maneira ativa e em

dosagem baixa), do que é capaz de acontecer ao indivíduo passivamente e em dosagem

ignorada; tipo de funcionamento este que é característica geral do ego.

Aprender a andar, a ser asseado, a falar, são os passos principais pelos quais se

desenvolve o controle das funções motoras físicas. O caminhar e o controle dos esfíncteres

constituem o alicerce da independência da criança, capacidades estas que ajudam a desenvolver

o princípio do prazer (575) e a superar a dependência receptiva, bem como a necessidade de

descarga imediata. A faculdade da fala altera as funções previsoras do ego; o estabelecimento

de símbolos nominais para as coisas consolida a consciência e possibilita a antecipação dos

fatos no mundo modelar das palavras. A capacidade de julgar a realidade e a capacidade de

suportar tensões são dois aspectos de uma e mesma faculdade. Dirigir as ações respectivas

segundo a necessidade externa significa saber prever riscos e lutar contra eles, ou evitá-los.

A ANGÚSTIA

O desamparo biológico do bebé humano leva-o, necessariamente, a estados de alta tensão

dolorosa, estados nos quais o organismo é inundado por quantidades de excitação que lhe

excedem a capacidade de controle: são chamados estados traumáticos (605). O sofrimento dos

estados traumáticos inevitáveis dos primeiros anos de vida, ainda indiferenciados e, pois, ainda

não idênticos a afetos definidos ulteriores, representa a raiz comum de vários afetos futuros e,

decerto, também da angústia. As sensações desta "angústia primária" podem ser consideradas,

de um lado, como a maneira pela qual a tensão se faz sentir e, doutro lado, como a percepção

de descargas de emergência vegetativas involuntárias (690, 993). Freud sugeriu que o ato de

nascer talvez se pudesse considerar uma experiência em que se estabelece a síndrome esta

angústia primária, porque notara que as síndromes aparentemente sem significação dos ataques

histéricos são historicamente determinadas — ou seja, haviam sido intencionais em certa

situação passada — e a sua hipótese baseou-se na ideia de que afetos normais tivessem origem

histórica por forma análoga (596). E claro que esta angústia primária não é em absoluto criada

pelo ego; é criada por estímulos externos e internos, ainda incontrolados; na medida em que ela

se experimenta como sentimento doloroso consciente, é experimentada passivamente, tal qual

alguma coisa que ocorre ao ego e tem de ser aturada (431, 714).

Na vida ulterior, em pessoas que têm de suportar fatos traumáticos, ocorrem experiências

que são comparáveis à angústia primária. Os ataques incontroláveis de angústia esmagadora,

que se sentem como alguma coisa terrível a inundar uma personalidade desamparada,

constituem sintoma típico de neuroses traumáticas. Tipo semelhante de angústia se sente

quando à excitação sexual (e talvez agressiva também) não se permite que siga seu curso

normal. Daí ser provável que a angústia traumática ou pânico seja, dinamicamente, a mesma

coisa que a angústia primária: a forma pela qual uma insuficiência de controle, (um estado de

que se está inundado de excitação) é passiva e automaticamente sentida.

Quando a criança aprende a controlar sua motilidade, atos intencionais pouco a pouco

vão tomando o lugar das simples reações de descarga; a criança já pode prolongar o tempo

entre o estímulo e a reação, com o que realiza certa tolerância da tensão. A capacidade

característica de "ir tentando" que assim se adquire altera a relação do ego para com os seus

afetos. Estes são, originalmente, síndromes de descargas arcaicas que suplantam os atos

voluntários em certas condições excitantes. O ego em desenvolvimento já aprende a "amansar"

afetos e a usá-los para os seus próprios fins intencionais (440). Isto também se aplica à angústia

(618).

Com a imaginação previsora, mais o planejamento resultante de atos ulteriores

adequados, forma-se a ideia de perigo. O ego julgador declara poder tornar-se traumática uma

situação que ainda não o é, juízo que (é evidente) cria condições semelhantes às que são criadas

pela própria situação traumática muito menos intensas, porém. Isto também o ego experimenta

como angústia, mas que diferença entre este temor e o pânico original! Já não é ataque

esmagador de angústia, e sim temor mais ou menos moderado que se experimenta e que se

utiliza como sinal ou medida protetora. Esta angústia, por assim dizer, prevê o que pode

acontecer (618). Os componentes intencionais que se mostram na angústia ante o perigo são de

creditar-se ao ego julgador; os componentes não intencionais qual seja a possibilidade de

paralisia, devem-se ao fato de o ego não produzir angústia, mas só usá-la; não tem meio melhor

de que disponha (1485).

Complicação que ocorre na angústia neurótica se verá com freqüência nos capítulos a

seguir. Há vezes em que a expectativa do perigo, em lugar de precipitar o temor intencional que

sirva para evitar o estado traumático, precipita este estado mesmo. O juízo que o ego faz

"Perigo à vista!" é seguido de pânico esmagador; o ego produziu algo que não pode controlar.

A tentativa de amansar a angústia terá falhado; o pânico selvagem original reaparece e esmaga

o ego. E o que se dá quando o organismo se acha em estado de tensão que se pode dizer

consistir em disposição latente para o desenvolvimento de pânico. Neste caso, o juízo de perigo

feito pelo ego atua como se fosse fósforo em barril de pólvora. A intenção de acender o fósforo

como sinal falha porque liberta uma força considerável, incomparavelmente maior do que os

poderes limitados da força que tentou usar o fósforo (ver pág. 123).

O que determina o conteúdo das idéias de angústia do ego primitivo são. em parte,

diretamente, a sua natureza biológica; em parte, indiretamente, os seus modos animísticos de

pensar, pelos quais o ego acredita ter o seu ambiente os mesmos objetivos instintivos que ele

próprio os tem (associados a poder muito maior). Nestes malentendidos animísticos funciona a

lei primitiva de talião segundo a qual todo ato pode ser desfeito (ou tem de ser punido) por ato

semelhante que se inflinge a quem o praticou.

A mais fundamental das angústias parece ligar-se à incapacidade fisiológica do bebé de

satisfazer ele próprio os seus impulsos. O primeiro temor é o temor (não verbal) da experiência

de estados traumáticos ulteriores A ideia de que as exigências instintivas possam ser perigosas

(o que constitui a base derradeira de todas as psiconeuroses) está neste temor enraizada.

Entretanto, não quer isto dizer que seja o ego hostil aos impulsos instintivos

desde o começo mesmo, ou sempre receioso de que aspirações demasiado intensas o

invadam. Visto que o ego aprende a controlar e a satisfazer, ativamente, os

respectivos impulsos, não haveria necessidade de produzir-se angústia deste tipo uma

vez realizada esta capacidade; os adultos normais, de fato, não temem os seus

impulsos. Há neuróticos que ainda têm medo da experiência da sua própria excitação,

quando menos seja se esta excede certa intensidade; mas não se dá isto pelo fato de

uma "angústia primária da intensidade da excitação" (541), *e sim pela circunstância*

de que outros tipos de angústia os fizeram bloquear o curso natural das excitações,

transformando o prazer, secundariamente, em desprazer intenso (431, 1522) (ver

pág. 503 e segs.).

Vem daí, mais cedo ou mais tarde, o temor de que deixem de chegar meios externos de

satisfação. É o "medo da perda do amor", ou antes, perda de ajuda e proteção; medo que é mais

intenso do que seria, se apenas representasse juízo racional de um perigo verdadeiro, porque a

auto-estima dos primeiros tempos é regulada mediante provisões externas, de modo que a perda

da ajuda e proteção também significa perda da auto-estima. Um ego que for amado sente-se

forte; um ego abandonado é fraco e está exposto ao perigo. Um ego que é amado teme a

possibilidade do abandono.

O modo animístico de pensar e sentir complica as questões. Se uma criança fantasia que

devora o seu ambiente e, depois, sofre uma repulsa, fantasiará que os pais podem comê-lo; é

desta maneira que se originam as angústias fantásticas de destruição física. O que de forma

mais importante representa este grupo é a angústia de castração, que, afinal, se transforma no

motivo principal das atividades defensivas do ego (1417).

As maneiras pelas quais o ego normal aprende a superar suas angústias primitivas e ainda

não amansadas são muito características. Sempre que o inunda uma quantidade muito grande

de excitação, o organismo tenta livrar-se dela mediante repetições ativas ulteriores da situação

que haja induzido a excitação excessiva. É o que ocorre nas primeiras brincadeiras das crianças

pequenas (605, 1522), tanto quanto nos sonhos delas (722). Só há uma diferença fundamental

de excitação e estas repetições: na experiência original, o organismo foi passivo; nas repetições,

ele é ativo, determinando o tempo e o grau da excitação. De início, as experiências passivas que

deram causa à angústia, a criança as reproduz ativamente quando brinca, a fim de realizar um

controle que foi adiado. Mais tarde, ela não só dramatiza as experiências excitantes do

passado, como também antecipa o que espera que aconteça no futuro. O uso do medo como

sinal mais não é que um exemplo do uso intencional desta antecipação.

Quando descobre que já consegue superar sem medo uma situação que, antes, a teria

esmagado de angústia, a criança experimenta certo tipo de prazer, o qual tem a característica de

"Não preciso mais sentir angústia". Faz que a brincadeira da criança envolva as simples

tentativas de descarga para o controle do mundo exterior mediante a prática repetida. O "prazer

funcional" é prazer não pela gratificação de certo tipo específico de instinto (766, 767, 768),

mas pelo fato de que o exercício de uma função já é possível sem angústia (984). Ê o mesmo

prazer que faz as crianças gostarem das repetições intermináveis da mesma brincadeira ou da

mesma história, a qual tem de ser contada exatamente com as mesmas palavras (1457).

Sob o ponto de vista econômico, pode-se explicar este prazer da seguinte forma: Um

dispêndio de energia associa-se à angústia ou à expectativa receiosa sentida pela pessoa que

não está certa se conseguirá controlar uma excitação esperada. A cessação súbita deste

dispêndio acarreta a sua descarga aliviadora, a qual o ego bem sucedido experimenta como

sendo um "triunfo" (436) e goza como prazer funcional. Em geral, o prazer que se origina desta

fonte condensa-se com um prazer erógeno, e este, por sua vez, foi possibilitado pela superação

da angústia. Quando um adulto atira uma criança para o alto e torna a apanhá-la, ela sente, sem

dúvida, de um lado, prazer erógeno em sensações de equilíbrio (e cutâneas); de outro lado,

prazer que resulta da superação do medo de cair. Se tiver certeza de que não a deixarão cair,

pode aprazer-se por ter pensado que podiam tê-la largado; sobressalta-se um pouco, talvez, mas

depois percebe a desnecessidade deste receio. Para possibilitar o prazer, é preciso que se

cumpram condições tranqüilizadoras: a criança há de ter confiança no adulto que com ela

brinca e a altura não será excessiva; de modo que, com o tempo, se produz a aprendizagem pela

prática. Depois que a experiência repetida mostra ser infundado o temor, a criança fica mais

corajosa (423).

Quer a angústia, quer o prazer funcional cessam quando o ego está seguro de si e já não

mantém expectativa angustiante. Os adultos já não sentem prazer de espécie alguma quando se

envolvem em atividades mais do que familiares e automáticas de que se orgulhavam quando

pela primeira vez as realizaram, crianças (517, 530).

Nos neuróticos, contudo, uma defesa patogênica pode perpetuar os temores infantis. As

angústias permanecem efetivas, quase todas bloqueando inteiramente as atividades "perigosas";

há vezes, no entanto, em que também se repetem os modos de combatera angústia; e o ego

pode experimentar "prazer funcional" na superação do medo mediante repetições da atividade

que se teme (435) (ver págs. 480 e segs.).

O PENSAMENTO E O DESENVOLVIMENTO DO SENSO DA REALIDADE

A capacidade de reconhecer, de amar e de temer a realidade desenvolve-se, em geral,

antes da aprendizagem da fala; mas é esta última faculdade que inicia um passo decisivo à

frente no desenvolvimento da capacidade de ajuizar a realidade. As palavras facultam uma

comunicação mais precisa com os objetos e também permitem precisar mais a antecipação

mediante atos experimentais: esta antecipação dos atos é que vem a transformar-se em

pensamento propriamente dito e que, afinal, consolida a consciência (590). Certo é que já

existira uma consciência sem palavras, possível de observar posteriormente em estados

regressivos sob a forma de "pensamento fantástico preconsciente" (1426, 1545, 1546, 1547).

Mais não é, contudo, do que simples predecessor indiferenciado pensamento, predecessor no

qual ainda se vêem todas as características do J primitivo, quais sejam, o amplo alcance dos

conceitos, as semelhanças ninadas por identidades, as partes por todos; e no qual os conceitos

se baseiam em reações motoras comuns. Schilder mostrou que toda ideia singular antes de

formular-se terá passado por um estado não verbal anterior (1363)

A aquisição da faculdade da fala, da compreensão de que certos ruídos se usam para

simbolizar coisas e da capacidade gradativa de usar racionalmente esta faculdade e esta

compreensão (252, 1452, 1453; cf. também 1450) representa passo decisivo na formação do

ego. Os modos pelos quais o ego passa da integração à diferenciação, de unidades totais a

elementos constituintes, do âmbito extenso a confins estreitos, pode-se investigar mediante os

estudos dos fenômenos da afasia.

Ligar palavras e idéias possibilita o pensamento propriamente dito. O ego já tem armas

melhores com que manipular o mundo exterior, bem como suas próprias excitações. É aí que

está o conteúdo racional da velha crença mágica de que se pode dominar aquilo que se pode

nomear. A luta pelo controle dos impulsos instintivos sem dúvida que, por esta forma, acresce o

desenvolvimento intelectual. Passa-se da fantasia emocional a uma realidade sóbria, e esta

variação serve para combater a angústia. Isto se distorce patologicamente quando a

personalidade compulsiva foge de toda emoção para o mundo obscuro das palavras e conceitos

(ver pág. 275). Os elevados interesses intelectuais que surgem na puberdade também servem

para controlar a excitação instintiva deste período (541).

A criança experimenta a realização da faculdade da fala como sendo a aquisição de

grande poder, "aquisição que transforma a "onipotência do pensamento" em "onipotência das

palavras" (457). A primeira fala da criança é um encantamento que visa a obrigar o mundo

externo e o destino a fazer aquelas coisas que haviam sido conjuradas em palavras. Há palavras

que retêm seu poder mágico original; por exemplo, as palavras obscenas (451), pragas, fór-

mulas solenes, ou a poesia.

O próprio pensamento é elaboração e diferenciação ulterior dos tipos mais primitivos de

juízo, o qual distinguia entre o que pode ser engolido e o que é melhor cuspir; e, mais adiante,

entre coisas inócuas e perigosas; a reação, ainda aqui, é adiada, adiamento este que ocorre

mediante atuação experimental; os movimentos necessários ao ato planejado fazem-se em

pequena escala, com o que aquilo que se planeja e as conseqüências respectivas são "provadas".

A psicologia experimental tem demonstrado atos musculares que acompanham o Pensamento

(482, 776).

O princípio operante do ego consiste, em geral, num retardamento das funções

automáticas do id, o que possibilita o uso intencional e organizado daquelas funções. Da

mesma forma que a angústia primária vem a ser "amansada" e reduzida a "sinal de angústia",

assim também o ego, no processo do pensamento, amansa duas reações arcaicas automáticas: o

impulso à descarga de tensões, que é suavizado, e a tendência ao cumprimento alucinatório de

desejos, que se reduz à imaginação dos fatos perspectivos e, posteriormente, os abstratos destes

últimos.

Tal amansamento da angústia pode falhar e o sinal pode iniciar a recorrência do pânico

primário, as tendências à descarga podem reaparecer no pensamento. Se as pessoas estão

cansadas, adormecidas, embriagadas, ou psicóticas, pensam de maneira diferente e mais

primitiva; e até nas pessoas sadias, que pensam corretamente, quando estão completamente

despertas, cada ideia singular passa por fases iniciais que têm mais semelhança com o

pensamento onírico que com a lógica (1363). As características deste pensamento emocional

pré-lógico têm sido pormenorizadamente investigadas por psicólogos quer analíticos, quernão

analíticos (1545, 1546, 1547). Ajusta-se menos ao juízo o objetivo daquilo que vai ocorrer pelo

fato de ser relativamente desorganizado; tolera e condensa contradições e é governado por

emoções; daí, cheio de falsas-concepções, contaminadas de desejos e temores. Este

pensamento, conforme o processo primário, parece dirigir-se apenas pela aspiração à descarga e

distancia-se muito de qualquer lógica; mas é pensamento, por que está formado de

imaginações, segundo as quais se praticam atos posteriores; e faz-se com energia reduzida.

Realiza-se mais por meio de imagens pictoriais, concretas, ao passo que o processo secundário

mais se baseia em palavras. A re-tradução das palavras em figuras nos sonhos e na fadiga é

bem conhecida. O pensamento pictorial pré-consciente é do tipo pensamento mágico

(916,1047). O objeto e a ideia do objeto, o objeto e uma figura ou modelo do objeto, o objeto e

uma parte do objeto são igualizados; não se distinguem semelhanças de identidades; ego e não-

ego não estão ainda separados (1104). O que se passa com os objetos pode (por identificação)

ser experimentado como se passando com o ego; e o que ocorre com o ego faz que a mesma

coisa ocorra com o objeto, "transitivismo" que possibilita a técnica dos "gestos mágicos":

fazendo um gesto, a pessoa obriga outra a repeti-lo.

Se alguém se sente envergonhado, olha para os lados ou tapa os olhos com a

mão, o que quer dizer: "Ninguém deve olhar para mim." As crianças pensam que não

podem ser vistas quando não podem ver. Certa criança pensava que, quando o

maquinista fechava os olhos, o trem estava passando por um túnel.

Outra característica estranha do pensamento arcaico é representada pelo simbolismo. Nos

adultos, uma ideia consciente pode servir de símbolo para o fim de ocultar uma ideia

inconsciente inconveniente; a ideia de um pênis será representada por uma cobra, um macaco,

um chapéu, um avião, se a ideia de pênis for inconveniente. O símbolo é consciente; a ideia

simbolizada, inconsciente. A ideia clara de pênis fora apreendida, porém rejeitada. O

pensamento simbólico, contudo, é vago, dirigido pelo processo primário. Não é apenas um

meio de distorção; é também parte do pensamento pré-lógico primitivo. Ainda aqui, a censura

do ego serve-se de meios regressivos; ainda aqui, distorcendo mediante o simbolismo, o ego

utiliza, em suas atividades defensivas, mecanismos que já haviam operado automaticamente

sem intenção alguma. O uso dos símbolos representa regresso a estádio primário (mais antigo)

do pensamento, regresso mediante o qual se produzem distorções pretendidas. Nos sonhos,

aparecem os símbolos com os dois aspectos: como instrumento da censura onírica e também

como característica do pensamento pictorial arcaico, como parte da visualização de idéias

abstratas (552, 596).

A natureza regressiva das distorções simbólicas explica dois fatos: (a) que os símbolos,

constituindo resíduo de um modo arcaico de *perceber* o mundo, sejam comuns a todos os entes

humanos, como as síndromes afetivas; *(b)* que o pensamento simbólico ocorra tanto nas

ocasiões em que se têm de fazer distorções, quanto nos estados de fadiga, sono, psicose e, de

modo geral, na primeira infância, ou seja, em todos os estados nos quais se situam em primeiro

pia características do ego arcaico.

Silberer, quando explicou o simbolismo como "insuficiência a perceptiva do *eao"* (1427,

1428, 1429, 1430), teve razão, decerto, embora não se possa aceitar-lhe a classificação

superficial dos símbolos conforme a causa desta insuficiência. Jones não convence quando diz

que fazer o simbolismo remontar à insuficiência de a percepção é a mesma coisa que atribuir ao

cansaço os lapsos de língua (882). Os lapsos de língua não são parte essencial do estado de

fadiga (apenas são por ele precipitados), ao passo que experimentar o mundo em símbolos é

parte essencial do pensamento arcaico com a percepção insuficiente. Entretanto, não são a

mesma coisa o simbolismo arcaico como parte do pensamento pré-lógico e a distorção que se

produz pela representação de certa ideia reprimida mediante um símbolo consciente. De um

lado, na distorção, evita-se a ideia do pênis disfarçando-a com a ideia de cobra; de outro lado,

no pensamento prê-Iógico, pênis e cobra são uma coisa só, a mesma coisa; quer dizer, são

percebidos por uma concepção comum: a vista da cobra provoca emoções penianas, fato este

que vem a ser utilizado quando a ideia consciente de cobra substitui a ideia inconsciente de

pênis.

O simbolismo primitivo faz parte do mecanismo pelo qual as concepções se formam no

pensamento pré-lógico: a compreensão do mundo irradia a partir das exigências e temores

instintivos, de modo que os primeiros objetos constituem meios possíveis de gratificação ou

possíveis ameaças; os estímulos que provocam as mesmas reações são considerados idênticos;

e as primeiras ideias não são somas edificadas com base em elementos distintos, e sim

totalidades que se abrangem de maneira ainda indiferenciada, unidas pelas respostas

emocionais que desencadearam.

Bastam estas características para explicar alguns dentre os símbolos comuns, a saber, os

símbolos que se baseiam na semelhança, na parte pelo todo, ou na identidade das respostas

provocadas; por exemplo, ferramentas = pênis, concha = vagina; mas também partida = morte,

montar a cavalo = relações sexuais, rei = pai. Há outros casos em que a semelhança das reações

provocadas não é evidente, mas se vê pela análise exata das experiências emocionais da criança

(460). Da mesma forma a equação simbólica dinheiro = fezes se explica (ver pág. 262). Há,

contudo, outros casos ainda em que a conexão entre o símbolo e aquilo que é simbolizado não

se compreende. As crianças que sonham com aranhas e estão pensando em mães cruéis (23)

nada sabem das características sexuais das aranhas. Acreditava Ferenczi que a reação de nojo

em relação aos répteis contivesse uma espécie de recordação filogenética (497) e Freud, neste

particular, inclinou-se a especular no mesmo sentido (632). A questão ainda tem de continuar

aberta.

O fato do o pensamento primitivo não concordar com a realidade, mas de ter todas as

feições arcaicas e mágicas que se têm descrito pode servir de objeção à afirmação de que ele

também é "preparação" e tentativa de domínio da realidade. Em todo caso, inadequação deste

tipo de pensamento não contradiz o fato de que é relativamente mais adequado do que a

descarga imediata e as alucinações que realizam desejos.

Esta antecipação, contudo, vem a ser muitíssimo mais adequada pelo desenvolvimento

das palavras. A faculdade da fala transforma este pré-pensamento em pensamento lógico,

organizado, mais ajustado, o qual segue o processo secundário. Representa, portanto, passo

decisivo para a diferenciação final de consciente e inconsciente e para o princípio da realidade

(575, 590)

No entanto, mesmo depois de se estabelecerem a fala, a lógica e o princípio da realidade,

vemos que ainda opera o pensamento pré-lógico; excedendo até o papel que desempenha nos

estados de regressão do ego, ou como forma de distorção intencional. É verdade que já não

preenche mais a função de preparar para atos futuros, mas se transforma, a bem dizer, em

substituto da realidade desagradável.

As primeiras idéias dos objetos formaram-se quando deixou de estar presente uma

gratificação recordada. Elas constituíram tanto substitutos do objeto verdadeiro ausente quanto

tentativas de dominar magicamente o objeto verdadeiro. O pensamento primitivo tentou

controlar o objeto de maneira mágica (a qual, ao tempo, se acreditava fosse real). O tipo

secundário de pensamento luta pelo seu controle de maneira real, mas esta falhando, quando a

realidade é por demais desagradável ou quando não se consegue influenciá-la, regride-se à

maneira mágica. Na criança de mais idade e no adulto, os dois tipos de pensamento têm duas

funções diferentes: de preparação para a realidade (antecipação do que é provável) e de

substituição à realidade (antecipação do que é desejável).

Esta coordenação de tipos de pensamento com funções diferentes só em geral é que é

válida. Na pratica, existem certos modos pelos quais se retorna do sonho acordado à realidade

(arte) ou, bem assim, pelos quais se usa o pensamento verbalizado para fugir à realidade

(pensamento compulsivo).

Na medida em que ato algum se lhe segue o pensamento é a chamada fantasia. Existem

dois tipos de fantasia: a fantasia criativa, a qual prepara algum ato posterior, e o sonho

acordado, refúgio para desejos que não se podem satisfazer. Aquela, enraizada no inconsciente,

inicia-se também, decerto, no processo primário e na imaginação, mas desenvolve-se a partir

desta esfera. Este (o sonho acordado) vem a tornar-se substituto real do ato no estado de

"introversão", quando os "pequenos" movimentos que acompanham a fantasia se tornam tão

intensos que produzem descarga. Tem-se discutido o problema seguinte: As brincadeiras

militares, na meninice, aumentam ou diminuem as tendências agressivas? Será que a fantasia

estimula o desejo a ponto de a tendência a realizar idéias fantasiadas aumentar, ou será que a

fantasia canaliza o desejo, de modo que aquilo que se satisfez brincando já não precisa de

satisfação verdadeira? É evidente a resposta no caso das fantasias sexuais. Se um homem mais

não faz do que antecipar na fantasia relações sexuais futuras a tensão e o desejo de realização

aumentam; mas se as fantasias o estimulam a que se masturbe, diminuiu a tendência; ou cessa.

Uma fantasia preparatória terá regredido ao tipo substitutivo.

Os neuróticos são pessoas cujos atos reais sofrem bloqueio. Há duas formas pelas quais

se exprime este bloqueio. Duas formas que muito bem demonstram a diferença entre o sonho

acordado pictorial mágico e o pensamento preparatório abstrato. O tipo histérico regride do ato

ao sonho acordado averbal; os seus sintomas de conversão substituem os atos. O tipo

compulsivo regride do ato à preparação para o ato mediante palavras; o seu pensamento e uma

espécie de preparação eterna para atos que nunca se praticam.

Seria, talvez, de esperar que o indivíduo permanecesse em contato direto com a realidade

na medida em que o seu pensamento permanecesse concreto, mas é que este pensamento deixa

de servir como preparação de atos reais quando se torna demasiado abstrato, quando opera com

sofismas e classificações em vez de símbolos dos objetos. Isto é certo, mas só até certo ponto.

A natureza pictorial dos elementos de certas idéias "concretas" é capaz de iniciar natureza

sonhos acordados, em vez de pensamento preparatório.

O pensamento lógico pressupõe um ego forte, capaz de adiar, de tolerar - um ego rico em

contracatexias e disposto a julgar a realidade conforme a sua experiência. Fraco que esteja o

ego, cansado, adormecido, sem confiança na sua própria capacidade, desejoso de um tipo

receptivo de controle, neste caso o tipo pictorial de pensamento atrai mais do que a inteligência

objetiva. É fácil compreender que quem está fatigado prefira um filme a Shakespeare, uma

revista ilustrada a qualquer leitura difícil; que quem está insatisfeito, sem possibilidade alguma

de influenciar ativamente a situação, procure mais ilustrações nos jornais ou mais historinhas

cômicas do que questões intelectuais difíceis. Sempre que a realidade se torna desagradável,

procuram-se substitutos mais pictoriais do sonho acordado.

DEFESAS CONTRA OS IMPULSOS

Até agora, o princípio da realidade apresentou-se como sendo a capacidade de adiar as

reações finais. Certas reações existem, contudo, que não só têm de ser adiadas, como até

cerceadas ou restringidas de maneira mais ou menos permanente. Do mesmo passo,

aumentando o controle da motilidade — quer dizer, os simples movimentos de descarga

transformando-se em atos — também se desenvolve um aparelho não descarregativo, um

aparelho de defesa, o ego aprendendo a conter impulsos quer perigosos, quer inadequados. Os

mecanismos que primeiro se usaram contra estímulos externos dolorosos vêm, então, a voltar-

se contra os impulsos internos.

O ego quer satisfação, mas afigura-se paradoxal que ele, freqüentemente, se volte contra

as suas próprias exigências instintivas. Já se falou nas causas que produzem paradoxo desta

ordem; e são:

1. O fato biológico de que o bebé não pode controlar o seu aparelho motor e de que, pois,

precisa de ajuda externa que lhe satisfaça as exigências instintivas leva a que ele se envolva em

situações traumáticas, visto que o mundo exterior nem sempre está disponível. O

desaparecimento temporário dos objetos primários tem por si mesmo efeito traumático, porque

os anseios amorosos da criança se vêem privados da possibilidade de descarga. A recordação

de experiências dolorosas desta ordem conduz à primeira impressão de que as excitações

instintivas são capazes de constituir fonte de perigo.

2. As ameaças e impedimentos que vêm do mundo exterior criam medo dos atos

instintivos e conseqüências respectivas; as influências externas desta ordem podem ser de dois

tipos ligeiramente diversos: (a) influências objetivas e naturais: o fogo queimará a criança que

pegar nele instintivamente; ou (b) os Perigos podem ser produzidos artificialmente por medidas

educativas. Querendo ou não, os adultos dão às crianças a impressão de que o comportamento

instintivo e censurável e de que a abstinência é louvável; impressões cujo efeito resulta tanto da

força real dos adultos quanto da dependência de afeição com que a criança ganha a sua auto-

estima.

3. Os perigos temidos podem ser de todo fantásticos na medida em que a criança

interpreta falseadamente o mundo “pela projeção”. A violência dos seus próprios impulsos

reprimidos é projetada e faz a criança esperar castigos drásticos; o castigo esperado é dano

retaliatório às partes "pecaminosas" do corpo.

4. Posteriormente, quarto fator se forma pela dependência do ego em relação ao superego,

o qual é representante intrapsíquico do mundo externo objetivo, educativo e, pela projeção,

falso-compreendido; quarto fator que transforma a angústia em sentimento de culpa.

Este esboço sistemático responde ao problema que consiste em saber de que modo se

originam as forças que são hostis à descarga dos impulsos instintivos.

OUTRAS OBSERVAÇÕES SOBRE A ADAPTAÇÃO E O SENSO DA REALIDADE

Na verdade, a psicanálise tem mais profundamente estudado o aspecto defensivo do ego

do que o desenvolvimento das suas forças positivas (726). Entrelaçam-se, contudo, interligam-

se as idéias de defesa e de adaptação, esta última significando, em sentido dinâmico, a

descoberta de soluções comuns para as tarefas que são representadas por impulsos internos e

estímulos externos (inibidores e ameaçadores).

Em ensaio muito interessante, Hartmann tentou mostrar que a psicanálise tem estudado a

adaptação com ênfase demasiada no ponto de vista dos conflitos mensais. Este autor salienta

existir também uma "esfera sem conflito", que se origina, é verdade, em antítese entre

organismo e ambiente (750).

Pela importância que têm estas antíteses, a expressão "esfera sem conflito" leva a

confusão, dando a impressão de tender para um ponto de vista adinâmico. A maturação do ego

resulta de entrejogo contínuo entre as necessidades do organismo e as influências ambientais. É

certo que os tipos ativos de controle são processos mais complicados, muitos de cujos

pormenores ainda resta investigar; quanto, porém, ao principal, entende-se de que modo a

percepção e a motilidade se desenvolvem em conexão com as necessidades instintivas e com as

funções do juízo e do pensamento (1176).

Campo em que o estudo da adaptação se apresenta particularmente proveitoso é a

psicologia da vontade ou do desejo. As necessidades biológicas se moldam e se modificam

pelas avaliações do ego (ou sob a influência do superego); e um dos pontos que a psicanálise

clarifica é, justamente, o modo pelo qual estas modificações ocorrem, a forma porque se criam

valores subjetivos, através da influência de sistemas de valores que a tradição oferece.

Tanto os fatores constitucionais quanto a experiência determinam a que ponto tem êxito o

desenvolvimento do senso da realidade, a que ponto o mundo primário, vago, mágico,

temeroso, baseado em projeções e introjeções se transforma em mundo objetivamente julgado

"real", mundo a que reagem as forças aloplásticas do indivíduo e que não é influenciado por

esperanças, nem medos; a que ponto persistem as formas antigas. Ê o que nunca se realiza in-

teiramente. A realidade objetiva é experimentada diferentemente por indivíduos diferentes, e

foi nisso que pensou Laforgue quando falou na relatividade da realidade (1003, 004). Nos

neuróticos, todos os juízos errados da realidade e toda a incapacidade de aprendizagem

diferencial (do que resulta que os acontecimentos exteriores são experimentados como

repetições de uns tantos modelos apenas, característicos do ego arcaico) voltam a aparecer.

Por trás de todos os tipos ativos de controle das tarefas e subsiste uma disposição a

regredir a tipos receptivo-passivos; disposição cuja intensidade difere muito de indivíduo para

indivíduo, como difere em culturais diversas.

Kardiner acentuou, em seus primeiros promissores escritos (918, 919, 920), a significação

sociológica dos tipos de controle que várias instituições historicamente determinadas estimulam

ou desestimulam. Posteriormente, contudo, sentiu que a determinação social da predominância

de certos tipos de ego, em certas culturas, era incompatível com as idéias de Freud sobre os

instintos.

O desenvolvimento do ego e do id não se dá separadamente mas se entrelaça, um

influenciando o outro. Antes, no entanto, de descrever o desenvolvimento do id, temos de

discutir dois conceitos fundamentalmente importantes para a psicologia das neuroses: afixação

e a regressão.

No desenvolvimento mental, ainda persistem níveis mais antigos junta mente ou por

baixo de níveis mais altos, fenômeno que se faz mais transparente pela influência de fatores

constitucionais ou experiênciais. Nas fixações ou nas regressões do ego, um nível de

desenvolvimento mais antigo persiste ou retorna, o que pode ter vários significados. Pode

relacionar-se com funções isoladas do ego, que retêm ou reassumem certas feições de uma fase

mais primitiva Neste sentido, os tipos eidéticos podem considerar-se fixações da percepção O

pensamento pode ter retido um caráter mais mágico do que nas pessoas normais, tal qual ocorre

com os neuróticos compulsivos, nos quais se vê um intelecto precocemente superdesenvolvido

associado a superstições e crenças inconscientes na onipotência e na lei da retaliação. As

relações com os objetos mostram, as vezes, feições primitivas. Pode haver fixações nos níveis

primitivos de amor, com aspirações de incorporação, ou nos tipos de regulação da auto-estima

que caracterizam as crianças pequenas. Enfim, a fixação do ego limita-se, em certos casos, ao

uso reiterado de tipos específicos de defesa (429) (ver págs. 485 e segs.).

5

O Desenvolvimento Psíquico Inicial *(Continuação);*

Desenvolvimento dos Instintos, Sexualidade Infantil

QUE SÃO OS INSTINTOS?

Freud sugeriu que se distinguissem dois tipos de excitação: uma que é evocada por

estímulos externos, perceptivos, descontínuos; outra que resulta de estímulos instintivos

contínuos, dentro do organismo (971).

A assertiva deve. contudo, ser considerada com mais pormenores. Todas as percepções,

todos os estímulos sensoriais, quer se originem fora, quer se originem dentro do organismo,

têm "caráter provocativo", isto é, provocam certo impulso à ação. Nos tipos arcaicos de

percepção, esta conexão com a motilidade, conforme já se indicou, é mais nítida do que vem a

ser mais tarde. A Intensidade do impulso varia de acordo com as variações do estado físico do

corpo. A comida varia de significação para o indivíduo, conforme esteja faminto ou farto; o

mesmo se diga dos estímulos sexuais. São só as condições físicas a determinar o impulso, a

química do corpo, e não os estímulos sensoriais que se podem considerar com razão as fontes

dos instintos. Certo impulso à ação resulta de toda percepção, quer interna, quer externa; e em

condições somáticas específicas estes impulsos assumem o caráter de impulsos instintivos

urgentes (1023, 1024).

A primeira vista, encontram-se muitas apresentações contraditórias da essência dos

instintos, tanto nos escritos de Freud quanto na literatura psicanalítica em geral. Em primeiro

lugar, explica-se o instinto como sendo "a medida da exigência que é feita à mente em

conseqüência da sua conexão com o corpo" (588); um estado urgente de tensão, quimicamente

causado e manifestado por um estímulo sensorial, que deve ser descarregado. Este conceito é

muito esclarecedor porque se ajusta ao modelo reflexo como base de todas as funções mentais;

e sem dúvida foi este mesmo conceito dos instintos que permitiu à psicanálise assentarem base

biológica (555). Na mesma passagem, Freud chama instinto "um conceito fronteiriço entre o

menta e o físico" *(588);* os fenômenos dos instintos podem considerar-se sob o aspecto físico,

mediante o exame da fonte de instinto, ou podem considerar-se sob o aspecto mental pelo

exame do impulso e pelos fenômenos psicológicos resultantes. Noutra passagem, os instintos

são chamados "forças místicas", cuja modalidade operativa nós investigamos sem, saber coisa

alguma a respeito da existência das mesmas (628). É o que parece estranho, dado que a

psicanálise tenta eliminar tudo quanto é místico. O que se quer dizer é que nós temos

consciência da experiência de impulsos e atos instintivos, nunca, porém, do "instinto". O que

constitui a unidade de "certo instinto" é muito discutível. A definição há de variar conforme a

classificação que se aplique, isto é. conforme se tome para critério principal a finalidade, o

objeto ou a fonte; conceitos que precisamos, pois, definir.

A finalidade do instinto é a sua satisfação, ou, com mais precisão, o ato de descarga

muito específico que faz cessar a condição física de excitação e, assim produz a satisfação. O

objeto de um instinto é aquele instrumento pelo qual ou mediante o qual o instinto consegue

atingir a sua finalidade. A fonte de um instinto é o estado químico-físico que faz que um

estímulo sensorial produza excitação (588). Que instintos se hão de distinguir e quantos:

depende da escolha da finalidade, do objeto, ou da fonte como base da classificação. Em função

de finalidade ou de objeto, é possível descrever uma infinidade de instintos, mas os

psicanalistas sabem com que facilidade são permutáveis os objetos e as finalidades. (Este

próprio fato mostra que é paradoxal atribuir a Freud a opinião de que os "instintos" representam

modelos rígidos, absolutamente imutáveis (1105). Assim é que uma classificação conforme a

fonte seria de preferir-se, mas, infelizmente, a esta altura, a fisiologia desaponta-nos: as fontes

instintivas são problemas puramente fisiológicos e neste terreno nosso conhecimento é ainda

insuficiente. Malgrado esta deficiência, podem discernir-se com nitidez duas categorias.

A primeira categoria é representada por certas necessidades físicas simples, as quais,

aliás, constituem o melhor modelo de curso de um instinto: as alterações somáticas causam

certas experiências sensoriais urgentes; o impulso precipita um ato específico, e este elimina a

alteração somática, daí o relaxamento. O caráter impulsivo torna-se claramente visível quando

o curso normal é obstado. Exemplos: a respiração, a fome, a sede, a defecação, a micção. Já

que a satisfação destes impulsos é vital, os atos só podem ser adiados por espaço breve de

tempo e não é possível alterar-lhes as finalidades. Daí resulta que quase não existe

variabilidade nestas necessidades, que têm importância relativamente insignificante para a

psicologia. A presunção de que é o abaixamento do nível de excitação (relaxamento) que o ego

experimenta como prazer pode verificar-se com facilidade nestes instintos.

Foi somente a pesquisa psicanalítica (555) que possibilitou o reconhecimento do segundo

grupo como unidade coesa. É o grupo dos instintos sexuais, os quais, contrapondo-se aos

instintos imperativos acima discutidos, não encontrando gratificação final na sua forma

original, têm a capacidade de mudar, de alterar os seus objetos ou finalidades, ou de sujeitar-se

à repressão pelo ego e, depois, tornar a aparecer de várias formas e com disfarces diferentes.

Ainda se ouve a recriminação amplamente divulgada de que Freud tudo explica como sexual;

recriminação sem base alguma, pois que Freud reconhece outros instintos além dos sexuais.

Certo é, no entanto, que Freud explica como sexuais muitos fenômenos que não se haviam

reconhecido, até então, como ligados a sexualidade (em particular, as neuroses); reconhece que

a sexualidade humana não se limita em absoluto aos impulsos e atos que conduzem, mais ou

menos diretamente. ao contato sexual; reconhece o campo da *sexualidade infantil* (550, 551,

552, 555).

Sabe-se, geralmente, hoje em dia, que as crianças exibem inúmeros tipos de

comportamento instintivo cujo conteúdo é idêntico aos impulsos que, nos indivíduos perversos,

substituem a sexualidade normal. Aliás, é difícil observar as crianças sem ver manifestações

desta ordem. Por conseguinte, no momento achamos menos adequado formular a pergunta: “

Existe sexualidade infantil” do que indagar: “como foi possível fenômeno tão evidente como a

sexualidade infantil passar despercebido antes de Freud ?” É omissão impressionante que

constitui exemplo dos melhores da “repressão”.

Por foi que Freud chamou “sexuais” estes fenômenos infantis? Em primeiro lugar porque

constituem o solo nativo de que virá a desenvolver-se a sexualidade do adulto; em segundo

lugar, porque todo adulto que for bloqueado, seja de que forma for, sua sexualidade regride à

sexualidade infantil como substituto; terceiro, porque a criança experimenta a sua sexualidade

com as mesmas emoções que o adulto sente para com a própria; quarto, porque as finalidades

destes impulsos são idênticas às que se observam nas perversões adultas e ninguém jamais

duvidou que as perversões fossem outra coisa senão sexuais.

Provável é que os instintos sexuais tenham base química comum. O estudo dos

hormônios tem-nos ensinado coisas relativas às fontes da sexualidade, não obstante o que os

conhecimentos atuais pouco satisfazem. As alterações químicas que se produzem no corpo

induzem estímulos sensoriais nas zonas erógenas, acarretando impulsos de caráter

particularmente urgente e exigindo atos que levam a alterações no local da estimulação. A base

fisiológica dos impulsos sexuais compara-se às ocorrências fisiológicas que certas sensações

como o prurido e a cócega despertam. As mordeduras de insetos. bem como certas condições

fisiológicas internas produzem alterações químicas que geram estímulos sensoriais cutâneos,

estes, por sua vez, criando sentimentos de tipo particularmente urgente; desperta-se o impulso a

arranhar e o arranhar acaba levando a uma alteração na fonte.

Embora, contudo, o arranhar produza afluxo de sangue à área pruriginosa,

tem-se a impressão de que represente remanescente de reflexo biológico muito mais

profundo, reflexo que também é basicamente importante para as descargas sexuais: o

reflexo de livrar-se de órgãos que criam sensações desagradáveis. Tendência

biológica que se mostra plenamente na autonomia da cauda dos lagartos. Mais tarde,

este reflexo pode degenerar na ideia de "jogar fora arranhando" uma área

pruriginosa da pele e também (talvez) na ideia da descarga "detumescente" da tensão

sexual (1242). A avaliação do conceito de autonomia mostra a relatividade do

contraste que existe entre satisfação de um instinto e defesa contra ele; o reflexo

autônomo será raiz comum para ambos, tanto para o ato instintivo quanto Para a

defesa contra o mesmo.

Ulteriormente, os fenômenos sexuais complicam-se muito mais, permanecendo, porém,

em última análise, dentro da mesma moldura de mecanismos operacionais. Na puberdade, os

diversos impulsos da sexualidade infantil fundem-se em totalidade harmoniosa: a sexualidade

do adulto. Este desenvolvimento, entretanto, é capaz de sofrer uma série de transtornos. As

angústias e outras experiências criança podem fazer que componentes singulares resistam à

fusão. Em particular, os componentes reprimidos da sexualidade infantil persistem no

inconsciente, inalterados. Quando vem a experimentar desapontamento sexual ulterior, o adulto

tende a regredir à sexualidade infantil, dai resultando que o conflito que agitava a sexualidade

infantil provavelmente tornou mobilizar-se.

CLASSIFICAÇÃO DOS INSTINTOS

O papel excepcional que o deslocamento da energia dá aos instintos sexuais foi o ponto

de que Freud partiu na sua primeira classificação dos instintos, pelo fato de haver notado que os

neuróticos se sentiam mal porque reprimiam certas experiências e porque estas experiências

sempre representavam desejos sexuais. As forças que combatiam os desejos sexuais eram a

angústia os sentimentos de culpa, ou ideais éticos e estéticos da personalidade; forças estas

contra-sexuais que se podiam sumarizar como "instintos do ego", visto servirem à auto-

conservação. Assim foi que a primeira classificação dos instintos. distinguindo "instintos

sexuais" e "instintos do ego" (542, 548, 555, 596), se supôs representasse o conflito neurótico,

ou seja, o fato da repressão. Quando Jung negou este dualismo dos instintos e quis chamar

libidinais todos os instintos do ego (907). a unificação por ele tentada tentou obscurecer, aquela

altura, o fato recém-descoberto da repressão (364).

Hoje em dia. não se concebe a repressão como conflito entre dois grupos de instintos: o

conflito, a bem dizer, é estrutural. O ego rejeita, certas exigências do id; e, com base no

conceito de ser o ego uma camada superficial diferenciada do id, já não se pode sustentara

esperança de que o ego abrigue, inatamente, outros instintos que não estejam presentes no id.

Ainda que as energias instintivas sejam tratadas no ego de modo diverso do que o são no id, há

de admitir-se que o ego deriva a sua energia do id, não contendo, primariamente, outros tipos

de instintos.

A crítica da primeira classificação dos instintos surgiu da descoberta do narcisismo, isto

é, do caráter libidinal de certos desejos instintivos, os quais, até o momento, se haviam

atribuídos aos instintos do ego. Parte do "egoísmo", da elevada valoração que se faz do próprio

ego viu-se que vinha a ser da mesma natureza que os instintos sexuais com que se amam os

objetos; é o que se vê claro no deslocamento da energia do ego para os objetos externos e vice-

versa. A soma de interesse que se volta para o ego de uma pessoa e para objetos exteriores é.

para um tempo dado, constante. Aquele que se ama mais tem menos interesse pelos objetos

externos e vice-versa (585). Freud comparou o homem, no tocante à libido, como uma ameba

capaz de emitir pseudópodos, originalmente concentrados na sua substância corporal mesma,

para o mundo exterior e, depois, tornar a retraí-los (5855). É nesta conformidade que se

aplicam as designações libido do ego e libido do objeto (ou libido objetal). Não existe, contudo,

diferença qualitativa entre uma e outra; por simples processo de deslocamento, a libido do ego

transforma-se em libido objetal e vice-versa. Estes achados invalidaram a primeira divisão em

instintos do ego e instintos sexuais, se bem que o fato de esta divisão refletir os fatos da

repressão tivesse levado, *de* início, a uma tentativa de conservação respectiva. Foi o que Freud

procurou fazer, admitindo que os instintos do ego fossem catexizados com duas qualidades

diferentes de energia psíquica: com "interesse", que corresponderia a energia dos instintos do

ego. e com elementos libidinais, os quais constituiriam o narcisismo (585): concepção que não

conseguiu manter-se. Uma vez reconhecidos os elementos libidinais deslocáveis, já não se pode

aceitar a opinião de que existam dois tipos fundamentalmente diferentes de instintos operantes

na repressão e no reprimido (ou. na terminologia moderna, no ego e no id). Tanto os interesses

do ego quanto os impulsos libidinais, os quais vêm, mais tarde, decerto, a conflitar entre si,

evolveram da mesma fonte.

Freud a seguir, propôs sua outra classificação dos instintos (605 608). A nova

classificação tem duas bases, uma especulativa, uma clínica. A base especulativa é o caráter

conservador dos instintos, tal qual se caracteriza pelo princípio da constância, ou seja, o fato

dos instintos tenderem a eliminar tensões. Existem também, contudo, um fenômeno que da a

impressão de contrariar o princípio da constância, a saber, a fome de estímulo, que com clareza

máxima L vê nos instintos sexuais. Assim e que aparece o "princípio do Nirvana" caracterizar

uns instintos; a fome de estímulos, para outros.

A base clínica da nova teoria freudiana consiste na existência da agressão O que constitui

parte considerável de todos os impulsos humanos são as tendências agressivas de todos os

tipos, tendências que manifestam, em parte, caráter reativo: isto é, são a resposta a frustrações e

visam à superação das destas (335); em parte, apresentam-se intimamente ligadas a certos

impulsos sexuais, principalmente impulsos sexuais que mais avultam nos níveis pregenitais da

organização da libido. Há outras agressões que parecem formar-se inteiramente à parte da

sexualidade. De mais a mais, existe o enigma do masoquismo, o fato de que, em certas

condições, a orientação habitual do comportamento humano, o princípio do prazer, parece ser

eliminado e tendências autodestrutivas afloram. Mais ainda: Clinicamente, o masoquismo e o

sadismo sempre se associam: sempre que vemos masoquismo, a análise nos mostra ter um

impulso sádico sofrido uma "volta contra o ego" (555, 601). Também existe o contrário: certo

tipo sádico externo de comportamento é capaz de velar um objetivo masoquista inconsciente.

Freud associou as bases especulativas e clínicas em nova teoria do instinto (605), teoria

segundo a qual há duas qualidades na mente: uma autodestrutiva, o "instinto de morte" (este

pode ser voltado para o mundo exterior e, assim, tornar-se "instinto destrutivo") e uma

qualidade que procura objetos, que luta por unidades mais altas, o eros. Supera-se a objeção de

que, na realidade, não existe nem comportamento puramente autodestrutivo. nem

comportamento puramente à busca de objetos — supera-se a objeção pela hipótese que os ver-

dadeiros fenômenos mentais se compõem de várias "misturas" destas qualidades (138. 144,

890, 900, 1014),

CRÍTICA DO CONCEITO DE UM INSTINTO DE MORTE

São muitas as objeções que se podem fazer a esta nova teoria (425); a esta altura, bastarão

as que se seguem. O objetivo instintivo de destruição opõe-se à busca sexual de um objeto a ser

amado: quanto a isto, não há dúvida. O que se pode, contudo, questionar é a natureza desta

antítese. Temos à nossa vista qualidades instintivas basicamente diferentes, ou será que este

contraste vem a ser, por sua vez, uma questão de diferenciação de uma raiz originalmente

comum? É esta última hipótese que parece mais provável. Seria possível agrupar todos os

fenômenos que se reúnem na rubrica de instinto de morte não como tipo especial de instintos;

no decurso do desenvolvimento, este princípio se teria modificado no sentido de certos instintos

mediante influências externas. O conceito do princípio da constância, como ponto de partida de

todos os instintos, favorece uma tese unificada não só para todos os processos mentais, como

também para todos os processos vivos em geral. É precisamente naquele grupo de impulsos,

que são os instintos sexuais, em que a fome de estímulos, a busca de objetos, a luta por

unidades maiores se mostram com mais clareza, que melhor se demonstra lutarem eles pelo

relaxamento e pela eliminação de tensões. Daí não ser possível que, para certo tipo de instinto,

seja válido o princípio da constância e, para outro tipo, válido seja a fome de estímulos. Ao

revés, a fome de estímulos, como princípio que contradiz o princípio da constância, deve ser

geneticamente, derivativo deste princípio ou elaboração especial do mesmo quando é

despertado pela fome somaticamente condicionada, o bebé segue o seu princípio da constância

e quer acalmar a fome para dormir novamente quando, mais adiante, ele reconhece o mundo

exterior como necessário para conseguir isso, luta por esta necessidade e procura contato com o

mundo exterior. O objetivo de ser estimulado pelo mundo exterior é objetivo intermediário, um

rodeio para alcançar o objetivo de não ser estimulado (ver pág. 30).

Claro que não se podem negar a existência e a importância dos impulsos agressivos, mas

prova não. há de que, sempre e necessariamente, se formem mediante uma volta para fora de

impulsos autodestrutivos mais primários. O que parece mais certo é que a agressividade não

haja sido, originalmente, objetivo instintivo próprio, caracterizando certa categoria de instintos

a se distinguirem de outros; mas, sim, uma modalidade pela qual se luta, às vezes, por objetivos

instintivos, respondendo a frustrações, ou até espontaneamente.

Com quanto mais disposição se procuram os objetivos de maneira destrutiva, mais

primitivo o nível de maturação do organismo — talvez em conexão com a tolerância

insuficientemente desenvolvida em relação às tensões. O objetivo instintivo arcaico

relativamente aos objetos é a incorporação, que é, ao mesmo tempo, tentativa de aproximar-se e

tentativa de destruir; é a matriz de uma coisa e outra. Freud descreve a inclinação à

destrutividade no nível arcaico, quando diz que o instinto de morte e eros ainda estão "não

fusionados", mas se fusionam pouco a pouco durante a maturação, eros neutralizando o instinto

de morte (608). O que se vê é que, nestes períodos iniciais, as tendências libidinais e agressivas

de tal modo se entrelaçam que nunca se podem separar de todo umas das outras; a impressão é

de que estes estádios representam um estado integrado, a partir do qual, a seguir, se diferenciam

eros e a agressão; é só mais tarde que o amor e o ódio se desenvolvem como qualidades

opostas.

Assim também, um instinto de morte não seria compatível com o conceito biológico

aceito de um instinto, conforme acima se discute. A tese de uma fonte de instintos que faça o

organismo reagir aos estímulos com impulsos no sentido de "atos instintivos", os quais, depois,

alteram a fonte de maneira adequada, não se pode aplicar a um instinto de morte. A

dissimilação nas células, destruição objetiva, não pode ser "fonte" de instinto destrutivo, da

mesma maneira que a sensibilização química do sistema nervoso central no que concerne à es-

timulação das zonas erógenas é a fonte do instinto sexual. Pela definição, o instinto tenta

remover as alterações somáticas na fonte do instinto. O instinto de morte não tenta remover a

dissimilação.

Por conseguinte, o que parece é que os fatos em que Freud baseou o seu. conceito de um

instinto de morte não exigem, em absoluto, que se admitam dois tipos fundamentalmente

opostos de instintos, o objetivo de um sendo o relaxamento e a morte, o objetivo do outro sendo

uma ligação a unidades mais altas. Nos capítulos concernentes ao masoquismo e à depressão,

tentaremos mostrar que os fatos clínicos da autodestruição também não exigem que se admita

um instinto autodestrutivo genuíno; tentaremos mostrar que todas ocorrências que ultrapassam

o princípio do prazer se podem considerar criadas por forças externas que transtornaram os

princípios inatos ao organismo (ver págs. 334 de segs. e 361 e segs.).

A idéia de que o conceito de um instinto de morte não é necessário nem útil, não impede

que se especule no sentido de que se pode considerar a vida “um processo que conduz à morte".

O organismo jovem incorpora uma abundância de potencialidades futuras; e todo momento de

vida que se vive produz "estrutura", esta limitando as potencialidades futuras, fazendo o

organismo mais rígido, mais o aproximando do inorgânico. Todo aquele que aceita este ponto

de vista poderá ver nas funções mentais, mais uma vez, um caso especial do processo vital em

geral.

Podemos sumarizar. Não há dúvida alguma de que existem, muitas vezes, conflitos entre

os interesses do ego e os seus impulsos sexuais; existem também com a mesma freqüência

conflitos entre a agressividade e as tendências sexuais. Ambos os tipos de conflito, porém, têm

uma história; formaram-se a certo ponto do desenvolvimento e continuam a ser conflitos

apenas enquanto vigorarem certas condições. Não é necessário presumir que nenhum desses

dois pares de opostos representem dicotomia genuína e incondicionada que haja operado desde

o princípio. Para melhor classificar os instintos, teremos de esperar que a fisiologia desenvolva

teses mais valiosas a respeito das fontes instintivas.

SEXUALIDADE INFANTIL

Se nos voltarmos, a esta altura, para o desenvolvimento da sexualidade, poderemos deixar

de especular e tornar a uma base empírica.

As características da sexualidade infantil, polimorfa e perversa, Freud bem as descreveu

em *Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade* (555). A sexualidade infantil difere da do

adulto em diversos aspectos. A diferença que mais impressiona situa-se no fato da maior

excitação não se localizar, necessariamente, nos genitais, mas no fato de que os genitais, a bem

dizer, desempenham a parte de *primus inter pares* entre muitas zonas erógenas. Também

diferem os objetivos: não levam, necessariamente, ao contato sexual, mas alongam-se em

atividades que vêm a desempenhar papel, futuramente, no pré-prazer. A sexualidade infantil

pode ser *auto-erótica,* ou seja, tomar para objeto o próprio corpo ou partes deste. Os

componentes que se dirigem para os objetos portam traços arcaicos (objetivos de incorporação,

ambivalência). Quando um instinto Parcial é bloqueado, reforçam-se correspondentemente,

instintos parciais colaterais".

A criança pequena é criatura instintiva, cheia de impulsos sexuais perversos polimorfos,

ou, para falar com mais correção, cheia de uma sexualidade toda ainda indiferenciada, a qual

contém num só todos os ulteriores "instintos parciais". De início, a realidade só parece ser

julgada do ponto de vista da sua compatibilidade com a satisfação do instinto; tal qual a

concebe o ego primitivo, ela é colorida pelo status dos seus objetivos sexuais. Toda ordem de

excitação que se produz na criança pode tornar-se fonte de excitação sexual: estímulos

mecânicos e musculares, afetos, atividade intelectual e até a dor. Na sexualidade infantil, a

excitação e a satisfação não estão nitidamente diferenciadas, se bem que existam fenômenos

orgasmóides, ou seja, sensações prazerosas que produzem o relaxamento e o término da

excitação sexual. No devido tempo, contudo, os genitais começam a funcionar como aparelho

especial de desçam» o qual concentra em si toda excitação e a descarrega seja qual for a zona

erógena em que se originou.

Fala-se em primazia genital quando esta função dos genitais veio a predominar sobre as

zonas erógenas extragenitais e quando todas as excitações sexuais se fizeram, afinal,

genitalmente orientadas e climaxicamente descarregadas. O que constitui a antítese da primazia

genital é o período pré-genital inicial, quando o aparelho genital ainda não tem assumido o seu

domínio, donde resulta que nunca é completo o relaxamento obtido. A via que leva dos

primeiros desejos pregenitais à primazia genital pode descrever-se sob dois pontos de vista

diversos: o da mudança das zonas erógenas condutoras e o dos tipos das relações de objeto.

Antes de mais nada, enfatize-se que o conceito de fases desenvolvimentais é relativo,

apenas servindo para melhor orientar. Na prática, todas as fases se fundem pouco a pouco e se

sobrepõem.

Quando procuramos organizar a profusão de fenômenos da sexualidade infantil;

impressiona-nos um período em que estes fenômenos são relativamente poucos e em que

diminuem o número e a intensidade das manifestações sexuais diretas. É o chamado período de

latência, que se estende do sexto ou sétimo ano de vida à puberdade. Certo é que as

manifestações sexuais nunca desaparecem completamente: tem-se falado em culturas nas quais

falta o período de latência, segundo parece; mesmo em nossa cultura, muitas crianças há que

não renunciam à masturbação durante estes anos; ainda nestes casos, porém, o sexo ocupa lugar

menos destacado do que antes e depois. Na opinião de Freud. a ocorrência do período de

latência era característica da espécie humana. O florescimento inicial da sexualidade infantil

está por assim dizer, "condenado à destruição" por natureza, fato este que constitui precondição

biológica da repressão e, pois, das neuroses (618). Há outros autores que salientam a circuns-

tância de que jamais ocorrendo período de latência em certas tribos primitivas, se hão de

responsabilizar as restrições culturais pela renúncia aos desejos sexuais (1102, 1278). Fato é.

contudo, que não existe contradição nítida entre fenômenos "biológica" e "sociologicamente"

determinados. Há alterações biológicas capazes de serem produzidas por influências externas.

E pode ser que o período de latência resulte de influências externas que estiveram atuando o

tempo suficiente para deixar vestígios; a esta altura, quem sabe estaremos vendo tornarem-se

biológicas certas influências externas. Seja como for, durante este período, as forças que

operam contra os impulsos instintivos (vergonha, por exemplo, nojo. etc.) desenvolvem-se à

custa das energias instintivas.

Assim, pois. pode-se dividir a sexualidade pré-adulta, de modo geral, em três períodos

principais: o período infantil, o período de latência e a puberdade. Hoje em dia se conhecem

muito bem o começo e o fim do período infantil, ao passo que aquilo situado no meio ainda

requer muita pesquisa; possivelmente, neste período intermediário, ocorrem variações

acidentais mais importantes d° que as que se dão nas fases inicial e terminal.

O ESTÁDIO ORAL

O começo é o estado oral (mais corretamente intestinal) de organização *o* libido (13,

555). Quando se discutiu o desenvolvimento do ego, destacaram-s fatores relativos à maneira

por que o conhecimento da realidade se forma em conexão com as experiências da fome e da

saciedade. Mais adiante, evidenciou-se que as primeiras percepções se ligavam a uma espécie

de incorporação oral e que o primeiro juízo era a decisão quanto a ser uma substância

comestível ou não. Podemos suplementar, agora, estes achados discutindo o fenômeno auto-

erótico de chupar o polegar, que já é evidente no recém-nascido e pode, decerto, considerar-se

reflexo inato. Não estamos, por isso, impede observar que este reflexo diz respeito a um tipo de

estimulação que, em geral, se liga à função da nutrição, mas que dela se fez independente. O

chupar de polegar mostra que o prazer que se obtém do seio ou da mamadeira não se baseia só

na gratificação da fome, mas também na estimulação da mucosa oral erógena; se não fosse

assim, o infante retiraria, desapontado, o polegar, visto este não produzir leite. Aí, a excitação

sexual apoiou-se, originalmente, na necessidade de alimento; tal qual, a excitação sexual

primeira também se apoiou noutras funções fisiológicas, na respiração e sensações cutâneas,

nas sensações de defecar e urinar.

Não há necessidade, a esta altura, de pormenorizar os muitos fenômenos em que se retém,

no adulto, o erotismo oral: o beijo, práticas perversas, os hábitos de beber e fumar, muitos

outros costumes alimentares. Não esquecer, contudo, que na bebida e no fumo não há, apenas,

erotismo oral, porque o álcool e a nicotina são também toxinas que, por via química, produzem

alterações desejadas no balanço dos conflitos instintivos; alterações que diminuem as inibições,

aumentam a auto-estima e eliminam a ansiedade, quando menos seja por curto lapso e em certa

extensão.

O objetivo do erotismo oral é, primeiramente, a estimulação auto-erótica prazerosa da

zona erógena; a seguir, a incorporação de objetos. Os biscoitos em forma de animais de que as

crianças tanto gostam são remanescentes significativos de fantasias canibais primitivas (165). O

aparecimento de uma gula particularmente intensa, quer seja manifesta, quer se mostre, uma

vez reprimida, sob a forma de derivados, é de relacionar-se sempre com o erotismo oral. Há

muitas peculiaridades das pessoas fixadas neste nível que se podem explicar pela compreensão

de que, neste período, não se vêem os objetos como indivíduos, mas sim, apenas, como

alimento ou provedores de alimento. Quem incorpora os objetos torna-se unido a eles. A

"introjeção oral" é, do mesmo passo, o executivo da "identificação primária". As idéias de que

se come um objeto ou de que por ele se é comido vêm a ser os modos pelos quais se pensa,

inconscientemente, em qualquer reunião objetal. A comunhão mágica que consite em

“transforma-se na mesma substância", ou comendo o mesmo alimento, ou misturando os

sangues respectivos, bem como a crença mágica de que nos tornamos semelhantes ao objeto

que comemos baseiam-se no mesmo fato. É o que se vê fartamente em certas experiências que

vão dos ritos religiosos aos hábitos cotidianos. Apertar as mãos significa que se sela uma união

deixando que a substância de um corpo flua para o corpo da outra pessoa. E um companheiro

ainda é um “com-panheiro”, alguém cujo o pão é idêntico ao nosso.

Correspondendo aos objetivos específicos do erotismo oral e na forma do princípio da

falsa-interpretação animística, vamos encontrar temores orais específicos; particularmente, o

medo de ser comido (414, 618).

A experiência analítica mostra a freqüência com que o medo de ser comido

serve para encobrir uma angústia de castração mais profundamente oculta (566,

599). Não se veja nisso uma objeção à natureza arcaica do referido temor. A

distorção, auxiliado a defesa contra a angústia de castração, opera, às vezes, pela

regressão.

É claro que a idéia de ser comido é não só fonte de temor, mas também ' capaz, em certas

condições, de constituir fonte de prazer. O que há não é só desejo de incorporar objetos, mas

também desejo de ser incorporado por um objeto maior. É muito freqüente ver condensarem-se

entre si os objetivos aparentemente contraditórios de comer e ser comido. No capítulo a

respeito do ego, descreveu-se o desejo de reunir-se a um objeto ao qual se cedeu a própria

onipotência; reunião em que se pensa também inconscientemente como se fosse uma espécie de

ser comido por objeto maior, mais poderoso; depende das condições individuais o fenômeno

que ocorra: desejo positivo ou ansiedade (712).

Mostra a experiência clínica que os objetivos de incorporação oral assumem com

freqüência caráter sádico, o que ocorre, talvez, sob a influência de fatores constitucionais

ignorados ou como reação a frustrações. A análise de pessoas que sofrem de depressão ou de

adições revela que, realmente, o caráter sádico das fantasias de incorporação não veio a

acrescer-se posteriormente, mas já operava, de fato, à época da fase oral. Não constitui isto

razão, contudo, para admitir que todo bebê que suga o seio da mãe deseja matá-la e destrui-la

por forma sádica. O material clínico dos analistas ingleses que sustentam este ponto de vista

(958, 959, 1309) não permite dúvida, certamente, mas o que é duvidoso é que os casos

descritos sejam típicos; representam, a bem dizer, casos patológicos com fixações sádico-orais

especiais (99, 429).

No entanto, a incorporação destrói o objeto objetivamente, fato que dá a todos os fins de

incorporação um caráter mais ou menos "ambivalente". Já se disse não existir esta

ambivalência desde o início mesmo. Na medida em que não existe concepção de objetos, não

tem sentido falar em ambivalência: mas assim que se desenvolve concepção de objetos, o

caráter objetivamente destrutivo da incorporação facilita a conexão das idéias de incorporação

com o sadismo e, em particular, se se tiverem sofrido frustrações definidas.

As fantasias sádico-orais, reconstruídas na análise de pacientes oralmente fixados (cf.

104) e por vezes manifestas em psicoses oralmente orientadas, são de tal modo imaginosas que

certos autores chegam a achar não terem a experiências reais importância alguma na formação

respectiva (1312). Na realidade, porém, estas "fantasias" exprimem os modos pelos quais um

ego arcaico não desenvolvido *percebe* (e falseia) uma realidade que frustra.

Abraham diferenciou duas subfases do estádio oral: uma pré-ambivalente, em que,

subjetivamente, não existe objeto algum, mas apenas se procura sucção prazerosa; e uma fase

ambivalente, que ocorre após o aparecimento dos dentes, fase cujo objetivo é morder o objeto

(26). É freqüente a análise de pervertidos sádicos revelar que, no fundo dos seus sintomas,

existe fixação no objetivo sexual oral de morder (1205). Esta coordenação entre a sucção e a

fase anterior ao estabelecimento dos objetos, de um lado, e, doutro lado, o morder e os

impulsos sádico-orais não têm, contudo, inteiro cabimento; é comum observar fantasias de

sucção dirigidas contra objetos (vampirismo).

Dentre as neuroses, o ciclo maníaco-depressivo e as adições apresentam manifestações de

fixação no nível oral; mas, em vista do fato de que, no desenvolvimento mental, ainda

persistem níveis evolutivos primitivos, por trás de outros mais maduros, as características

erótico-orais também se mostram em outras neuroses.

Dada a significação que tem no desenvolvimento ulterior das neuroses, é aconselhável

elaborar, mais uma vez, os conceitos de fixação e regressão, discutidos no capítulo relativo ao

ego (ver pág. 47). Dissemos que, no desenvolvimento psíquico, jamais se realiza por completo

o progresso a nível mais alto; pelo contrário, características do nível anterior persistem

paralelamente, em certa extensão, ao nível novo, ou por trás dele. Os transtornos do

desenvolvimento ocorrem não só sob forma de parada total, como também sob a forma de

retenção mais do que de características de estádios anteriores. No caso de um novo

desenvolvimento deparar com dificuldades, pode haver movimentos retroativos, nos quais o

desenvolvimento reflui a estádios anteriores que com melhor êxito se experimentam. A fixação

e a regressão complementam-se entre si. Freud comparou a situação à de um exército que

avança em território inimigo, deixando tropas de ocupação em todos os pontos importantes;

quanto fortes forem estas, mais fraco será o exército que prossegue em sua marcha; se este

último vier a encontrar forças inimigas muito poderosas, terá de recuar àqueles pontos em que

deixara as tropas de ocupação mais fortes (596). Quanto mais forte a fixação, mais fácil será

ocorrer regressão, no caso de surgirem dificuldades.

Quais são os fatores responsáveis pela evocação de fixações? Certamente que há

tendências hereditárias, explicando o fato de as várias zonas erógenas serem carregadas de

quantidades diferentes de catexias, ou graus diferentes de capacidade de descarga. Pouco se

sabe dos fatores constitucionais desta ordem; mas a psicanálise conseguiu estudar os tipos de

experiência favoráveis ao desenvolvimento de fixações.

1. Se experimentam satisfações excessivas em certo nível, a conseqüência é que a este

último só com relutância se renuncia; ocorrendo infortúnios, ulteriormente, haverá sempre

anseio pela satisfação outrora desfrutada.

2. Efeito semelhante é forjado por *frustrações* excessivas em certo nível. A impressão é

de que, nos níveis de desenvolvimento que não propiciam satisfação suficiente, o organismo se

nega a prosseguir, exigindo a satisfação retida ou impedida. Se a frustração tiver levado a

repressão, os impulsos em questão vêm a ser separados do resto da personalidade, não

participando na maturação ulterior e mandando do inconsciente para o consciente os seus

derivados perturbadores. Daí resulta que estes impulsos permanecem no inconsciente inal-

terados, sempre a exigir a mesma espécie de satisfação; desta forma, também Provocam

constantemente as mesmas atitudes defensivas por parte do ego. Ai se tem uma fonte de

"repetições" neuróticas (ver pág. 502).

3- É freqüente encontrar tanto satisfações excessivas quanto excessivas frustrações

subjacentes a certa fixação: uma indulgência demasiada tornou a pessoa incapaz de suportar

frustrações posteriores; frustrações pequenas, que teriam sido toleradas por quem fosse menos

mimado, têm, então, o mesmo efeito que teria a frustração severa.

4. Compreende-se, pois, que mudanças bruscas de satisfações em demasia para

frustrações em excesso produzam efeito especialmente fixador.

5. O que mais freqüentemente, contudo, se vê é as fixações se enraizarem em

experiências de satisfação instintiva que, ao mesmo tempo, tranqüilizou alguma ansiedade, ou

ajudou a reprimir algum impulso temido. É a satisfação simultânea de impulso e de segurança

que com mais freqüência se vê causar fixações.

O ESTÁDIO SÂDICO-ANAL

A análise das neuroses obsessivas permitiu a Freud inserir entre os períodos oral e fálico

outro nível organizacional da libido, a saber, o nível sádico-anal (581). Embora o prazer anal se

ache presente desde o início da vida, é no segundo ano que a zona erógena-anal parece tornar-

se o executivo principal de toda excitação, a qual, então, onde quer que se origine, tende a

descarregar-se pela defecação. O objetivo primário do erotismo anal, certamente, é o gozo de

sensações prazerosas na excreção. Mais adiante, a experiência vem ensinar que a estimulação

da mucosa retal pode aumentar com a retenção da massa fecal; as tendências à retenção anal

exemplificam bem as combinações de prazer erógeno e segurança contra a ansiedade. O medo

da excreção originalmente prazerosa leva à retenção e à descoberta do prazer que esta última

produz. A possibilidade de realizar estimulação mais intensa da mucosa (além de sensação mais

intensa pelo aumento da tensão de retenção) é responsável pelo prazer tensional, que é maior no

erotismo anal do que em qualquer outro. Aqueles que, nas suas satisfações, procuram prolongar

o pré-prazer e estender o prazer final são sempre, latentemente, eróticos anais.

A origem e o caráter da conexão que existe entre impulsos anais e sádicos, a que se alude

na expressão usada para designar o nível de organização (sadismo anal), são análogos à

conexão que discutimos entre oralidade e sadismo: em parte, deve-se a influências frustradoras

e, em parte, ao caráter dos objetivos de incorporação. Acresçam-se, contudo, dois fatores: em

primeiro lugar, o fato de a eliminação ser, objetivamente, tão "destrutiva" quanto a

incorporação; o objeto do primeiro ato sádico-anal são as próprias fezes, cuja expulsão se

percebe como uma *espécie* de ato sádico; posteriormente, as pessoas são tratadas como já o

foram as fezes; em segundo lugar, o fator de "poder social" que se envolve no controle dos

esfíncteres; exercitando-se no asseio, a criança encontra oportunidade efetiva para exprimir

oposição contra os adultos.

Razões fisiológicas existem para a conexão de erotismo anal, de um lado, e, doutro lado,

ambivalência e bissexualidade. O erotismo anal faz que a criança trate um objeto, a saber, as

fezes, de maneira contraditória: expele a matéria para fora do corpo e a retém como se fosse um

objeto amado; aí está a raiz fisiológica da "ambivalência anal". Por outro lado ainda, o reto é

órgão oco excretório; órgão excretório que é, pode expelir ativamente alguma coisa; órgão oco,

pode ser estimulado por um corpo estranho que penetre. As tendências masculinas derivam da

primeira faculdade; as tendências femininas, da segun da; temos aí a raiz fisiológica da conexão

existente entre erotismo anal e bis sexualidade (846).

Os primeiros desejos anais são, na certa, auto-eróticos. Tanto a eliminação prazerosa

quanto (mais tarde) a retenção prazerosa podem ser obtidas sem objeto algum. O fato de este

prazer ser experimentado a um momento em que os sentimentos primários de onipotência ainda

operam pode ser constatado na sobrevaloração narcisística mágica do poder que o indivíduo

tem sobre a sua evacuação; vemos isto expresso em muitos resíduos neuróticos e supersticioso

(19). O Prazer é obtido pela estimulação da mucosa retal, mas as fezes, instrumento pelo qual

se obtém este prazer, também se tornam objeto libidinal Sentando uma coisa que,

primeiramente, é do corpo mesmo do indivíduo mas que se transforma em objeto externo, o

modelo de algo que se pode perder também assim representando, especialmente, "posse", ou

seja, coisas que embora sendo externas, têm qualidade de ego. O impulso à coprofagia, de

origem certamente erógena (representando tentativa de estimular a zona eróqena da boca com

a mesma substância prazerosa que já estimulou a zona eróqena do reto), constitui, do mesmo

passo, tentativa de restabelecer o equilíbrio narcisístico ameaçado; aquilo que foi eliminado

tem de ser reintrojetado Tentativa da mesma ordem no sentido de reintrojeção cutânea é o im-

pulso de se sujar (1050). Assim, pois, as fezes vêm a tornar-se objeto ambivalentemente

amado: são amadas e retidas, ou reintrojetadas e tomadas para brinquedo; e são odiadas e

expulsas.

Há certos prazeres anais que, pela primeira vez, se percebem nas sensações que

acompanham os cuidados maternos, quando se mudam as fraldas; este cuidado e,

posteriormente, conflitos suscitados pela aprendizagem higiênica da criança, pouco a pouco

transformam os desejos anais auto-eróticos em desejos de objetos, os quais, depois, serão

tratados tal qual as fezes. Podem ser tanto retidas ou introjetadas (existem diversos tipos de

incorporação anal) quanto eliminadas e expulsas (21, 26). A aprendizagem higiénica

exemplifica amplamente as gratificações sensuais e hostis. A "sobrevaloração" narcisística (19)

exprime-se, então, em sentimento de poder sobre a mãe no fato de dar ou não dar as fezes.

Outras tendências anais que se dirigem, para os objetos são os impulsos a partilhar atividades

anais com outra pessoa: defecar juntos, espreitar e exibir atividades anais, sujar-se juntos,

defecar noutra pessoa, ou deixar que ela defeque em cima de si; todos estes desejos objetais

anais são ambivalentemente orientados, podendo exprimir quer ternura de maneira arcaica ou,

depois de os condenar, hostilidade e desprezo ("fazer uma sujeira com alguém") (463, 1074).

Abraham baseou nesta atitude contraditória do erótico anal em relação ao mundo objetal

a sua sugestão no sentido de subdividir a fase da organização anal da libido em um período

inicial, que teria um objetivo sádico no prazer excretório, sem consideração do objeto, e um

período ulterior, que se caracterizaria por um prazer prevalente de retenção, no qual se conserva

o objeto (26). consideração do bem-estar do objeto, que constituí o amor, é provável que

comece nesta segunda fase anal; e tem sua primeira manifestação na disposição de sacrificar as

fezes por amor ao objeto.

Tal qual as frustrações do período oral, mediante falsas-interpretações animísticas,

conduzem à formação de ansiedades orais específicas, assim também as frustrações do período

anal formam ansiedades mais específicas. Retaliação as frustrações do período nal formam

ansiedade mais específicas. Retaliação por tendência sádico-anais, temores desenvolvem-se de

que aquilo que se quis perpetrar analmente contra outros venha a acontecer a si própria.

Desenvolvem-se temores de lesão física de natureza anal; por exemplo, o medo de extração

violenta das fezes ou do conteúdo corporal.

Se bem que as outras zonas erógenas e impulsos parciais sejam um tanto ou quanto

menosprezados na literatura analítica, pelo fato de não se tornarem zonas executoras, existem,

no entanto, conflitos com eles relacionados que, muitas vezes, desempenham papel tão decisivo

na gênese das neuroses e na formação do caráter quanto os erotismos oral e anal.

EROTISMO URETRAL

O aparecimento do erotismo uretral infantil liga-se tão intimamente g0 erotismo genital

infantil que muito não se pode dizer a seu respeito antes de discutir a genitalidade infantil. É

freqüente, todavia, aparecer em estádios ulteriores como opoente pré-genital da sexualidade

infantil genuína. A criança erótico uretral percebe, necessariamente, a diferença entre os sexos

com referência à micção; e, pois, é comum o erotismo uretral apresentar-se combinado ao

complexo de castração.

Se bem que, certamente, o objetivo primário do erotismo uretral seja o prazer da micção,

há também um prazer secundário de retenção uretral análogo ao prazer de retenção anal, como

há conflitos desenvolvendo-se a este respeito. É o que se vê mais freqüentemente nas meninas,

provavelmente por motivos anatômicos. Seja como for, não parece que se justifique a idéia sus-

citada por Ferenczi (497) no sentido de fazer o prazer da retenção sinônimo de prazer anal e o

prazer excretório sinônimo de prazer uretral.

Os objetivos originais do erotismo uretral são auto-eróticos, tal qual o são os de erotismo

anal: posteriormente, também o erotismo uretral pode voltar-se para os objetos, o aparelho

uretral transformando-se, então, em executivo de fantasias sexualmente excitantes relacionadas

com o ato de urinar em objetos, de ser urinado por objetos; ou de fantasias em que menos se

mostra a conexão com a micção (1337).

É freqüente as crianças molharem ativamente as calças ou a cama por prazer auto-erótico.

Mais adiante, pode desenvolver-se a enurese como sintoma neurótico involuntário, cuja

natureza é a de equivalente inconsciente da masturbação (ver págs. 217 e segs.). De modo

geral, o prazer de urinar tem caráter duplo: em ambos os sexos, pode ter significação fálica e

até sádica, a micção equivalendo a penetração ativa, com fantasias de lesar ou destruir; ou se

sente como "deixar escorrer', como entrega passiva e desistência do controle. O objetivo do

fluxo passivo pode condensar-se com outros objetivos passivos nos meninos; por exemplo, ser

acariciado no pênis, ou ser estimulado na raiz deste ou no períneo (na próstata) (1071). A parte

fálica ativa do erotismo uretral nos meninos não tarda a ser substituída pela genitalidade

normal, mas pode ocorrer que objetivos erótico-uretrais conflitem com a genitalidade,

condensados. muitas vezes, com objetivos anais; é certo que, às vezes, o erotismo uretral mas-

culino se associa a fantasias, a bem dizer, sádicas, conforme se vê na análise de casos de

ejaculação precoce severa (14). A idéia de "deixar escorrer" desloca-se (e não é raro), da urina

para as lágrimas. Nas mulheres, ocorrem dificuldades erótico-uretrais ulteriores, exprimindo,

com a maior freqüência, conflitos que giram em redor da inveja do pênis.

Porque é menos franco o prazer da retenção da urina do que o prazer da retenção das

fezes (podendo até estar de todo ausente nos meninos), os conflito-que se passam no reino do

erotismo uretral se mostram menos caracterizado por uma luta entre impulsos a eliminar *e*

impulsos a reter do que pela tentação de gozar prazer erógeno primitivo na excreção e orgulho

narcisístico no controle dos esfíncteres da bexiga; orgulho que se deve ao fato de que as falhas

do asseio uretral são, em geral, punidas com vexame ou vergonha para a criança, dando muito

mais freqüentemente do que as falhas do asseio retal. Não fácil dizer de onde se origina a

conexão profunda que existe entre erotismo uretral e vergonha, mas pode-se afirmar que, tal

qual a idéia de ser comido é o medo é o medo oral específico, é a idéia de ser roubado do

conteúdo do corpo o medo anal específico assim também a *vergonha é* a força específica que se

dirige contra as tentações erótico-uretrais. A ambição, que é tão comum descrever como

resultado de conflitos erótico-uretrais (794, 881), representa o combate contra esta vergonha

(ver pág. 128).

OUTRAS ZONAS ERÔGENAS

Toda a superfície da pele e, bem assim, todas as mucosas funcionam como zona erógena.

Toda estimulação cutânea, tanto o toque quanto às sensações térmicas e dolorosas são fontes

potenciais de estimulação erógena, esta podendo levar a conflitos, se encontrar contradição

interna. O erotismo da temperatura, particularmente, associa-se, muitas vezes, ao erotismo oral

precoce e constitui parte essencial da sexualidade receptiva primitiva. Ter contato cutâneo com

o parceiro e sentir-lhe o calor do corpo vem a ser componente essencial de toda relação

amorosa. Nas formas arcaicas de amor, nas quais os objetos servem, sobretudo, como simples

instrumentos da obtenção de prazer, é o que se vê de modo particularmente acentuado. O prazer

intenso que se sente com o calor, manifestado muitas vezes nos hábitos neuróticos, de banho, é

encontrado, geralmente, em pessoas que, do mesmo passo, apresentam outros sinais de

orientação receptivo-passiva, sobretudo no que diz respeito à regulação da auto-estima; são

pessoas para as quais "ganhar afeto" significa "ganhar calor"; são personalidades "geladas", que

"derretem" em atmosfera "quente"; que são capazes de ficar horas num banho quente, ou

expostas a um calefador.

O erotismo táctil compara-se à escoptofilia, um e outra representando a excitação que é

produzida por estímulos sensoriais específicos. Uma vez realizada a primazia genital, estas

estimulações sensoriais funcionam como instigadores da excitação, desempenhando papel

correspondente no pré-prazer. Se tiverem sido rejeitadas na infância, as pessoas assim

permanecem isoladas, pedindo gratificação de si mesmas e, daí, perturbando a integração

sexual. Mas o erotismo táctil não se associa necessariamente à escoptofilia.

No caso de um escultor que tinha inibições neuróticas, os temores específicos

que se haviam ligado aos objetivos do erotismo táctil constituíram a base da neurose.

Sria interessante estudar o desenvolvimento do erotismo táctil nos cegos (223). A

sublimação do prazer táctil tem grande importância para o ego, no que diz respeito à

aprendizagem do controle do mundo exterior (1405).

O prazer que resulta de estímulos dolorosos da pele representa a base erógena de todos os

tipos de masoquismo (ver pág. 335).

Quando os fins do erotismo cutâneo já não são auto-eróticos, mas passaram a dirigir-se

para os objetos, é muito diverso o objetivo arcaico da incorporação. A “introjeção pela pele”

desempenha papel importante no pensamento mágico de todos os tempos, tanto quanto as

fantasias sexuais inconscientes dos neuróticos (1050).

Nem sempre se distingue o erotismo cutâneo do erotismo muscular, ou da sexualização

dos dados da sensibilidade profunda (1338). Manifesta-se o erotismo muscular em muitos

jogos, esportes, etc.; patologicamente, em inúmeros sintomas de conversão, ou em inibições de

certas atividades musculares (sexualizadas). O prazer sexual.que se obtém mediante sensações

da sensibilidade profunda, nos fenômenos neuróticos, tem muito mais importância do que, em

geral, se admite (410, 444, 526, 837, 1384, 1386, 1391). Quanto à importância dos prazeres e

temores que se relacionam com as sensações cinestésicas e bem assim, com as sensações de

equilíbrio e espaço, falamos a respeito delas em conexão com os níveis arcaicos do ego. Tendo

em vista o fato de que a excitação (e os conflitos) que estas sensações suscitam constituem

componente essencial da sexualidade infantil, as próprias sensações podem vir, mais tarde, a

transformar-se em representantes da sexualidade infantil em geral. As sensações cinestésicas

dos níveis primitivos do ego, aparecem nos adultos e nas crianças maiores quando dormem, o

que contribui, às vezes, para transformar o sono, se tiverem efeito assustador em virtude da

respectiva significação sexual. O retorno de sensações antigas e vagas de equilíbrio e espaço é

freqüente representarem sinal externo para remobilização da excitação infantil inconsciente,

parecendo ter importância particular sempre que as sensações de excitação se transformam ern

sensações de ansiedade (ver pág. 190).

A conexão entre a ansiedade e as sensações de equilíbrio tem, às vezes. origem

fisiológica profunda. Vários autores enfatizaram a circunstância de que, no bebê, o

medo da perda da estabilidade pode constituir o modelo pelo qual, ulteriormente, se

edificam outras ansiedades (72, 780, 1391).

INSTINTOS PARCIAIS

A escoptofilia, ou seja, a sexualização das sensações visuais, é análoga ao erotismo táctil.

Os estímulos sensoriais, que, normalmente, são os iniciadores da excitação e executores do pré-

prazer, podem, no caso de serem demasiado fortes ou reprimidos, vir, mais tarde, a resistir à

subordinação à primazia genital. Sempre que se sexualizam sensações dos órgãos dos sentidos,

todas as características descritas como assinalando a percepção primitiva podem tornar a ob-

servar-se: atividade dos órgãos perceptivos, motilidade inseparavelmente ligada à percepção,

"incorporações" do que é percebido, daí resultando alteração do ego ao longo das linhas da

percepção. Quem observa uma criança que esta olhando alguma coisa com fins libidinosos vê

quais são os traços ou pré-requisitos que acompanham a contemplação prazerosa: a criança

quer olhar para um objeto a fim de "sentir com ele".

É o que se faz particularmente claro na análise dos voyeurs: aqueles que gostam

de observar casais sempre se identificam, na fantasia, com um dos dois parceiros,

ou.até com um e outro (ver pág. 325).

É muito freqüente os impulsos sádicos se associarem à escoptofilia: o indivíduo quer ver

alguma coisa destrui-la (ou para assegurar-se de que o objeto ainda não está destruído). Muitas

vezes se pensa na própria contemplação como substituto da destruição ("Não o destrui; apenas

olhei.").

A idéia obsessiva típica em certas mulheres de que precisam olhar

compulsivamente para os genitais de um homem representa expressão distorcida do

desejo sádico de destruí-los.

Há muitas fantasias escoptofílicas nas quais a idéia de incorporar pelos s o objeto se

mostra particularmente clara (430). A escoptofilia vem a ser o imponente principal da

curiosidade sexual infantil; muitas vezes com a qualidade de impulso instintivo. “Saber de fatos

sexuais" substitui, às vezes, a observação de fatos sexuais e transforma-se em objetivo sexual

próprio (249, 461, 1059) Pode deslocar-se e dar origem às perguntas freqüentes tão conhecidas

e tão aborrecidas para os adultos. Também pode sublimar-se em interesse verdadeiro pela

investigação; ou a repressão respectiva é capaz de bloquear todo interesse intelectual, conforme

sejam as experiências que se hajam associado a esta curiosidade sexual instintiva (251, 561).

As "cenas primárias" (por exemplo, observar adultos em atividades sexuais), ou o nascimento

de um irmãozinho são as experiências mais comuns capazes de estimular ou bloquear a

curiosidade.

Tal qual outros componentes sexuais, a escoptofilia transforma-se, às vezes, em objeto de

repressões específicas (8), a respeito de cujas consequências várias Freud escreveu um ensaio

especial. Casos extremos são os que, ocasionalmente, ocorrem em pessoas tímidas, inibidas,

que, na verdade, não se atrevem a olhar para o que lhes acontece em volta. Há temores

específicos que são sentidos pelos voyeurs inibidos como sendo uma pena de talião. O "mau

olhado", a "transformação em pedra" são exemplos do que estamos dizendo (1430). A timidez,

em geral, é de considerar-se como o medo específico que corresponde ao impulso escoptofílico

(ver págs. 166 e seg.).

A contrapartida da escoptofilia — o exibicionismo — ocorre, em geral, junto com aquela.

Salientou Freud que isso se deve, talvez, ao fato de que ambos têm um recurso comum no

objetivo sexual de olhar para si mesmo (588). Tendo em vista a sua origem, o exibicionismo

permanece mais narcísico do que qualquer outro instinto parcial; o prazer erógeno que produz

sempre se liga a aumento da auto-estima, antecipado ou realmente obtido pelo fato de que

outras pessoas olham para o indivíduo. Na *perversão* do exibicionismo, este proveito serve para

tranqüilizar temores de castração (ver págs. 322 e segs.). Por modo mágico, o exibicionismo

que produz prazer erógeno pode, do mesmo passo, servir para influenciar os espectadores ou

circunstantes de várias formas: tanto Para os afugentar (483, 634, 1249) quanto para mostrar-

lhes, mediante gestos mágicos, o que se supõe que façam (555, 1296).

A relação com o complexo de castração faz o exibicionismo desenvolver-se diversamente

em cada um dos sexos. O homem pode acalmar angústias de castração exibindo os genitais e,

por isto, o exibicionismo masculino permanece fixado aos genitais, onde desempenha papel no

pré-prazer sexual. Nas mulheres, isto que a idéia de ser castrada inibe o exibicionismo genital,

este se desloca para o corpo como um todo. Se bem que não exista perversão feminina de

exibicionismo genital, o exibicionismo feminino não genital desempenha papel importante

tanto dentro quanto fora da esfera sexual (736) (ver págs. 323 e seg.).

Assim como existe um impulso sexual para tocar e olhar, assim também há impulsos da

mesma ordem no sentido de ouvir, saborear e cheirar. Quanto às conexões entre os chamados

sentidos inferiores e a sexualidade, o mesmo se pode dizer que das cotações sexuais das

sensações cinestésicas. Tanto os sentidos inferiores quanto os cinestésicos participam, de

maneira relativamente muito extensa, na orientação geral da criança; daí serem altamente

catexizados com sexualidade infantil. Certas emoções (quer excitação, quer ansiedade), que,

originalmente, se ligavam à sexualidade infantil podem vir a remobilizar-se mais tarde, em

situação conflitiva que gire em volta das sensações olfativas gustativas ou auditivas; ainda aqui,

estas sensações representando impulsos sexuais para objetos, as idéias de incorporação ocupam

o primeiro plano (11, 420, 858). Há muitos estados de regressão em que a escoptofilia recua

para o fundo do mesmo passo que conflitos auditivos e olfativos vêm, novamente, à tona.

Na realidade, os fenômenos de sexualidade gustativa coincidem quase sempre com o

erotismo oral; os fenômenos de sexualidade olfativa, com o erotismo anal, se bem que se lhes

possam estudar em separado as vicissitudes (838).

Presentes em todas as crianças, podemos designar, igualmente, o sadismo e o

masoquismo como instintos parciais normais. É possível que o sadismo, de início, se

desenvolva a partir da avidez instintiva com que os objetivos de incorporação dos impulsos pré-

genitais se perseguem, representando um modo de lutar por fins instintivos, e não um objetivo

instintivo original em si mesmo. Outra raiz do sadismo: o objetivo instintivo negativo de

eliminar ("cuspir") estímulos dolorosos. Tanto a avidez quanto o ódio condensam-se, quando a

destruição ou o dano de um objeto se transforma em objetivo instintivo próprio, cuja realização

gera uma espécie de prazer erógeno.

Todos os impulsos pré-genitais, visando à incorporação, dão a impressão de possuir certo

componente destrutivo; elemento destrutivo que aumenta muito por efeito de fatores

constitucionais e, antes de mais nada, de experiências de frustração. Além do sadismo oral e

anal, outras zonas erógenas podem servir de fontes de sadismo: e é, muitas vezes, a repressão

específica deste componente sádico da sexualidade infantil que virá levar, mais tarde, a

conflitos e, pois neuroses.

O masoquismo, aquela direção do componente destrutivo da sexualidade que se volta

contra o próprio ego do indivíduo, é a contrapartida do sadismo e tem importância teórica

especial pelo fato de o seu objetivo manifesto de autodestruição parecer contradizer o princípio

do prazer. O problema é saber se isso resulta de um instinto autodestrutivo genuíno, a operar

"além do princípio do prazer" (605), ou se a contradição é meramente aparente, os fenômenos

masoquísticos reduzindo-se a alterações sofridas pela direção dos impulsos sádicos, impostas

pelo ambiente (601, 1277, 1299). É o que discutiremos em conexão com a perversão do

masoquismo (ver págs. 334 e segs.). Com relação ao instinto parcial do masoquismo, bastará

dizer que o que lhe representa a base erógena é o componente do erotismo cutâneo (e

muscular), gerado por estímulos dolorosos (não intensos em demasia). Foi o que Freud chamou

masoquismo erógeno (613). Todos os demais fenômenos masoquistas são de considerar-se

elaborações deste tipo de erotismo, que certas experiências provocarei (ver págs. 336 e segs.):

elaborações que, em princípio, é possível compreender das seguintes maneiras:

1. Podem representar uma volta dos impulsos sádicos contra o ego.

2. Representam, às vezes, um mal necessário, na medida em que a experiência acarretou

a convicção de que só se "pode obter prazer, se se suportar certa quantidade de dor, de modo

que suportar a dor vem a ser objetivo intermediário lamentável, porém impossível de evitar. O

ato masoquista constituirá "mal menor"; mediante um ato autodestrutivo paga-se,

inconscientemente, preço baixo com que evitar um mal temido maior (1240). Evita-se ofensa

maior pela submissão do ego a outra ofensa anterior e menor.

3. Em geral, o mecanismo que se emprega para controlar experiências traumáticas é

capaz de complicar a sexualidade do indivíduo; o que se espera desagradável pode ser

antecipado ativamente em grau controlável e a tempo sabido.

4. Pode acontecer que certas experiências inibam a atividade e provoquem p«ão no

sentido de comportamento receptivo. Há muitos fenômenos masoquistas que se mostram, à

análise, com o aspecto de reforço de uma entrega receptivo-passiva pelo prazer de recuperar a

participação na onipotência. Há quem goze sua própria pequenez, quando esta se sente como

participação na grandeza de outra pessoa (817, 819).

A FASE FÁLICA; A ANGÚSTIA DE CASTRAÇÃO NOS MENINOS

Ao concluir-se a sexualidade infantil, está realizada na concentração genital de toda

excitação sexual; o interesse pelos genitais e pela masturbação alcança significação dominante;

chega a aparecer uma espécie de orgasmo genital. Foi esta fase que Freud chamou organização

genital infantil, ou fase fálica (609).

Do fato de que uma descarga genital geral de todos os tipos de excitação sexual se produz

em redor do quarto ou quinto ano de vida não se deduza, que os genitais já não funcionavam

como zona erógena. Órgãos de sensibilidade erógena, os genitais são consideravelmente

efetivos desde o nascimento; é possível ver masturbação genital nos bebês. E a erogeneidade

genital é tão primária quanto o são os elementos eróticos-anais e eróticos-uretrais; não é um

deslocamento destes elementos que a cria (497). Em todo caso, os órgãos genitais e os órgãos

urinários coincidem em alto grau; e os primeiros desejos genitais é certo que se entrelaçam

intimamente com os eróticos-uretrais.

Os deslocamentos de catexias pré-genitais para impulsos genitais, contudo, ocorrem e

aumentam a erogeneidade genital. É a este deslocamento que se alude na fórmula: A excitação

sexual, onde quer que se origine, concentra-se cada vez mais nos genitais e, afinal, descarrega

da forma genital.

Seja qual for a fisiologia da erogeneidade, diga-se, de um ponto de vista psicológico: Não

existem libido oral, libido anal e libido genital específicas; existe apenas uma libido, a qual se

desloca de uma zona erógena para outra. Nos casos, porém, em que se desenvolveram certas

fixações, operam forças que resistem a deslocamento desta ordem, de modo que, por exemplo,

as fixações pre-genitais dos neuróticos obstam a concentração genital progressiva da excitação

durante o ato sexual.

Freud e outros estudaram e descreveram com pormenores os deslocamentos que

governam as vicissitudes ulteriores do erotismo anal (593, 832, 1634). Igualmente,

pode ocorrer deslocamento de catexias anais para funções orais (1143, 1489); e

ocorrem com freqüência na gagueira (ver págs. 291 e segs.).

Notamos na organização genital infantil tendências e diferenças comuns, quando a

comparamos com a sexualidade adulta. As semelhanças dizem respeito à concentração genital e

às relações de objeto. De modo geral, a criança que está na fase fálica assemelha-se ao adulto,

de um ponto de vista sexual, mais de que se costuma perceber. Nas condições sociais vigentes,

a expressão principal da genitalidade infantil é a masturbação, embora também ocorram atos

que se assemelham ao contato sexual.

Talvez caibam, a esta altura, umas tantas observações gerais sobre a

masturbação (cf. 455, 580, 1588). A masturbação, ou seja, a estimulação dos genitais

próprios para obtenção do prazer sexual é normal na infância; nas condições

culturais atuais, também é normal na adolescência e até na idade adulta como

substituto quando não se dispõe de objeto sexual. Se um indivíduo cujas atividades

sexuais são bloqueadas por circunstâncias exteriores se recusa a usar deste

expediente, a análise sempre revela medo inconsciente ou sentimento de culpa na raiz

da inibição (626). Os pacientes que não se masturbaram na adolescência também

revelam haverem sido seus desejos sexuais esmagados em alto grau pelo medo e por

sentimentos de culpa, casos em que o prognóstico é mau, resultando, em geral, de

repressão especialmente profunda da masturbação infantil (1264, 1267).

A primeira masturbação dos bebês é simples estimulação auto-erótica dos genitais. Mais

tarde, as atividades masturbatórias ligam-se a fantasias que dizem respeito a objetos; é o que

se dá na masturbação da fase fálica (555).

Função importante da masturbação normal na infância pode-se fazer remontar dedados

obtidos dos sonhos e do pensamento inconsciente. Nestas situações, a masturbação equipara-

se, quase sempre, a brincadeira: o folguedo infantil, conforme sabemos, tem, de início, a

função de realizar o controle retardado de impressos intensas; posteriormente, antecipa fatos

possíveis em grau e em época que convêm ao ego, preparando a criança para excitações

futuras (605, 1552). Tal qual, a masturbação infantil serve, às vezes, de meio pelo qual

aprende, aos poucos, o controle ativo da experiência da excitação sexual.

A descarga genital da masturbação, cuja valência psicológica varia nesta conformidade,

pode servir como descarga de desejos sexuais de qualquer tipo. Temores ou sentimentos de

culpa variam com aquela valência. É compreensível que as crianças cuja masturbação os

adultos proíbem desenvolvam temores e sentimento de culpa que giram em volta desta

atividade como tal; é até compreensível que, de acordo com falsas-interpretações animísticas,

elas esperem castigos fantásticos como a castração; mas a análise mostra que temores e

sentimentos de culpa se relacionam, a bem dizer, com as fantasias que acompanham o ato de

masturbar-se.Na fase fálica, estas fantasias, via de regra, exprimem de modo mais ou menos

direto o complexo de Édipo (a discutir-se adiante). Na adolescência e na vida adulta, é

freqüente ver que não só temores e sentimentos de culpa ainda se ligam à masturbação, mas

existe até resistência clara da parte dos pacientes a que os esclareçamos sobre a natureza

inócua da masturbação. Parecem ter qualquer interesse inconsciente em acreditar que a

masturbação seja uma coisa horrível. Em geral, mostra a análise que um sentimento de culpa

originado nas tendências do complexo de Édipo foi deslocado para a atividade que serve de

descarga a estas fantasies inconscientes (porque as fantasias masturbatórias conscientes são

derivativo distorcido de fantasias edipianas inconscientes); este deslocamento serve de salvo

guarda à repressão do complexo de Édipo. Se tivessem de acreditar que a masturbação como

tal é inócua, os pacientes não se livrariam do sentimento de culpa, mas teriam de procurar-lhe

a origem e talvez se tornassem conscientes do que é oprimido, de modo que preferem sentir-se

culpados "porque se masturbam". Claro, a masturbação é patológica em duas condições: (a)

sempre que um adulto prefere ao contato sexual; (b) quando se pratica não ocasionalmente

para o fim de aliviar uma tensão sexual, mas a intervalos freqüentes a ponto de revelar

disfunção relacionada com a capacidade de satisfação sexual.

Preferir a masturbação a relações objetais sexuais indica ou diretamente existe timidez e

inibição neuróticas, devidas a temores ou sentimentos profundos de culpa; ou se supõe realizar

"maior prazer' na masturbação; tudo quase sempre enraizado em fantasias perversas que os

pacientes não ousam realizar de fato ou que na verdade, não podem ser executadas na

realidade; é o que resulta porém de temores inconscientes ligados à idéia da abordagem '

sexual de objetos reais' Nestes casos, a masturbação é uma espécie de sintoma perverso,

substituto da atividade sexual quando a atividade real está neuroticamente inibida.

Revelando à primeira vista o seu caráter de sintoma neurótico, a masturbação super

freqüente ocorre quando há transtorno da capacidade de satisfação. Os problemas que quase

sempre se ligam a este tipo de masturbação patológica são: (a) conflitos que giram em redor

da hostilidade e da agressividade, visando à produção forçosa da satisfação que falta; (b)

conflitos que giram em volta da expectativa de punição por esta agressividade. Os efeitos

desfavoráveis da masturbação superfrequente percebem-se e até se luta, às vezes, por eles

como se fossem uma punição "castrativa" bem merecida. Cessa a masturbação deste tipo se e

quando pela análise se consegue restabelecer a capacidade de satisfação sexual.

De tudo resulta claro que a masturbação nos adultos, em certas condições, opera como

sintoma de neurose, sem criar, porém, neurose. Pode, é verdade, constituir parte de um círculo

vicioso: se a timidez neurótica induz a pessoa a masturbar-se em vez de abordar sexualmente

um objeto, nunca ela aprenderá que um objeto é capaz, realmente, de dar maior prazer; a via

que leva ao "substituto masturbatório" é fácil, desta facilidade podendo resultar uma espécie

de condescendência, isto é, fazer que o indivíduo fique menos disposto a aguentar as dificul-

dades da obtenção de objeto, daí aumentando a timidez que foi a primeira causa da

masturbação.

Não produz neurose a masturbação como tal, mas tem-se provado, clinicamente, que a

masturbação que falha, ou seja, que aumenta a tensão sexual, sem capacidade de descarregá-

la adequadamente, vem a dar em sintomas de neurose (76, 1268).

Visto que os genitais do bebé apenas constituem a parte prima inter pares, as atividades

auto-eróticas das crianças pequenas não se limitam, em absoluto, à masturbação genital, pois

todas as zonas erógenas podem ser estimuladas auto-eroticamente. No entanto, naqueles casos

em que um adulto ou uma criança de mais idade se comprazam predominantemente em vários

tipos de equivalentes masturbatórios anais, orais, uretrais, musculares (etc.), é comum a

análise revelar que o fato representa substituto regressivo da masturbação genital, uma vez

esta reprimida (733).

Nos capítulos respectivos, discutir-se-ão as relações da masturbação com a neurastenia,

a hipersexualidade e a neurose obsessiva.

Existem também, é claro, diferenças características entre a genitalidade infantil da fase

fálica e a genitalidade plena do adulto. Caracteriza particularmente o menino desta idade um

orgulho viril, limitado, pelas idéias de que não é inteiramente crescido, de que tem o pênis

menor que o do pai ou d outros adultos; fato este que constitui golpe narcisístico severo: as

crianças ressentem-se por ser crianças e a idéia de ter pênis pequeno demais pode vir a exprimir

sentimentos de inferioridade neurótica ulterior, que, na verdade, devem à impressão de ser

inferior ao pai na rivalidade edipiana (cf. 566).

Na fase fálica, o menino identifica-se com o seu pênis, valoração narcisista e evada do

órgão que se explica pelo fato de que é mesmo neste período que ele enriquece tanto em

sensações; e de que tendências nítidas a penetrar ativamente com ele vêm ocupar o primeiro

plano.

Até então, os impulsos fálicos ativos coexistiram com desejos passivos de ter o

pênis acariciado (1071). *É comum desejos fálicos passivos, (posteriormente de*

encontrar-se muitas vezes na base de casos severos de ejaculação precoce)

condensarem-se com desejos erótico-uretrais, e, em regra, serem governados por uma

"sexualidade prostática" (ver págs. 74 e seg.).

O medo de alguma coisa acontecera este órgão sensível e prezado chama se angústia de

castração; medo a que se atribui papel tão significativo n0 desenvolvimento total do menino e

que representa *resultado,* não causa desta valoração narcisística elevada (423). É só a alta

catexia narcisística do pênis neste período que explica a eficácia da angústia de castração; aos

seus precursores nas angústias oral, e anal pela perda do seio ou das fezes (36, 39, 1466) falta a

força dinâmica que caracteriza a angústia de castração fálica.

A angústia de castração no menino do período fálico pode comparar-se ao medo de ser

comido do período oral, ou ao medo de ser despojado do conteúdo corporal do período anal; é o

medo retaliatório do período fálico, que representa o clímax dos temores fantásticos de lesão

corporal.

Em última análise, pode-se rastrear a idéia de castração no antigo reflexo biológico da

autotomia (1242); menos profunda, porém mais certamente, baseia-se ela na idéia retaliatória

arcaica de talião: o próprio órgão que pecou tem de ser punido.

Vê-se, entretanto, que o ambiente das crianças lhes reforça idéias fantásticas de punição,

muitos adultos ainda ameaçando o menino de "cortar-lhe isto" quando o surpreendem

masturbando-se. Em geral, a ameaça é menos direta. mas há outros castigos que se sugerem, a

sério ou brincando, e a criança interpreta-os como ameaças de castração (1051). Todavia,

mesmo as experiências que, objetivamente, não contêm qualquer ameaça podem ser falsamente

interpretadas neste sentido pelo menino que tenha a consciência culpada; por exemplo, a

experiência de que existem realmente criaturas sem pênis: a observação dos genitais femininos.

Há vezes em que uma observação desta ordem empresta caráter sério a uma ameaça anterior a

que não se dera maior atenção (566); noutros casos, a realização da fase fálica basta, só ela,

para ativar ameaças passadas que não haviam feito impressão excessivamente intensa durante

os períodos pré-genitais.

A angústia de castração do menino pequeno representa-se por uma multiplicidade de

idéias, cuja forma especial se compreende pela sua história individual. São infinitas as

possibilidades; e só umas tantas dentre as mais frequentes se mencionarão.

Em seguida a uma operação, o medo de castração desloca-se, às vezes, para a área

operada: por exemplo, depois de uma amigdalectomia. Uma criança que haja assistido à

decapitação de uma ave, ou que se impressionou com histórias de decapitação pode substituir a

idéia desta pela de castração. Temores conscientes ou inconscientes de cegueira ou de lesão do

olho (e também de s petrificado) indicam conflitos de escoptofilia. A localização do medo no

polegar indica o chupar de dedo.

Também varia a natureza do perigo que se acredita esteja ameaçando pênis. Há quem

pense estar o pênis ameaçado por um inimigo masculino, ou seja, por um instrumento

penetrante, pontudo; ou por um inimigo feminino, isto é, instrumento que envolve, isso

conforme se apresente o pai ou a mãe como a pessoa que mais ameaça; ou conforme as

fantasias especiais que tem o menino no tocante ao contato sexual. Há indivíduos com fixações

orais que temem lhes seja o pênis arrancado a mordidas, donde resultam idéias confusas temem

lhes seja o pênis arrancado, donde resultam idéias confusas compostas de elementos tanto orais

quanto genitais.

Certas vezes, experiências modelam formas, a bem dizer, grotescas do medo de

castração.

Um menino que se excitava sexualmente com sensações equilibratórias

suscitadas pelo fato de rodopiar veio a ter medo, mais tarde, de que o pênis lhe voasse

do corpo.

Certo paciente oralmente orientado, que pensava, inconscientemente, na

gratificação sexual como se fosse um processo que consistisse em comer e que fizera

do pai seu principal objeto sexual, ouviu falar em câncer e micróbios. Depois de ver

criança pequena, os genitais femininos, desenvolvera a seguinte idéia fantástica: Se me atrever a comer o pênis de meu pai (ou o que vier do pênis de meu pai) os microbiozinhos, que são a matriz das crianças futuras, devorarão pênis por dentro.

Há vezes em que menos amedronta os meninos a idéia de algum dano poder-lhes ser feito ao pênis, no futuro, do que a idéia de que a atividade masturbatória lhes haja, realmente, lesado o pênis; de que este já não está mais inteiro, de que isso se há de descobrir um dia. É o que se pode chamar tipo feminino de complexo de castração nos meninos, complexo cujo desenvolvimento pode ser facilitado pela circuncisão ou por algum tratamento médico; ou ainda: pela vista do pênis maior de um menino mais velho. Os homens que têm este tipo de complexo de castração é freqüente sofrerem do medo obsessivo consciente de terem o pênis pequeno demais. Resulta-lhes esta convicção de alguma observação impressionante, na infância, do tamanho do pênis de outrem, quando o deles era realmente pequeno. Nos meninos, a "feminilidade" nem sempre significa: "Acho que já estou castrado", mas, pelo contrário, uma evolução para a feminilidade (que representa desvio do uso ativo do pênis) muitas vezes se tenta como tranqüilização contra castração futura possível: "Se proceder como se já não tivesse pênis, não o cortarão"; ou até: "Se não há meio algum de evitar a castração, prefiro praticá-la ativamente na previsão do que pode acontecer; e, pelo menos terei a vantagem de ficar nas boas graças de quem me ameaça..."

O fato de os adultos ameaçarem ou brincarem de castração com tanta facilidade e

animação constitui, certamente, expressão dos seus próprios complexos de castração, porque

amedrontar os outros é meio ótimo de acalmar os próprios temores, donde resulta que os

complexos de castração vão passando e geração em geração. Não sabemos de que forma eles se

formaram originalmente, mas é certo que o respectivo desenvolvimento tem história muito

remota.

Há muitas sociedades primitivas (e civilizadas) em que a geração adulta coloca restrições

na liberdade sexual da geração mais nova: os ritos de iniciação que associam a sexualidade a

experiências dolorosas exemplificam as condições desta ordem que se impõem à geração nova

(1284). Quem sabe, em certas culturas se haja realmente perpetrado lesão genital contra os que

se rebelaram.

Corresponde a intensidade da angústia de castração à valoração intensa do órgão durante

a fase fálica; valoração esta que faz o menino decidir (quando enfrenta a questão: ou renuncio

às minhas funções genitais, ou arrisco o meu pênis) em benefício da desistência da função. Um

adulto perguntará: "Para que serve um órgão, quando me proíbem de usá-lo?" No período

fálico, contudo, os fatores narcisísticos contrabalançam os sexuais, de modo que a posse do

pênis vem a ser o objetivo principal (612)

Problemas desta ordem resultam de outra característica do estádio oral. Segundo Freud

(609), o menino desta idade ainda não toma posse de um pênis como questão de determinação

sexual; diferencia não em função de homem e mulher, mas em função de portador de pênis e

castrado. Quando obrigado a aceitar a existência de pessoas sem pênis, fica presumindo que

elas, um dia, tiveram o órgão, mas o perderam. Os analistas, que têm confirmado os achados

desta ordem, cogitam que este modo de pensar talvez resulte de repressão anterior. Talvez que

o menino tenha razão mais primária de temer os genitais femininos do que o medo da castração

(angústias orais de uma *vagina dentata.* significando temor retaliatório de impulsos sádico-

orais); daí tentar negar-lhes a existência. A idéia de que as meninas tiveram um pênis, mas de

que este lhes foi cortado representaria tentativa no sentido desta negação. Certo é que vem, ao

mesmo tempo, a angústia: "Isto pode acontecer também comigo", com a vantagem, porém, de

que se nega a existência primária dos temidos genitais femininos (898). Não se tem a

impressão, contudo, de que os meninos se consolem, de qualquer modo, por saber que certas

criaturas tiveram o pênis cortado: pelo contrário, esta idéia afigura-se muito assustadora. De

mais a mais. parece natural que o menino presuma, enquanto não lhe ensinam o contrário, que

todas as pessoas sejam construídas tal qual ele o é, de modo que esta presunção não se baseia,

necessariamente, no medo; mas, sim, a idéia de que a presunção é incorreta é que cria o medo.

A FASE FÁLICA NAS MENINAS. A INVEJA DO PÊNIS

É costumeira a referência a um período fálico também nas meninas (146. 609). Que é que

se quer dizer com isto? Em primeiro lugar, o clitóris, neste estádio, é a parte do aparelho genital

que se apresenta mais rica em sensações e que atrai e descarrega toda excitação sexual; é o

ponto central de práticas masturbatórias tanto quanto de interesse psíquico. Em segundo lugar,

significa que também a menina classifica as pessoas em "fálicas" e "castradas"; ou seja, a

menina tipicamente reage à noção de que existem criaturas com pênis tanto com a atividade

"Gostaria de ter isto" quanto com a idéia "Já tive isto, mas perdi" (20, 555, 617, 626).

Tem-se levantado objeções a estes achados de Freud, mas não convencem, ao que

parecem. No que diz respeito à sexualidade clitoridiana, dúvida não existe de que desempenha

o papel mais importante na excitação sexual da menina, sem ser, é claro, a única sexualidade

genital feminina da infância, visto haver vários autores que demonstram haver também uma

sexualidade vaginal precoce (360, 1079). Outros chegam a afirmar que a erogeneidade

clitoridiana se apresenta de tal modo forte pelo fato de constituir substituto super-compensador

de uma organização vaginal reprimida da libido (744, 815, 1161). Não se pode, certamente,

deixar de admitir que a excitabilidade genital das meninas não se limita ao clitóris, ninguém

duvidando da alta sensibilidade erógena dos lábios, da vulva ou do vestíbulo. (Em regra,

todavia, a estimulação destas partes na fase fálica conduz a descarga pelo clitóris.) É difícil

ajuizar a existência de um papel constante que a vagina desempenhe além do vestíbulo, durante

este estádio infantil; idéia que parece encontrar justificativa na circunstância de achados

clínicos de corpos estranhos na vagina e até no útero (360). A impressão contudo, é de que há

dificuldade em separar uma sexualidade vaginal infantil das sensações que se experimentam na

vulva e nos lábios. Não há evidência de sua presença constante ou muito intensa; de que seja

depois reprimida e de que a reação a repressão constante desta ordem seja causa da intensidade

da sexualidade clitoridiana nas meninas pequenas (419, 421).

As objeções à ocorrência constante de uma reação primária de inveja à vista do pênis

têm-se apoiado nos argumentos que se seguem. Mulheres portadoras de forte inveja do pênis

têm revelado, à análise, haver sofrido "fuga da feminilidade" (812), desenvolvido certo medo

da própria feminilidade e, portanto, construído inveja reativa do pênis. Sem duvidar da correção

dos achados clínicos desta ordem, pensamos que não contradizem a existência de uma inveja

primária do pênis. A análise de neuróticas obsessivas mostra, a princípio, uma quantidade de

impulsos anais e sádicos reprimidos; mais tarde, descobre-se que, em níveis mais profundos,

existem desejos genitais inconscientes, os quais foram rejeitados por uma regressão a desejos

sádico-anais. Daí não dizermos que a índole reativa dos desejos sádico-anais contradiz a

existência de um período sádico-anal original no desenvolvimento libidinal da criança; mas

entendemos, sim, que os desejos reativos seguiram vias regressivas. Do mesmo modo, a mulher

que fugiu da feminilidade é capaz de desenvolver inveja secundária do pênis mediante reforço

reativo da inveja primária. É o que muitas vezes se consegue provar clinicamente (421, 899,

1007, 1313).

Certo que a menininha, tal qual o menino, enquanto não lhe ensinam outra coisa, sente

ser todo o mundo construído como ela. Quando percebe que não é assim, sente a situação como

desvantagem severa. Tem-se indagado muitas vezes o que é que determina esta reação

surpreendente: E, de fato, apenas conseqüência psicológica da distinção anatômica entre os

sexos (617), ou, antes, reação a experiências sociais anteriores que dão a impressão de

inferioridade das meninas (814, 1538)?

Sem dúvida, toda menina tem o sentimento de que a posse do pênis traz vantagens

erógenas diretas no que diz respeito à masturbação e à micção. A posse de um pênis, aos olhos

da menina, faz o possuidor mais independente e menos sujeito a frustrações (811); sentimento

talvez resultante da concentração de todos os sentimentos sexuais no clitóris, durante esta fase,

o clitóris sendo inferior" em comparação com o pênis. Em geral, a inveja condensa-se com a

idéia de que a falta de pênis é uma espécie de castigo, merecido ou injusto que seja; neste

particular, a idéia da menina de haver perdido um pênis e a idéia do menino de que pode perder

o seu são absolutamente análogas. Também na menina a falsa-intepretação animística do

mundo é tão efetiva quanto o e a expectativa da retaliação. O fato de a menina pensar "Fui

punida", enquanto o menino tem medo: "Posso ser punido", é responsável pela diferença

considerável que se vê no respectivo desenvolvimento ulterior (612, 617).

Complicam-se, porém, as coisas nas meninas mais crescidas e nas mulheres adultas. Em

nossa cultura, são muitas as razões pelas quais as mulheres podem invejar os homens. Certas

vezes, aspirações masculinas de qualquer tipo acrescem-se à inveja primária do pênis,

sobretudo quando ocorrem "anciãs infelizes, frustrações e repressões na esfera feminina. O que

se considera como masculino e como feminino varia enormemente de uma cultura para outra e

estes padrões culturais, com os conflitos que se desenvolvem em redor deles, complicam as

"conseqüências psicológicas da diferença anatômica" (617). Neste particular, afigura-se de todo

exato Fromm, quando sumariza' "Certas diferenças biológicas resultam em diferenças

caracterológicas; fundem-se com as que. são produzidas por fatores sociais; e estes são muito

mais fortes no efeito respectivo, podendo tanto aumentar ou eliminar quanto inverter

biologicamente, diferenças arraigadas" (655).

A evidência confirma substancialmente a postulação freudiana de um período fálico nas

meninas, se tivermos em mente que esta expressão implica dominância fisiológica da

sexualidade clitoridiana e conflito psicológico relacionado com a inveja do pênis. Mais

problemática apresenta-se a postulação quando se admite que implique o fato de a sexualidade

clitoridiana sempre acompanhar fantasias masculinas francas e de esta sexualidade ter por fim a

penetração de um órgão oco (em geral, a mãe), com o objetivo inconsciente constante de

procriar um filho com ela (1006); daí simplesmente se deduziria que a menina, antes do período

de latência, é uma espécie de menino. É certo ocorrer, às vezes, que a fixação materna pré-

edipiana se acompanha de desejos genitais masculinos (626, 628), o que nem sempre, contudo,

é o caso. Sem dúvida, fantasias femininas puras podem acompanhar a masturbação clitoridiana

e, embora as meninas pequenas tenham freqüentemente impulsos de entrar na mãe, nem

sempre, no entanto, se pensa nisso como atividade clitoridiana, e sim, muito mais, como

fantasia oral que se origina do período infantil mais arcaico. As fantasias desta ordem

constróem-se em função de penetração do corpo materno com os dentes *e* de ingestão do

conteúdo respectivo (958). Certos autores têm sido levados, erradamente, por causa das

fantasias sádico-orais desta ordem nas mulheres, a falar em uma fase fálica precoce, que se

supõe ocorra muito antes da fase fálica de Freud (761). A fantasia que consiste em ter um filho

com a mãe realmente aparece, muitas vezes, no inconsciente das meninas, mas, em geral, elas

fantasiam a mãe como o criador e elas próprias como portadoras do filho (421).

A significação do período fálico para o sexo feminino associa-se ao fato dos genitais

femininos terem duas zonas erógenas principais: o clitóris e a vagina. Durante o período genital

infantil, é aquele que ocupa o primeiro plano; no período adulto, é esta. A transferência do

clitóris como zona principal para a vagina é uma etapa que ocorre, de modo definido, na

puberdade ou só depois desta, embora certamente seja preparada e introduzida por uma

impulsão no sentido da passividade, impulsão que a menina experimenta quando, variando da

sua fixação materna preponderante, se volta para o pai. Daí resultam oportunidades novas para

a ocorrência de transtornos do desenvolvimento, quando ou uma fixação forte na sexualidade

clitoridiana, ou uma repulsa temerosa da sexualidade vaginal, ou ainda uma e outra condição

funcionam em sentido contrário ao estabelecimento da primazia vaginal. Existe, porém,

analogia com esta complicação no sexo masculino. Estranhamente, muito pouco se tem obser-

vado, na literatura analítica, que o aparelho genital masculino, correspondendo à sua natureza

"bissexual" (216, 1243), também possui dois centros. Quando se inquire de homens passivos,

nos quais as tendências anais e uretrais passivas predominam sobre as fálicas, onde é que

experimentam as sensações mais intensas, a resposta com freqüência mais ou menos igual é: na

raiz do pênis, no períneo ou no reto. A referência que eles fazem, realmente, é a um ponto que

não dá acesso de fora e que é equidistante da raiz do pênis, do períneo e do reto; ponto que se

situa na parte prostática da uretra e que corresponde ao colículo seminal; muita coisa que se

supõe seja sexualidade anal e uretral, nos homens é na verdade, sexualidade colicular (798.

942). embora o colículo seminal desempenhe papel menor na vida masculina do que o clitóris

na vida das mulheres.

Tem-se dito que a inveja que o menino sente da capacidade feminina de parir é

tão intensa quanto a inveja que tem a menina do pênis masculino (163); argumento,

entretanto, que não é muito convincente. É certo que as crianças têm o desejo

apaixonado de parir, de ter bebês, desejo que está condenado a frustrar-se;

desapontamento afeta tanto as meninas quanto os meninos: as meninas também não

podem parir. Os meninos pequenos, contudo, podem obter prazer, realmente, do

pênis.

OS TIPOS ARCAICOS DE RELAÇÕES OBJETAIS

O segundo ponto de vista no desenvolvimento da sexualidade infantil é a alteração das

relações com os objetos; ponto em que já tocamos, visto entrelaçarem-se os dois aspectos do

desenvolvimento sexual. Em geral, este desenvolvimento caminha de um estado anobjetal, sem

objeto, para fins de incorporação (primeiro, total; depois, parcial); em seguida, para outros

objetivos ambivalentes, em que o objeto é simples instrumento de prazer; e, finalmente, para o

amor verdadeiro.

O estado sem objeto é o estado narcisista primário, com objetivos sexuais absolutamente

auto-eróticos. Os primeiríssimos tipos de relações objetais discutiram-se a propósito do

desenvolvimento do ego. O que, então, se chamou identificação primária é análogo ao que se

poderia denominar incorporação oral, do ponto de vista dos instintos. O primeiro

comportamento instintivo positivo para com um objeto desejado consiste na diminuição da

distância que existe entre si mesmo e o objeto; por fim, consiste em engoli-lo (mais tarde,

limita-se a levá-lo à boca). O primeiro comportamento instintivo negativo para com um objeto

repulsivo consiste em aumentar a distância e em "cuspi-lo" (posteriormente, condensa-se com a

eliminação respectiva, de acordo com o padrão da defecação). A primeira incorporação liga-se

à destruição objetiva do objeto, ao mesmo modo que a imagem do objeto torna a desaparecer

com a obtenção da satisfação. É aí que está a raiz comum do amor e do ódio. Posteriormente, o

objeto é conservado; quando menos seja, para o fim de tê-lo à disposição da primeira vez que

for necessário. Sem dúvida que a oralidade é o modelo de toda incorporação, mas imaginam-se

objetivos semelhantes também no reino de todas as outras zonas erógenas. Fizemos menção

especial da introjeção pela pele (1050) e pelo olho (430); descreveram-se as introjeções

respiratória (420) e auditiva (838). A personalidade do objeto a incorporar-se parece ter muito

pouca importância. Como sujeito, não importa; apenas tem de poder proporcionar satisfação,

podendo a seguir desaparecer. A imagem da mãe tem esta potencialidade, ao passo que a

imagem de um estranho não dá esperança de gratificação, mas aumenta a tensão (73).

Dissemos que se pode chamar ambivalente uma relação objetal desde que coexistam um

impulso a destruir e um impulso a conservar. A primeira reação agressiva apresenta-se no ato

de cuspir. Mais adinate, as reações também se representam pela introjeção. Abraham fez ver de

que modo se resolvem, às vezes, conflitos tardios de ambivalência pelo objetivo da

incorporação parcial (26). Parte do objeto faz-se propriedade permanente pela incorporação, ao

passo que o restante se conserva no mundo exterior.

As primeiras relações objetais complicam-se pelo fato dos objetivos eróticos diretos

serem, no momento, nitidamente distintos do objetivo narcísico de nova participação na

onipotência. É durante o período anal (26) que começa a desenvolver-se uma consideração do

objeto, se bem que a consideração primeiríssima ainda seja dominada por objetivos narcísicos e

seja ambivalente. Há necessidade de influenciar o objeto por todos os meios de que se disponha

para dar a satisfação necessária. Isso conseguido, o objeto torna-se a fusionar com o ego. Há

pessoas neuróticas que permanecem fixadas nesta fase, governadas por objetivos passivos,

incapazes de qualquer consideração ativa do objeto amado. Também se chama narcísico o

comportamento deste tipo, embora difira absolutamente do narcisismo primário anobjetal.

AMOR E ÓDIO

Antes que se supere a atitude egoísta para com os objetos, com todos os traços da

ambivalência que se lhe associa, é freqüente as crianças estarem apaixonadas por si mesmas

(narcisismo secundário) capazes de distinguir os objetos e de amá-los enquanto eles lhes dêem

satisfação. Se não a derem, a criança "identifica-se" como o objeto e ama-se a si mesma, em

vez do objeto (608). Certamente que isto ainda não é amor. Só se pode falar em amor quando a

consideração do objeto é tal que a satisfação própria não se consegue sem que haja satisfação

também do objeto. Este tipo de sentimento de união com o objeto tem alguma coisa a ver com a

identificação. Por outro lado, distinguimos entre relação de objeto e identificação e admitimos

que a compreensão do objeto verdadeiro cesse quando a identificação vem a constituir o meio

pelo qual se estabelece a relação. Tem de haver no amor uma espécie de identificação parcial e

temporária para fins empáticos, identificação que ou existe juntamente com a relação objetal,

ou com ela alterna a intervalos breves. Nada sabemos da índole específica desta identificação;

apenas podemos dizer que a experiência de satisfação plena e altamente integrada a facilita; e

que a primazia genital (capacidade de ter orgasmo adequado) lhe é pré-requisito(81, 1270,

1272).

Aqueles em quem a primazia genital está ausente, ou seja, pessoas

orgasticamente impotentes (1270) *são também incapazes de amor. A plena*

capacidade de amar altera não só as relações para com o objeto, como também a

relação para com o ego mesmo da pessoa. É relativo o contraste que existe entre

amor objetal e auto-amor: no narcismo primário, existe auto-amor, em vez de amor

objetal; no narcisismo secundário, há uma necessidade de auto-amor (auto-estima),

que obscurece o amor objetal. A capacidadede amor objetal permite dispor de outro

tipo mais alto, pós-narcisista, de auto-respeito (652).

Podemos dizer que, no auge da satisfação genital plena, a identificação retorna a nível

mais alto: um sentimento de fluir juntos, de perder a individualidade, de realizar uma reunião

almejada do ego com alguma coisa maior que excede os limites do ego, é componente essencial

desta satisfação.

Ferenczi chamou (505) "sentido erótico da realidade" a consideração do objeto como

condição de desenvolvimento pleno das relações objetais este autor salientou o fato de estar

ausente a plena apreciação da realidade nas pessoas que permanecem fixadas nos estádios

precursores do amor.

Quando se estabelece esta consideração, o desenvolvimento da ternura desempenha papel

decisivo. Mas ternura o que é? Para Freud, é efeito da inibição no objetivo das tendências

sensuais (555). Outros autores põem em dúvida esta origem, quando acentuam o fato das

relações objetais ternas sensuais não se excluírem mutuamente e de um amor verdadeiro

abranger necessariamente, aspirações ternas e sensuais. Se é tão freqüente a ternura e a'

sensualidade conflitarem entre si, é que existe isolamento secundariamente defensivo mais do

que índole contraditória básica destas duas forças conflitantes. Schultz-Hencke tentou reduzi-

las a fontes erógenas diferentes, sugerindo que a sensualidade se enraíze no erotismo genital; a

ternura, no erotismo cutâneo (1412); mas existe uma ternura genital como existe sensualidade

cutânea Daí parecer não ser muito provável que o desenvolvimento da ternura explique o tipo

de "identificação mais alta" que, no amor, determina a consideração do objeto; o que deve

haver é o contrário: que a ternura se forme quando desejos objetais (talvez de índole inibida) se

associem ao tipo supramencionado de identificação.

O fato deste tipo de identificação comportar também um elemento regressivo no amor é

mais nítido nas mulheres que nos homens. O objetivo passivo da sexualidade feminina

relaciona-se mais estreitamente com os objetivos originais da incorporação do que o objetivo

ativo da sexualidade masculina; donde a sexualidade passiva ter feições mais arcaicas do que a

sexualidade ativa. O objetivo de ser amado é mais acentuado nas mulheres do que o objetivo de

amar; a necessidade narcisística e a dependência em relação ao objeto são maiores (585).

O elemento regressivo no amor não se limita, contudo, às mulheres; ocupa também

primeiro plano no caso dos homens que se enamoram, estado este em que é evidente quê um

tipo arcaico de auto-estima (ou até de onipotência) em forma de um sentimento oceânico de

perda das fronteiras do ego (622). O acento do ego desloca-se do ego para o parceiro: "Não sou

coisa alguma, o parceiro é tudo"; e mais: "Eu me torno tudo, novamente, pelo fato de poder

participar da grandeza do parceiro" (606); idéia que chega a falsificar "o sentido erótico da

realidade" (505): em geral, quando uma pessoa apaixonada avalia as virtudes do parceiro, não é

muito realista; e por efeito da sua projeção de todos s seus ideais na personalidade do parceiro,

a reunião com este se torna mais desagradável, circunstância que Freud caracterizou quando

disse: O estado de enamoramento representa um "grupo de dois" (606). Há transição gradativa

do enamoramento para a perversão da extrema submissão (ver págs. 328 e segs.).

A índole da identificação em nível mais alto que constitui o amor ainda é obscura; mais

se sabe quanto ao momento em que se dá este passo decisivo. Segundo Abraham (26), ocorre

durante a fase anal, estabelecendo-se assim que o “prazer de reter” contrabalança o "prazer de

eliminar". Uma espécie de sentimento terno com as próprias fezes (que já foram ego, mas ora

são objetos) constitui, de hábito, precursor importante da ternura, tal qual o constituem os

sentimentos para com o seio da mãe, a mamadeira, ou a própria mãe, todos três havendo

também sido ego, no passado, mas agora sendo objetos.

Não só o amor, também o ódio pressupõe percepção completa do objeto, capacidade que

ainda falta na criança pequena. As crianças pequenas costumam destruir os objetos, empurrar e

machucar outras crianças; é provável que não seja pelo fato de terem desejo positivo de

destruição, e sim pelo fato de que não se importam com coisa alguma; os interesses objetais

delas limitam-se a fontes potenciais de gratificação e a ameaças potenciais; o objetivo

"agressivo" a que visam é o fim das situações desagradáveis, e não um prazer positivo na

destruição. O objetivo de destruição positiva vem a originar-se mais tarde: provavelmente, a

princípio, como meio de reforçar outros objetivos (como qualidade com que se persegue certo

objetivo, no caso de ocorrerem dificuldades ou frustrações); depois, como objetivo em si

mesmo. Já explicamos por que razão um organismo pré-genitalmente orientado se inclina mais

pela inclusão da destrutividade com os respectivos fins eróticos. Nas pessoas normais,

genitalmente orientadas, a agressividade representa um meio com que realizar objetivos em

certas condições adversas; meio cuja repressão é capaz de criar uma desvantagem tão grande na

vida como a repressão da capacidade de amar.

SENTIMENTOS SOCIAIS

As relações objetais das pessoas maduras não consistem apenas em amor e ódio, mas são

também: (1) Sentimentos objetais de menos intensidade, simpatia e antipatia de graus variados,

que não são, essencialmente, diferentes do amor e do ódio; alterações libido-econômicas podem

fazer que se transformem em amor e ódio; isso lhes prova a índole libidinal e origina-se da

inibição dos objetivos. (2) No desenvolvimento psíquico, nunca desaparecem inteiramente as

fases anteriores, de modo que as pessoas normais também têm, em certo grau, ambivalências e

objetivos de incorporação, estes últimos responsáveis pelas muitas relações objetais que ainda

se entrelaçam com identificações. (3) Entre estas relações de identificação, há um tipo que tem

importância especial: o uso dos objetos como modelos ideais a se imitarem ou maus exemplos

a se evitarem. (4) Isto, por sua vez, constitui transição para o tipo de relações em que não se

reage ao objeto como tal, mas se utiliza como instrumento com que aliviar algum conflito

interno. Mais adiante se discutirão diversos tipos desta utilização (ver págs. 460 e segs. e 471 e

segs.).

Todos estes tipos de relações objetais que não são amor nem ódio talvez se originem em

relações infantis com pessoas outras que não os pais; por exemplo, os irmãos. São básicas para

aquilo que se chama sentimentos sociais, ou seja, para as forças intra-individuais que

favorecem a formação de grupos. Desejos de fim inibido (em nossas condições culturais, de

modo especial, de natureza homossexual), identificações (as quais são responsáveis pelo

bloqueio de agressões intragrupais, tão essenciais para qualquer formação de grupo) e a escolha

de modelos e exemplos representam os mecanismos em que se baseia a formação de grupos

(606, 607, 624).

Freud clarificou a relação de "desejos de fim inibido" e "identificações" de um lado, e "escolha de modelos e exemplos", de outro lado, na formação de grupos, quando disse: Se umas tantas pessoas colocaram o mesmo objeto no lugar do superego respectivo (como modelo ideal ou como exemplo significativo), identificam-se, daí, umas com as outras e desenvolvem entre si sentimentos ternos de fim inibido (606). *Eis de que forma Redl complementou esta fórmula: Se umas tantas pessoas escolheram o mesmo objeto como instrumento com que aliviar conflitos internos semelhantes, tenderão também a identificar-se entre si e a sentir-se enternecidas umas pelas outras.*

Talvez valha a pena acrescentar que a psicologia social não se limita, em absoluto, ao estudo daquilo que se está passando nas mentes individuais, quando assim se formam grupos; ou de como eles operam; também há de enfrentar e resolver problemas de índole absolutamente diversa, a saber, tanto o dos grupos subjetivos quanto dos grupos objetivos, dos efeitos semelhantes que estímulos externos semelhantes exercem sobre indivíduos diferentes.

A MÃE COMO O PRIMEIRO OBJETO

O primeiro objeto de todo indivíduo é a mãe, asserção esta que não se deve tomar literalmente, visto não existirem motivos para admitir que o ato físico do nascimento ligue, seja de que modo for, psicologicamente, a criança à mãe. Aquela pessoa que executa o primeiro cuidado com a criança é de considerar-se como sendo a mãe Groddeck sustentou que as crianças amamentadas por uma ama-de-leite são capazes de manifestar pelo resto da vida

conflitos ou dificuldades pela situação de haverem tido "duas mães" (720). Esta idéia, que a ex-

periência clínica não confirma, *parece* de todo improvável. No começo, não existem imagens

de objetos; as primeiras representações objetais são difusas e o processo da formação de

imagens dos objetos realiza-se muito gradativamente: Certamente que a idéia da mãe não está

presente no início. É muito difícil descrever, mas temos de admitir que as primeiras idéias

relacionadas com as coisas que podem dar satisfação, mas que são, no momento, ausentes

incluem tanto o seio da mãe (ou a mamadeira) quanto a pessoa da mãe e partes do próprio cor-

po da criança. A percepção real de uma "pessoa", percepção que possibilita a distinção entre

mãe e ama-de-leite, não existe a esta altura. É mais tarde que a criança aprende a diferenciar

impressões; e aí é provável que a primeira diferenciação seja entre impressões "em que se

confia" e "impressões estranhas". O que é "estranho" sente-se como "perigoso"; é das fontes

"em que se confia" que se esperam provisões narcísicas. As partes "em que se confia" da mãe

são "amadas"; pouco a pouco, a mãe é reconhecida como um todo e a "união oral com a mãe"

vem a ser, do mesmo passo, objetivo das necessidades eróticas indiferenciadas e objetivo

também de necessidades narcísicas; maneira esta pela qual a mãe atinge possibilidade singular

de exercer influência.

O desenvolvimento das relações.objetais no sexo masculino é mais sim-P'es pelo fato de

o menino, nos estados desenvolvimentais ulteriores, permanecer ligado ao seu primeiro objeto,

que é a mãe. A escolha objetal primitiva, desenvolvida com base nos cuidados que se dão à

criança, segue a mesma direção que aquela originada da atração do sexo oposto. Claro que o

menino ama o pai e outros objetos também; e claro que sofre frustrações da mãe, podendo

também odiá-la; mas o amor do menino pela mãe continua a ser a pulsão dominante durante a

sua fase sexual infantil. As pulsões contraditórias de amor e ódio, ou de amor pela mãe e amor

pelo pai etc. parecem coexistir temporariamente sem transtorno recíproco. O processo primário

tem a característica e que podem coexistir contradições sem que daí resultem conflitos. À

medida que o ego se fortifica, isso se vai fazendo aos poucos impossível e os conflitos surgem.

O menino começa a perceber que o amor pela mãe, o amor identificante pelo pai (baseado na

fórmula "Gostaria de ser tão grande quanto ele, gostaria que me deixassem fazer, de poder fazer

tudo quanto ele faz") e o ódio pelo pai (com base no fato de que este tem certos privilégios)

conflitam entre si "Amo minha mãe e odeio meu pai porque ele a toma para si" exprime a ma-

neira pela qual os impulsos do menino se condensam tipicamente, nas condições da criação em

família. É o que se chama o complexo de Édipo positivo (552) que começa, em geral, no

terceiro ano de vida, às vezes antes (93, 95), e chega ao clímax nos quarto e quinto anos. O

ponto culminante do complexo de Édipo coincide com o estádio fálico do desenvolvimento

líbidinal. Falamos em complexo de Édipo negativo num menino quando o amor pelo pai é que

prevalece e a mãe é odiada como elemento que transtorna o amor pelo pai (608). Há certos

traços deste complexo de Édipo negativo que se acham normalmente presentes junto com o

positivo, o que às vezes aumenta consideravelmente pela influência de fatores constitucionais e

da experiência.

Um paciente com complexo paterno muito forte e ambivalente teve o sonho

seguinte: "Recebi uma carta de meu pai, dizendo que alguém tinha morrido; no fim,

perguntava-me se queria casar-me com ele."

Em geral, os meninos com desenvolvimento especial do complexo de Édipo

negativo reprimiram desejos fálicos para com a mãe e, pelo contrário, mobilizaram

objetivos passivos pré-genitais para cq.m o pai. Há vezes, contudo, em que as coisas

se complicam um tanto mais. A análise.de personalidades obsessivas, pré-

genitalmente orientadas, de certos homossexuais mostra, uma vez ou outra, que um

período fálico infantil não desapareceu com a repressão do complexo de Édipo

dirigido para a mãe, mas que o impulso reprimido ligado ao pênis se dirigiu para o

pai. O amor e a competição não se excluem mutuamente. A identificação normal do

menino com o pai, caracterizada pelas fórmulas "Gostaria de ser como meu pai" ou

"Gostaria de ter um pênis como o do meu pai", Gostaria de participar do pênis do

meu pai", vem a dar, em certos casos, numa espécie de amor, cuja melhor designação

se exprime como sendo um complexo de aprendiz, submissão feminina temporária ao

pai, representando preparação para uma competição masculina ulterior com ele. Se

este amor enfrentar uma ameaça de castração, pode daí resultar o abandono da

posição fálica e pode resultar a orientação, novamente, para a mãe; já não mais num

desejo edipiano fálico, e sim de maneira pré-genital. passiva, ansiosa por proteção,

identificadora.

Dissemos que, na fase fálica, o medo narcísico a respeito do pênis é mais forte que a

relação objetal, de modo que, afinal, a angústia de castração conduz à renúncia do amor

edipiano apaixonado que o menino tem pela mãe. uma vez que a respectiva gratificação só

pode ser obtida à custa do risco para o pênis (612).

A MUDANÇA DO OBJETO NAS MENINAS

O desenvolvimento objetal nas meninas é um tanto mais complicado, visto que elas

passam por mais uma etapa de desenvolvimento que os meninos, a saber, a transferência do

primeiro objeto, que é a mãe, para o sexo oposto, o pai; transição esta que se realiza

relativamente tarde, entre os três e os seis anos; é de admitir-se, contudo, que não seja

condicionada apenas pela experiência, mas também biologicamente fundada. (A barba

masculina só aparece na puberdade sem que, no entanto, este fenômeno seja psicologicamente

condicionado) O alicerce biológico não altera o fato de que é interessante estudar as conexões

psicológicas nas quais se realiza esta mudança; sobretudo, porque estes fatores mentais não só

influenciam a forma que há de ser seguida pelo processo biologicamente determinado, como

também determinam muitas complicações e transtornos desenvolvimentais importantes para as

neuroses (626, 628, 1090).

As experiências mais importantes que precipitam, facilitam, obstam ou constituem a

mudança do objeto são as decepções que vêm da mãe e que fazem menina afastar-se dela; entre

as mesmas, o desmame, o treino higiênico, o nascimento de irmãos são as que trazem as

repercussões mais sérias; note-se, contudo, que estas decepções, os meninos as suportam sem

afastar-se da mãe; mas há outra decepção que é específica do sexo feminino. Já aludimos a que

as meninas, tipicamente, reagem à descoberta do pênis com uma inveja primária. Há muitas

meninas que, tendo por certas razões tendência à auto-incriminação, reagem a esta inveja

primária com fortes sentimentos de culpa, como se elas mesmas houvessem lesado o seu corpo.

Todas elas, porém, responsabilizam, realmente, a mãe, que as privou de alguma coisa, ou

alguma coisa lhes tirou (626). Esta decepção especificamente feminina é que constitui o motivo

principal pelo qual elas se afastam da mãe. Elementos receptivo-anais e receptivo-orais

remobilizados preparam o terreno para a feminilidade ulterior. O objetivo, então, é conseguir

do pai as "provisões" que a mãe lhes nega. Na fantasia da menina, a idéia "pênis" substitui-se a

ideia "criança"; e o clitóris, como zona principal, pode tornar a ser regressivamente substituído

por exigências anais e, sobretudo, orais, isto é, exigências receptivas (612, 617, 626). É

revivência de desejos receptivos que tem conseqüências diversas, preparando, normalmente,

para a sexualidade vaginal ulterior (na qual se vêem, muitas vezes, características de origem

oral ou anal das respectivas catexias (66) e da receptividade feminina normal; a gravidez,

realmente, é uma espécie de incorporação. Há casos patológicos em que também se podem

remobilizar desejos sádico-orais, influenciando de maneira desastrosa a sexualidade futura da

mulher; uns tantos transtornos caracterológicos enraízam-se nas experiências que a esta etapa

se ligam.

A evolução que se descreve para a passividade é também capaz, com certeza,

em meninas predispostas, de mobilizar os componentes sexuais masoquistas acima

discutidos (ver págs. 66 e seg.), donde originar-se o desenvolvimento de perversão

masoquistas mais ou menos acentuada, sem que, no entanto, pareça lícito identificar

os objetivos passivos da sexualidade feminina normal com o masoquismo (322).

Compreende-se que este desenvolvimento também se preste a muitos transtornos e que

conflitos em torno do amor pré-edipiano pela mãe desempenhem papel importante nas neuroses

das mulheres. Também no desenvolvimento normal, o relacionamento delas com as mães se

mostra mais freqüentemente ambivalente do que o da maioria dos homens com os pais. Nas

mulheres sempre se encontram alguns remanescentes da fixação materna pré-edipiana; e há

muitas mulheres cujos objetos masculinos de amor têm mais características da mãe que do pai

(626, 628).

Embora os objetivos da fixação materna pré-edipiana sejam, antes de n nada, pré-genitais,

há, também, certamente, impulsos genitais que se dirigem para a mãe; e é a decepção genital

que conduz à renúncia final. Não existe razão, contudo, para presumir que a menina pequena

seja, originalmente todos os particulares, um menino pequeno e que um complexo de Édipo

negativo preceda constantemente o positivo (1006, 1007; também 190, 421, 894, 1313).

Uma vez realizado o apego ao pai, a menina, em condições normais nosso ambiente

cultural, desenvolve um complexo de Édipo análogo ao do menino; o amor pelo pai associa-se

a ódio, carregado de ciúme da mãe; ódio ciumento que, certamente, se condensa com antigos

impulsos odiosos das fases pré-edipianas.

A divergência geral no desenvolvimento das relações objetais num sexo e noutro foi

expressa por Freud na fórmula seguinte: o complexo de Édipo masculino é resolvido pelo

complexo de castração; renuncia-se a ele por causa da angústia de castração; o complexo de

Édipo feminino é *produzido* pelo complexo de castração; a decepção que resulta da falta de

pênis leva a que o amor da menina se volte para o pai (612).

O COMPLEXO DE ÉDIPO

Nos dois sexos, pode-se dizer que o complexo de Édipo é o clímax da sexualidade

infantil; o desenvolvimento erógeno que parte do erotismo oral, através do erotismo anal, para a

genitalidade e, bem assim, o desenvolvimento de relações objetais que partem da incorporação,

através da incorporação parcial e da ambivalência, para o amor e o ódio, culminam nos desejos

edipianos. habitualmente expressos na masturbação com sentimentos de culpa. A superação

destes desejos, a substituir-se pela sexualidade adulta, representa o pré-requisito da

normalidade, ao passo que a adesão inconsciente às tendências edipianas caracteriza a mente

neurótica.

Há casos individuais em que "o amor pelo pai do sexo oposto" e "desejos de morte contra

o pai do mesmo sexo" significam várias coisas, cuja forma especial depende, por sua vez, da

constituição e da experiência. Se investigarmos as experiências formativas, depararemos com

uma variabilidade que não é fácil discernir. Tanto as personalidades dos pais têm muita

influência quanto as concepções de amor e morte variam de uma criança para outra. O amor se

constrói com muitos elementos e consideravelmente varia a ênfase relativa dos diversos

componentes; pode-se pensar na morte de muitas maneiras; um desejo de morte pode ser até

sexualizado sadicamente, assim exprimindo, ao mesmo tempo. o complexo de Édipo negativo

(418, 828).

Não há percepção que não gere conexões emocionais imediatas, de modo que todas as

experiências participam na forma especial do complexo de Édipo, as experiências vividas à

época da fase fálica bem como aquelas anteriores, que são capazes de colorir; pré-

genitalmente, o complexo de Édipo mediante fixações. Certas experiências traumáticas

singulares são tão importantes quanto as influências crônicas.

Certas experiências traumáticas, que a psicanálise acentuou particularmente desde os seus

primórdios, são freqüentes fatores decisivos, se o complexo de Édipo não houver sido superado

de maneira normal. Quando se fala em desejos genitais, o que se deve considerar primeiro são

os fatores genitais. Há crianças nas quais, pela sedução, a genitalidade pode ser excitada pré-

maturamente; e a intensidade da excitação, está sendo estimulada por fatores externos, excede,

às vezes, o poder de controle da criança, o que cria estados traumáticos, ligando entre si os

reinos da “genitalidade” e da ameaça. Tudo quanto aumenta os temores e, daí, estimula

repressões sexuais transtorna a superação ulterior do complexo de Édipo. É desta maneira que

ameaças e todas as experiências que, subjetivamente, significam ameaça se tornam efetivas:

acidentes, ferimentos, mortes, a vista súbita e inesperada de genitais adultos. Mediante

deslocamento, as experiências pré-genitais são capazes de produzir os mesmos efeitos que as

experiênciasas genitais; particularmente, as frustrações orais e anais repentinas. Tem

importância para a formação do complexo de Édipo tudo aquilo que a criança aprende ou pensa

a respeito da vida sexual dos pais; e tanto mais quanto a experiência é súbita. É freqüente

serem decisivas as combinações de experiência verdadeiras e interpretação errôneas, ponto este

em que se deve falar no reino da percepção sádica da realidade. Uma cena chamada primária

(599), ou seja, a observação de cena sexuais entre adultos (entre os pais) cria, do mesmo passo,

alto grau de cenas sexuais (cuja índole varia segundo a idade da criança) e a impressão de que a

sexualidade é perigosa; impressão esta resultante do fato que a quantidade de excitação exceda

capacidade de descarga da criança; daí ser experimentada como traumaticamente dolorosa; a

criança é capaz também, sadicamente, de interpretar errado o que percebe; ou a vista dos

genitais adultos pode originar um medo de castração. O conteúdo subjetivo, o grau e a ocasião

do efeito de uma cena primária variam conforme os pormenores da cena percebida.

Circunstâncias externas mais fatores individuais determinam o que a criança realmente percebe,

o que ela conjetura e de que modo incorpora à experiência mental anterior o que viu e o

conjeturou; determinam também se estas incorporações e elaborações ocorrem no momento em

que se presenciou a cena ou depois (cf. 7, 1166).

Em lugar de uma cena primária, todos os tipos de substitutos desta podem haver sido

experimentados: observações de animais, de adultos nus, e até de cenas que, objetivamente,

nada têm de sexuais, mas se experimentam subjetivamente como sexuais. A efetividade de

cenas desta ordem aumenta quando outras experiências objetivamente inócuas facilitam com

presteza a transferência para os pais daquilo a que se assistiu. É comum discussões entre os pais

serem equiparadas pela crianças a cenas sexuais, assim criando idéia sádica da sexualidade.

Se a vista dos genitais de gente adulta cria ou não medo mórbido nas crianças

dependerá de toda a sua história anterior, isto é, das conexões psíquicas que a nova

experiência gera (1273).

Freud chamou a idéia infantil que consiste em observar os pais durante o contato

sexual “fantasia primária”, a qual, se não realmente experimentada, com toda a

probabilidade se produzirá na fantasia, a criança utilizando todas as sugestões que a

realidade lhe dá (596). É certo que os efeitos de fantasias desta ordem nunca serão os

mesmos que os efeitos da experiência real.

Outro fato traumático típico que importa é o nascimento de irmãos, que se pode

experimentar como transtorno súbito das gratificações edipianas pela circunstância de

que os cuidados da mãe têm de ser, então, partilhados com outrem; ou percepções e

especulações relativamente à gravidez e ao nascimento aumentam as curiosidades e

ansiedades sexuais, umas e outras resultando, às vezes, em tendência à regressão à

primeira infância.

No que diz respeito a influências crônicas, as reações e desejos da criança para com os

pais depende do comportamento e da personalidade destes. Um comportamento pouco habitual

provocará reações também desacostumadas conforme se vê na anamnese familial do neurótico

comum, Os pais neuróticos criam filhos neuróticos e o complexo de Édipo dos filhos reflete o

complexo de Édipo não resolvido dos pais. É muito freqüente a mãe amar o filho e o paj amar a

filha. O amor sexual inconsciente dos pais pelos filhos é maior quando é insuficiente a

satisfação sexual real deles, por força de condições externas ou das suas próprias neuroses. É

um amor que os filhos sentem inconscientemente como tentação sexual, o que lhes aumenta o

complexo de Édipo próprio; e às vezes é até inconscientemente que os pais o sentem; neste

caso, eles o equilibram mediante ameaças ou frustrações súbitas, daí resultando com freqüência

que os mesmos filhos são excitados e depois, frustrados pelos mesmos pais.

O complexo de Édipo ideal reflete uma situação triangular. Na realidade, são os filhos

únicos que o apresentam com mais nitidez (195, 637, 1116, 1339). Criam-se formas especiais

nos casos em que mais ou menos de três pessoas estão presentes. Dentro do quadro familial, os

irmãos e as irmãs representam pessoas supérfluas, do ponto de vista dos desejos edipianos.

Antes de mais nada, são objetos de ciúme (1039); condições individuais determinam se a

presença deles aumenta o ódio inconsciente pelo pai do mesmo sexo, ou o diminui mediante

diversão (827). Os irmãos, porém, também podem servir de objetos para a transferência do

amor, principalmente os mais velhos, ou aqueles que são apenas um pouco mais novos, de

modo que o mundo nunca foi experimentado sem eles. Havendo vários irmãos ou irmãs mais

velhas, ver-se-ão os "duplos do complexo de Édipo"; aquilo que se experimenta com o pai se

experimenta com o irmão ou a irmã mais velha uma segunda vez, o que parece produzir alívio,

mas também pode criar novos conflitos.

Um paciente que tinha vários irmãos mais velhos sonhou o seguinte: "Volto

para casa com minha mãe, depois de um passeio, e vejo que um bando de gatunos

tomou posse da casa, nesse ínterim." Os gatunos representavam-lhe os irmãos, com os

quais tinha de partilhar a mãe quando voltava do passeio.

Irmãos mais novos, que em geral são sentidos como competidores, também se

consideram, às vezes, como filhos do próprio indivíduo; isso acontece, sobretudo, quando é

grande a diferença dê idade, de modo que ou estimulam o complexo de Édipo (por exemplo, as

meninas tanto podem criar a idéia invejosa "Papai ou (mamãe) vai amar o bebê em vez de

mim" quanto a impressão "Papai deu à mamãe o bebê em vez de dá-lo a mim"; ou diminuem os

desejos edipianos mediante realização substitutiva.

A contrapartida, o complexo de Édipo com pequeno número de participantes,

desenvolve-se em crianças que crescem com um só dos pais ou sem pais. Quando um dos pais

morreu ou abandonou a família, o desenvolvimento da criança será decisivamente afetado pelos

fatores seguintes: ela conheceu ou não o pai ausente, tem ou não padrastro (ou madrasta),

quando e em que condições estes entraram na família, de que maneira se portam e que atitudes

assume o pai que resta (168, 355, 760).

As próprias crianças que não conheceram o pai ausente percebem que ele já existiu e que

outras crianças vivem com o pai e a mãe respectivos. Daí tenderem a sentir-se exceções,

dotados do privilégio de exigir certas compensações. De modo geral, pode-se dizer o que se

segue. Se o pai do mesmo sexo morreu, isso se sente como realização do desejo edipiano, de

modo que se criam sentimentos intensos de culpa. Se foi o pai do sexo oposto que morreu amor

edipiano frustrado quase sempre cria idealização fantástica do morto. Depende os pormenores

da época em que e do modo pelo qual a criança percebeu a morte. Há três conseqüências que

parecem ter importância especial Em primeiro lugar, aumento do apego ao pai que resta; apego

cujo caráter é determinado pela afeição que este pai tem à criança; geralmente, é de índole

ambivalente (355). Em segundo lugar, produz-se conexão inconsciente, frequente e intensa,

entre as idéias de sexualidade e morte, uma ligando-se à outra pela concepção de que há

"segredos entre os adultos", daí podendo originar-se temor sexual intenso, resultante da idéia de

que a realização sexual é capaz de acarretar a morte, ou até uma tendência masoquista na qual

morrer (reunião ao pai falecido) se torna, às vezes, objetivo sexual. Em terceiro lugar, a pessoa

que perdeu alguém regressa à fase oral; a acontecer nos primeiros anos de vida, implicam-se aí

efeitos permanentes na estrutura do complexo de Édipo e do caráter; o amor edipiano tanto

quanto todas as relações objetais futuras entrelaçam-se com identificações. Os pontos segundo

e terceiro também vigoram com a experiência precoce da morte de um irmão (1325).

Uma paciente, cuja mãe morrera quando ela tinha cinco anos, tinha medo de

casar-se, com desenvolvimento da idéia de que esta morte se devera, de algum modo,

ao parto ou à sexualidade. Como castigo pela gratificação edipiana que sentira

quando da morte da mãe, esperava, a esta altura, que teria de sofrer o mesmo destino,

se se casasse.

Isto tem alguma semelhança com o caso de um paciente que, menino, reagira à

morte da mãe com ansiedade e hipocondria. Identificara-se com a mãe e, adulto,

temia que a satisfação sexual com o pai o matasse, tal qual, na sua fantasia, matara a

mãe. Neste caso, a condensação do segredo sexual com o segredo da morte tinha

nitidez especial, visto que coloria a angústia de castração, dando-lhe a forma de um

temor de que as coisas desaparecessem.

Certa paciente cujo pai morrera quando era pequenina veio a tender a odiar a todos, ulteriormente: os homens porque nenhum se parecia com o pai dela, o qual, por ter morrido, se tornara idealizado; as mulheres porque a mãe dela lhe tirara o pai, deixando-o morrer antes da filha poder desfrutá-lo.

No caso do menino, se falta o pai (ou se é "fraco"), pode daí resultar predisposição para a feminilidade, pelo fato das crianças identificarem-se mais com aquele dos pais que se vê como fonte de frustrações decisivas.

Os conflitos entre os pais, o divórcio, a separação, podem ter efeitos semelhantes. No caso das próprias crianças serem o tema das discussões parentais, e fácil criar-se uma intensificação do complexo de Édipo total, além de fixação narcísica, que faz a criança contar com que todo o mundo há de sentir por elas o mesmo interesse que os pais mostravam; expectativa que é fatalmente frustrada.

Os pais de uma paciente cronicamente deprimida e geralmente inibida tinham-se divorciado quando ela tinha apenas um ano. Nunca vira o pai. E o seu complexo de Édipo centrou-se em volta da seguinte fantasia: "Papai não gostava de viver com mamãe; ela não era digna dele. Eu sou diferente; um dia ele há de vir para me levar consigo". Mas o pai não veio, daí ocorrendo frustrações que gerou ódio intenso. A depressão da paciente significava que este ódio se virava contra a sua própria pessoa; a perda depressiva da auto-estima que nela se via significava: "Eu também não sou digna de ser amada por meu pai idealizado."

Um comportamento parental pouco comum (significando indulgência excessiva,

frustrações pouco comuns, ou ambas as coisas) vem a criar complexos de Édipo pouco comuns

nos filhos. Os mimos demasiados geram, necessariamente, frustrações desacostumadas, visto

que as crianças mimadas não aprendem a suportar frustrações; daí experimentarem frustrações

leves como se fossem severas. As medidas educativas planejadas importam menos do que o

comportamento cotidiano dos pais (1458). Destaquem-se dois pontos que têm significação

especial: primeiro, a atitude da mãe para com o sexo da criança; há mães que querem ter um

filho e fazem que a filha sinta isso; segundo, as atitudes dos pais entre si, pois moldam as idéias

infantis sobre a sexualidade.

Assim é que a moral da família influencia a forma que assume o complexo de Édipo dos

filhos. Até que ponto uma criança sente que os Seus impulsos instintivos são permissíveis e até

que ponto maus — é coisa que depende, por exemplo, tanto do fato e do modo porque a sua

masturbação é proibida quanto e até mais) da atitude geral dos pais em relação ao sexo, atitude

que manifestam a todo momento, quer o percebam, quer não. Aí se compreende a reação dos

pais ante as atitudes da criança para com eles, para com outras crianças, para com a

masturbação; e mais ainda: compreendem-se as atitudes parentais em relação ao desmame e ao

treino higiênico, durante o desenvolvimento oral e anal da criança. Uma fixação pré-genital

molda o complexo de Édipo ulterior de maneira irrevogavelmente pré-genital. Não se deixe de

mencionar a importância das formas receptivo-passivas dos complexo edipianos masculinos

que a superproteção materna cria. Há tipos de pais autoritários que, com o seu comportamento,

bloqueiam toda possibilidade de que o filho se torne independente.

Um paciente de quarenta anos, com fixação ambivalente intensa no pai tirano,

por se haver resfriado recebeu dele, que estava em cidade distante. o seguinte

telegrama: "Por causa do tempo incerto, não saia de casa hoje."

Há mais outro fator muito importante que, hoje em dia, cria ambientes diferentes para

diferentes crianças e que é capaz de influenciar a forma especial assumida pelo complexo de

Édipo: é a posição social dos pais. Quase todas as crianças, inconscientemente, equiparam

"socialmente baixo" e "instintual, desinibido"; "socialmente alto" e "sublimado, inibido". Se

alguém que vive em lar abastado se sente especialmente atraído por gente de nível social

inferior, é freqüente a análise revelar não só um desejo de tranqüilizar-se contra a humilhação

(castração), pelo contato com pessoas igualmente "humilhadas" (castradas), como também um

anseio pela sensualidade proibida, o que se racionaliza, às vezes, como impulso a ajudar que

melhorem as condições sociais.

Há muitas crianças que, nos seus devaneios edipianos, desenvolvem idéias

fantásticas de não serem realmente filhos dos seus pais; sonham, acordados, que são

uma espécie de enjeitados, de rebentos de famílias muito diferentes, socialmente

falando; estas podem ser tanto altamente situadas e muito privilegiadas quanto

muito pobres e humildes. Freud chamou "romance familial" (552) este tipo de

fantasias, que servem, às vezes, vários fins: orgulho narcísico, obstinação, vingança

contra os pais, esperança de gratificações futuras.

Entretanto, as fantasias inconscientes concernentes a diferenças sociais não mam muito

sobre os modos pelos quais as realidades, resultantes de diferenças sociais, influenciam o

complexo de Édipo da criança; na verdade, porém, elas o influenciam continuamente, visto

que as experiências sexuais, tanto quanto as frustrações sexuais, variam conforme os padrões

sociais. Foi o que Freud mostrou com pormenores (596); e para dar-se conta do fato basta

lembrar as experiências sexuais, agressivas e frustrantes, das crianças dos cortiços. Acerto que

as experiências que se ligam à posição social do pai modelam o amor ou o ódio, a reverência ou

o desprezo, a admiração ou a piedade das crianças por ele (496).

Prevalece, contudo, a impressão de que o fator objetivamente importante se representa na

posição social da família tem menos reflexo do que se esperaria sobre a forma assumida pelo

complexo de Édipo da criança; e isto se enraíza no fato de que os mesmos princípios morais

(ou até as mesmas incertesas relacionadas com a moral) vigoram nas várias camadas sociais de

uma só e mesma sociedade.

Tem-se sugerido que se investiguem as vantagens e desvantagens da educação familiar (a

qual cria o complexo de Édipo), pela comparação de crianças comuns (criadas em família) com

crianças que crescem fora de qualquer ambiente familiar; por exemplo, em instituições,

orfanatos. O que se vê, no entanto, é que as próprias crianças institucionais são influenciadas

pelo conceito de família: aprendem, mais cedo ou mais tarde, que existe a instituição da

família, que outras crianças têm pais e mães e que, neste particular, elas próprias levam

desvantagem, de modo que também têm o seu complexo de Édipo. Não só desenvolvem

vínculos instintivos de amor, ódio, inveja, ciúme. etc. para com os educadores, mas, além de

tudo, desenvolvem fantasias a respeito de pai e mãe semelhantes às idéias das crianças criadas

dentro de uma família, fantasias, que se moldam de maneira especial apenas na conformidade

do caráter delas. O complexo de Édipo destas crianças caracteriza-se pela discrepância entre

fantasia e realidade (250). O que se disse sobre as crianças que não conheceram um dos pais

vigora para as crianças institucionais, e em sentido duplo. Se não crescem no mesmo lugar

determinado, mas são sujeitas a mudanças freqüentes de ambiente, o fato reflete-se tanto em

transtornos típicos da formação caracterológica (ver págs. 348 e seg. e 468 e segs.) quanto na

circunstância de que jamais têm oportunidade de desenvolver quaisquer relações objetais

permanentes e de que o complexo de Édipo lhes permanece fantasia pura. Em toda espécie de

comunidade permanente, sempre existem adultos que servem de substitutos dos pais, mas o

fato de não serem os pais verdadeiros há de refletir-se na forma especial do complexo de Édipo.

A forma especial do complexo de Édipo é a experiência que a configura. Mas que dizer

do próprio complexo de Édipo? É fato biológico, inerente à espécie humana, ou é produto da

instituição social da família, sujeito às mesmas alterações que esta?

Diga-se, de início, que a diferença entre biologicamente determinado e socialmente

determinado é relativa. Enfatizamos o ponto de que Freud não admite que os instintos

representam padrões inalteráveis, mas são, sim, resíduos de influências ambientais arcaicas

(588). Não foi um complexo de Édipo místico, inato, que criou a família como lugar onde

pudesse ser satisfeito: foi a família que criou o complexo de Édipo. Em segundo lugar, depende

a resposta da definição que se dê de complexo de Édipo. O bebê humano, necessitado de

cuidados e amor, é, biologicamente, mais fraco do que outros filhos de mamíferos: daí por que

sempre há de exigir amor dos adultos que o criam e o protegem, que vivem à sua volta; e

sempre há de desenvolver ódio e inveja das pessoas que lhe tiram este amor. Se é isto que se

chama complexo de Édipo, o complexo de Édipo tem fundamento biológico.

Freud. no entanto, emprega a expressão em sentido mais estrito: complexo de Édipo

significa a combinação de amor genital pelo pai do sexo oposto e desejos ciumentos de morte

contra o pai do mesmo sexo; combinação altamente integrada de atitudes emocionais que

constitui o clímax do longo desenvolvimento da sexualidade infantil, neste sentido, o complexo

de Édipo é, fora de dúvida, produto da influência familiar. Se a instituição da família tivesse de

alterar-se, necessariamente se alteraria também o padrão do complexo de Édipo. Tem-se

mostrado que as sociedades em que as configurações familiais são diferentes da nossa têm,

realmente, complexos de Édipo diferentes (1101); mas falham, ao que parece, os esforços feitos

no sentido de explicar as configurações familiais: diferentes como "repressões do complexo de

Édipo" (891).

O problema da origem do complexo de Édipo reduz-se, assim. pois. ao problema da

origem da família, capítulo interessante e ainda sem solução, que excede as lindes de uma

teoria da neurose. Freud postulou uma hipótese relacionada com a origem filogenética do

complexo, origem que se situaria nalgum período pré-histórico em que a humanidade se

organizava em hordas, estas conduzidas por um chefe, o qual, certo dia, era morto e comido

pelos filhos; haveria aí uma incorporação que inauguraria o primeiro "remorso", a primeira

inibição (579). Não cabe discutir, a esta altura, a hipótese'fascinante de *Totem e Tabu.* hipótese

que não altera o fato de que os conflitos sexuais das crianças seriam diferentes se não vivessem

junto com os pais e uns tantos irmãos e irmãs. expostos aos conflitos familiares típicos da

excitação e da frustração sexuais. Ambientes diversos geram reações diversas.

Toda a criança no auge do complexo de Édipo deve experimentar *decepções* e ofensas

narcísicas; o competidor é um adulto, o que lhe dá vantagens e privilégios. Reage-se a essas

ofensas narcísicas de maneiras muito diversas, conforme a criança, dependendo-lhe da

constituição, das formas concretas em que as ofensas são experimentadas e de todas as

experiências anteriores. Toda criança deseja intensamente ser adulta e "brinca de adulto".

Mas ser criança também tem vantagens. Sempre que teme as suas próprias emoções e a

implacabilidade dos seus impulsos eróticos e agressivos, a criança e capaz de refugiar-se na

atitude: "Nada disto é sério demais porque ainda sou uma criança" e também no anseio

receptivo de ajuda externa.

Tanto o desejo de ser adulto (se impedido por sentimentos de culpa) quanto o sentimento

de que se é protegido enquanto ainda criança geram fixações e. mais tarde, vem a fazer que

muitos neuróticos se portem e se sintam como se ainda fossem crianças na fase fálica.

Certo paciente, médico bem sucedido, com muitos anos de clínica, descobriu, ao

ser analisado, que sempre que um farmacêutico aviava uma receita sua, se sentia

espantado, pensando: "O farmacêutico, homem adulto, não faz realmente isto senão

pelo motivo de que eu, uma criança, passei uma receita!"

TIPOS DE ESCOLHA DO OBJETO

Seria errado imaginar não haver na infância outros objetos de amor que não fosse o pai

do sexo oposto. Também irmãos, tios. tias, avós (458 877) amigos e conhecidos dos pais têm,

às vezes, influência decisiva. Há muitas ' crianças que experimentam "love affairs" (casos de

amor) de algum tipo com outras crianças do mesmo sexo, ou do sexo oposto, ou com adultos; e

talvez ocorresse maior número destes casos entre crianças, se a educação não visasse à

respectiva proibição. No que diz respeito ao mecanismo da escolha do objeto Freud distinguiu

entre o tipo anaclítico e o tipo narcisista. No tipo anaclítico de escolha, escolhe-se um objeto do

passado, em geral o pai do sexo oposto, às vezes o pai do mesmo sexo, irmãos, ou outras

pessoas do ambiente em que a criança vive. No tipo narcisista de escolha, escolhe-se um objeto

porque representa certas características da própria personalidade do indivíduo (585) Tanto um

tipo quanto o outro, o anaclítico e o narcisístico. são capazes de operar: (a) de maneira positiva:

o objeto escolhido assemelha-se ao objeto passado ou ao próprio ego do indivíduo: (b) de

maneira negativa: o objeto escolhido é o oposto do objeto passado ou do ego do próprio

indivíduo; (c) a maneira ideal: o objeto escolhido representa aquilo que. noutro tempo, o

indivíduo desejou que o objeto passado ou o seu próprio ego fossem (585).

O PROBLEMA DO MEDO DE CASTRAÇÃO FEMININO

Nos meninos, a angústia de castração faz necessária, afinal, a supressão do complexo de

Édipo. Nas meninas, não parece haver angústia de castração que se possa considerar força

dinâmica. A idéia de que se perdeu um órgão não pode condicionar as mesmas restrições do

instinto que a idéia da possibilidade de perder um órgão pela atividade instintiva. É certo haver

muitas mulheres que. após uma decepção, constroem, inconscientemente, a fantasia de que

possuem pênis (502): mas a angústia que diz respeito a um órgão simplesmente fantasiado não

pode ter o mesmo efeito dinâmico que a ameaça contra um órgão real.

Não é fácil responder à questão da angústia de castração nas mulheres (1240). Em

primeiro lugar, pode-se afirmar que o complexo de Édipo nas mulheres não é combatido no

mesmo grau. nem com a mesma decisividade que o e nos homens. As mulheres que

permanecem a vida inteira ligadas ao pai ou a figuras paternas, ou que, de um modo ou outro,

traem a relação do seu objeto amoroso com o pai, são em muito maior número do que os

homens que não superaram a sua fixação materna (1496). Em segundo lugar, vê-se, à análise,

que temores outros e mais antigos, principalmente o medo da perda de amor, são mais fortes

nas mulheres e de muitos modos assumem o papel que nos homens desempenha a angústia de

castração. Terceiro: É freqüente ver que o medo de que o estado de castrada, no qual se pensa

como efeito de uma atividade proibida, seja descoberto limita consideravelmente as expressões

sexuais da menina; a idéia de haver destruído o seu próprio corpo é vista com freqüência, tal

qual o é a ideia de haver perdido toda possibilidade de ter filhos, ou, quando menos, de ter

filhos sadios, além de outras ansiedades que prevêem a descoberta da “vergonha”. Quarto: Há

angústias relacionadas com a previsão de lesões genitais retaliatórias, angústias que substituem

o medo de castração. Tal qual determinam angústias pré-genitais irreais, certas falsas-

interpretações animísticas também determinam angústias genitais fantásticas É comum as

meninas não saberem que na vagina possuem um órgão oco preformado, daí se explicando o

medo fantástico de que o desejo genital de ser penetradas pelo órgão do pai conduza a lesão

corporal. Não obstante tudo isto, vê-se, à análise de algumas mulheres, que existe um medo

inconsciente de que certo órgão seja cortado como castigo de práticas sexuais.

Na infância, certa mulher na qual esta angústia era muito acentuada sofreu uma

operação no polegar; esta ameaça real de amputação deslocou-se, depois, para o

pênis fantasiado.

Autores pré-analíticos, como Wedekind e, mais recentemente, Fromm, enfatizaram que

as diferenças notadas nas angústias dominantes dos sexos se devem, em parte às diferenças

fisiológicas que ocorrem na execução do contato sexual (655). O homem precisa de ereção para

realizar o ato; a mulher não precisa de alteração correspondente no seu próprio corpo; e é capaz

de praticar o ato até sem gozo; mas depende da ereção masculina, de modo que o medo

masculino é um medo da impotência, ao passo que o medo da mulher é o medo de ser

abandonada ou perder o amor.

Não há dúvida de que esta diferença fisiológica contribui para os papéis prevalentes do

medo de castração ou do medo da perda do amor no homem e na mulher, respectivamente. Esta

contribuição é, quando muito, uma contribuição secundária tardia. A preponderância relativa

dos temores respectivos estabelece-se na infância, muito antes das primeiras experiências do

contato sexual.

A mudança do objeto é um dos fatores que complicam o desenvolvimento das mulheres

em comparação com os homens. Segundo fator é a dupla índole da sexualidade genital

feminina. É certo que a "sexualidade prostática" dos homens, tão estreitamente ligada ao

erotismo anal e uretral, desempenha papel menos significativo do que a sexualidade

clitoridiana. Não esquecer, no entanto, que não só estas diferenças fisiológicas são responsáveis

pela predisposição mais acentuada para o desenvolvimento das neuroses nas mulheres; existem

também (o que é mais importante) diferenças culturais e sociais na educação dos sexos

relativamente aos instintos.

SUMÁRIO

Abraham sumarizou a história do desenvolvimento libidinal mediante quadro

diagramático (26) que aqui se apresenta, com modificações ligeiras, mais uma coluna na qual

se antecipa o ponto dominante de fixação. Também se deve repetir a advertência que Abraham

exprimiu quando publicou este quadro: ' 0 quadro pode comparar-se ao horário de um trem

expresso, o qual enumera apenas umas tantas dentre as estações mais importantes. O que entre

elas se situa é por força desprezado. Também se diga que os estádios registrados peia coluna

principal no mesmo nível não coincidem necessariamente.'

Estádios da Estádios do Ponto Dominante

Organização Desenvolvimento em

Libidinal do Amor Objetal

1. Estádio oral inicial Auto-erotismo Certos tipos de

esquizofrenia

(sucção) (anobjetal, pré-ambivalente (estupor)

2. Estádio sádico-oral Narcisismo: Transtornos maníoco-

ulterior (canibalístico) incorporação total do depressivos (adição,

objeto impulsos mórbidos)

3. Estádio sádico-anal Amor parcial com Paranóia, certas neuroses

inicial incorporação de conversão pré-genitais

4. Estádio sádico-anal Amor parcial Neurose obsessiva outras

ulterior neuroses de conversão

pré-

genitais

5. Estádio genital inicial Amor objetal, limitado Histeria

(fálico) pelo complexo predominante

de castração

6. Estádio genital final Amor (pós-ambivalente) Normalidade

6

Fases Ulteriores do

Desenvolvimento: O Superego

ESTÁDIOS INICIAIS DO SUPEREGO

O medo do castigo e o medo de perder a afeição dos pais diferem de outras ansiedades

que motivam defesas. Outros perigos exigem a cessação incondicional da atividade

ameaçadora; no caso, porém, destes temores, pode a atividade persistir em segredo, ou pode a

criança fingir que se sente "má" em situações nas quais de fato se sente "boa". (Disse Ferenczi,

certa vez. numa conferência a respeito do assunto: "E foi desta mentira que a moral nasceu.")

Passo importante na maturação ulterior se dá quando as proibições estabelecidas pelos

pais continuam a vigorar mesmo com eles ausentes. A esta altura, instituiu-se na mente, um

guarda permanente, o qual assinala a aproximação possível de situações ou comportamentos

capazes de resultar na perda da afecção materna; ou a proximidade de uma ocasião que ganhe a

recompensa desta afeição. O guarda preenche a função essencial do ego: prever as reações

prováveis do mundo exterior ante o comportamento do indivíduo. Uma porção do ego

transformou-se em "mãe interna", a qual ameaça uma retirada possível do amor.

A internalização da mãe realiza-se mediante ato de introjeção, esta sendo o primeiro

objetivo instintivo que se dirige para objetos; posteriormente, também se usa como expressão

de hostilidade, visto ser capaz de produzir o desaparecimento dos objetos; enfim, pode,

regressivamente, substituir relações objetais mais diferenciadas. Quando tenta defender contra

objetos, é freqüente a introjeção falhar, pois o medo do objeto externo pode ainda subsistir

como medo do objeto introjetado.

A introjeção das proibições parentais acarreta, dentro do ego, alterações que visam a

ajustar; alterações que são os precursores do superego, estes tendo sido denominados por

Ferenczi "moral de esfíncteres" (505).

Esta expressão acentua a importância que tem a aprendizagem de hábitos

higiênicos no desenvolvimento desta "pré-c-onsciência". Solicitada a evacuar os

intestinos somente em certas condições, a criança experimenta o conflito entre "deve"

e "gostaria". O que determina o desfecho são a intensidade dos impulsos reprimidos e

os sentimentos para com o adulto que solicita a repressão.

Originalmente, é certo que a criança desejou fazer as coisas que os pais fazem; o seu

objetivo foi identificar-se com as atividades deles e não com as suas proibições. Os padrões e

ideais parentais são parte essencial da personalidade respectiva. Se as crianças querem

identificar-se com os pais, também querem identificar-se com os seus padrões e ideais.

Aceitam-se as proibições como parte da adaptação a estes padrões e ideais. O desejo de ganhar

a recompensa, que consiste em sentir-se semelhante aos pais, facilita a aceitação das proibições

A identificação real com estas transforma-se em substituto (por deslocamento) da identificação

pretendida com as atividades parentais.

É estranho que as forças que se opõem aos impulsos instintivas tenham com freqüência, o

caráter tempestuoso e irracional dos próprios instintos. É o que se percebe com clareza máxima

no fenômeno do masoquismo moral- o mesmo, no entanto, se observa em todo sentimento de

culpa normal (com a respectiva solicitação impulsiva da oportunidade de bem comportar-se) e

também em todas as ocasiões nas quais se analisam as resistências das personalidades muito

instintivas. Em seu livro O *Ego e o Id,* Freud suscitou a questão relativa às características

instintivas das forças antiinstintivas e respondeu: As forças antiinstintivas têm caráter instintivo

por serem derivados dos instintos (608). As atitudes instintivas que as crianças assumem para

com os pais, transformam-se em forças hostis aos instintos por meio de introjeção dos pais, de

modo que, pela influência do mundo exterior, os impulsos instintivos vêm a transformar-se em

impulsos antiinstintivos.

As "proibições parentais internalizadas", precursoras do superego, são muito fortes na

medida em que ameaçam a criança com castigo terrível, cujas idéias são criadas pelo equívoco

supramencionado; são fracas, no entanto, na medida em que é fácil desobedecê-las ou

contorná-las sempre que não haja ninguém vendo, ou sempre que outra condição pareça

facultar algo anteriormente proibido. Os objetos introjetados podem ser rejeitados com

facilidade por uma nova projeção e as funções dos precursores do superego podem tornar a

transferir-se para pessoas do mundo exterior (1266). Os policiais e os papões representam estes

"pré-superegos externalizados". A criança oscila entre ceder aos seus impulsos e reprimi-los; as

proibições ainda não têm caráter organizado unificado. Seja como for, é situação na qual, pela

influência do mundo exterior. uma porção da energia instintiva é utilizada para reprimir outras

energias instintivas, mudança de direção esta que é produzida por uma introjeção.

O ESTABELECIMENTO DO SUPEREGO

Podemos, a esta altura, encarar novamente o problema do modo pelo qual se resolve o

complexo de Édipo normalmente. Eis a resposta: As relações objetais do complexo de Édipo

são regressivamente substituídas por identificações (608). A introjeção dos objetos do

complexo de Édipo promove o desenvolvimento do ego e complica-o de maneira decisiva. A

frustração do complexo de Édipo gera a regressão de tipos mais diferenciados de relações

objetais à introjeção e à oralidade; e o desejo sexual de um objeto é substituído por alteração

assexual dentro da organização do ego.

Claro, não são completas as identificações que resolvem o complexo de Édipo:

substituem os impulsos sexuais e hostis para com os pais (quando menos, a maior parte deles);

uma relação objetal terna com objetivos inibidos contudo, juntamente com a identificação.

Aquela parte do ego que a identificação alterou, "os pais introjetados", não pode fusionar-se de

imediato com resto do ego, visto que os objetos introduzidos no ego são por demais magnífico;

e muito grande é a distância entre eles e o sentimento infantil do ego. Os objetos recentemente

introjetados combinam-se com as introjeções parentais já presentes sob a forma dos precursores

acima descritos do superego . Quando descreve esta fase, eis o que Freud diz: "O efeito geral

amplo da fase sexual governada pelo complexo de Édipo pode, por conseguinte, admitir-se que

seja a formação de um precipitado no ego... Esta modificação do ego mantém sua posição

especial; e contrasta com os outros constituintes do ego sob forma de superego" (608).

O ego "toma emprestado" dos seus robustos pais a força que lhe permite eliminar o

complexo de Édipo; e é desta forma que a resolução do complexo de Édipo acarreta o notório e

decisivo passo "dentro do ego" (606); este passo ' muito importante para o desenvolvimento

ulterior do ego e, por sua organização, diferencia-se do seu precursor: o superego.

O conceito de superego suscita um mundo de problemas que se discutem com freqüência,

mas de todo não se resolvem (cf. 37, 232, 348, 775, 782, 835, 838, 843, 893, 895, 1175, 1179,

1196, 1287, 1333, 1379, 1567, 1602). Mais não faremos do que esboçar uns tantos destes

problemas.

Fosse o superego mera identificação com o objeto frustrador do complexo de Édipo, e

seria de esperar que o menino desenvolvesse um superego "materno" e a menina, um superego

"paterno", o que não ocorre. É certo que, de acordo com o caráter "total" do complexo de

Édipo, todos os indivíduos mostram traços de um e outro pai no seu superego. Nas condições

culturais em que vivemos, todavia, em geral, para ambos os sexos, é decisivo o superego

paterno; nas mulheres, além disso, existe um superego materno efetivo, constituindo um ideal

de ego positivo. Os homens que, contrários à regra, têm superego materno marcado, têm

constantemente mãe dominadora (658, 1041, 1266). A identificação mais notória dá-se com

aquele pai que se considera o causador ou fonte de frustrações decisivas, este sendo, nas

famílias patriarcais, habitualmente, o pai; em casos excepcionais, vem a ser a mãe. Assim é que

a substituição de uma relação objetal inatingível mediante identificação nada tem de simples.

Ao que parece, em condições normais, há razões biológicas impedindo ao menino o

desenvolvimento de identificação excessivamente intensa com uma mulher; à menina, com um

homem. Tem-se tentado resolver estes problemas, más por enquanto ainda não se ultrapassou a

formulação de Freud: "A impressão é de que nos dois sexos a força relativa das disposições

sexuais masculinas e femininas é o que determina se a situação edipiana resultará em iden-

tificação com o pai ou com a mãe. Esta é uma das maneiras pelas quais a bis-sexualidade

influencia as vicissitudes ulteriores do complexo de Édipo" (608).

AS FUNÇÕES DO SUPEREGO

Estabelecido o superego, alteram-se várias funções mentais. Parte da ansiedade

transforma-se em sentimentos de culpa. Já não é um perigo externo, a perda do amor ou a

castração, que se teme, e sim um representante interno deste perigo, a ameaçar de dentro. A

"perda da proteção do superego", ou "a punição interna executada pelo superego" é sentida

como diminuição dolorosíssima da auto-estima e, em casos extremos, como aniquilação. Tem-

se dito muitas vezes que as crianças pequenas necessitam de algum tipo de provisões

narcisísticas para manutenção do seu equilíbrio; e o privilégio de conceder ou recusar estas

provisões é, então, assumido pelo superego. O medo de ser punido ou abandonado pelo

superego é o medo da aniquilação, pela falta destas provisões (ver pág. 125).

Enquanto existe este medo, o ego sente a necessidade de aboli-lo e a tão urgentemente

quanto um impulso instintivo; impulso cuja origem exemplifica o modo por que a origem dos

instintos se pode entender, em geral: eles se formam pela incorporação de exigências externas

(588).

O ego comporta-se para com o superego conforme já se portou para um pai ou uma mãe

ameaçadores, cuja afeição e cujo perdão são necessários desenvolve uma necessidade de

absolvição. A necessidade de punição é forma especial da necessidade de absolvição; a dor do

castigo aceita-se e até se na esperança de que, após a punição, há de cessara dor maior dos : tos

de culpa, de modo que a necessidade de punição se pode compreende' também aqui, como

escolha de mal menor. Em lugar da castração, oferece-s um sacrifício, de maneira a evitar a

castração. O sacrifício é ativamente em preendido, menos desagradável do que a espera passiva

de que alguma coisa ocorra. Há vezes, entretanto, em que as coisas são mais complicadas. Tal

qual "ser batido pelo pai", assim também "ser batido pelo superego" pode tornar-se objetivo

sexual em indivíduos masoquistas (613) (ver págs. 339 e 465 e seg.)

Uma vez estabelecido, o superego decide quais impulsos ou necessidades serão

permitidos e quais reprimidos. O juízo lógico do ego relativamente à possibilidade de um

impulso acarretar perigo complica-se, então, com sentimentos de culpa. A esta altura, o ego tem

de respeitar, além da realidade, mais outro "representante da realidade", muitas vezes

irracional.

O superego é o herdeiro dos pais tanto como fonte de ameaças e castigos quanto como

fonte de proteção e doador de amor reconfortante. Para o indivíduo, estar em bons ou maus

termos com o seu superego vem a ser tão importante quanto já o foi estar "de bem" com os

pais. Neste particular, mudar dos pais para o superego é pré-requisito da independência do

indivíduo. A auto-estima já não é regulada pela aprovação ou rejeição vinda de objetos

externos, mas, sim, pelo sentimento de ter feito ou não ter feito o que era devido. A satisfação

das exigências do superego não só alivia, como traz sentimentos definidos de prazer e

segurança do mesmo tipo que as crianças experimentam a partir de provisões externas de amor.

A recusa da satisfação do superego acarreta sentimentos de culpa e remorso, semelhantes aos

sentimentos que tem a criança de já não ser amada.

Os mesmos mecanismos de defesa que se usam contra afetos desagradáveis em

geral podem ser postos em jogo contra sentimentos de culpa (ver pág. l25).

Os sentimentos de culpa que acompanham a prática de uma maldade e sentimentos de

bem-estar que resultam do cumprimento de um ideal são modelos normais seguidos pelos

fenômenos patológicos da depressão e mania.

O fato de a auto-estima depender do cumprimento ou não dos ideais faz que as

maneiras de regulá-la sejam tão numerosas quanto o são os ideais. Estes criam-se na

criança não só por modelos reais, como também por histórias, ensinamentos dogmas;

transmitem-se pela tradição e são cultural e socialmente determinados.

Tem-se tentado, às vezes distinguir entre os ideais do ego, os padrões daquilo que se

gostaria de ser, e o superego, que tem a característica de poder ou força. Foi, no entanto, a

percepção que Freud teve da origem do superego que mostrou quanto os dois aspectos se

entrelaçam (608); os dois entremesclam-se tal qual se entremesclava, os poderes protetores e

ameaçadores dos pais. E mesmo as maneiras pelas quais estas funções se acham ligadas por

“promessas de proteção condicionada à obediência” se transferem dos pais para o superego.

Criticou-se Freud por não haver diferenciado ideais "reais", os quais são aceitos de bom

grado pela personalidade total, e os ideais "inautênticos", que o indivíduo acredita ter de seguir

por força de exigências de uma autoridade externa ou introjetada (653). Dá-se, porém, que

mesmo os ideais mais autênticos foram criados pela introjeção, a diferença situando-se na

comensurabilidade ou incomensurabilidade do introjetado e do sujeito, ou seja, a história

anterior da relação para com os objetos cujas introjeções vieram a formar o ideal.

Baseia-se a relação entre o superego e o mundo exterior no fato de que aquele deriva da

introjeção de um pedaço do mundo exterior; por conseguinte, é o representante interno de certo

aspecto deste. Visto que o mesmo se pode dizer do ego, em certo sentido a constituição do

superego é duplicata da constituição do ego; um segundo ego, um "super" ego, forma-se, então,

limitado, é verdade, às esferas da ameaça e da promessa, da punição e da recompensa. A

incorporação deste pedaço do mundo exterior ocorre relativamente tarde, de modo que o

superego vem a ser aquela parte do aparelho mental que mais próxima está do mundo exterior.

Há muitas pessoas cujo comportamento e auto-estima permanecem influenciados tanto pelo

que elas próprias consideram correto quanto pela consideração do que os outros são capazes de

pensar. Nem sempre se distingue bem entre o superego e os objetos que fazem exigências. As

funções do superego podem ser reprojetadas com facilidade, isto é, deslocadas para figuras

autoritárias de aparecimento recente. (É o que ocorre, particularmente, quando razões externas

ou internas impossibilitam o controle ativo do mundo exterior.) Nos delírios de referência

encontra-se confirmação clínica da existência desta relação estreita entre superego e mundo

exterior. As funções do superego (visto serem, em certo sentido, meio-ego e meio-mundo

exterior) são as que mais depressa aparecem quando um paciente, tendo experimentado uma

perda do mundo objetivo, tenta recuperá-lo sem ter capacidade plena para tanto (ver págs. 401

e seg.).

O fato da construção do superego realizar-se em nível mais alto do que a construção do

ego evidenciar-se-á com a discussão que se segue. A camada mais profunda do ego é formada

por sensações que vêm do próprio corpo do indivíduo; a orientação cinestésica e também a

olfativa são, em geral, mais antigas do que a orientação visual. Esta, no entanto, ocorre também

muito cedo e prevalece no tipo fantasioso pré-consciente do pensamento. É quando a

concepção auditiva do mundo se acresce às orientações mais arcaicas que se dá o passo

decisivo no sentido da consolidação da parte consciente do ego. Em contradições que

constituem a base do superego começam com os estímulos das palavras. As palavras parentais

de advertência, estímulo ou ameaça são incorporadas pela via auditiva, de modo que os com

superego, em geral, são verbalizados (11, 608, 628). "O passo dentro de ego", a criança o sente

"quando ouve a voz da consciência" (1289); nesta conformidade, a relação de uma pessoa com

a linguagem muitas é predominantemente, regida pelas normas do superego (838).

O superego relaciona-se com o id pela sua gênese. Os objetos mais essenciais do id, os

objetos do complexo de Édipo, continuam a viver no superego. Esta gênese é que explica o

caráter urgente, instintivo, irracional de muitos desejos do superego, os quais, no

desenvolvimento normal, hão de ser superados por juízos razoáveis do ego (433). "O superego

mergulha profunmente no id" (608).

Por um lado, a severidade do superego corresponde à anterior severidade real dos pais;

doutro lado, por força das relações íntimas que existem entre o superego e o id, ela depende da

estrutura instintiva da criança (esta, por vez, dependendo da constituição e das experiências

anteriores); uma criança que inconscientemente odeia os pais receia a retaliação e é capaz de

experimentar esta retaliação, que lhe será inflingida pelo superego, de modo que a severidade

deste também exprime, às vezes, a hostilidade original contra os pais

A RESOLUÇÃO DO COMPLEXO DE ÉDIPO

Estabelecendo-se o superego, resulta daí o fim dos impulsos do complexo de Édipo e

começa o período de latência. No dizer de Freud, o superego é o herdeiro do complexo de

Édipo (608, 612).

Compreende-se, a esta altura, de que modo ocorre que o complexo de Édipo seja o clímax

normal do desenvolvimento sexual infantil e, bem assim, a base de todas as neuroses: a

presença de desejos edipianos é normal em certa idade, mas patológica em qualquer outra. A

neurose, que se baseia em persistência indevida do complexo de Édipo, significa a persistência

de um estádio de desenvolvimento que, em condições normais, deveria ter sido superado.

Entretanto, evidência existe a indicar que, quando se diz que "uma pessoa neurótica

persiste em seu complexo de Édipo, ao passo que uma pessoa normal não persiste", se está

simplificando em demasia a questão. Quando se analisam os sonhos de pessoas normais (552) e

também as obras dos artistas (559, 568), vê-se que o complexo de Édipo ainda está ativo

também nos adultos normais, verdade que os sonhos não são prova cabal; no estado de sono,

podem s revividas situações antigas da infância, que, durante o dia, talvez não tenham atividade

alguma. Tem-se de admitir, no entanto, que o axioma acima não é inteiramente correto; o

adulto normal também tem seu complexo de Édipo havendo, porém, diferença quantitativa

entre o indivíduo normal e o indivíduo neurótico. Seja qual for o desenvolvimento mental, há

estádios mais antigo q persistem em certa extensão por trás dos mais recentes, capazes de

revive em condições especiais. A pessoa normal tem poucas "tropas de ocupação, as quais

ficam na posição edipiana", para usar a metáfora freudiana (596), enquanto maior parte das

tropas marcha para adiante; mas pode também retirar-se, se for intensa a coação, de modo que

uma pessoa normal se torna neurótica. Aqueles que têm disposições neuróticas deixaram quase

todas as suas forças no plexo de Édipo; poucas apenas avançaram e, à mínima dificuldade que

surge, são obrigadas a recuar e juntar-se à força principal na primeira posição desta, ou seja, o

complexo de Édipo. Assim, pois, a disposição neurótica não se caracteriza pela existência do

complexo de Édipo, e sim, a bem dizer, pelo fato de haver falhado na resolução do complexo

de Édipo.

A maneira pela qual esta resolução ocorre (612) reflete-se, necessariamente, na

personalidade ulterior. Em geral, sua é diferente para cada um dos sexos. O menino renuncia

aos seus desejos sensuais e hostis edipianos por causa do medo de castração, cuja intensidade

se deve à hipercatexia do pênis durante a fase fálica. O complexo, como diz Freud, "é

despedaçado pelo choque da castração ameaçada" (612). Nas meninas; porém, a resolução se

dá por causa do medo da perda de amor, por causa da decepção, vergonha, e também medo da

lesão física (ver pág. 89). Todas estas forças têm valor dinâmico menor do que o medo de

castração, de modo que a resolução do complexo de Édipo, nas meninas, em geral ocorre de

maneira mais gradativa e romnleta Para Freud, estaria aí a base psicológica das diferenças

carac-SSicoíentre os sexos (617; cf. também 843, 1164).

No caso de a formação do superego não se processar inteiramente, mas ter sua extensão

limitada por uma repressão anterior dos desejos edipianos, o indivíduo que, assim, mantém

disposição para o desenvolvimento de neuroses sente-se falhado com a frustração da sua

sexualidade infantil. A ofensa narcísica resultante desta falha constitui uma das fontes de

sentimentos neuróticos de inferioridade, a aflorar ulteriormente.

VICISSITUDES DO SUPEREGO

A identificação com os objetos do complexo de Édipo representa apenas um exemplo das

muitas identificações que ocorrem em toda a vida: primeiro, anunciando qualquer relação

objetal; depois, associada a outras relações objetais e com o aspecto de substitutos regressivos

destas (408). Estas outras identificações são capazes de influenciar o superego. As

identificações

primitivas constituem grande parte da estrutura do ego, mas algumas dentre elas, que se têm

descrito como pré-estádios do superego, formam contraste com o resto do ego e assumem as

funções de observação, proteção, crítica e punição. Nas identificações que ocorrem na vida

ulterior, tem muita importância o fato de o introjetado ser absorvido pelo ego ou tomar o lado

do superego. É claro que os ideais de uma pessoa não são inalteráveis depois que ela entra no

período de latência. E é realmente característico do desenvolvimento normal que os ideais e os

valores se tornem mais independentes dos modelos infantis, quando se abandonam os laços

libidinais com a família. Não há quem não experimente o destronamento dos pais; as pessoas

normais experimentam-no de maneira mais gradativa; os neuróticos costumam experimentá-lo

mais de repente e com medo ou triunfo. Outras pessoas que servem de modelos, ou certas

idéias, podem vir a ser introjetadas no superego e modificar-lhe o conteúdo.

É freqüente vê complicações que resultam do ajustamento ao supergo de uma introjeção

deste tipo, recém-adquirido. Se as idéias novas não trazem mais do que crítica nova ou ligeira

modificação de ideais antigos, a situação não é difícil. Mas há vezes em que condições internas

ou externas são capazes de criar “parasitas do superego”, os quais usurpam as funções deste por

prazos que variam (603). É o que ocorre, por exemplo, na hipnose (1235) ou na influência da

sugestão coletiva (606). Encontram-se conflitos violentíssimos entre um superego estabelecido

e introjeções novas servindo de base inconsciente à depressão (ver págs. 367 e segs.).

A reprojeção do superego para pessoas externas ocorre com freqüência e de formas

diversas. É claro que nem a crença em "modelos ideais", nem certo grau de "temor social"

(necessidade de aprovação por outras pessoas e medo da rejeição) são, necessariamente,

patológicos. Se acontece que várias pessoas tomam o mesmo objeto como representante do

respectivo superego, daí se seguirá que elas se identifiquem entre si; é o mecanismo básico da

formação de grupos (606). A crença na autoridade em geral deve-se Sempre a uma n ^ ^e das

qualidades do superego (651). Há outras formas de reprojeção do superego que são patológicas:

por exemplo, as projeções que se realizam no decurso da luta do ego contrato superego, na

tentativa de erradicar sentimentos de culpa (ver págs. *293* e seg. e 460 e segs.).

Em certo grau, nas pessoas normais, dá-se, posteriormente, a substituição do

funcionamento automático e estrito de um superego rígido pelo juízo razoável dos resultados

reais que originarão os atos futuros.

O PERÍODO DE LATÊNCIA

A influência do superego começa, tipicamente, a manifestar-se após a resolução do complexo de Édipo (612), com o aspecto de cessação ou decréscimo das atividades masturbatórias e dos interesses instintivos em geral. Manifestam-se alterações dos instintos parciais mediante inibições dos objetivos respectivos, sublimações de vários tipos e, com freqüência, formações reativas. A personalidade do indivíduo, ou seja, a maneira por que, habitualmente, manipula exigências externas e internas, consolida-se neste período (63, 555, 800).

A PUBERDADE

Dura até a puberdade o relativo equilíbrio do período de latência, então ocorrendo intensificação biológica dos impulsos sexuais. O ego, que nesse ínterim se desenvolveu, reage de modo diverso do que reagia antes, conforme seja a experiência anterior. Todos os fenômenos mentais característicos da puberdade são de considerar-se como tentativas de restabelecimento do equilíbrio transtornado. A maturação normal caminha de tal modo que, ao atingir a primazia genital, o ego aceita a sexualidade como componente importante da personalidade e aprende a ajustar-se-lhe.

Não é simples em sociedades que têm as nossas condições culturais. A tarefa psicológica da puberdade consiste em adaptar a personalidade às condições novas produzidas por alterações físicas; tarefa adaptativa que, no entanto, seria menos difícil se as condições novas fossem, de

fato, absolutamente novas. Na realidade, são semelhantes às experiências que ocorreram no

período da sexualidade infantil e do complexo de Édipo; daí por que também reaparecem os

conflitos destas fases, ss bem que, nesse ínterim, se hajam to nado mais complicadas. O

equilíbrio relativamente agradável do período latência terá estabilizado certas atitudes hostis

aos instintos,, o que é, então, cap de aumentar a ansiedade e a instabilidade. Durante o período

de latência, próprias exigências instintivas não mudaram muito, mas o ego mudou; desenvolveu

padrões definidos de reações e exigências externas e internas. Quando o ego, na adolescência,

entra em conflito com os impulsos instintivos, a situação difere daquele que se vê na infância.

Destacam-se atitudes contraditórias. Assim é que, lado a lado, ou em seqüência, aparecem

impulsos heterossexuais genitais, todos os tipos de comportamento sexual infantil e atitude de

ascetismo externo, tentando reprimir não só toda sexualidade, mas tudo quanto é prazeroso

também. O reforço das exigências genitais tem base fisiológica. O retorno de impulsos sexuais

infantis deve-se, em parte, ao fato de a primazia genital não se haver ainda estabelecido por

completo, a puberdade acarretando aumento da sexualidade total; em parte, no entanto, o que

causa o retorno dos impulsos infantis é o medo que a criança sente das novas formas dos seus

impulsos; daí regressar às formas antigas e mais familiares. O ascetismo da puberdade assinala

o medo da sexualidade e constitui defesa contra esta. Fora do reino estritamente sexual, há uma

série semelhante de contradições no comportamento, caracterizado também a psicologia da

puberdade; egoísmo e altruísmo, mesquinhez e generosidade, sociabilidade e retraimento,

vivacidade e tristeza, gaiatice tola e seriedade excessiva, amores intensos e abandonos

repentinos dos mesmos, submissão e rebeldia, materialismo e idealismo, rudeza e ternura —

tudo é típico. A análise mostra que estas contradições provêm de conflitos entre os impulsos

recentemente reforçados e as ansiedades ou tendências defensivas. A efetividade destas

tendências defensivas não constitui base suficiente para a presunção de que o ego seja,

primariamente, hostil aos instintos ou que os tema, basicamente. Ê verdade que, até certo

ponto, toda experiência emocional inesperada (principalmente, quando intensa) tem efeito

assustador até que o ego se familiarize com o fenômeno novo e aprenda a controlá-lo. O

mesmo se diga também da primeira polução e da primeira menstruação. Na maior parte dos

casos, porém, os temores habituais dos fenômenos instintivos novos são muito mais intensos do

que seria o medo gerado pelos próprios incidentes iniciais. Enquanto decorre o período da

sexualidade infantil e, particularmente, no momento da resolução do complexo de Édipo, a

criança terá aprendido a considerar perigosos os impulsos sexuais. Nas sociedades que

tratassem de outra maneira a sexualidade infantil, a puberdade também assumiria curso

diverso (1102).

Aliás, na puberdade, o desenvolvimento sexual parece reiniciar-se precisamente naquele

ponto em que fora abandonado, à época da resolução do complexo de Édipo. Antes que se

resolvam os vínculos incestuosos, é constante a ocorrência de intensificação dos desejos

edipianos. Os temores e culpas ligados ao complexo de Édipo são responsáveis, primariamente,

pelo fato de o ego ser murtas vezes, na puberdade, muito hostil aos instintos e muito temeroso

deles. Se fosse possível, afinal, liquidar o complexo de Édipo por meio de experiências sexuais

satisfatórias com objetos não incestuosos, mais fácil seria o ajustamento. A dificuldade de

realizar isso, nas condições atuais, leva a que se intensifique complexo de Édipo e, portanto, a

que se intensifiquem as ansiedades sexuais (1278). A longa duração da puberdade, quer dizer, o

gasto de tanto tempo e trabalho para a restauração do equilíbrio psíquico e para a aceitação da

sexualidade como parte da vida é, sem dúvida, culturalmente condicionado (128). A

"investigação comparada da puberdade" em condições culturais e sociais diversas é esfera de

estudo que quase ainda nem começou.

Estes conflitos entre impulsos e ansiedades são sentidos conscientemente pelos

adolescentes de hoje, em particular sob a forma de conflitos que giram em torno da

masturbação. Os impulsos genitais aumentados acabam exprimindo-se mais cedo ou mais tarde,

em atividades masturbatórias. Só quando a repressão da masturbação infantil foi muito intensa

é que ela não recomeça na puberdade. Temores e sentimentos de culpa, originalmente ligados

às fantasias edipianas concomitantes, deslocam-se, então, para a atividade masturbatória. A

personalidades adolescentes reagem de modo diferente a estes temores e sentimentos de culpa:

ou ficam mais do lado do impulso e tentam combater a ansiedade (ou os pais, que representam

a proibição); ou ficam — o que é mais freqüente — do lado da ansiedade e dos pais, tentando

lutar contra as tentações instintivas e, bem assim, as tendências rebeldes. É freqüente fazerem

uma coisa e outra sucessiva ou até simultaneamente. Há adolescentes que lutam contra sua

consciência provando a si mesmos que não são piores do que os outros; reúnem-se em base

narcísica para o fim de alternar histórias a respeito da sexualidade, ou até para atividades

instintivas em comum; outros há que se retiram, ocultam absolutamente a sua masturbação e os

seus desejos, sentem-se banidos e solitários, incapazes de participar nas reuniões "sexuais" ou

nas reuniões com os colegas "iniciados". Fixações no primeiro tipo de reação vêm a ser

representadas, ulteriormente, pelas "personalidades impulsivas"; fixações no segundo tipo,

quem as representa são os eritrófobos.

E provavelmente por força de fatores sociais que os adolescentes preferem muitas vezes

encontrar-se em reuniões homossexuais, maneira pela qual evitam a presença excitante do

outro sexo e, do mesmo passo, evitam a solidão, assim podendo encontrar a tranqüilização que

buscam. O que haja sido rejeitado, porém, retorna e as amizades que se fundavam na esperança

de evitar relações objetais sexuais assumem caráter sexual mais ou menos evidente. Não se

considerem patológicas as experiências homossexuais ocasionais que ocorrem entre

adolescentes desde que se apresentem como fenômenos temporários de adaptação e não

resultem em fixação clara. A preferência freqüente de objetos homossexuais, nessa idade,

talvez se deva tanto à timidez em relação ao outro sexo (e à tradição cultural) quanto à

orientação narcísica permanente da maior parte das necessidades objetais da fase puberal.

Anna Freud (541) estudou uns tantos tipos de reações puberais modernas, descrevendo o

tipo ascético já mencionado, que reprime tudo quanto é prazeroso juntamente com a

sexualidade. É freqüente períodos de ascetismo alternarem com períodos de atividade instintiva

bravia. O incremento dos interesses intelectuais, científicos e filosóficos da puberdade

representa tentativas no sentido de controlar os impulsos e as emoções com estes relacionadas.

É comum a ansiedade, nesta fase da vida, provocar regressões parciais, o que explica as

contradições observadas no comportamento adolescencial para com os objetos. Muitas relações

representam, então, mais identificações do que amor autêntico; e de muitas formas se usam os

objetos como simples instrumentos com que aliviar tensões internas, como exemplos bons ou

maus, como provas das capacidades pessoais, ou como expedientes que reanimem. A "rudeza"

que os adolescentes masculinos exibem, às vezes, é freqüente significar o desejo de intimidar

para o fim de superar a própria ansiedade. Abandonam-se com facilidade os objetos no caso de

estes perderem o seu significado reanimador.

A puberdade é superada, quer dizer, a sexualidade incorpora-se à personalidade quando

se alcança a capacidade do orgasmo pleno. Os transtornos que ocorrem nesta esfera, enraizados

em repressões anteriores, servem de base às neuroses. Aqueles que temem a idade adulta

definida, isto é, temem a nitidez das suas exigências instintivas (que sentem ter de aceitar

quando adultos) pertubam-se a esta altura e prolongam a sua puberdade, isso lhes sendo

facilitado por várias condições culturais (128). São capazes, então, durante certo tempo, de

desfrutar a dependência e as vantagens da adolescência, ao mesmo tempo imaginam e

fantasiam grandeza e independência futuras, sem ousar testar o valor real destas fantasias de

qualquer forma que seja.

Na literatura psicanalítica, menos se encontra sobre o curso normal da puberdade do que

sobre a sexualidade infantil. (Exceções: 76. 128. 129, 139, 226 255, 256, 541, 555, 678, 800,

836, 888, 1118, 1255, 1624, 1627). O fato explica-se porque a sexualidade infantil foi

descoberta pela psicanálise, ao passo que a puberdade já fora amplamente estudada. De

maneira alguma, porém, este período é desimportante. É certo que a puberdade constitui "re-

tição" do período sexual infantil e só raras vezes é que se deparam conflitos na uberdade que

não hajam tido precursores na sexualidade infantil. Em todo caso, as experiências da puberdade

são capazes de resolver conflitos, ou fazê-los mudar de direção num sentido final; além do que,

podem dar forma final e definitiva a constelações mais antigas e oscilantes. Há muitos

neuróticos que dão a impressão de adolescentes, porque não conseguiram enfrentar em boas

condições a sua sexualidade; daí continuarem os padrões comportamentais dos adolescentes, ou

seja, os padrões de uma idade em que é considerado, em geral, normal não haver realizado

aquelas boas condições; daí continuarem a sentira vida como estado provisório, enquanto a

"realidade plena" ainda espera em futuro indefinido.

PARTE II

TEORIA PSICANALÍTICA DA NEUROSE

A. ***Neuroses Traumáticas***

CAPITULO 7

B. ***Psiconeuroses, o Conflito Neurótico***

CAPÍTULOS 8-10

C. ***Psiconeuroses. Mecanismos da Formação de Sintomas e***

Neuroses Especiais

CAPÍTULOS 11-18

D. ***Neuroses. As Elaborações Secundárias dos Sintomas***

CAPÍTULOS 19-20

E. ***Combinações de Neuroses Traumáticas e Neuroses***

CAPÍTULOS 21

F. ***Evoluções e Terapia das Neuroses***

CAPÍTULOS 22-23

7

Neuroses Traumáticas

O CONCEITO DE TRAUMA

A função básica do aparelho psíquico consiste em restabelecer a estabilidade após

transtorno produzido por estímulos externos, o que se realiza, primeiro, pela descarga da

excitação provocada; depois, pela "ligação" desta e pela combinação de descarga e ligação.

Sempre que falhar a manutenção de um equilíbrio (relativo), ocorrerá estado de emergência,

cujo tipo mais simples se verifica quando há uma excitação muito intensa para uma dada

unidade de tempo, representando o caso mais simples de emergência deste tipo.

"Excessivamente alto", contudo, é expressão relativa, significando: que excede a

capacidade de controle. Esta capacidade depende de fatores constitucionais e, bem assim, de

todas as experiências anteriores do indivíduo. Há estímulos tão esmagadoramente intensos que

exercem efeito traumático sobre quem quer que seja; outros existem que são inócuos para a

maior parte das pessoas, traumáticos, porém para certos tipos predispostos a serem

traumaticamente esmagados. Esta "fraqueza" tem, às vezes, raiz constitucional, mas depende

também da economia mental da pessoa: para uma criança, o desaparecimento de um ente

querido pode ser traumatizante pelo fato de que desejos libidinais dirigidos para este ente,

ficando sem objetivo, esmagam a criança; os adultos são mais sujeitos a experiências

traumáticas quando estão cansados, exaustos, doentes. Outra diferença decisiva reside na

possibilidade ou impossibilidade à ocasião do trauma, de reações motoras; o bloqueio da

atividade motora externa aumenta a possibilidade de colapso e uma expectativa ansiosa é mais

perigosa do que o combate aberto. Todavia, o fator mais importante de todos se representa

pelas repressões anteriores: as pessoas são "fracas" quando a capacidade que têm de "ligar"

tensões é inteiramente assumida pela manutenção de repressões anteriores. Donde resulta que

trauma é conceito relativo: são fatores de economia mental, relacionados com a constituição e

também com as experiências anteriores e com as condições atuais antes e durante o trauma, que

vão determinar qual é o grau de excitação que sobrecarrega a capacidade do indivíduo.

Pode-se considerar o desenvolvimento do ego como tendo sido realizado para o fim de

evitar estados traumáticos. A sua capacidade de selecionar e organizara excitação (descarregar

e ligar tensões) é facilitada pelo fato de poder prever na fantasia o que ocorrerá, deste modo

preparando-se para o futuro sob o ponto de vista econômico, esta preparação consiste em

armazenar a quantidades de contracatexias para o fim de ligar as excitações que hão de vir. Os

fatos que não se prevêem experimentam-se com mais dramaticidade do que aqueles para os

quais o indivíduo se prepara. Daí por que há mais probabilidade de um incidente ter efeito

traumático relacionado diretamente com a imprevisibilidade da sua ocorrência.

Certas quantidades de excitação, derivadas de acontecimentos esmagadores súbitos,

bem como tensões crônicas, criam sensações muito dolorosas de tensão, além de fazerem entrar

em jogo tendências patológicas e arcaicas de controlar aquilo que não se consegue controlar da

maneira habitual. Cria-se uma espécie de regime de emergência da descarga (1292), em parte

representando função automática contrária à vontade e sem qualquer participação do ego: em

parte com as forças remanescentes e restauradas do ego.

Os sintomas das neuroses traumáticas são: (a) bloqueio ou decréscimo várias funções do

ego; (b) ataques de emoções incontroláveis, particularmente de ansiedade e, muitas vezes,

cólera; às vezes, até ataques convulsivos; (c) insônia ou transtornos severos do sono, com

sonhos típicos nos quais se experimenta repetidamente o trauma; e também repetições mentais,

durante o dia da situação traumática, total ou parcialmente sob a forma de fantasias,

pensamentos ou sentimentos; (d) complicações secundárias neuróticas.

BLOQUEIO OU DIMINUIÇÃO DAS FUNÇÕES DO EGO

Pode-se explicar o bloqueio das funções do ego como sendo a concentração em certa

tarefa de toda a energia mental disponível, ocorrendo, então, a edificação de contra-energias

que controlem a excitação esmagadora inoportuna. A urgência da tarefa diminui relativamente

a importância de todas as demais funções do ego, as quais são obrigadas a renunciar às suas

energias em favor da tarefa de emergência, esta dominando inteiramente a pessoa.

O bloqueio de algumas dentre as funções, particularmente daquelas perceptiva e

aperceptiva, atua do mesmo passo no sentido de impedir o influxo de mais excitação. Aquela

que já está vigorando tem de ser controlada antes que se aceitem estímulos novos. O organismo

desenvolve, então, maneiras várias de proteger-se, contra excessiva quantidade de estimulação

(Reizschutz) (605); recusara aceitação de estimulação nova constitui expediente primitivo com

que restabelecer esta proteção, depois de rompida pelo trauma.

Uma das funções que podem enfraquecer-se ou bloquear-se, pelo fato *de* se haver perdido

relativamente sua importância, é a sexualidade. Em geral, diminui o interesse sexual dos

neuróticos traumáticos; nos homens, é muito freqüente a ocorrência de impotência temporária

(340, 1616). Este sintoma muitas vezes resultante de complicações neuróticas, mas também

pode ser inteiramente inespecífico. A energia sexual, tal qual outras energias mentais.

mobilizada para controlar a excitação invasora, deixando de estar a disposição da sexualidade.

Do mesmo modo que o interesse sexual costuma diminuir nos doentes, pelo fato de se tornarem

narcisistas, assim também a energia sexual perde seu caráter específico após um trauma (340).

Nos neuróticos traumáticos, têm-se descrito fenômenos regressivos de todos os tipos, no

reino tanto dos instintos quanto do ego. Devem-se considerar conseqüentes à perda geral da

diferenciação das funções mais altas; no caso, também para o fim de realizar a tarefa

esmagadora, o controle “inespecífico”. Mais ainda: esta “primitivação” pode servir a outro fim:

as pessoas desemparadas costumam tender a regredir aos tempos da infância, porque, enquanto

crianças, eram de fato socorridas por adultos “onipotentes”. Há vezes em que os neuróticos

traumáticos desenvolvem uma espécie de atitude que demonstra desamparo e dependência

passiva; e apresentam cartas tendências orais: é regressão ao tipo de controle receptivo-passivo

mais primitivo (controle do mundo exterior), seguindo-se à falha de um controle que se

desenvolva ativamente. Esta reação há de ser mais forte nas pessoas inclinadas a semelhante

tipo de controle antes mesmo do trauma: limitadas, desde o princípio, que lhes eram as

capacidades ativas mais prontamente entrarão em estado traumático aqueles cujo ego é mais

ativo.

O bloqueio do ego que se representa no desmaio como resposta a um é o "mecanismo de

defesa" mais arcaico e primitivo. Neste caso, o organismo, esmagado por estímulos

excessivamente intensos, barra o influxo de estímulos adicionais. Os complicados mecanismos

de defesa das neuroses é de considerar-se como sendo desmaios parciais. No desmaio, toda

percepção é bloqueada; na repressão, são bloqueadas umas tantas percepções selecionadas (ver

pág. 133).

ATAQUES EMOCIONAIS

Também os diversos ataques emocionais representam descargas de emergência mais

arcaicas e involuntárias. Em certa extensão, são de todo inespecíficas: quem sofre um trauma

pode ficar depois inquieto, hipercinético, pode chorar e gritar. Em parte, são específicas estas

reações e a índole respectiva explica-se ou pela situação motora e sensorial que vigorava no

momento do trauma, ou pela história pré-traurnática da pessoa. Fato importante a ter em mente

consiste em que a qualidade emocional destes ataques é quase sempre sentida como ansiedade

ou raiva. Quando se estuda o desenvolvimento da ansiedade, vê-se que todos os ataques

ulteriores representam repetições de estados traumáticos anteriores. O estado objetivo que

significa estar inundado de excitação incontrolada é sentido, subjetivamente, como dor muito

forte, dor cuja qualidade se assemelha muito à ansiedade; tudo resultando em parte da própria

tensão interna incontrolada, em parte de "descargas de emergência" (618) vegetativas

involuntárias. Certos estados raivosos posteriores também necessidade urgente não satisfaz,

nem são adequadas as descargas disponíveis. Assim é que a ansiedade e a raiva dos neuróticos

traumáticos representam descargas de excitações que foram suscitadas na situação traumática,

mas que não puderam ser suficientemente descarregadas. Há muitos casos, no entanto, em que

se lhe pode explicar a índole específica pelas emoções sentidas (ou suscitadas, mas não

sentidas) durante o trauma. Neste contexto, os ataques emocionais entram na categoria dos

"sintomas de repetição" presentes nos neuróticos traumáticos, a se discutirem adiante.

É provável que a síndrome epiléptica arcaica funcione como descarga de emergência em

certos indivíduos constitucionalmente predispostas (917).

TRANSTORNOS DO SONO E SINTOMAS DE REPETIÇÃO

O sono pressupõe um estado de relaxamento, impossível ao inundado de excitação.

Compreende-se, pois, que as quantidades ladas de excitação presentes nos neuróticos

traumáticos tenham na dos seus sintomas principais.

A repetição ativa do trauma nos sonhos, apesar de torturar de tal paciente, é.

economicamente, alívio para ele. O ego arcaico, antes de se para prever o futuro, dominava o

mundo exterior pela repetição ativa daquilo que se experimentara passivamente. Os sonhos

repetitivos do neurótico traumático representam regressão a esta modalidade primitiva de

controle: experimentando repetidas vezes aquilo que se havia sofrido no trauma, aos poucos se

recupera o controle, daí resultando descarga retardada e assim ajudando a eliminação das

tensões (605). Mais ainda: estes sonhos possibilitam o sono, apesar da tensão interna.

Não se restringem aos sonhos as repetições do trauma; ocorrem também no estado de

vigília, em parte conscientes, o paciente não conseguindo livrar-se de pensar a todo momento

no fato traumático; em parte inconscientes o paciente experimentando ataques ou fazendo

movimentos da ordem dos tique sem significação manifesta de espécie alguma, mas

mostrando-se, à análise como repetições de movimentos que se executaram na situação

traumática ou que teriam finalidade nesta situação, mas foram omitidos. Pode acontecer que os

movimentos não se ajustem exatamente à situação traumática precipitante e sim a alguma outra,

ainda mais antiga e esquecida, recentemente mobilizada pelo trauma (1434).

De um lado, certa ruminação obsessiva em torno de um trauma representa tentativa de

ligar retardadamente a excitação invasora; doutro lado, a repetição ativa daquilo que

passivamente se experimentou, como os ataques emocionais e os movimentos, representa

esforço por uma descarga retardada. Se compararmos a repetição ativa desta ordem à

mobilização supramencionada de uma atitude receptivo-passiva, veremos que é possível aspirar

ao mesmo objetivo com meios precisamente opostos.

Trauma é situação em que falham as modalidades habituais pelas quais o indivíduo se

ajusta, tendo ele, então, de encontrar formas novas e melhores de adaptação. O que estamos

dizendo não difere do que já foi dito. Consiste na adaptação para alguma coisa que não seja um

sistema complicado de ligações e de descargas primitivas. Há um aspecto, sim, que mais se

acentua quando se emprega a palavra "adaptação", ou seja, o papel ativo do ego. De fato,

quando este e as suas modalidades de adaptação falham, duas coisas ocorrem: (1) o ego é

esmagado e produzem-se sintomas que o excedem, sintomas que se experimentam

passivamente; (2) o ego quanto mais depressa tenta restabelecer o seu domínio, mesmo que

tenha de aplicar princípios mais arcaicos de controle: a regressão, se necessário for (922).

Visto que o ego se diferenciou gradativamente do id visto haver cama profundas daquele

ainda muito próximas deste, não é fácil afirmar se certo sintoma de neurose traumática ocorre

pelo fato de o ego haver sido esmagado, ou se o ego se esforça por novos tipos de controle,

arcaicos e indiferenciados. Quando se fala em adaptação, acentua-se o segundo ponto de vista;

de fato, o conceito de neurose traumática abrange e justifica o primeiro aspecto: que não só o

ego "se adapta", mas também que alguma coisa se passou a que o organismo não "se adaptou".

COMPLICAÇÕES NEURÓTICAS

Não podemos descrever as complicações neuróticas que ocorrem nas traumáticas sem ter

estudado em pormenores as próprias psiconeuroses. Uma vez discutidas as neuroses,

dedicaremos um capítulo à parte às neuroses que constituem associação de elementos

traumáticos e psicogênicos (ver págs 501 e segs.). Todavia, no sentido de completar o quadro

das neuroses traumáticas, devemos caracterizar, mesmo a esta altura, certas tendências

psiconeuróticas que nunca estão inteiramente ausentes nas neuroses traumáticas.

Não há quem não tenha certa quantidade de energias instintivas reprimidas descarga é

evitada por forças defensivas e que tentam irromper, no entanto. Enquanto prevalece certa

estabilidade entre os impulsos reprimidos que lutam pela descarga e as forças defensivas que

obstam esta última, a pessoa sofrerá de algum empobrecimento da sua personalidade, quanto ao

mais, porém, permanecendo relativamente bem . Desde , no entanto, que qualquer transtorno

deste equilíbrio ocorra, resultará daí o perigo de que irrompam os impulsos reprimidos; e

resultará também a necessidade de desenvolver meios de defesa novos e mais efetivos; noutras

palavras, o perigo de neuroses (431). Aquelas experiências que precipitam neuroses

representam sempre alterações do equilíbrio anterior, relativo, que existia entre os impulsos

reprimidos e as forças repressoras (ver págs. 422 e segs.).

Freud salientou que, na etiologia das neuroses, a causa precipitante e a disposição

neurótica (ou seja, constituição mais experiências infantis) se complementam. O indivíduo que,

por força da sua constituição e da sua fixação infantil, tem predisposição neurótica há de

responder até a dificuldades de pouca monta com a reativação dos seus conflitos infantis e,

portanto, com neurose; aquele que for menos predisposto também é capaz de desenvolver

neurose, no caso de as suas experiências vitais serem suficientemente severas. Existe uma série

etiológica de casos: num extremo, encontramos casos em que a causa precipitante real não tem

importância prática; no outro extremo, estão aqueles casos nos quais a causa precipitante

específica desempenha papel preponderante (596).

Sem dúvida, certa porcentagem daquilo que se descreve como neuroses traumáticas são

neuroses precipitadas por um acidente qualquer. É o que corrobora o fato de que há vezes em

que se vê desproporção estranha entre a insignificância relativa do "trauma" e a severidade,

sim, da neurose que se supõe por ele precipitada. Quanto mais intensas as repressões anteriores

e quanto mais instável o equilíbrio nos conflitos defensivos, mais depressa a experiência há de

ter caráter traumático. Todo indivíduo tem um "limiar de ruptura", mas o fato é que, conforme

as pessoas, varia muito a facilidade com a qual este é alcançado.

Nos indivíduos de predisposição neurótica, o que há não é apenas empobrecimento

quantitativo do ego, permitindo que os estímulos gerem situações traumáticas; existe também

sensibilização quantitativa em certos pontos de "complexos"; neles, as experiências do reino

dos complexos tendem a produzir efeitos traumáticos. (É o que esclareceremos quando

discutirmos as neuroses.).

Seria de importância suprema para a psiquiatria que se ocupa nos quartéis d

selecionar as personalidades para as quais a situação militar como tal é "ponto d

complexo" deste tipo. Claro que para todo o mundo têm significação as idéias H "que

se pertence a uma grande unidade", bem como a provisão de alimento abrigo, a

limitação da responsabilidade pessoal e um ambiente que quase exclui outro sexo.

Varia consideravelmente, porém, a índole específica desta significação. É freqüente

a situação militar envolver certa "infantilização" mental situação na qual o exército e

os superiores representam os pais protetores, mas também ameaçadores. Há pessoas

que a aceitam sem maior conflito e ela pode até ajudar; outras, contudo, para as

quais a infantilização significa remobilização de conflitos infantis reprimidos, podem

ficar sensibilizadas e ter enfraquecida a sua capacidade de resistência; outras ainda,

conforme sejam as suas experiências infantis, fortificar-se-ão ou debilitar-se-ão

simultânea ou sucessivamente; ou se sentirão mais protegidas em certas condições,

menos protegidas noutras; por exemplo, mais protegidas enquanto não têm de

combater, menos durante o combate ou vice-versa; mais protegidas na vitória, menos

na derrota. Para Simmel, à atitude típica do soldado constitui expectativa da

proteção parental, expectativa capaz de suscitar decepção súbita e severa (1434).

Os traumas severos que transtornam toda a economia da energia mental também

necessariamente transtornam o equilíbrio que existe entre os impulsos reprimidos e as forças

repressoras. O primeiro tipo de transtorno desta ordem é geral e inespecífico. Visando a

cumprir a tarefa esmagadora em que consiste o controle retardado da excitação invasora, todas

as funções mentais, a sexualidade inclusive, podem ser despojadas das suas catexias

específicas, o mesmo podendo dizer-se das catexias que hajam sido ligadas por conflitos de

repressão. A catexia das forças defensivas será mobilizada primeiro, esta sendo uma razão geral

pela qual as forças reprimidas reaparecem de modo mais ou menos manifesto após os traumas.

E o quadro que assim se cria é o de desintegração inespecífica da personalidade, nesta

predominando a abolição das diferenciações e a regressão à dependência infantil.

De modo mais específico, um trauma mobiliza disposições neuróticas latentes ou (a) por

aumento da ansiedade que motiva a repressão, ou (b) por aumento das forças instintivas

reprimidas.

Se uma pessoa tiver desenvolvido certa quantidade de angústia de castração ou de

angústia pela perda de amor e, posteriormente, houver superado esta angústia por alguma

tranqüilização interna ("Afinal de contas, não é tão ruim assim, talvez não haja castração

verdadeira, não serei de fato abandonado"), a experiência de um trauma é capaz de transtornar

esta tranqüilidade e de remobilizar as antigas angústias. Quem tiver, por exemplo, negado até

então estes temores mediante regressão parcial à segurança do narcisismo e da onipotência

primitivos será obrigado pelo trauma a admitir que não é, enfim, onipotente; e as angústias

antigas reaparecerão. É o que se vê, particularmente, em certo tipo de angústia pela perda de

amor. Há indivíduos que têm a capacidade de apegar-se à crença de que o destino os protegerá,

tal qual os pais os protegeram antes, na infância. As pessoas deste tipo experimentam um

trauma como se fosse traição do destino, que se recusa a continuar a protege-las. A ideia

assustadora de que perderam a proteção de pessoas poderosas com qualidades de superego

varia em intensidade conforme o grau a que o indivíduo já se submetera a uma atitude

receptivo-passiva antes da experiência traumática; submissão que pode haver sido aguda, como

é o caso do soldado ou do marinheiro em combate, ou crônica, segundo ocorre naqueles cuja

auto-estima haja permanecido dependente de tranqüilização constante no sentido de serem

protegidos ou amados. Estas últimas pessoas tanto pendem, particularmente, para o

desevolvimento de neuroses traumáticas quanto estas, no tipo de personalidade a que nos

referimos, serão dominadas por quadros clínicos depressivos (1244).

Já dissemos que o estresse crônico pode ter o mesmo efeito que um trauma; um

tipo especial de estresse crônico que dá resultado específico. As frustrações extremas,

capazes de fazer a pessoa sentir que está de fato abandonada ou desassistida

inteiramente, precipitam em alguns adultos estados de apatia que se narram às

"depressões primárias" observadas em crianças (ver pág. 376); ou até se comparam à

maneira pela qual bebês hospitalizados sem amor materno se mostram, de certo

modo, abatidos.

O efeito da angústia de castração mostra-se particularmente claro nos sos em que o

trauma haja acarretado perigo intenso de lesão física. (Sabe-se, o entanto, muito bem que as

neuroses traumáticas são mais freqüentes nos casos em não houve lesão verdadeira.) Há uma

quantidade de neuroses traumáticas pós-operatórias nas quais, por exemplo, o paciente não se

preparou mentalmente, a operação sendo, então, considerada castração. E o que de fato ocorre

com mais freqüência em seguida a operações gênito-urinárias do que após operações que

envolvam outras partes do corpo (514).

O fato do medo de castração produzido por uma intervenção aumentar com o

grau do efeito traumático respectivo exige preparo higiênico mental antes de uma

cirurgia. Particularmente, as crianças têm de ser preparadas mediante es-

clarecimento objetivo a respeito do que vai acontecer antes de serem operadas; isso a

fim de evitar choques sérios.

O grau a que se experimenta um trauma como perda da proteção do destino ou como

castração depende, é claro, da história pré-traumática do paciente. A intensidade da disposição

inconsciente para o desenvolvimento de angústias, bem como a maneira pela qual as pessoas

hajam aprendido a enfrentá-las são decisivos.

O que melhor caracteriza a reação a um trauma é o fato de que conexões associativas se

estabelecem de logo entre o trauma e os conflitos infantis que se ativam. Reaparecem de súbito

ameaças e angústias infantis passadas, assumindo caráter sério. Pode acontecer que se

experimente o trauma como se fosse simples repetição de outros traumas passados da infância.

Já se disse que, Por vezes, os sintomas dos ataques observados nas neuroses traumáticas se

revelam determinados tanto pela situação física da situação traumática atual quanto pela

situação física de alguma cena esquecida da infância. O trauma, todo ele, pode ter a função de

encobrir alguma coisa (689).

Staudacher estudou uma neurose de guerra que fora precipitada pela explosão

de uma granada e em que a reação do paciente se determinara em todos os

pormenores por certa experiência infantil, ocorrida quando tinha três anos (1472).

No que diz respeito ao aumento dos impulsos reprimidos, pouco provável se afigura que

os traumas severos também se devam sentir como uma espécie de tentação. É certo que, em

geral, o trauma é assustador, não trazendo quer satisfação instintiva, nem tentação. Há de fato,

porém, pessoas cujo instinto sexual sofre.u distorção sadomasoquística e que se interessam

vivamente (consciente ou inconscientemente) por tudo quanto é ocorrência perigosa,

extraordinária, cruel, excitante ("thrilling"). Quanto mais se reprimam interesses desta ordem,

mais provável será que o trauma se sinta da seguinte forma: "Agora, as minhas fantasias se

estão tornando reais, afinal." Neste sentido perceber-se-á o trauma como tentação

sadomasoquística. Mais provável, entretanto, é que se perceba com mistura de tentação e

castigo: "O que desejei está acontecendo agora; e está acontecendo de modo terrível; e, por

conseguinte vou ser punido porque o desejei." Pode ocorrer que o trauma signifique 0 colapso

de uma atitude contrafóbica (ver pág. 508).

Terceiro tipo de remobilização pelo trauma de conflitos latentes consiste no despertar de

conflitos antigos entre o ego e o superego. Embora ainda não tenhamos discutido a índole

destes conflitos, é de conceber que o ego que experimenta um trauma sinta não só "O destino,

sucessor de meus pais, me está abandonando e castrando", como também "É bem feito para

mim porque sou culpado". É atitude que, repetindo em nível interno conflitos que existiam

originalmente entre o mundo exterior e o ego, transforma certas neuroses traumáticas em

angústia narcísica.

Todos os psiquiatras militares conhecem as características depressivas das

neuroses traumáticas daqueles soldados cujo melhor camarada foi morto, enquanto

eles se salvavam. Não se pressuponha daí, necessariamente, que se sentissem muito

ambivalentes para com o companheiro perdido. O que os faz sentir-se culpados, sim. é

que esperavam "se alguém tinha de morrer", fosse o outro e não eles próprios.

Discutindo as neuroses de guerra, Freud salientou um fato que complica o papel

desempenhado pelo superego nas neuroses traumáticas (603); o representante intrapsíquico do

destino pode tanto consistir no superego genuíno, que se adquiriu na infância, quanto pode

compor-se de identificações posteriores e mais superficiais com várias outras autoridades. As

identificações superficiais e passageiras têm, às vezes, muita influência e vêm conflitar-se com

o superego genuíno. Freud chamou estas formações "duplos parasitários do superego", capazes

de usurpar, por certos períodos, o poder do superego. Rado demonstrou que a representação

intrapsíquica dos hipnotizadores é de considerar-se como superego parasita. (É até um "duplo

parasitário do ego") (1234). Para Freud, as condições de guerra criam um "superego de guerra"

desta ordem, que não só permite a expressão de impulsos proibidos, mas também faz

exigências tentadoras para o ego, visto que o superego genuíno nunca permitiria que estes

impulsos se realizassem. Segundo Freud, há muitas neuroses de guerra em que se vê um "ego

de paz" contrapor-se a um "superego de guerra" (603).

A produção ou não de efeito traumático por influxo repentino de estimulação inesperada

depende da personalidade que experimenta o evento, isso dizendo respeito à situação do

momento e, bem assim, à história infantil inteira. Quando à situação atual, mais do que

qualquer outra coisa é decisivo o estado de preparação: quanto mais preparação, menos

provável o trauma. As neuroses traumáticas são mais intensas quando o trauma depara com um

ego exausto por estresse de há muito padecido (pressupondo que o estresse não haja sido uma

espécie de "expectativa" do evento, caso em que constituirá condição favorável) (1244).

Quanto à estrutura específica da personalidade no momento do trauma, Simmel e Rado

demonstraram não ser somente um "superego de guerra" que nos saldados aumenta os riscos do

"colapso neurótico"; toda a situação de guerra caracteriza-se, psicologicamente, por dois traços

contraditórios: exige atos que representam descargas instintivas até então proibidas mas, do

mesmo passo liberta a personalidade da responsabilidade e produz certo restabelecida maneira

arcaica receptivo-oral de controlar o mundo exterior. O que comanda tem a responsabilidade e

o poder; e acredita-se tenha o r e a capacidade de dar proteção. Tanto maior é a decepção

quando falha esta expectativa (1244, 1434).

Além dos comandos e proibições do superego serem diferentes na guerra

daqueles que vigoram na paz, também a "infantilização" da situação militar envolve

a reprojeção para os superiores de muitas das funções do superego. Se eles falham

no seu papel de proteger e premiar, o pior terá acontecido, pois que o soldado já

não está habituado a funcionar como o seu próprio superego. O ódio que assim se

mobiliza contra o pai substituto que não protege pode ser condenado pelo superego

ainda existente; daí se criarem sentimentos de culpa e novos conflitos severos.

A história infantil é que determina o grau de estabilidade da personalidade, isto é, a

quantidade que ela possui de conflitos latentes prestes a-mobilizar-se. De modo geral: quanto

mais repressões, menos energia se terá à disposição para controlar excitações de afluxo recente;

e maior a disposição para efeitos traumáticos. O fato de que o desenvolvimento de uma neurose

traumática se relaciona com a história infantil justifica os esforços que se fazem para excluir

das forças armadas as vítimas potenciais deste tipo de neurose.

A circunstância das personalidades pré-traumáticas se refletirem nas neuroses traumáticas

manifesta-se na multiplicidade dos quadros clínicos, bem como na variação destes de uma

cultura para outra, de uma época para outra, tal qual ocorre com a variação dos quadros clínicos

das neuroses conforme as diversas culturas e épocas.

Na Segunda Guerra Mundial, relataram-se muito mais episódios

esquizofrênicos ou esquizóides de breve duração e terminando espontaneamente do

que na Primeira. Quando a realidade se faz insuportável, o paciente rompe com ela,

sem que, no entanto, deixe de subsistir bastante atenção pré-consciente para

restabelecer o contato com a realidade assim que esta se torne suportável. É

possível que a prevalência recente de mecanismos psicóticos nas neuroses

traumáticas corresponda à prevalência de "transtornos caracterológicos" entre as

neuroses (ver pág. 416).

LUCROS SECUNDÁRIOS

Os lucros *secundários* desempenham, nas neuroses traumáticas, papel ainda mais

importante do que nas neuroses; e consistem em certas utilizações da sua doença que o

paciente é capaz de tentar e que nada têm a ver com a origem da neurose, chegando, porém, á

obter a máxima importância prática. Pode acontecer que os sintomas signifiquem,

secundariamente, que o paciente está demonstrando o seu desamparo a fim de conseguir ajuda

externa, tal qual desfrutava quando criança. É freqüente ver casos em que o modo por que

combater ou impedir lucros secundários vem a constituir o problema mais importante do

tratamento. Quando a neurose foi precipitada por incidente relativamente de pouca monta, ele

próprio é, muitas vezes, trazido ao primeiro plano pelo doente, o qual, assim, consegue, outra

vez, reprimir o conflito mental mobilizado por este incidente. O desejo de ganhar compensação

financeira ou o esforço feito neste sentido dificultam as perspectivas psicoterápicas, e isso tanto

mais quanto a compensação, além de vantagens racionais, adquire o significado inconsciente de

amor, segurança, proteção. Todavia, quem tiver compreensão psicanalítica dos processos

neuróticos jamais equiparará neurose a simulação, nem recusará inteiramente a compensação.

Talvez não haja solução fundamental para a questão que reside em encontrar um modo

igualmente válido por que se manipulem as compensações em todos os casos; talvez a única

forma de resolver a situação seja dar uma compensação no devido tempo.

Em vista de que o curso e a índole especial da sintomatologia das neuroses traumáticas

dependem amplamente das "complicações neuróticas" nelas se envolvem, muitos dentre os

problemas respectivos serão abordados com mais facilidade depois que se discutam as

neuroses.

A PSICANÁLISE DAS NEUROSES TRAUMÁTICAS

Nas neuroses traumáticas, encontramos duas séries de tentativas espontâneas de

recuperação, dando a impressão de contradição real: (a) tentativas de ganhar distância e

repouso, de juntar energias, por assim dizer, para a tarefa do controle retardado: a detenção ou

diminuição das funções do ego e a anulação das diferenciações, retirada para um recomeço, que

visa à reconstrução do equilíbrio rompido; (b) tentativas de descargas retardadas; fenômenos

motores, ataques emocionais, fenômenos de repetição. Podemos chamar a primeira série

"processo de aquietamento"; a segunda, "processo tempestuoso", ambos visando ao mesmo fim

de controle retardado.

A terapia pode e deve imitar uma maneira e outra. De um lado, o psicoterapeuta pode dar

descanso, tranqüilização, pode satisfazer desejos de passividade e dependência (sugestões

calmantes). Doutro lado, pode dar a catarse. a oportunidade de descargas tempestuosas e de

reexperiência repetida trauma, com verbalização e clarificação dos conflitos envolvidos na

situação. segunda maneira, quando aplicável, constitui ajuda mais direta; a primeira se

necessária naqueles casos em que o ego está por demais apavorado, em q a elaboração do

evento traumático ainda for insuportável, ainda constituir petição excessiva do caráter

traumático da experiência. Ao que parece, a tarefa psicoterápica na neurose traumática

consistirá em descobrir como fazer a fusão dos dois processos em certo caso. Encontrar a

quantidade relativamente correta de catarse e tranquilização representa a tarefa principal da

terapia; e tem, relativamente, pouca importância a forma pela qual um ou outro processo,

catarse ou tranqüilização, se realizem. De modo geral, será melhor estimular o paciente a que

fale o mais possível do trauma e conte as suas experiências repetidamente; mas há pacientes

que primeiro necessitam repouso e distanciamento maior das suas experiências antes de terem

condições para ab-reagir.

Quanto mais uma neurose traumática houver induzido neurose secundária, mais

necessárias se farão outras providências. São os casos em que é necessário a psicanálise e cujo

prognóstico dependerá da índole da neurose induzida. Os casos em que a alteração "traumática"

representa reação histérica são tão acessíveis à psicanálise quanto as histerias. É freqüente

deparar conforme já se disse com acréscimos narcísicos acentuados, isso fazendo mais

duvidoso o prognóstico psicanalítica.

Kardiner descreveu casos em que as neuroses traumáticas não tendiam para a cura

espontânea, mas, pelo contrário, para o desenvolvimento de defeitos permanentes da

personalidade (922). São os casos em que o bloqueio ou o decréscimo das funções do ego,

característicos de toda neurose traumática criou diminuição permanente da percepção, do juízo,

do interesse pelo mundo exterior, disposição à retirada de todo contato com a realidade, talvez

correspondendo ao medo da repetição do trauma. O quadro que daí resulta corresponde a

personalidade muito restritas, que vivem existência simples, comparáveis a certos psicóticos ou

a personalidades que tenham superado uma psicose com cicatrizes no ego. São vários os casos

quem se têm descrito deste tipo irreversível (1149). Talvez aí o desenvolvimento desfavorável

resulte de complicações constitucionais ou neuróticas de índole narcísica. Em situações desta

ordem, portanto, a psicanálise também pode vir a ser difícil. Indica-se o tratamento precoce

antes que as alterações produzidas pelo trauma se implantem a profundidade demasiada na

personalidade.

As neuroses traumáticas constituem oportunidade singular para o estudo do fato de ser o

ego um aparelho que se desenvolve para o fim de superar traumas passados e para evitar

traumas futuros; são um tipo de neurose que representa insuficiência desta função básica do

ego.

8

Os Motivos de Defesa

QUE É CONFLITO NEURÓTICO?

Baseiam-se as neuroses no conflito neurótico, o qual resulta em bloqueio das descargas

necessárias e, desta forma, cria um estado de represamento. Este, por sua vez, origina

gradativamente, insuficiência relativa da capacidade que tem o ego de controlar a excitação. Os

fatores que precipitam as neuroses devem ser vistos como traumas relativos; os estímulos que,

sem o estado de represamento, teriam sido controlados facilmente criam, já agora, insuficiência

relativa (ver págs. 422 e segs.).

Por definição, o conflito neurótico é conflito que surge entre uma tendência que luta pela

descarga e outra tendência que tenta impedir esta última. A intensidade da tendência à descarga

tem-se dito que depende tanto da natureza do estímulo quanto, e mais ainda, do estado físico-

químico do organismo. De modo geral, é lícito equiparar as tendências que lutam pela descarga

aos impulsos ("impulsos instintivos"); o tamisamento dos impulsos, ou seja, a decisão sobre a

permissibilidade ou não da respectiva descarga foi definida como sendo função do ego. Logo,

qual será a formulação geral senão esta: O *conflito neurótico produz-se entre impulsos, isto é,*

entre o id e o ego (608, 611).

HÁ POSSIBILIDADE DE CONFLITOS NEURÓTICOS ENTRE INSTINTOS QUE SE

OPÕEM?

Tem validez esta fórmula para todos os conflitos neuróticos? Ou é de admitir que um

conflito neurótico se produza entre duas exigências instintivas que visam a objetivos

contraditórios? Há, por exemplo, fatos clínicos que parecem provar, por exemplo, a repressão

de impulsos heterossexuais pelo homossexualismo, ou a repressão do masoquismo pelo

sadismo (42, 601).

No entanto, quem investigar a história dos conflitos deste tipo verá, constantemente, que

o conflito aparente entre os instintos mais não faz senão cobrir ou representar outro conflito

entre um instinto indesejável e algum medo ou sentimento de culpa que se opõe. Esta força terá

conseguido aumentar a intensidade de algum outro impulso (cujo objetivo se opunha ao do

impulso censurável original) porque este aumento ajudou a reforçar a defesa pretendida.

Conflito instintivo na base de uma neurose é sempre também conflito estrutural; um dos

instintos conflitantes representa o ego, ou seja, é apoiado por uma defesa do ego, ou reforçado

para fins de defesa do ego. Instinto embora, atua com defesa contra um instinto mais

profundamente reprimido. Os conceitos de "instinto" e "defesa" são relativos sempre

interpenetrando-se uma coisa e outra; há formações reativas que, particularmente, utilizam

reforços dos instintos com objetivos opostos. Os instintos de finalidades contraditórias, se não

houvesse reforço desta ordem produzido pelo ego defensor, não conflitariam entre si. No reino

do id, não existe concepção de contradição; nem ordem lógica nele existe. Os instintos com

finalidades contraditórias podem ser satisfeitos um após o outro certas vezes até com

simultaneidade, pelo mesmo e único derivativo. Freud sus citou a questão seguinte: Por que é

que certas pessoas experimentam instintos contraditórios como conflitantes e ficam

transtornadas por causa deles, ao passo que outras não os sentem, em absoluto, como

conflitantes? (629). Resposta: Isto depende da contradição entre os objetivos instintivos

envolver ou não também conflito estrutural (433, 438).

Em última análise, a ansiedade e os sentimentos de culpa que motivam con-

flitos estruturais também exprimem exigências instintivas, ou seja, exigências de um

instinto de autoconservação, ou de um instinto de conservação do amor materno.

Resumindo: O fato de haver conflitos entre os instintos não obriga a modificação alguma

da fórmula: o conflito neurótico produz-se entre o id e o ego.

O MUNDO EXTERIOR NOS CONFLITOS NEURÓTICOS

Embora os motivos de defesa se enraízem em influências externas, o mundo exterior

como tal não pode reprimir, mas apenas obrigar o ego a desenvolver forças repressoras. Sem

instituição intrapsíquica que represente e antecipe o mundo exterior, nem defesa, nem neurose

poderiam produzir-se. Um conflito original entre o id e o mundo exterior deve ter-se

transformado em conflito entre o id e o ego antes do desenvolvimento de conflito neurótico.

O mundo exterior não pode rejeitar impulsos senão pelo ego, mas talvez possam as

percepções externas ser rejeitadas, assim participando no conflito neurótico. Na discussão das

neuroses traumáticas, viu-se que o desmaio e o bloqueio de percepções ulteriores provam a

possibilidade do mundo exterior (as percepções) ser rejeitado. Fenômeno da mesma ordem

ocorre nas neuroses: há alucinações negativas, que representam rejeição de alguma parte do

mundo exterior; há o esquecimento ou há falsas-interpretações de acontecimentos externos para

o fim de realizar desejos; há toda sorte de enganos no teste da realidade sob a pressão de

derivados de desejos ou temores inconscientes. Sempre que um estímulo dá origem a

sentimentos penosos, desenvolve-se uma tendência tanto à rejeição destes sentimentos quanto à

rejeição também do estímulo.

Entretanto, nenhuma destas falsificações neuróticas da realidade pode distinguir-se

exatamente das repressões que se dirigem contra os próprios impulsos do indivíduo. Rejeita-se

o mundo exterior como fonte possível de castigo ou como fonte possível de tentação à

satisfação de impulsos censuráveis inconscientes. Evitam-se situações, ou esquecem-se, pelo

fato de representarem exigência instintiva interna. Também neste caso, o conflito entre o ego e

o mundo exterior reflete conflito entre o ego e o id.

Há vezes em que parte do mundo exterior é rejeitada não para o fim de evitar a

mobilização de um instinto, e sim para o fim de negar a idéia de ser possivelmente perigoso ou

doloroso o ato instintivo; ou seja, é possível rejeitar o caráter proibitivo do mundo exterior; é

um tipo de negação que, em geral, não pode ir longe nas neuroses, pois a função que tem o ego

de testar ou ajuizar e realidade impede falsificações por demais evidentes (541).

Exprimiu Freud, certa vez, a opinião de que talvez nisso se situe a diferença básica entre

neurose e psicose. Tanto um transtorno quanto o outro baseiam-se em conflito entre um

impulso instintivo e um temor do sofrimento possivelmente ligado a ele: o neurótico reprime o

instinto e, desta forma, obedece ao mundo exterior que ameaça; o psicótico nega o mundo

exterior e obedece ao seu instinto urgente (611). Mas tem validez apenas relativa este contraste

(614). Antes de mais nada, também em toda neurose ocorrem falsificações que visam a

satisfazer desejos (Freud estudou-as particularmente no fetichismo) (621); e mostrou, mais

tarde, que é freqüente as pessoas que conscientemente sabem muito bem mesmo de um fato

comportarem-se como se não o tivessem notado, ou como se nele não acreditassem. O ego

destas pessoas está cindido, na verdade, em uma parte consciente que sabe a realidade e uma

parte inconsciente qUe a nega. É comum manifestar-se esta cisão em lapsos e erros (633, 635).

Em segundo lugar, é certo que os psicóticos que falsificam a realidade nem sempre o fazem em

função de simples realização de desejos; muitas vezes o fazem para fugir a uma tentação

instintiva, ou para se defenderem contra os seus instintos, exatamente como os neuróticos, só

que aplicando outros mecanismos e regressões mais profundas (cf. 663) (ver págs. 409 e segs.).

Em resumo: Existem atitudes defensivas contra percepções penosas, do mesmo modo que

existem defesas contra qualquer sofrimento. Entretanto, nas neuroses que se baseiam em

bloqueio da descarga, as defesas contra os impulsos instintivos permanecem no primeiro plano;

as defesas contra as percepções (e os afetos) parecem servir, primeiro e antes de tudo, às

defesas contra os instintos. Repita-se: O conflito neurótico produz-se entre o ego e o id.

O SUPEREGO NOS CONFLITOS NEURÓTICOS

Claro que o superego complica um tanto o quadro. Há neuroses em que o conflito *ego*

versus id melhor se formularia *ego + superego v* ersus *id;* outras em que a fórmula seria: *ego*

versus id + superego.

Uma vez estabelecido, o superego é responsável, em larga medida, pela decisão

concernente a que descargas se permitem e que descargas se negam. O ego que rejeita atua

comandado pelo superego; e quando não é simples ansiedade, mas os sentimentos de culpa que

motivam a defesa, teremos a fórmula ego + superego *versus id.*

Por outro lado, há muitas neuroses (particularmente, nas obsessivas e, grau extremo, nas

depressões) em que o ego se defende contra sentimentos de culpa. Todos os mecanismos de

defesa habitualmente usados na luta contra instintos também podem vir a dirigir-se contra os

"antiinstintos" que se originam no superego. Em casos desta ordem o ego desenvolve dupla

contra catexia: uma contra os instintos e outra contra o superego. E os sentimentos de culpa

rejeitados, por sua vez, irrompem, às vezes, contra estas defesas de forma distorcida, do mesmo

modo que irrompem os instintos: *ego versus id + superego* (ver págs. 271e segs. e 371e segs.).

Voltamos a resumir: O superego pode participar de ambos os lados no conflito neurótico,

mas subsiste a validez da fórmula: O conflito neurótico produz-se entre o ego e o id.

A ANGÚSTIA COMO MOTIVO DE DEFESA

Vamos recapitular o que já foi dito sobre as motivações dos conflitos neuróticos (ver

págs. 45 e seg.).O bebê, incapaz de obter satisfações por seus próprios esforços, entra muitas

vezes, necessariamente, em situações traumáticas, das quais se origina a primeira idéia de que

os instintos podem ser perigosos. A seguir, experiências mais específicas mostram que os atos

instintivos, de fato, podem acarretar perigo; impressão que se justifica por uma falsa-

interpretação animística, ou que nela se baseia. O ego volta-se contra os instintos por acreditar,

corretamente ou não, que sejam perigosos, de modo que o problema da angústia é a essência de

toda psicologia dos conflitos neuróticos (618).

A angústia primária (ou as primeiras experiências a partir das quais se desenvolve a

angústia ulterior) é manifestação de tensão não controlada. É ocorrência automática, que se

produz sempre que o organismo esteja inundado de excitação; os sintomas da neurose

traumática mostram que não se limita à primeira infância. Esta angústia primária ou traumática

ocorre automaticamente, apresenta-se sob a forma de pânico e o ego a experimenta

passivamente; pode-se entendê-la, em parte, como sendo o modo pelo qual a tensão controlada

se faz sentir; em parte, como expressão de descargas vegetativas de emergência.

Mais tarde, o ego aprende a usar para os seus fins reações arcaicas que já foram

automáticas. O juízo que o ego faz de perigo iminente coloca o organismo em estado

semelhante ao do trauma; menos intenso, porém. A angústia "amansada" que desta forma é

desenvolvida pelo ego, em caso de perigo, podemos chamá-la sinal de angústia, visto usar-se

para indicar a necessidade de iniciar uma ação defensiva (618). Aquele componente da angústia

que se ajusta a situações de perigo, preparação para a defesa, origina-se do fato de ser o ego que

usa a angústia; o que não se ajusta, o fato da angústia por vezes bloqueara atitude pertinente,

deve-se a que o ego não tem outro material à disposição que não seja um mecanismo

automático arcaico.

Assim, pois, em última análise, toda angústia é medo de experimentar um estado

traumático, medo da possibilidade de que a organização do ego seja esmagada pela exitação.

Depois, no entanto, que o ego se tem desenvolvido suficientemente para controlar atos

instintivos e gerar gratificações, já não deveriam ser atemorizadores os impulsos instintivos. Se

continuam a sê-lo, é porque os temores da perda de amor ou de castração induziram o ego ao

bloqueio do curso normal das suas excitações, por esta forma criando insuficiência de descarga

(431).

Há vezes, já se disse, que falha a capacidade do ego de amansar a angústia. O juízo com

que se pretendia evitar certo estado traumático, pode, na verdade induzi-lo. É o que acontece

nos ataques de angústia das histerias mas também acontece em pessoas normais quando

reagem ao perigo com pânico paralisante. Falha a intenção do ego de dar um sinal de angústia

quando a pessoa em que se dá a falha se encontra em estado de represamento, conseqüente a

repressões anteriores, a leve angústia que foi acrescida pelo juízo funciona como fósforo acesso

em barril de pólvora.

Entre pessoas sujeitas ao mesmo perigo real, é mais provável reagirem com pânico

aquelas que não têm oportunidade de controlar sua tensão de qualquer outra forma;

oportunidade às vezes bloqueada por condições externas; é mais fácil controlar a angústia

quando se tem de realizar certa tarefa, ou quando e possível fazer movimentos, do que quando

se é obrigado a esperar parado. Ou pode a oportunidade ser bloqueada por condições internas:

por certo estado de "predisposição para a angústia", resultante de tensões ou de repressões

anteriores. O mesmo se diga das crianças cujas reações, além do mais, também dependem da

dos adultos que os cercam (541).

Podemos sumarizar esta tríplice estratificação num quadro breve:

ANGUSTIA

_

1. Trauma Angústia automática e inespecífica

2. Perigo Angústia a serviço do ego, afeto criado pela antecipação, controlado e usado

como sinal de advertência

3. Pânico O controle do ego falha, o afeto torna-se esmagador, regressão

ao estado (1); ataque de angústia na histeria.

_

Encontrar-se-á a mesma tríplice estratificação também em todos os demais afetos.

Deve-se considerar contracatexia o sinal de angústia? Parece isso justificar-se porque o

sinal de angústia é iniciado pelo ego e se baseia em antecipação ativa de possibilidade futura.

Doutro lado, ele exprime uma ocorrência automática na profundeza do organismo, resultando

da reação do ego; não é criado pelo ego, mas, sim, por este usado. Neste sentido, o sinal de

angústia é exemplo típico da índole dialética da contracatexia em geral. As forças que o ego usa

contra os instintos derivam dos próprios instintos.

OS SENTIMENTOS DE CULPA COMO MOTIVO DE DEFESA

Complica-se o conflito neurótico quando a angústia é substituída por sentimentos de

culpa, estes representando angústia tipicamente definida, a angústia do ego em relação ao

superego.

O sentimento de culpa propriamente dito, isto é, a ideia "Errei, fiz mal , juízo penoso a

respeito de ocorrência pretérita, com o caráter de remorso, tem de distinguir-se dos sentimentos

da consciência que não julgam o passado, mas o futuro: "Devo fazer isso", ou "Não devo fazer

aquilo". Esta parte da consciência exerce função de *advertência* e dirige os atos futuros da

personalidade.

Já que designamos o juízo do ego ("Não faças isto, senão pode acontecer alguma coisa

horrível") como sendo a raiz da "angústia de perigo", podemos admitir que o sentimento de

consciência que adverte seja caso especial da mesma função do ego: "Não faças isto, senão

pode acontecer alguma coisa horrível específica."

Que é esta coisa específica? Que é que significa, de fato, "punição pelo superego", ou

"perda do amor do superego"? Claro, teme-se aquele tipo de dor que é realmente sentido, em

grau maior ou menor, no sentimento de culpa propriamente dito. A função de advertência da

consciência exprime a tendência que tem o ego a evitar os sofrimentos dos sentimentos intensos

de culpa; sofrimentos que constituem desprazer específico, que a pessoa conscienciosa visa a

evitar. Enquanto se teme punição real, ou se pensa no inferno como realidade ameaçadora, não

existe ainda consciência verdadeira, visto que a tendência a evitar a punição e o inferno não

difere das tendências que se desenvolvem por outros sinais de angústia. Na "consciência", o

medo é internalizado e o perigo ameaça de *dentro.* Sente-se medo não só de que alguma coisa

horrível aconteça dentro da personalidade, mas também de que haja perda de uns tantos

sentimentos prazerosos: conforto, proteção, segurança, sentimentos que existiam até então. Esta

perda que se teme, podemos caracterizá-la como perda da auto-estima, cujo grau mais extremo

se representa num sentimento de aniquilação. Sumarizando: A consciência de advertência diz:

"Evita este ou aquele ato, senão experimentarás um sentimento de aniquilação." O sentimento

de culpa propriamente dito constitui, mais ou menos, materialização desta ameaça, a qual, por

sua vez, pode ser usada para evitar atos semelhantes futuros, capazes até de intensificar o

sentimento de aniquilação.

Deve-se caracterizar este sentimento de aniquilação como cessação das provisões

narcísicas que, de início, derivam da afeição demonstrada por uma pessoa externa; mais tarde,

derivaram do superego.

A ideia de que aquilo que a consciência normal tenta evitar haja, realmente, ocorrido é

que, na melancolia, faz o sentimento de aniquilação comparar-se ao pânico paralizante de

terceiro tipo de angústia. O quadro que demos da tríplice estratificação da angústia também se

aplica aos problemas do sentimento de culpa. A consciência e os sentimentos de culpa de

advertência correspondem ao segundo estado (à "angústia de perigo, que adverte). O sentimen-

to melancólico de aniquilação, ao terceiro estado, pânico; mas que é que corresponde ao

primeiro estado de "trauma"?

Na angústia, o primeiro estado foi a experiência dolorosa inespecíficas que o bebé teve de

suportar em estado traumático. No caso de sentimento de culpa, a situação terá sido

semelhante; mais específica, porém. A presunção de que, neste caso, o sentimento de "perigo

vindo de dentro" não se baseie tanto em uma "tensão traumática" geral, mas em sentimentos

específicos de fome, pode apoiar-se em muitas experiências clínicas relativas à conexão que

existe entre sentimentos de culpa e desejos orais, a se discutirem com detalhes adiante (ver pág.

127). Daí resulta que se pode formular outra tríplice estratificação para o sentimento de culpa.

SENTIMENTO DE CULPA

_

(1) Trauma Sentimento automático de fome ou aniqüilição.

(2) Perigo “Aniquilação” a serviço do ego, afeto criado pela antecipação controlado e

usado como sinal de advertência.

(3) Pânico Falha o controle do ego, o afeto torna-se esmagador, regressão ao estado (1);

“ataque de aniquilamento” na melancolia.

_

Acrescentemos, a esta altura, uma complicação importante: a fome real é fome de leite.

Mais tarde, sente-se falta de provisões narcísicas do modo que uma espécie de fome mental.

A falta absoluta de provisões narcísicas leva mesmo adultos a apatia e a

pseudo-depressão; em casos extremos, eles podem até tentar satisfazer a sua fome

rnediante regressão a um estado de realização alucinatória de desejos; apatia que

constitui o modelo daquilo de que os sentimentos de culpa posteriores tendem a

advertir.

Estando o ego tão desenvolvido que baste para formar juízo de que existe perigo de

cessação das provisões narcísicas essenciais, a finalidade do sinal que ele dá ("Pode ocorrer

aniquilação") tem de visar a influenciar os objetos no sentido de fornecerem estas provisões. È

um estado que representa a angústia pela perda de amor, cujo papel é tão importante como

motivo de defesa.

Naqueles em quem é a Angústia pela perda de amor que regula a auto-estima, é

possível surgirem Angústias e sentimento de culpa secundários, quando eles tentam

forçar as provisões necessárias por meios censuráveis. Mais infelizes são as pessoas

que,

precisando

de

provisões

narcísicas,

receiam,

ao

mesmo

tempo,

inconscientemente, recebê-las.

A angústia pela perda de amor, ou antes a angústia que resulta da perda de provisões

narcísicas, transforma-se em angústia pela perda de provisões do superego; e o medo

transforma-se em sentimento de culpa. Assim é que o segundo estádio do quadro relativo ao

sentimento de culpa tem de dividir-se em dois subestádios: no primeiro, a perda de provisões

narcísicas ameaça fora; no segundo, ameaça de dentro. Mas o paralelismo entre angústia e

sentimentos de culpa se completa com o quadro que damos a seguir:

A transformação do estado (2a) em (2b) do quadro inicia-se quando o ego antecipador

começa a pôr-se em guarda contra qualquer ato que possa resultar da perda do necessário amor

parental; completa-se a transformação com a resolução do complexo de Édipo pela introjeção

dos seus objetos. O estado (2b) é característica essencial da normalidade mental: todos os

indivíduos experimentam ligeiros "sinais de consciência" que regulam o comportamento e que

têm importância muito maior, como constituintes do chamado *humor,* que os sinais gerais de

angústia.

A “consciência" torna-se patológica quando: (a) funciona de maneira excessivamente

rígida ou excessivamente automática, de forma que o juízo realístico relativo ao resultado

verdadeiro dos atos pretendidos é transtornado (“superego arcaico"); ou (b) quando ocorre o

colapso no sentido de "pânico" e se experimenta sentimento maior ou menor de aniquilação

completa, em vez de conseguir o perdão sem antes sofrer castigo. Ocorre, porém, nos

masoquistas morais uma situação mais complicada: procura-se o castigo tanto como meio de

obter o perdão quanto, por assim dizer, substituto distorcido de gratifica -sexual (ver págs. 339

e 465 e seg.).

O NOJO E A VERGONHA COMO MOTIVOS DE DEFESA

Embora menos se saiba sobre outros motivos de defesa, afigura-se possível também

clarificar-lhes a origem e o desenvolvimento pela aplicação do quadro da tríplice estratificação.

O *nojo* como motivo de defesa dirige-se, na certa, contra exigências orais fato que o

relaciona com os sentimentos de culpa. De fato, há sentimentos d nojo que se assemelham

muito a certos tipos de sentimentos de culpa; por exemplo, o nojo de si mesmo. Também

evidente, com certeza, é a sua conexão com o erotismo anal.

Aplicando o quadro da tríplice estratificação ao nojo, podemos dizer:

1. O precursor do nojo é uma síndrome arcaica de defesa fisiológica, a qual se produz

automaticamente assim que alguma coisa repulsiva alcança o trato digestivo. O primeiro juízo

negativo que o pré-ego do bebê faz é: "Isto não é comestível", o que significa "Devo cuspir

isto".

2. O ego reforçado aprende a usar este reflexo para os seus fins e transforma-o em

defesa: primeiro, em expressão de negação em geral (616); depois, em defesa contra certos

impulsos sexuais, particularmente orais e anais; o que, por sua vez é sinal: "Se não desistires

desta exigência-, terás de cuspir e vomitar."

Nas crianças normais, parte do interesse erótico-anal pelas fezes pode ser

transformado diretamente em disposição para o desenvolvimento de reações de nojo

(444). As reações extremamente intensas de nojo revelam o seu caráter de formação

reativa pela irrupção ocasional da coprofilia original em sonhos ou em atos

sintomáticos. O nojo dos histéricos que exprime resposta a tentações sexuais pode ser

considerado negação extrema de desejos inconscientes de índole sexual receptiva: "O

que quero não é apenas não trazer nada para o meu corpo, mas até pôr alguma coisa

fora do meu corpo, cuspindo ou vomitando."

3. Há "ataques de nojo" neuróticos que correspondem ao "pânico" da angústia; ataques

nos quais o ego, devido a bloqueios anteriores, fica completamente esmagado pelo afeto que se

pretendia destinado a fins defensivos (440).

A "vergonha" como motivo de defesa dirige-se, principalmente, contra o exibicionismo e

a escoptofilia. Não é simples forma especializada de angústia de castração (medo do "mau

olhado" castrador) (430, 1420), e sim sentimento mais específico; em última análise, também

com raiz em um padrão de reflexo fisiológico primitivo (470, 555, 636, 1177). A vergonha

também se relaciona em muitos aspectos com o sentimento de culpa: "vergonha de si mesmo"

(588).

"Sinto-me envergonhado" significa: "Não quero ser visto." Daí por que as pessoas que se

sentem envergonhadas se escondem, ou quando menos, desviam o rosto; mas também fecham

os olhos e recusam-se a olhar. É uma espécie de gesto mágico, originado na crença também

mágica de que quem não olha não pode ser olhado.

É interessante, mas nada fácil de explicar, o fato da vergonha parecer ligar-se, de modo

específico, ao fenômeno do erotismo uretral. Da circunstância de que prega, costumeiramente,

o castigo específico de expor a vexame as crianças que urinam na cama vê-se que a mesma

conexão entre vergonha e erotismo uretral, visa a provar que já não há necessidade de

envergonhar-se.

É provável que se possam, também aqui, diferenciar as seguintes fases: (1) vergonha é

padrão arcaico de reação fisiológica. Ser olhado equipara-se, automaticamente, a ser

desprezado. (2) O ego serve-se deste padrão fisiológico para fins de defesa; sinal: "Se fizeres

isto, podes ser olhado e desprezado." (3) O sinal deixa de operar em pessoas bloqueadas; daí

experimentar-se vergonha esmagadora, pânico.

Tal qual ocorre nos sentimentos de culpa, o ego pode não so voltar-se contra impulsos

instintivos, obedecendo ao nojo e à vergonha, mas também rejeitar estes próprios afetos (440,

1486).

RESUMO

No conflito neurótico (entre o ego e o id), um impulso instintivo busca descarga, lutando

contra angústia oposta (sentimento de culpa, nojo, vergonha) 0 impulso tende para o mundo; as

contraforças tendem para a retirada do mundo. O que parece governar o impulso é a sua fome

de objetos; o que parece governar as contraforças é um desejo de evitar os objetos.

EXISTEM FORÇAS ANT1INSTINTIVAS PRIMARIAS QUE SEJAM INATAS?

Existem tendências inatas para reprimir ou inibir impulsos sexuais ou agressivos, além

dos sentimentos, que externamente se suscitam, de angústia, culpa, vergonha, nojo; tendências

que operem mesmo sem experiências frustradoras? Talvez o desamparo do bebé que

necessariamente gera estados traumáticos, baste para criar hostilidade primária do ego contra os

instintos. Quem sabe, o tabu do amor incestuoso, que se exprime tão drasticamente em muitas

sociedades primitivas, seja algo inato e causa principal da produção das forças que operam

contra o complexo de Édipo?

Não parecem fundadas as idéias desta ordem. Nem existe evidência de não haja

necessidade de hipóteses deste tipo para explicar os fatos neuróticos. Os efeitos do desamparo

infantil costumam ser em geral, superados quando a criança deixa de ser inerme; se persistem, é

por causa de experiências que convenceram a criança de que é perigosa a índole dos seus

instintos. Sempre que alisamos neuróticos nos quais o tabu do incesto produziu a repressão do

complexo de Édipo, vemos serem certas experiências responsáveis pelas angústias e pelos

sentimentos de culpa; e serem também as forças que lhes motivam a repressão.

9

Os Mecanismos de Defesa

CLASSIFICAÇÃO DAS DEFESAS

As defesas do ego podem dividir-se em: (a) defesas bem sucedidas, que geram a cessação

daquilo que se rejeita; e (b) defesas ineficazes, que exigem repetição ou perpetuação do

processo de rejeição, a fim de impedir a irrupção dos impulsos rejeitados.

As defesas patogênicas, nas quais se radicam as neuroses, pertencem à Segunda

categoria: quando impulsos opostos não encontram descarga, mas permanecem suspensos no

inconsciente e ainda aumentam pelo funcionamento continuado das suas fontes físicas, produz-

se estado de tensão, com possibilidade de irrupção.

Daí por que as defesas bem sucedidas, que, de fato, menos se entendem (cf. 1032), têm

menor importância na psicologia das neuroses. Nem sempre, porém, se definem com nitidez as

fronteiras entre as duas categorias: há vezes em que não se consegue distinguir entre "um

impulso que foi transformado pela Influenciado ego" e "um impulso que irrompe com

distorção, contra a vontade do ego e sem que este o reconheça". Este último tipo de impulso há

de produzir atitudes constrangedoras, há de repetir-se continuamente, jamais permitirá

relaxamento pleno e gerará fadiga.

SUBLIMAÇÃO

As defesas bem sucedidas podem colocar-se sob o título de sublimação, expressão que

não designa mecanismo específico; vários mecanismos podem usar-se nas defesas bem

sucedidas; por exemplo, a transformação da passividade em atividade: o rodeio em volta do

assunto, a inversão de certo objetivo no objetivo oposto (588). O fator comum está em que, sob

a influência do ego. Ia finalidade ou o objeto (ou um e outro) se transforma sem bloquear a

descarga adequada. (O fator de valoração que habitualmente se inclui na definição de

sublimação é melhor omitir ((127, 137)). Deve-se diferenciar a sublimação das defesas que

usam contracatexias; os impulsos sublimados descarregam-se, se Bem que drenados por uma

trilha artificial, enquanto os outros não se descarregam. Na sublimação, cessa o impulso

original pelo fato de que a respectiva

energia é retirada em benefício da catexia do seu substituto. Nas outras defesas a libido do

impulso original é contida por uma contracatexia elevada (555, 1499).

As sublimações exigem uma torrente incontida de libido, tal qual a roda um moinho

precisa de um fluxo d'água desimpedido e canalizado (773). É por isto que as sublimações

aparecem após a remoção de certa repressão (596, 599). Para usar uma metáfora, as forças

defensivas do ego não se opõem totalmente aos impulsos originais, conforme ocorre no caso

das contracatexias mas incidem angularmente; daí uma resultante em que se unificam a energia

instintiva e a energia defensiva, com liberdade para atuar. Distinguem-se as sublimações das

gratificações substitutivas neuróticas pela sua dessexualização seja. a gratificação do ego já não

é fundamentalmente instintiva.

Quais são os impulsos que experimentam vicissitudes desta ordem e n são as condições

que determinam a possibilidade ou a impossibilidade de sublimação?

Se não forem rejeitados pelo desenvolvimento de uma contracatexia (o que os excluirá do

desenvolvimento ulterior da personalidade), os impulsos pré-genitais e as atitudes agressivas

concomitantes organizam-se, mais tarde, sob a primazia genital. A realização mais ou menos

completa desta organização é indispensável para que tenha êxito a sublimação daquela parte da

pré-genitalidade que não é usada sexualmente no mecanismo do pré-prazer. É muito pouco

provável a existência de sublimação da sexualidade genital adulta; os genitais constituem um

aparelho que visa à realização da descarga orgástica plena, isto é, não sublimada. O objeto da

sublimação são os desejos pré-genitais. Se estes, porém, tiverem sido reprimidos e se

permanecem no inconsciente, competindo com a primazia genital, não podem ser sublimados.

A capacidade de orgasmo genital é que possibilita a sublimação (dessexualização) dos desejos

pré-genitais (308).

O que determina a possibilidade de o ego conseguir chegar à solução feliz desta ordem

não é fácil dizer. Caracteriza-se a sublimação por: (a) inibição do objetivo; (ò) dessexualização;

(c) absorção completa de um instinto nas respectivas seqüelas; *(d)* alteração dentro do ego;

qualidades todas estas que também se vêem nos resultados de umas tantas identificações, qual

seja, no processo de formação do superego. O fato empírico das sublimações, sobretudo as que

se originam na infância, dependerem da presença de modelos, de incentivos que o ambiente

forneça direta ou indiretamente, corrobora a asserção de Freud no sentido de que a sublimação

talvez se relacione intimamente com a identificação (608). Mais ainda: Os casos de transtorno

da capacidade de sublimar mostram que esta incapacidade corresponde a dificuldades na

promoção de identificações (173). Tal qual ocorre com certas identificações, também as

sublimações são capazes de opor-se e se desfazerem, com êxito maior ou menor, certos

impulsos destrutivos infantis (1422, 1424); mas também podem satisfazer, de maneira dis-

torcida, estes mesmos impulsos destrutivos; de algum modo, toda fixação artística de um

processo natural "mata" este processo (1332). É possível ver precursores das sublimações em

certas brincadeiras infantis, nas quais os desejos sexuais se satisfazem por uma forma

"dessexualizada" em seguida a certa distorção da finalidade ou do objeto; e as identificações

também são decisivas neste tipo de brincadeiras (541, 956).

Varia muito a extensão da diversão do objetivo na sublimação. Há casos em que a

diversão se limita a inibição do objetivo; a pessoa que haja feito a sublimação faz,

precisamente, aquilo que o seu instinto exige que faça, mas isso depois que o instinto se

dessexualiza e se subordine à organização do ego. Noutros tipos de sublimação, ocorrem

transformações de alcance muito maior. É até possível que certa atividade de direção oposta ao

instinto original substitua, de fato, este último. Certas reações de nojo, habituais entre as

pessoas civilizadas, sem vestígio das tendências instintivas infantis contra as quais ocorre,

então é idêntico ao que Freud chamou transformação no contrário; uma vez completada, toda a

força de um instinto opera na direção contrária (588).

DEFESAS PATOLÓGICAS

Não são necessariamente patológicos os conflitos entre as exigências instintivas e o medo

ou o sentimento de culpa. O que determina se o curso ulterior vai ser normal ou patológico é a

maneira pela qual se manipulam os conflitos. Na medida em que as exigências instintivas

normais se situem dentro da personalidade total e sejam capazes de realizar satisfação

periódica, os conflitos restantes têm intensidade relativamente de pouca monta e podem

resolver-se sem conseqüências patológicas. A capacidade de descarregar tendências instintivas

mediante gratificação periódica constitui a melhor garantia da saúde mental e também

representa pré-requisito da sublimação tranqüila. As partes dos instintos que, na infância, se

chocaram com defesas do tipo contracatético estão excluídas, no entanto, desta possibilidade de

descarga periódica. As contracatexias não transformam os instintos rejeitados em coisa alguma

diferente, mas, sim, contêm-nos; mais não fazem do que tentar bloquear a respectiva descarga,

com o que os fazem perder a conexão com o resto da personalidade e permanecer inalterados

no inconsciente. É aí que reside o perigo de irrupção, básica da neurose.

É por este desenvolvimento que se explicam dois fatos decisivamente importantes: (1) Os

instintos rejeitados exercem pressão constante no sentido da motilidade. Privados da

possibilidade de descarga direta, usam toda oportunidade de descarga indireta, deslocando a

energia que têm para qualquer outro impulso que a eles se lige associativamente, aumentando a

intensidade deste impulso substitutivo ou até mudando a qualidade do afeto conexo. Chama-se

derivado o impulso substitutivo desta ordem (589, 590). Quase todos os sintomas neuróticos

são derivados. (2) Todas as defesas patogênicas enraízam-se na infância; e não existe neurose

que não tenha raiz na infância.

O efeito isolante das defesas infantis explica por que um paciente cujos impulsos sexuais

infantis a psicanálise liberta das repressões não se esforça, penas, por satisfazer estes desejos

infantis que vieram a tornar-se conscientes. Uma vez canceladas as defesas infantis, o

isolamento desfaz-se e os desejos rejeitados voltam a ligar-se à personalidade total, daí por

diante participando da maturidade da personalidade; os impulsos infantis tornam-se adultos e os

adultos podem ser descarregados. Daí por diante, o que resta pode ser manioulado pela

sublimação ou por outros tipos mais efetivos de contenção,.

Quando discutimos as neuroses traumáticas, observamos que o estado de contenção por

uma excitação originava a necessidade de aceitação bloqueadora de qualquer estimulação

ulterior; a percepção e outras funções do ego eram bloqueadas ou diminuídas por

contracatexias forçadas. Estes tipos de "defesas" (particularmente, o respectivo clímax que é o

desmaio) podem considerar-se como o padrão segundo o qual se formam todas as demais

defesas patogenia o desmaio constitui cessação completa das funções do ego; outros

mecanismo, de defesa consistem em cessação parcial de certas funções do mesmo (410).

Em última análise, o desmaio, como mecanismo de defesa e como bloqueador de

funções ameaçadas,- é excrescência de um reflexo biológico entranhado, o qual faz

que se abandonem não só funções ameaçadas, mas também órgãos ameaçados

(autotomia): reflexo este,,que com o seu objetivo de eliminar um órgão tenso em

benefício da homeostase, pode ser considerado base comum tanto das gratificações

dos instintos quanto da defesa contra eles.

NEGAÇÃO

A tendência a negar sensações dolorosas é tão antiga quanto o próprio sentimento de dor.

Nas crianças pequenas, é muito comum a negação de realidades desagradáveis, negação que

realiza desejos e que simplesmente exprime a efetividade do princípio do prazer.

A capacidade de negar p artes desagradáveis da realidade é a contrapartida da "realização

alucinatória dos desejos". Anna Freud chamou este tipo de recusa do reconhecimento do

desprazer em geral "pré-estádíos da defesa" (541). O desenvolvimento gradativo do juízo da

realidade impossibilita falsificações globais desta ordem (575), sem que, entretanto, as

tendências à negação deixem de continuar atuantes; e é contra certas percepções internas

singulares de índole penosa que elas têm mais êxito. Freud explicou que a "negação" de tais

percepções talvez represente compromisso entre a conscientização dos dados que a percepção

fornece e a tendência a negar. Quem diz "Felizmente, faz tempo que não tenho dor de cabeça",

antes que esta comece, está querendo dizer; "Sinto que a dor de cabeça está vindo, mas por

enquanto ainda posso negada". "Não sei quem é que esta pessoa representa nos meus sonhos,

mas minha mãe certamente não é" quer dizer: "Sinto que esta pessoa representa minha mãe,

mas ainda consigo negá-lo" (616).

Todas as tentativas de negação que se produzem em fases ulteriores do desenvolvimento

têm adversárias, é certo, nas funções do ego de percepção e memória. As experiências

dolorosas e as recordações delas, automaticamente reproduzidas sempre que alguma coisa, seja

o que for, se assemelha à experiência penosa original, obrigam o organismo a abandonar os

processos de realização alucinatória de desejos e a simples negação (507). O desenvolvimento

gradativo do ego e do princípio da realidade reforça a experiência e a memória, lentamente

enfraquecendo a tendência à negação. Enquanto **é** fraco o ego, esta tendência permanece

relativamente superior; na infância ulterior, a solução característica consiste em negar

eficazmente a verdade no jogo e na fantasia ao passo que simultaneamente a parte razoável do

ego *reconhece* a verdade, bem como o caráter lúdico ou fantástico da negação (176, 541).

Alguma coisa desta "negação na fantasia" subsiste no adulto normal, que, conhecendo uma

verdade desagradável, é capaz, no entanto (ou, antes, por conseguinte) *de* desfrutar as fantasias

ou "sonhos acordados" que negam esta verdade. Nos adultos, porém, os sonhos acordados desta

ordem têm caráter "sem importância", simplesmente representando refúgio que alivia algum

tempo os encargos realidade, ao passo que as brincadeiras e as negações infantis têm

importância maior. É só quando está severamente transtornada a função do juízo da realidade

(psicoses) que se mostram nos adultos vitoriosas as negações sérias e importantes. Em grau

menor, a cisão do ego em uma parte superficial que conhece e verdade e uma parte mais

profunda que a nega se observa às vezes, resultante da "negação na fantasia", em todo

neurótico. Este, sabendo embora da verdade, é capaz de proceder como se ela não existisse

(614, 633, 635). Freud foi o primeiro a descrever o fenômeno no fetichista, o qual sabe

cientemente como é a anatomia dos genitais femininos, mas procede, em seus sintomas

neuróticos, como se as mulheres tivessem pênis (621).

Pode-se observar, às vezes, a luta entre a negação e a memória; certo fato desagradável é,

ora reconhecido, ora negado. Se, nesta situação, for possível oferecer uma espécie de substituto

à percepção ou à memória — substituto que, embora relacionado com o fato importuno, seja

inócuo — ele será aceito e a luta decidir-se-á a favor da repressão. O ego repressor, enquanto

luta desta forma com a percepção e a memória, está à procura de uma ideia substitutiva, ou de

uma experiência substitutiva, desenvolvendo uma "fome de experiências encobridoras" (409,

413. 686, 1437).

É o que explica a existência de "recordações encobridoras" retroativas (553). O ego

busca, no seu depósito de recordações, imagens que possa oferecer à sua consciência como

substituto; dá-se, porém, que também as percepções reais que ocorrem no decurso da luta são,

de imediato, investigadas pelo ego. que verifica se são ou não capazes de constituir imagens

substitutivas. O ego tem uma "valência livre" em relação a experiências encobridoras e se

alivia, economicamente, quando as encontra; alívio que é freqüente as crianças experimentarem

de maneira característica, esta podendo chamar-se "ordem de recordar" (413). Enquanto dura

certa experiência que seja mais ou menos inócua, mas capaz de constituir a base de futura

recordação encobridora, a criança sente uma espécie de comando interior; "Atenção — Esta

cena tens de recordara vida inteira!" Há vezes em que a coisa não é sentida como ordem estrita,

mas como desejo de testar a memória do indivíduo.

Existe conexão significativa entre *ordem de recordar* e *dêjà vu.* A situação inconsciente

num e noutro fenômeno assemelha-se muito pelo fato de uma experiência real associar-se a

uma experiência reprimida e servir a esta de substituto (582). Diferem muito as idéias "Já

experimentei isto uma vez" e "Vou-me lembrar disto a vida inteira", mas os sentimentos que

acompanham os dois tipos de experiência são muito^semelhantes; há ocasiões, em que uma

experiência de *deja vu* se liga, de fato, a uma ordem de recordar; mas, naquela, a repressão já se

completou, o ego não quer ser lembrado de uma coisa que foi reprimida; e o sentimento de déjà

vu consiste em que ele é lembrado do fato contra a sua vontade. Na ordem de recordar, a

repressão ainda está conflitando com a memória. O ego aprova, ativamente, a experiência real

porque, ajudado por ela, consegue completar a repressão.

Há vezes em que uma ocorrência real é experimentada com sentimento

semelhante ao déjà vu: "Então, é mesmo verdade que...". Pode isto significar ou que a

ocorrência real lembra alguma coisa que foi reprimida, e esta repressão agora esta

ameaçada pela ocorrência (muitas vezes, o que é reprimido é um sentimento de culpa)

que se experimenta como sinistra, misteriosa; ou então, pode significar que o que "é

realmente verdade, afinal de contas", consiste numa realidade livre de conceitos

inconscientes atemorizadores que hajam sido antecipados conexamente; quer dizer:

"Não preciso mais ter medo de coisas que erradamente liguei à realidade." São casos

nos quais o sentimento semelhante ao déjà vu se mostra paliativo e prazeroso (442,

631).

Acontece que certos tipos de comportamento para com outras pessoas se ex-

pliquem como tentativas de facilitar a negação de fatos desagradáveis. Por exemplo, o

objetivo evidente da mentira é fazer que outros acreditem numa coisa que é falsa, ou

que acreditem ou duvidem de uma coisa que é verdadeira; o objetivo da mentira

habitual, porém, talvez seja, inconscientemente, produzir o mesmo efeito no próprio

mentiroso. A tentativa de convencer alguém da realidade daquilo que é irreal visa a

provar a possibilidade de também serem erróneos alguns dados da memória. A pessoa

que é enganada serve de testemunha na disputa entre a memória do indivíduo e a

tendência a negar (437) ver págs. 490 e seg.).

PROJEÇÃO

O primeiro juízo que o ego faz distingue entre objetos comíveis e não comíveis: a

primeira aceitação é engolir; a primeira rejeição é cuspir (616). A projeção deriva da primeira

negação e contém a ideia "Quero cuspir isto", ou, pelo menos. "Quero pôr distância entre mim

e isto". A projeção é essencial naquele estádio precoce do desenvolvimento do ego que Freud

denominou o ego prazeroso purificado (588) e em que tudo quanto é prazeroso se experimenta

como pertencente ao ego ("uma coisa a engolir-se"), ao passo que tudo quanto é penoso ou

doloroso se experimenta como sendo não-ego ("uma coisa a cuspir-se").

Enquanto não se demarca com nitidez a linha que separa o ego e o não-ego (o que ocorre

nos primeiros anos da infância e, novamente, nas psicoses), o mecanismo do estado de ego

hedônico puro pode servir ao ego para fins defensivos. As emoções ou excitações que o ego

tenta rejeitar são "cuspidas" e, depois, sentidas como estando fora do ego. O impulso ofensivo é

percebido na outra pessoa e não no próprio ego do indivíduo, de modo que se pode dizer do

mecanismo de defesa da projeção o mesmo que da ansiedade e do sentimento de culpa: reações

arcaicas que nas fases iniciais do desenvolvimento ocorrem de forma automática vêm a ser,

ulteriormente, amansadas pelo ego e usadas para os seus fins defensivos. Todavia, este

mecanismo primitivo de defesa só pode ser usado com amplitude se a função que tem o ego de

ajuizar a realidade estiver severamente lesada por uma regressão narcísica, assim toldando**,**

mais uma vez, os limites entre ego e não-ego. O fato da projeção ter a máxima importância nas

cosmologias animísticas arcaicas ajusta-se, à sua índole essencialmente arcaica (401, 810, 886,

937, 967, 1484).

Quando o desenvolvimento da libido conduz a uma sobrecatexia das funções excretórias.

estas também podem-se usar como modelos físicos de projeção. Eliminar um objeto importuno

mediante a sua remoção do corpo da maneira por que se eliminam as fezes é fantasia muito

comum (26). Na paranóia, doença em que a projeção chega ao cúmulo, esta fantasia tem seu

clímax no delírio de perseguição, onde o perseguidor, que está fora do paciente, representa as

sensações intestinais que ele experimenta (1203, 1464) (ver págs. 399 seg.).

De modo geral, o organismo prefere sentir os perigos como ameaças que le fora a senti-

los de dentro, isso porque é só contra estímulos intensísmos, que certos mecanismos de

proteção podem ser movimentados. Há muitas projeções que dão a impressão de que os

estímulos internos são falsamente apreendidos como externos, para o fim de aplicar esta

proteção também a estímulos internos (605).

Clinicamente, é difícil estabelecer se toda projeção de certas tendências ou

atitudes afetivas necessariamente representa, em todos os casos, expulsão de ob-

jetos já internalizados, ou seja, em última análise, uma cusparada ou uma

defecação.

De hábito, as projeções em geral não se realizam ao acaso, mas se dirigem para algum

ponto da realidade onde alguma coisa encontram que lhes corresponde. O paranóico está

sensibilizado, por assim dizer, para perceber o inconsciente dos outros em todos os casos nos

quais esta percepção se pode utilizar na racionalização da sua própria tendência à projeção. Ele

sente agudamente o inconsciente de outras pessoas quando por esta forma consegue esquecer o

seu próprio inconsciente (607). Tal qual os "monstros" que aparecem no conteúdo manifesto de

um sonho representam um "animalículo aquático" da vida cotidiana (1328), assim os monstros

do delírio paranóide podem ser distorção de um micróbio da realidade.

O animismo é o exemplo geral mais importante da projeção no desenvolvimento normal

do ego.. Os doentes paranóicos cuja função de ajuizar a realidade se acha severamente

transtornada são os que produzem a falsa-interpretação projetiva da realidade mais extrema. O

mesmo fazem os neuróticos em grau mais atenuado, quando falsificam a compreensão da

realidade para atender às suas necessidades inconscientes.

INTROJEÇÃO

Originalmente, a ideia de engolir um objeto exprime afirmação (616); e como tal é o

protótipo de satisfação instintiva, e não de defesa contra os instintos. No estádio do ego

prazeroso purificado, tudo quanto agrada é introjetado. tm última análise, todos os objetivos

sexuais derivam de objetivos de incorporação. Do mesmo passo, a projeção é o protótipo da

recuperação daquela onipotência que foi projetada para os adultos. Contudo, a incorporação,

embora exprima "amor", destrói objetivamente os objetos como tais, como coisas dependentes

do mundo exterior. Percebendo este fato, o ego aprende a usar a introjeção para fins hostis

como executora de impulsos destrutivos e também 148 como modelo de um mecanismo

definido de defesa (449, 454, 662, 886, 967, 1484).

A incorporação é o objetivo mais arcaico dentre os que se dirigem para um objeto. A

identificação, realizada através da introjeção, é o tipo mais primitivo de relação objetal que

depare com dificuldades é capaz de regredir à identificação; e todo objetivo instintivo ulterior é

capaz de regredir à introjeção. O uso desta última como mecanismo de defesa, caso, constitui

exemplo da maneira pela qual os mecanismos au-primitivos vêm a ser, mais tarde, amansados e

usados pelo ego para fins.

REPRESSÃO

Relativamente menos arcaico é o mecanismo da repressão propriamente dita, que deriva,

na certa, da "negação" supramencionada. Consiste quecimento inconscientemente intencional,

ou na não-conscientização de impulsos internos ou de fatos externos, os quais, via de regra,

representam possíveis tentações ou castigos de exigências instintivas censuráveis, quando não

meras alusões a estas. O fato da consciência excluir propositalrnente dados visa, é claro, a

obstar-lhes os efeitos reais e, mais, o sofrimento da re tiva conscientização; mas o que é

reprimido, se bem que o indivíduo não sinta conscientemente, continua atuante. O ego pode

eliminá-lo de todo somente naqueles casos que se designam como sublimação; por vezes,

chamados repressão bem sucedida. Na repressão propriamente dita, que se baseia em co

tracatexias contínuas, o que é reprimido permanece efetivo a partir do incon ciente (159, 589,

999).

O melhor exemplo de padrão repressivo é o caso do simples esquecimento de um nome

ou de uma intenção. A análise revela que estes se esquecem quando um motivo reprimido lhes

resistiu; em geral, pelo fato de associar-se a certa exigência instintiva censurável ou importuna.

No caso do esquecimento tendencioso, o fato de o que é reprimido ainda persistir no

inconsciente é diretamente sentido na impressão subjetiva de que o indivíduo sabe o que foi

esquecido, ou até o sabe "de algum modo", "está na ponta da língua", embora na verdade não o

saiba (553).

Há vezes em que certos fatos são lembrados como tais, mas as conexões respectivas, o

significado, o valor emocional, são reprimidos.

Surgem conflitos quando ocorrem experiências novas, que se ligam àquilo que fora antes

reprimido. Há uma tendência, então, da parte do material reprimido a servir-se do fato novo

como oportunidade para uma saída, uma descarga; o material reprimido tende a deslocar as

suas energias para esta saída, assim transformando o fato novo em "derivado". A tendência a

usar deslocamentos desta ordem, a fim de conseguir descarregar, tem êxito, às vezes. Se ana-

lisarmos os exageros neuróticos — a saber, as atitudes em que se sobrevalo-riza

emocionalmente alguma coisa mais ou menos inócua — veremos que constituem derivados de

algo que se reprimiu; conseguimos, então, compreender como produto de deslocamento aquela

valoração emocional aparentemene absurda. Há outras ocasiões em que a tentativa que faz o

material reprimi o para encontrar saída sob a forma de derivado deixa de ter êxito; caso em qu

se desenvolve a tendência a reprimir todo acontecimento associativamente ligado ao material

desde o início reprimido; enfim, a tendência a reprimir os derivados, tal qual se reprimiu, antes,

a exigência original. É o que se chama repressão secundária (*Nachdrãnge)* (589). Tem-se

impressão de que o reprimido, é, por assim dizer, uma força magnética que atrai tudo quanto se

lhe associe, de modo que isto tudo também se reprime; na realidade, não existe atração

associativa do material conexo para a repressão, mas tentativa de transformá-lo em derivado;

daí ocorrendo que as mesmas forças originalmente repressoras também reprimem o material

novo.

Certas vezes, o material reprimido produz derivativos que são ora carregados, ora eles

próprios reprimidos. Há formações deste tipo, como, por exemplo, os devaneios, que é possível

desfrutar de maneira muito emocional até determinado grau, mas que são imediata e totalmente

esquecidos quando este grau é ultrapassado (590). O mesmo se diga do onirismo, situação em

que um passo apenas separa os sonhos muito emocionais, que obsessivamente se impõem à

consciência, dos sonhos que de todo se esquecem.

Assim, pois as repressões ou se revelam mediante vazios — vale dizer, pelo fato de

realmente faltarem certas ideias, sentimentos, que seria de esperar como reação adequadas à

realidade — ou se manifestam pelo caráter obsessivo com que o indivíduo se apega a certas

idéias, sentimentos e atitudes compensadores, que representam derivados (1532). A primeira

situação é a que se vê na repressão secundária; a segunda, nas recordações encobridoras (553) e

nas idéias obsessivas.

Muitas conexões existem entre a repressão e a projeçao. assim como entre essão e a

introjeçâo. Há vezes em que as ideias reprimidas são sentidas, incoscientemente, como objetos

que se removeram do ego, caso em que a ressão se aproxima da projeçao. Doutras vezes, as

ideias reprimidas sentem como se houvessem sido engolidas, o que constitui semelhança com a

in-troieção, esta baseando-se no fato do que foi engolido deixa de ver-se, mas continua a atuar

de dentro (1436). Os sonhos que ocorrem no decurso das análises mostram, com frequência,

que o material reprimido é, inconscientemente, considerado alimento engolido, ou até fezes,

vómito.

A repressão propriamente dita é o mecanismo principal da histeria, exprimindo atitude na

qual a coisa censurável ou importuna é tratada simplesmente como se não existisse. O fato dos

impulsos sexuais serem muitas vezes reprimidos, enquanto os impulsos agressivos costumam

ser mais objeto de outros mecanismos de defesa, resulta, talvez, da circunstância de que é

comum os educadores manipularem os assuntos sexuais simplesmente omitindo-lhes qualquer

menção, ao passo que reconhecem a existência da agressividade, se bem que a qualifiquem de

ruim. Quanto mais constantemente os educadores aplicarem impedimentos pelo procedimento

que consiste em ignorar as coisas censuráveis ou desagradáveis como se não existissem, mais

estarão estimulando a repressão propriamente dita nas crianças. O uso de mecanismos de defesa

outros que não a repressão é favorecido pela incongruência da educação moderna, que não sabe

ao certo que solicitações instintivas há de autorizar ou conter, daí resultando permissividade

inicial e, a seguir, privação repentina, esperada e, portanto, mais cruel, em muitos casos.

O motivo da repressão é, fora de dúvida a tendência a reter ou obstar a motilidade daquilo

que foi reprimido (552). Prova é o fato de tornar-se supérflua a repressão quando de outro

modo se garante a impossibilidade de passar ao ato. Os neuróticos obsessivos conseguem

pensar obsessivamente em assassinato porque, aplicando o mecanismo do isolamento, se

convencem de que, na realidade não cometerão o crime (ver págs. 270 eseg.).

Orgel narrou um sonho manifestamente edipiano que ocorreu depois do

paciente haver tido certa experiência que o fez, na realidade, odiar a própria mãe. Em

condições diversas, teria, decerto, reprimido os seus desejos incestuosos. O ódio que

lhe garantiu a impossibilidade real de ter relações sexuais com a mãe permitiu o

levantamento temporário da repressão (1208; cf. também 1033).

Visto que aquilo que se reprime continua a existir no inconsciente e desenvolve

derivados, nunca a repressão se realiza de uma vez por todas, mas, sim, exige gasto permanente

de energia que a mantenha, do mesmo passo que o material reprimido está sempre tentando

encontrar saída (589). É um gasto que se observa na clínica: por exemplo, o empobrecimento

geral do neurótico qual consome a energia que tem na realização das suas repressões, ficando

pois. sem poder dispor para outros fins de energia suficiente. É o que expli alguns tipos de

fadiga neurótica. Certos sentimentos de inferioridade tipicamente neuróticos correspondem ao

fato de que se percebe este empobrecimento (585); desenvolvem-se atitudes com que evitar

as situações em que pode ocorrer a remobilização do material reprimido (fobias); e atitudes

vamos encon trar que são contrárias àquelas dos impulsos originais e que visam a garantir a

permanência da repressão.

Quando se ocupou com a repressão, Freud foi o primeiro a distinguir entre o destino da

ideia reprimida e o destino da quantidade de catexia emocional desta ideia (589). A ideia, ou

seja. o conteúdo ideacional, é esquecida; mas a catexia emocional é capaz de aparecer mediante

deslocamento para outra ideia. É verdade, sem dúvida, que às vezes, o deslocamento da catexia

para um derivado menos importuno, que encontra descarga ou acesso à consciência, facilita a

repressão da ideia original, conforme acontece nas recordações encobridoras (354, 1532). Não

podemos, contudo, separar inteiramente os conceitos de "idéia" e "catexia da idéia". A ser

deslocada a catexia *total,* a ideia original deixaria de pressionar no sentido da motilidade, a luta

defensiva passaria a ser supérflua e o processo todo se chamaria, então, sublimação, em vez de

repressão. De fato. os "derivativos" típicos contém apenas *uma parte* da catexia reprimida. Não

são meras "ideias" que se reprimem, mas "impulsos", ou seja, ideias catexizadas de atos

futuros, ou desejos futuros de ação (claro que não desejos primários do iid. e sim também as

respectivas elaborações posteriores e atitudes pelo ego assumidlas). O deslocamento da catexia

emocional para um derivado já representa uma espécie de falência da parte das forças

repressoras, as quais não conseguiram atiingir o seu oi.jetivo: conter toda expansão dos

impulsos reprimidos. Em todo caso, pode esta falência facilitar a tarefa de manterinconsciente a

idéia original.

FORMAÇÃO REATIVA

Muitas atitudes neuróticas existem que são tentativas evidentes de negar ou reprimir

alguns impulsos, ou de defender a pessoa contra um perigo instintivo. São atitudes tolhidas e

rígidas, que obstam a expressão de impulsos contrários, os quais, no entanto, de vez em

quando, irrompem por diversos modos. Nas peculiaridades desta ordem, a psicanálise,

psicologia "desmascaradora" que é, consegue provar que a atitude oposta original ainda está

presente no inconsciente. Chamam-se formações reativas estas atitudes opostas secundárias

(555).

As formações reativas representam mecanismo de defesa separado e independente? Dão

mais impressão de constituir consequência e reafirmação de uma repressão estabelecida.

Quando menos, contudo, significam certo tipo de repressão, que é possível distinguir de outras

repressões. Digamos: É um tipo de repressão em que a contracatexia é manifesta e que,

portanto, tem êxito no evitar de atos repressivos muito repetidos de repressão secundária. As

formações reativas evitam repressões secundárias pela promoção de modificação definitiva,

"uma vez por todas", da personalidade. O indivíduo que haja construído formações reativas não

desenvolve certos mecanismos de defesa de que se sirva ante a ameaça de perigo instintivo;

modificou a estrutura da sua personalidade, como se este perigo estivesse sem cessar presente,

de maneir que esteja pronto sempre que ocorra. Exemplos: o asseio ou o sentimento de ordem

do obsessivo compulsivo, que luta, através destes traços caracterológicos, contra suas

exigências instintivas de sujeira e desleixo. A rigidez de tal asseio e de ordem e, bem assim, as

irrupções ocasionais de desasseio e desleixo revelam a qualidade reativa destes traços

caracterológicos.

Irrupção pode ocorrer tanto em sonhos quanto no estado de vigília. Certo ato

instintivo ocasional pode voltara ser possível e a formação reativa pode vir a ser in-

sciente em certas condições econômicas ou qualitativas. Quase todos os traços

caracterológicos patológicos correspondem ao tipo da formação reativa; ou seja,

quanto os traços caracterológicos normais permitem a descarga, a maioria dos traços

patológicos serve, primariamente, o fim que consiste em manter no inconsciente

certas tendências opostas que ainda nele existem (ver págs. 437 e segs.).

Há mecanismos de defesa que representam formas intermediárias entre a simples

repressão e a formação reativa. A mãe histérica que inconscientemente odeia o filho é capaz de

desenvolver afeição aparentemente extrema por ele, a fim de assegurar a repressão do seu ódio.

É o que se pode chamar, para fins de descrição, formação reativa, sem que aí, no entanto, se

implique a modificação da personalidade total no sentido da bondade ou da solidariedade em

geral. A bondade permanece limitada a determinado objeto. mesmo assim precisando ser

restabelecida sempre que a ocasião o exija. Em contraposição, um neurótico obsessivo que

desenvolva formação reativa verdadeira contra o ódio transforma-se, de uma vez por todas, em

personalidade rígida e geralmente bondosa (618).

As formações reativas são capazes de usar impulsos cujos objetivos se opõem aos

objetivos do impulso original. Podem aumentar a força dos impulsos desta ordem tanto melhor

quanto servem para conter o impulso original; assim é que um conflito entre um impulso

instintivo e uma ansiedade ou um sentimento de culpa toma, por vezes, a aparência de conflito

entre instintos opostos. Por exemplo, certo indivíduo é capaz de ser reativamente pré-genital

para o fim de rejeitar a genitalidade; outro será reativamente (pseudo) genital para rejeitar a

pre-genitalidade; ou ainda reativamente heterossexual para rejeitar a homossexualidade, ou

vice-versa; reativamente passivo-receptivo para rejeitar a agressividade, ou vice-versa (1279).

Nem sempre se reconhece com clareza, na literatura psicanalítica, a diferença

fundamental que separa a formação reativa, capaz de conter um impulso original, e a

sublimação, na qual o impulso original encontra descarga. O fato resulta, em a

contradição na terminologia. A classificação de atitudes baseada na circunstância

serem removidas ou contidas não coincide necessariamente com a classificação segundo a qual as atitudes se subdividem em atitudes que operam na direção que o impulso original (ou em direção ligeiramente modificada) e a atitude que se opõem diametralrroãnte. O diagrama abaixo servirá para clarificar.

Atitudes que operam

A. na mesma direção (ou B. na direção

oposta

em direção ligeiramente

modificada) que o impulso

original

Atitudes pelas

quais o instinto é I. removido IA IB

II. contido IIA IIB

Chamamos I (incluindo IA e IB) sublimação; e II (incluindo HA e IIB) formação reativa. A sublimação em geral está representada por IA; mas existe também o tipo IB, que, por exemplo, ocorre em pessoas normais nas quais o interesse anal original é

substituído por certo nojo não demasiado intenso pelas fezes, sem que subsista, inconscientemente, interesse intenso pelas mesmas (555). A formação reativa típica seria representada por IIB; mas existem, também atitudes "contrafóbicas" da categoria IIA; nelas, fazer a mesma coisa que originalmente se temia serve para conter o desejo intenso original (435).

Sterba defendeu a nomenclatura contrária, pretendendo designar as formações reativas em que não existe - vestígio da exigência instintiva original (IIB) como sendo

"formações reativas verdadeiras", desta forma incluindo a origem do superego entre

as formações reativas (1493). Como a expressão "formação reativa" é que se tem

adotado, comumente, na terminologia psicanalítica, para designar as formações que

resultam de contracatexias, preferimos não aderir à sugestão, da autora mencionada.

Para o fim de clarificar a relação que existe entre formação reativa e subli-

mação, comparemos (a) uma criança que aprende a escrever bem e gosta muitíssimo

disso, (b) uma criança que tem inibição para escrever, (c) uma criança que escreve

muito constrangida e meticulosamente; e (d) uma criança que se suja, ou se lambuza.

Todas elas deslocaram quantidades instintivas erótico-anais para a função da escrita.

Na primeira, houve sublimação; já não deseja lambuzar-se, mas escrever; as outras

crianças não conseguiram canalizar este impulso e são forçadas a inibi-lo mediante

uma contra-catexia; ou a "robotizar-se" mediante formações reativas; ou até a reter o

impulso original de maneira inalterada.

Se, de um lado, a sublimação de qualquer exigência instintiva em uma função do

ego aumenta a efetividade desta última, doutro lado, uma formação reativa contra

certa função "sexualizada" a diminui necessariamente.

A sublimação relaciona-se com a formação reativa do mesmo modo que a

construção bem sucedida do superego se relaciona com repressão inalterável do

complexo de Êdipo.

Diz-se, às vezes, que a sublimação é"necessariamente uma espécie de repres-

são; o pintor que sublimou seu impulso a se sujar não sabe, conscientemente, coisa

alguma a respeito do seu erotismo anal, isso dependendo da definição de repressão.

Caso se chame repressão o desaparecimento da consciência do objetivo original, toda

sublimação é repressão (repressão "bem sucedida": mediante o novo tipo de

descarga, o antigo tornou-se supérfluo). Mas se a definição de repressão abrange o

conceito de uma contracatexia contínua, a repressão e a sublimação se excluem

reciprocamente. No caso do homem que reprimiu seus impulsos a borrar-se por uma

contracatexia, a ideia de pintar também seria reprimida, visto ser demasiado

semelhante à sujeira original. Há, entretanto, artistas neuróticos cujas produções

misturam sublimações e sintomas neuróticos.

ANULAÇÃO

Não há linhas nítidas que demarquem as várias formas de mecanismos de defesa. A

formação reativa relaciona-se com a repressão e a anulação (618) relaciona-se com a formação

reativa. Nesta última, toma-se uma atitude que se contrapõe à atitude original; na anulação, um

passo mais se dá. Faz-se algurn coisa positiva que, real ou magicamente, é o contrário daquilo

que, na realidade ou na imaginação, se fez antes.

A anulação é mecanismo que se pode ver com clareza máxima, em certos sintomas

obsessivos, os quais se compõem de duas ações, sendo a segunda inversão direta da primeira

(567). Assim, por exemplo, certo paciente precisa primeiro abrir o registro do gás e depois

fechá-lo outra vez. Todos os sintomas que representam expiação incluem-se nesta categoria,

visto que ela, pela sua índole, anula atos anteriores. A própria ideia de expiação nada mais é do

que expressão da crença na possibilidade de anulação mágica. Paradoxalmente, há vezes em

que a anulação não consiste em compulsão o contrário do que se fez antes, mas em compulsão

a repetir o mesmíssimo ato, isso baseando-se na seguinte intenção inconsciente, conforme se

vê da análise: O primeiro ato foi praticado em conexão com certa atitude instintiva

insciente; e anulado quando se pode repeti-lo mais uma vez em condições internas outras. O

objetivo de repetir (que tem a compulsão) consiste em praticar o mesmíssimo ato, liberto do seu

significado inconsciente, ou com o signifcado inconsciente contrário. Se ocorre que, por força

da efetividade con-t'nua do material reprimido, uma parte do impulso original se insinua outra

vez na repetição, a qual visa à expiação, uma terceira, quarta, quinta repetição talvez se faça

necessária (cf. 88).

Um paciente que não tinha religião e que, obsessivamente, tinha de rezar pela

mãe doente veio a criar a compulsão que consistia em bater de leve na boca depois de

rezar: era a anulação do sintoma rejeitador, regresso, do desejo rejeitado de que a

mãe morresse, significando — "Estou tornando a pôr na boca as palavras da oração".

É o mesmo mecanismo que opera nas crianças, quando julgam ser permissível um

falso juramento, se, ao mesmo tempo que o fazem com a mão direita, fazem,

disfarçadamente, o gesto contrário com a esquerda.

Outro paciente sentiu, de repente, compulsão a esticar o pescoço para cima.

Viu-se que, pouco tempo antes, enquanto descia num elevador, pensara que o

movimento rápido para baixo podia ter-lhe lesado o cérebro (angústia de castração

disfarçada, "deslocamento para cima"). O sintoma que consistia em esticar o pescoço

para cima significava "anulação: o movimento da cabeça para cima visava a

recolocar o cérebro no lugar do qual deslisara e, desta forma, anular a castração

anterior.

Este sintoma representa caso especial do tipo frequente de sintomas obsessivos

que se baseiam na magia da simetria e que costumam significar, inconscientemente,

anulação. Se se tiver tocado nalguma coisa do lado direito, tem-se de tocar em objeto

semelhante do lado esquerdo. Isto significa que o equilíbrio entre 'nstinto e contra-

instinto não deve ser transtornado; se o foi de um lado da balança, o transtorno tem

de ser "anulado" do outro lado. O "número mágico" dos neuróticos obsessivos, faz

que prefiram os números pares pelo fato de que não transformam o equilíbrio como os

ímpares (ver pág. 269).

É freqüêente falhar a intenção de "anular" porque aquilo que foi rejeitado em

certa medida volta nesta mesma medida; "anular" transforma-se em "fazer de novo".

É o que acontece quando a anulação consiste em executar o mesmíssimo ato, porém

com outra atitude, embora também possa repetir-se com a mesma. Exemplo: certo

paciente escrupuloso quanto a despesas desnecessárias comprou um jornal por um

níquel; inconscientemente, a compra equivaleu para ele à vista uma meretriz.

Lamentou ter feito o gasto e, querendo anulá-lo, resolveu voltar à banca de jornais ao

vendendor e pedir-lhe a restituição do dinheiro. Ocorreu-lhe, porém, que a compra de

outro jornal lhe aliviaria a mente, mas a banca já estava fechada.

Titou, então, outro níquel do bolso e jogou-o fora.

Assim como a formação reativa, o mecanismo de defesa da anulação podeforma-se pelo

aumento reativo da força de um impulso que se opõe ao impulso que se opõe ao impulso

original, deste modo condensando a atitude defensiva com uma atitude instintiva que luta pela

obtenção de prazer erógeno. Quando uma criança experimenta a defecação como perda da sua

integridade narcísica e desenvolve tendência à coprofagia compensadora (ou, ulteriormente,

quando o adulto compraz-se ern ler no banheiro), esta coprofagia representa tanto anulação da

defecação quanto prazer oral-anal. Quando alguém que tem angústia de castração regressa ao

nível anal e substitui a ideia de perder as fezes pela ideia de perder o pênis. a repetição

frequente da defecação tranquiliza no sentido de que a perda não é permanente; ao mesmo

tempo que o ego "está ocupado na anulação da castração... o id. pelo mesmo processo, se

compraz em impulsos anais" (1054) Esta possibilidade de tianquilizaçãb e prazer simultâneos

talvez explique o fato do mecanismo da anulação ser com tanta frequência aplicado aos

conflitos que giram em volta do erotismo anal.

Significação especial liga-se a atos e atitudes que visam a anular destrui-ções imaginárias.

Os desejos de reparação podem ou não ter êxito no sentido de conter impulsos sádicos. Podem

ser o motivo principal de sublimações artísticas ou científicas (1422. 1424); e também de

rituais compulsivos penosos (895, 959).

As falhas do mecanismo da anulação, resultante da invasão da defesa pelos impulsos

rejeitados, explica uns tantos fenómenos que são frequentes na neurose obsessiva; (a) o

aumento do número de repetições necessárias, porque repetição alguma tranquiliza

completamente, isto é, garante que, desta vez, a repetição se faz sem a intenção instintiva; (b)

algumas formas da compulsão de contar, cuja significação é contar o número de repetições

necessárias; (c) a amplitude crescente das seguranças rituais; (d) as dúvidas obsessivas, que por

vezes significam dúvida quanto ao êxito da anulação e, por fim, em certos casos (e), a

futilidade de todas estas medidas (verpágs. 286 e segs.).

ISOLAMENTO

Outro mecanismo de defesa que se vê nas neuroses obsessivas e que tem significado

muito geral na psicopatologia é o *isolamento* (618). Neste caso, o paciente não esqueceu os

seus traumas patogênicos, mas perdeu o rastro das respectivas conexões e significado

emocional. Vê-se nele a mesma resistência a demonstração das verdadeiras conexões que no

histérico, o qual resiste ao redespertar das recordações reprimidas. Assim, pois, no caso do

isolamento, também há uma contracatexia operando, e operando no sentido de isolar aquilo

que, realmente, se relaciona (1000).

Há vezes em que o paciente interpola intervalos espaciais ou temporais entre os dois

reinos que se supõe deverem estar separados. Dispõem-se os inte valos espaciais de forma que

certas coisas (que representam ideias a se isolarem) não possam tocar-se entre si; ou atribui-se-

lhes certa ordem que as mantém distantes uma da outra. Os intervalos temporais são planejados

de modo que, após um ato, há pausa que impede este de colidir com qualquer outro. Certas

vezes, medir os intervalos desta natureza constitui um dos fatores determinantes compulsão

neurótica de contar.

Tem importância prática o caso do paciente que tenta impedir todo efeito terapêutico da

sua análise, realizando-a, toda ela, "isolada". O paciente aceita, análise enquanto está deitado

no divã, mas ela permanece isolada do resto sua vida. Certos pacientes têm de começar e

terminar a entrevista analítica com uns tantos rituais que se destinam a isolá-la daquilo que

ocorre antes e depois

O caso especial da maior importância, no que toca a este mecanismo de f sa consiste em

isolar da catexia originalmente conexa uma certa ideia. Con-ando sobre os fatos mais

interessantes, o paciente permanece calmo, mas desenvolve, noutro momento inteiramente

diverso, emoção incompreensível, perceber que houve deslocamento da emoção. Conteúdos

ideacionais extremamente censuráveis, como o assassinato ou desejos incestuosos, tornam-às

vezes, conscientes sob a forma de obsessões pelo fato de que o neurótico bsessivo consegue

sentir estas ideias como se fossem simples pensamentos, isolados da motilidade. O vazio

afetivo, característica de certos neuróticos obsessivos e capaz de criar dificuldade séria no

tratamento, baseia-se em isolamento deste tipo. Há pacientes que até conseguiem sentirem toda

plenitude as suas emoções, mas somente na medida em que, de algum modo, finjam estar

apenas brincando ou fazendo experiências mentais, ou coisa semelhante; isto é na medida em

que as emoções se mantêm isoladas daquilo que é "sério".

Há pacientes obsessivos que se distanciam das experiências atemorizadoras de

impulsos emocionais para refugiar-se no mundo "isolado" das palavras e conceitos.

No remoer obsessivo, o material reprimido retorna: idéias filosóficas complicadas,

que visam a proteger contra contra-impulsos instintivos, passam a ter a mesma

considerável importância, sob o ponto de vista emocional, que os impulsos instintivos

têm para a pessoa normal (verpág. 277).

Isolamento que ocorre com muita frequência em nossa cultura é aquele dos componentes

sensuais e amorosos da sexualidade (572). Resulta da repressão do complexo de Édipo o fato

de que muitos homems (e também muitas mulheres) não conseguem obter satisfação sexual

plena porque só são capazes de gozar a sensualidade com pessoas pelas quais não sentem amor

ou até com pessoas que desprezam; mais ainda: com pessoas pelais quais nada sentem. Não

conseguem desejar quando amam e não conseguem amar quando desejam" (572). A instituição

da prostituição proporciona aos homens deste tipo a oportunidade de isolar a sua sensualidade

censurável do iresto da vida, por esta forma aliviando-os da necessidade de reprimi-la.

São muitas as crianças que resolvem conflitos mediante isolamento de certas esferas

vitais, isto é, separando-as uma das outras: escola e casa, vida social e segredos solitários; uma

das duas esferas representa a liberdade instintiva; a outra representa o bom comportamento.

Chegam a cindir a própria personalidade, dizendo que são duas crianças de nomes diferemtes,

uma boa e outra . assim negando a responsabilidade pelas más ações que a criança má prática.

Se os famosos casos de "dupla personalidade" se deveim chamar isolamento ou

repressão depende de que a pessoa saiba ou não num estado daquilo que diz respeito

à existência do outro estado. São casos que mostiram a relação básica existência

entre os dois mecanismos.

Também nos casos que Freud chamou “cisão do ego” (621, 633, 635), uma noção

desagradável mantém-se isolada do resto da personalidade.

Outro tipo de isolamento representa-se pelas tentativas de resolver conflitos relativos à

ambivalência (isto é, conflitos entre o amor e o ódio da mesma pessoa) mediante cisão dos

sentimentos contraditórios, de modo que uma pessoa é só amada e outra só odiada, uma

contracatexia impedindo que os dojs sentimentos entrem em contato um com o outro. Exemplo:

o contraste da mãe boa e da madrasta má nos contos de fadas (552).

Vê-se falhar a tentativa de isolamento nas blasfémias obsessivas frequentes: para o fim de

isolar a atitude positiva reverente em relação à figura paterna de todas as ideias agressivas ou

sensuais, busca-se uma atitude religiosa, intenção que falha nas blasfémias obsessivas.

O isolamento ocorre em todos os casos de neurose obsessivo mas há pessoas nas quais este mecanismo domina o quadro a ponto de elas representarem material excelente para demonstração. Senão vejamos o seguinte caso (411), que ilustra o assunto.

Um rapaz de dezessete anos tornou-se neurótico em virtude do conflito que teve com a masturbação. Durante certo tempo, mastrurbou-se sem sentimento algum de culpa, chegando até, muitas vezes, a olhar para os companheiros de escola que se compraziam na masturbação mútua. Depois, ouviu um sacerdote proferir um sermão em que aconselhava todos a se afastarem de quem quer que se masturbasse. Visto que a sua genitalidade infantil fora inibida por medo excessivo da castração, o paciente tomou muito a sério o sermão e resolveu seguir-lhe o conselho, deixando de falar com um rapaz que, segundo sabia, se masturbava muito. Conseguiu, durante algum tempo, manter a resolução formada, mas, depois, para evitar o contato com o rapaz, desenvolveu certas fobias e procedimentos compulsivos que mantivessem a distância.

Primeiramente, sempre que encontrava o outro, tinha de cuspir; a análise nunca chegou a clarificar uma resolução obsessiva quanto ao número de vezes que tinha de cuspir. A fobia disseminou-se; o paciente absteve-se de todo contato com a família e os amigos do "Evitado". (O paciente deu ao outro rapaz este nome para não ter que usar-lhe o nome.) A seguir, como o Evitado era filho de um barbeiro, passou a evitar

as barbearias. Mais adiante, chegou a evitar contato com pessoas que frequentavam

barbearias; e sentiu-se obrigado a não passar no bairro da cidade onde se localizava

a barbearia do pai do "Evitado".

Daí por diante, a neurose inteira desenvolveu-se com rapidez em "neurose de

isolamento". O rapaz estabeleceu, compulsivamente, que os membros da família,

principalmente as mulheres (avó, mãe e irmã) não deviam passar naquela vizinhança

proibida.oqueofez sofrer muito porque as parentes que não se dispuseram a aceitar

esta restrição da sua liberdade. O paciente seguiu implicitamente a sua própria

proibição, mas quanto mais estritamente limitava os seus atos, mais intensamente era

obrigado a pensar, obsessivamente, no bairro proibido da cidade. Não é difícil

compreender que isso o fez sofrer, mas a explicação que deu do seu sofrimento foi

inesperada: Era penoso, disse ele, porque em casa via a mãe e a avo, daí por que não

devia pensar nos locais, nem nas pessoas proibidas. Se bem que percebesse a relação

entre a sua doença e a masturbação, a conexão lhe escapava. Deixara de masturbar-

se sem maior dificuldade aparente, mas, no lugar dela, cada vez se tornou mais nítido

o esforço neurótico que fazia para manter a ideia "membro da família" separada das

pessoas e locais desagradáveis ou "incompatíveis"; esforço que visava a isolar estas

ideias uma das outras.

O isolamento veio a tornar-se o tópico principal da neurose. O paciente con-

siderava lícito pensar nas coisas "incompatíveis", mas procurava não pensar em

pessoas "compatíveis" ao mesmo tempo, desta forma demonstrando que o complexo de Édipo era o conteúdo da sua atividade masturbatória. A elaboração deste esforço por parte do ego, que queria defender-se contra o complexo de Édipo mediante o isolamento, levou o paciente, dentro de poucos meses, a neurose, bsessiva das mais severas.

O paciente assemelhava-se ao homem da peça de Wedekind que, segundo c supunha, não devia pensar em urso. Sempre que pensava no "Evitado", penava imediatamente, na avó, sintoma tormentoso que denominou "conexão". Conseguiu usar uma defesa com que manipulá-lo, a saber, uma chamada "desconexão", o que constitui bom exemplo do mecanismo de "anulação". Depois de haver pensado, ao mesmo tempo, num local proibido e numa pessoa compatível, desde que conseguisse, porém, formar imagem mental da coisa incompatível completamente isolada e liberta de todos os anexos compatíveis, tudo entrava nos eixos novamente e o paciente acalmava-se. Não tardou muito a deixar-se absorver na construção de "desconexões" o dia inteiro.

Surgiram, a seguir, dois outros componentes que tenderam a aumentar a severidade da neurose obsessiva disseminada: extensão imensa do campo da sintomatologia e invasão dos sintomas pelos impulsos rejeitados.

A divisão dos objetos em compatíveis e incompatíveis pouco a pouco veio a abranger todas as pessoas, todos os lugares. Assim, por exemplo, os "colegas" tornaram-se "incompatíveis"; os "parentes" tornaram-se "afins"; todas as outras pessoas, mediante associações superficiais, foram colocadas numa ou noutra categoria, sujeitas, por conseguinte, a conexões e desconexões.

Sofrida que fosse uma conexão, o paciente não conseguia sair do lugar onde por

acaso estava, nem conseguia interromper a atividade em que estivesse, no momento,

empenhado, sem ter, antes, completado a desconexão, situação esta que lhe era muito

angustiante. Assim, sempre se mostrava problemática a possibilidade de levantar-se

ou não do divã, terminada a entrevista analítica; e durante a hora inteira que esta

tomava, torturava-o o medo de vê-la acabar justamente entre uma conexão e uma

desconexão. Enfim, a própria defesa veio a exprimir os impulsos rejeitados. A

compulsão a desconectar obrigava o paciente a ter sempre bastante pessoas, lugares

e coisas compatíveis à sua disposição. O desejo de acabar rapidamente com a tensão

tormentosa fez voltar da repressão o material reprimido. O paciente pôs-se a

frequentar lugares incompatíveis, anotando com cuidado as pessoas incompatíveis, de

modo a tê-las sempre à disposição em caso de necessidade. Mas não lhe foi possível

fazer a mesma coisa com todos os objetos incompatíveis. O Evitado, por exemplo,

continuou a ser evitado. Com o tempo, o paciente veio a ter uma série graduada de

diferenciações: haviam objetos que eram fobicamenteevitadosporseremdetodo

incompatíveis; mas haviam outros menos incompatíveis que ele procurava e que

precisava ter à disposição; mais ainda: objetos um tanto indiferentes, ligeiramente

compatíveis e absolutamente compatíveis. Por fim, conscientemente esforçou-se por

só pensar em objetos incompatíveis, na esperança de que, assim, produziria com mais

facilidade a desconexão. Como a ideia de "objetos incompatíveis" representava

"masturbação", o paciente estava, então, inconscientemente, a masturbar-se de

maneira incessante. Aliás, quando máxima lhe era a tensão e não conseguia produzir

desconexão malgrado todos os esforços, acontecia-lhe, às vezes, para sua grande

surpresa, ter uma ejaculação.

Freud chamou a-atenção para um protótipo normal de isolamento e para um ponto que se

relaciona com a respectiva origem (618).

O protótipo normal é o processo de pensamento lógico que, realmente, consciste em

eliminar persistentemente associações afetivas em bem da objetividade. Os neuróticos

obsessivos, quando empenhados nas suas atividades isolantes, comportam-se tal qual

caricaturas daqueles que pensam normalmente. Este fenômeno esclarece um fator da maior

importância na terapia analítica. A associação livre apresenta-se como sendo, em essência, uma

suspensão das acatexias isolantes normais. Supõe-se que os isolamentos característicos do

pensamento normal se suspendam pela injunção a que se exprima tudo quanto venha à mente,

de maneira que as conexões inconscientes originais reapareçam. Os neuróticos obsessivos

investem parte avultada das suas- contraca-texias no mecanismo especial do isolamento; daí

acharem difícil associar livremente. Aliás, há neuróticos obsessivos que jamais o aprendem,

sempre desejosos de ordem, rotina, sistema. Do ponto de vista psicológico, significa isso que

não querem dispensar os seus isolamentos.

Sob o aspecto genético, relaciona-se o mecanismo do isolamento com o tabu antigo do

contato. Os rituais do limiar e as compulsões do calçamento exprimem conflitos relacionados

com a obediência ou a desobediência do tabu (30, 390). O tabu do contato, constituindo

protótipo do mecanismo de isolamento, pode dirigir-se contra qualquer impulso instintivo. Os

impulsos proibidos ou não, quer sejam de índole sensual, quer agressiva ou amorosa,

pressupõem contato do objeto.

REGRESSÃO

Já se discutiu o conceito de regressão (verpágs. 47 e 59). Sempre que alguém depara com

uma frustração, há tendência a ter saudades de épocas anteriores da vida em que as experiências

eram mais prazerosas; a ter saudades de tipos anteriores de satisfação, mais completos. A

intensidade desta tendência aumenta na proporção de dois fatores estreitamente inter-

relacionados: o grau de insegurança com que o indivíduo aceita modalidades mais recentes de

satisfação e o grau a que ele se fixa a tipos mais antigos. Neste sentido, pode a regressão ser

considerada mecanismo de defesa?

O neurótico obsessivo típico, quando experimenta conflito entre seus desejos edipianos

fálicos e seu medo de castração, substitui desejos sádico-anais às suas exigências edipianas, de

modo que, realmente, a regressão *é* um meio de defesa (618). O que, no entanto, se tem de

admitir é que o papel desempenhado pelo ego na regressão é diferente daquele que desempenha

em todos os outros mecanismos de defesa. Outros mecanismos de defesa são acionados por

uma atividade do ego, se bem que, nesta atividade, possa o ego usar mecanismos mais arcaicos

e automáticos; na regressão, o ego é muito mais passivo. A regressão ocorre com o ego; em

geral, parece funcionar por efeito dos instintos que, tendo a satisfação direta bloqueada,

procuram substituto. A pré-condição para o uso da regressão como mecanismo de defesa é, por

conseguinte, certa fraqueza peculiar da organização do ego (verpág. 285).

Tem-se dito que existe relação complementar entre a fixação e a regressão; é fácil

renunciar àquilo a que não se dá muita importância. Quanto mais intensas as fixações pré-

genitais, mais fraca será a organização fálica ulterior. O indivíduo fixado no nível anal só com

relutância passará à fase fálica; e sempre estará pronto a renunciar à sua nova aquisição diante

de decepções ou ameaças ligeiras; no entanto, decepções e perigos muito intensos e repentinos

são capazes de produzir regressões até em indivíduos que não tenham fixações fortes. Há dois

tipos de regressão que merecem menção especial. O primeiro consiste na regressão de formas

adultas da sexualidade a formas infantis; regressão esta que é o pré-requisíto das neuroses.

Qualquer decepção da sexualidade adulta, qualquer ameaça a esta pode fazer a pessoa reverter

àqueles níveis da sua sexualidade infantil a que se acha inconscientemente fixada; ou seja, a

níveis que foram reprimidos e permaneceram inalterados no inconsciente. Mas uma neurose só

se desenvolverá se esta mobilização da sexualidade infantil, por sua vez, acarretar

remobilização dos conflitos antigos que tenham girado em redor da sexualidade infantil. A

regressão à sexualidade infantil pode limitar-se à na erógena principal, de tal forma que, por

exemplo, um histérico oralmente fixado exprimirá seus desejos edipianos genitais em fantasias

de felação ou em ntomas orais. Ou pode haver regressão plena, caso em que não só a con-

utnação dos desejos genitais se exprimirá, talvez, de maneira pré-genital, mas também todo o

complexo da pregenitalidade, inclusive certas características como a ambivalência e a

bissexualidade, substituirá a genitalidade. E neste sentido o neurótico obsessivo típico terá

renunciado à sua genitalidade e se terá tornado, uma vez mais, sádico-anal (ver págs. 256 e

segs.).

O segundo caso especial de regressão é a regressão ao narcisismo primário, ou ao estádio

de desenvolvimento anterior à diferenciação final de ego e id. Ocorrendo esta regressão, que é a

mais profunda de todas o que há é a retomada do tipo de defesa mais arcaico mesmo: o

bloqueio do ego.

Mais adiante discutiremos o que é que determina a escolha dos tipos de defesa (ver págs.

485 e segs.).

DEFESAS CONTRA AFETOS

Até o momento, temos limitado a discussão aos mecanismos de defesa que se opõem aos

impulsos instintivos. Estes, contudo, são rejeitados devido à ansiedade ou ao sentimento de

culpa; isto é, para o fim de evitar o sofrimento do pânico traumático ou da perda da auto-

estima, de modo que, em última análise, toda defesa é defesa contra *afetos*. "Não quero ter

sensação dolorosa alguma" é o motivo primeiro e final da defesa (589, 590). Se bem que as

defesas mais organizadas contra os impulsos instintivos sejam da maior importância na

psicogênese das neuroses, não devemos esquecer-nos de que também operam contra os afetos

certas defesas arcaicas, menos sistemáticas. Até a experiência da ansiedade ou do sentimento

de culpa, que dá origem à defesa contra impulsos instintivos, é penosa; e, de fato, há defesas

que tendem não a evitar atos ou situações de tentação ou castigo, mas sim, que tendem,

diretamente, a evitação do próprio sentimento de ansiedade ou de culpa. É o que se vê de

maneira particularmente acentuada em certas formações caracterológicas arcaicas, nas quais se

observam defesas em grande escala contra a ansiedade (ver Págs. 444 e segs.).

BLOQUEIO (REPRESSÃO) DE AFETOS

Observa-se que o ego, depois de haver sido uma vez esmagado por afetos, consegue

recuperar sua força a ponto de dispor, em situações semelhantes que se repitam, de

contracatexias com que rejeitar um desenvolvimento completo e novo do afeto. Podemos falar

em afetos inconscientes e também em sensações inconscientes; num caso e noutro, há certos

estados de tensão que, a não serem obstados em seu desenvolvimento e descarregados mediante

contra-atexias, resultarão em afetos e sensações respectivamente, desejos inconscientes no

sentido do desenvolvimento de afetos que são contidos por forças opostas. Clinicamente, é

possível observar "excitação sexual inconsciente" ou "ansiedade inconsciente", da mesma

forma que se observa material inconsciente em geral: as disposições inconscientes no sentido

dos afetos desenvolvem, se bloqueadas, derivados, manifestam-se em sonhos, em sintomas, em

outras formações substitutivas; manifestam-se simplesmente em fraqueza geral, resultante do

consumo excessivo de energia (590, 608). A "frieza emocional" (ver págs. 453 e segs.) e certos

tipos de despersonalização (ver págs. 391 e seg.) exemplificam o bloqueio emocionai em geral.

Tem-se dito que é indício da existência de repressão uma desproporção entre o afeto

precipitante e a reação emocional; acrescente-se que, pelo desenvolvimento de derivados, uma

instabilidade afetiva geral se apresenta como primeira consequência da defesa que se realizou

mediante bloqueio da descarga. A pessoa pode haver aprendido a defender-se secundariamente

contra a instabilidade com a ajuda de contracatexias reforçadas. Se a instabilidade afetiva é o

primeiro efeito das defesas contra afetos, a rigidez afetiva geral será a segunda.

POSTERGAÇÂO DE AFETOS

Os derivados mais simples que existem são as explosões retardadas de afetos. O

deslocamento temporal que vem dar, simplesmente,,em aparecimento posterior da reação

afetiva e, desta forma, em obstáculo ao reconhecimento da conexão motivadora, é o caso

especial de deslocamento afetivo que mais se vê. Este tipo de defesa institui-se com frequência

máxima contra os afetos da raiva (ou do tédio) e do luto. A raiva pode ser, evidentemente,

suportada sem descarga durante curto lapso, mas só durante curto lapso, findo o qual tem de ser

libertada, seja contra quem for. No afeto do luto, o retardamento parece ser componente

essencial. O que ocorre aí é nada mais, nada menos do que elaboração gradativa de um afeto

que, se fosse libertado com vigor pleno, esmagaria o ego, isto é, a quantidade de catexias

libertadas pela perda do objeto. O luto, conforme atualmente se compreende, é, fora de dúvida,

a neutralização e distribuição de um tipo bravio e autodestrutivo de afeto, ainda de observar-se

no pânico da criança quando perde a mãe ou. nas reações lutuosas desinibidas dos povos

primitivos (597, 1640) (ver pág. 284). Daí por que se compreende que o mecanismo da

postergação de afetos haja sido estudado com referência particular ao fenómeno do luto. O

"homem-lobo" de Freud não mostrou qualquer reação à morte da irmã, mas explodiu em

prantos na sepultura de Puchkin (599). Helen Deutsch escreveu um ensaio a este respeito (332).

No entanto, a postergação de afetos não se limita em absoluto à raiva e ao luto. Pfister

investigou a reação do ego ao perigo mortal agudo e sempre encontrou ausência de medo

durante o período do perigo agudo, com aparecimento, porém, de medo intenso ulterior depois

de passado aquele (1225). A postergação assim constatada talvez tenha o efeito providencial de

possibilitar uma ação intencional que. doutro modo, teria sido paralisada pelo medo. Do mesmo

modo, os sintomas de ansiedade dos neuróticos traumáticos representam, parcialmente, um

medo postergado desta ordem. "Pavor postergado" afigura-se expressão contraditória, visto que

o pavor é reação súbita e imediata, mas existe isso. O indivíduo é capaz de aceitar com calma

certas experiências aterradoras e, no entanto, ficar abismado em pavor daí a alguns minutos,

durante os quais o ego pôde preparar-se, proteger-se do esmagamento completo.

A postergação do medo é tão conhecida, dos cineastas que não só o utilizam,

como o designam com expressão especial: "double-take". Ilustra o fato aquela

anedota em que um homem chega a casa. após dia cansativo, de muito trabalho, e

encontra o telegrama que o informa da morte de um parente; lê o telegrama indo para

a cama e aí exclama: "Oh! que choque terrível vai ser amanhã de manhã!".

Não é rara a observação de reações postergadas de vergonha e nojo.

Certo paciente, no decurso da análise, readquirira o hábito infantil da mastur-

bação anal. Explicou ao analista que, praticahdo-a, sujara os dedos. Coisa impres-

sionante, não mostrou reação de nojo, se bem que, com a personalidade que tinha,

isso fosse de esperar. Daí a dias, reagiu a provocação relativamente ligeira com

explosão de nojo desproporcionadamente vigorosa.

Parece basear-se no mesmo mecanismo, em pessoas estressadas, o pos-

tergamento das reações de fadiga até a cessação do perigo.

Há vezes em que se observa, após o indivíduo haver sofrido dor intensa ou

tensão severa, uma espécie de apatia, perda da sensibilidade, frieza de sentimentos.

Também isso resulta do mesmo mecanismo, que protege o ego contra afetos ou

sensações que seriam esmagadores.

DESLOCAMENTO DE AFETOS

A postergação não é mais que caso especial dentre muitos tipos de deslocamento de

afetos (552). Outro subtipo é constituído pelo deslocamento relativamente ao *objeto.* O afeto,

contido em relação a certo objeto, explode contra outro objeto. É um tipo de deslocamento que

se pode associar a postergação, tal qual aconteceu no caso da reação do homem-lobo na

sepultura de Puchkin. Conhece-se o deslocamento do objeto temido pelo estudo das fobias de

animais (566).

EQUIVALENTES DE AFETOS

A defesa logra melhor seus fins quando o indivíduo consegue iludir-se a respeito do

caráter das suas próprias emoções. Pode haver inervações de descarga típicas, inteiramente ou

em parte, mas permanece inconsciente a respectiva significação inconsciente. É a maneira pela

qual se originam os chamados equivalentes de afetos (ver pág. 222). Freud descreveu os

equivalentes da an-Sustia em suas primeiras obras sobre as neuroses de angústia (545, 547).

Landauer cotejou equivalentes do luto (1011). Não pode haver dúvida de que odos os demais

afetos também podem ser substituídos, de maneira semelhante, Por sensações somáticas

equivalentes. É característico de certas personalidades obsessivas o fato de que, quando-a

análise lhes ataca com êxito o bloqueio a etivo, começam a queixar-se de umas tantas

alterações das sensações somaticas, não percebendo o que elas significam psiquicamente; antes

de experimentar plenamente os afetos, elas descobrem a via que leva aos equivalentes. A

"linguagem (somática) básica" de Schreber (574) consistia em afetos reduzidos a sensações

corporais.

FORMAÇÕES REATIVAS CONTRA AFETOS

A negação do verdadeiro significado de um afeto pode chegar a ponto de transformar-se

em aderência compulsiva à atitude afetiva oposta. É possível ver desenvolver-se o despudor

como defesa contra sentimentos de culpa; a coragem, como defesa contra o medo.

Estamos habituados a ver a vergonha e o nojo usados como defesas sexuais, de modo que

nos inclinamos a considerar o comportamento que impressiona pelo despudor, ou o recurso

ostensivo ao que enoja como irrupção de instintos sexuais infantis, e não como formação

reativa contra afetos. Mas não é por forma simples que, necessariamente, se constrói uma

"irrupção de instintos". A análise feita por Edith Sterba de uma "moça desavergonhada"

mostrou que, pelo menos neste caso, o que havia não era falta nítida de vergonha, e sim for-

mação reativa complicada contra um período anterior, que se havia caracterizado por vergonha

intensa (1486). As "atitudes contrafóbicas" (435) representam formações reativas contra a

angústia (verpágs. 445 e segs.).

Alteração da Qualidade dos Afetos

Também se compreende que o efeito dos mecanismos de defesa do ego altere,

especificamente, a qualidade das experiências afetivas. Até hoje não se refutou a antiga

concepção de Freud no sentido de que, em certas condições, a excitação sexual se transforma

em ansiedade (551, 558).

Isolamento de Afetos

Os afetos podem ser isolados das suas conexões psíquicas totais mediante gasto especial

de contracatexias. A análise dos transtornos afetivos consiste, em grande parte, no

restabelecimento de conexões que há muito se perderam através de distorções desta ordem. Há

casos em que certas excitações afetivas só se admitem em condições que, inconscientemente,

significam alguma tran-qiiilização contra o perigo: mas só se admitem em condições diversas

na medida em que não se lhes atribui caráter real ou sério.

Projeção e Introjeção de Afetos

Os afetos podem ser projetados, ou seja, percebidos noutra pessoa, a fim de evitar a

percepção em si mesmo. A ideia de introjeção de afeto não *parece* fazersentido, mas a

expressão "engolir as suas próprias emoções" há de levar-se em consideração. Sem dúvida,

existe uma defesa que se faz pela introjeção do objeto contra quem se dirigia o afeto; por

exemplo, é o que acontece no mecanismo da "identificação com o agressor", quando se teme o

objeto (541).

Como todas as demais, as defesas contra os afetos podem *falhar.* Há pessoas que negam

os seus afetos, mas são capazes, em certas condições, de ficar completamente esmagadas pelo

retorno deles. Daí ocorrer frequentemente o fato de estas defesas terem dois gumes; a ausência

de afeto pode inverter-se ataque de afeto; uma atitude afetiva que tenha a índole de formação

reativa transforma-se, às vezes, no afeto oposto original.

Defesas contra Sentimentos de Culpa

Há um grupo de defesas contra afetos digno de atenção especial em vista da importância

clínica que tem: são as defesas contra sentimentos de culpa, acterísticas de certos tipos de

neuroses nas quais o ego ê obrigado a estabelecer contracatexia dupla e a lutar, ao mesmo

tempo, contra desejos censuráveis do id e exigências do superego.

Os sentimentos de culpa podem ser *reprimidos* e é frequente ver racionalizações relativas

à necessidade de praticar certa ação proibida que garantem a epressão destes sentimentos. A

crença de Machbeth na profecia das feiticeiras siqnifica que ele tenta convencer-se de que o

assassinato era necessário e de que não tem por que sentir-se culpado a este respeito. O fato de

perceber tarde demais que interpretou erradamente a profecia quer dizer que o sentimento de

culpa reprimido voltou da repressão (442).

São de ocorrência frequente as tentativas de *projetar* sentimentos de culpa. "Foi outra

pessoa que fez isto, e não eu" é o leitmotiv de muitas personalidades neuróticas.

Há tipos diversos de quase-projeções de sentimentos de culpa. Toda culpa se suporta com

mais facilidade se outra pessoa fez a mesma coisa. Para obter o alívio que por esta forma se

alcança, as pessoas que fizeram ou querem fazer alguma coisa que lhes produz sentimento de

culpa procuram outro indivíduo que esteja na mesma situação; e sentem-se muito aliviadas

quando conseguem encontrar alguém que pratique ou haja praticado o mesmo ato; chegam a

provocar outras pessoas a que façam aquilo por que se sentem culpadas. A função de aliviar

que tem o fato de partilhar a culpa é um dos fatores básicos na psicologia da arte. O artista

alivia seu sentimento de culpa induzindo um auditório a participar do seu ato na fantasia; e o

espectador fica aliviado quando percebe que o artista se atreve a exprimir impulsos proibidos

(1332). Tal qual, o que leva a pessoa a contar uma piada consiste na tentativa de lograr a

aprovação dos ouvintes para a culpa subjacente aos impulsos ofensivos que na piada se ocultam

(556, 1294). A partilha da culpa também tem importância fundamental na formação dos grupos

(1258).

Mesmo que o sentimento de culpa seja tão intenso que não se pode su-perarcom a partilha

da culpa, ocorre, às vezes, que a projeção ainda opera sob a forma de tendência a denunciar nos

outros impulsos que a pessoa procura negar em si mesma. É a velha história do argueiro no

olho do vizinho.

Há vezes em que o superego, originado na introjeção de um objeto externo, e reprojetado

em objetos externos para o fim de eliminar sentimento de culpa. Os neuróticos obsessivos

costumam tentar evitar estes sentimentos pedindo perdão a outras pessoas.

Certo paciente obsessivo tinha o hábito de relatar seus escrúpulos obsessivos no

início da entrevista analítica, mas, depois, não fazia associações neste sentido. Veio a

explicar, afinal, que os escrúpulos desapareceriam assim que os exprimia. Como o

analista não se enraivecia, nem se atemorizava, mas escutava, o paciente sentia-se

livre de admitir que os seus escrúpulos nada tinha de extraordinário.

Fenômenos semelhantes ocorrem com muita frequência na vida cotidiana. O indivíduo

precisa de confirmação, ou precisa de aplauso alheio como sinais de perdão. O perdão externo

realiza a mesma finalidade que tinha o esforço por seduzir outra pessoa a que compartilhe a

culpa.

O paciente a que acabamos de aludir tinha necessidade obsessiva de ler o jornal

em voz alta. Sentia-se indignado com os numerosos exemplos de injustiça que

ocorrem no mundo, mas precisava da companhia de outrem que lhe compartilhasse a

indignação. A inclinação a ler em voz alta visava a mitigar seu sentimento de culpa

interno; a concordância do ouvinte justificava-lhe as tendências agressivas.

Muitas formas da necessidade excessiva de comunicar com outros, e, bem

assim, muitas formas de loquacidade compulsiva constituem variações da mesma

tendência; e originam-se na necessidade de lograr a aprovação alheia para algo que,

internamente, se sente como proibido.

Pela provocação, sedução, adulação, confissão, faz-se o ambiente participar do conflito

entre o ego e o superego, na esperança de conseguir algum alívio. Grande parte do que se

chama relações objetais são, na realidade, pseudo-relações desta ordem: o indivíduo não

desenvolve sentimento algum relativamente ao objeto como pessoa, mas serve-se dela para

obter alívio num conflito com o superego (verpágs. 224 e seg., 460 e segs. e 481e segs.).

Pode haver alguma coisa que seja introjeção de um sentimento de culpa? Ã primeira

vista, parece impossível, mas o sentimento de culpa "que se toma emprestado" (608, 1005),

criado pela identificação com outra pessoa (esta também supostamente culpada) pode servir

para atenuar um sentimento de culpa.

Claro, há muitas *formações reativas* aos sentimentos de culpa. Muita gente existe que se

comporta provocativa, desafiadoramente, com a máxima displicência, despreocupada, que se

orgulha até de não ter escrúpulos de consciência e. no entanto, só à análise é que aprende que a

atitude assumida precisa de grande quantidade de contracatexias para conter sentimentos de

culpa. Certas personalidades impulsivas protestam com o seu comportamento inescru-puloso

contra a pressão interna que experimentam, partida de um superego muito severo. De maneira

menos evidente, este pode ser o significado inconsciente de certos sintomas obsessivos,

representando revolta contra o superego e aquisição de provas de inocência.

Isolamento de um sentimento de culpa é ocorrência comum nos neuróticos obsessivos, os

quais procedem sem qualquer sentimento de culpa em certas ocasiões, mas o experimentam de

forma exagerada noutras oportunidades, sem percebera conexão (567). Mais: os psicopatas

impulsivos, frequentemente considerados sem superego algum (1603), mostram, quando são

analisados, que isolaram por algum tempo as exigências do seu superego, de modo que elas não

atuam naqueles momentos em que o "psicopata" cede aos seus impulsos (1266) (ver págs. 349

e seg.).

A *regressão* como defesa contra sentimentos de culpa observa-se, às vezes, no caso do

masoquismo moral, caso em que a consciência originada no complexo de Édipo. volta a ser

sexualizada e serve para gratificação distorcida de desejos edipianos (613). Certo tipo de

regressão também funciona em casos menos extremos, nos quais a reação do superego visa a

reinstaurar o tipo de comportamento que antes se mostrara em relação aos pais, de modo a con-

seguir perdão ou castigo.

Na verdade, os conflitos defensivos são mais complicados do que se pode pensar da

descrição que damos. Um conflito isolado entre certo impulso particular e uma angústia

particular oposta é raro ocorrer. O que é mais comum é ver interações complexas e pujantes

entre muitos impulsos e muitas defesas. Raras vezes as lutas defensivas chegam a conclusão

feliz mediante certa atividade defensiva particular. As defesas podem ter êxito mais ou menos

afortunado; podem funcionar em certas condições e não bastar noutras. Todas as minúcias da

vida cotidiana se percebem ou como tentações a seguir impulsos reprimidos ou como

advertência de punições possíveis, desta forma transtornando de novo o equilíbrio. Há

experiências capazes de evocar a volta daquilo que se rejeitou na defesa, o que, por sua vez,

pode exigir defesas contra as defesas; como há formações reativas que se opõem a formações

reativas. Porque se suscitam condições favoráveis e adversas a impulsos censuráveis, acontece

que muitas camadas contraditórias se desenvolvem, mas sem se colocar regularmente uma

acima da outra, e sim mostrando muitas fissuras. Durante todo o desenvolvimento do indivíduo,

quer a progressão, quer a regressão operam, de maneira que o quadro desnorteia até que a

análise consiga separar as camadas historicamente. O que demos foi apenas descrição dos

mecanismos individuais pelos quais se constróem as diversas camadas.

10

Os Sintomas Clínicos Diretos do Conflito Neurótico

CLASSIFICAÇÃO DOS SINTOMAS CLÍNICOS DIRETOS DO CONFLITO NEURÓTICO

Não é ainda neurose o conflito neurótico; mas a efetividade deste manifesta-se em certos

fenômenos patológicos, os quais, no entanto, também se feamam com freqüência neuróticos.

Os sintomas clínicos dos conflitos neuróticos são ou expressões diretas das Itividades das

forças defensivas, isto é, manifestações das contracatexias; ou lintomas que se originam na

relativa insuficiência do ego, quando este se en-iontra em estado de represamento.

A atividade das forças defensivas pode manifestar-se de maneiras várias. Em primeiro

lugar, as angústias e os sentimentos de culpa que motivam ifesassão, às vezes, conscientes

como tais, se bem que a pessoa ignore de que é que tem medo ou por que é que se sente

culpada. Diferem outras manifes-ições das contracatexias conforme o mecanismo de defesa que

é usado. Os resultados *da negação e da* projeção mostram-se como tais; a introjeção exime-se

na identificação; a repressão faz-se ver em lacunas nos pensamentos, sentimentos, recordações,

padrões comportamentais do paciente; ou então, na itensidade com que se mantêm certas

formações substitutivas; as formações eativas revelam-se pelo respectivo caráter rígido, que,

entretanto, vez por outra, se rompe; a anulação e o isolamento constituem certos sintomas

obsesivos; a regressão modifica os desejos e o comportamento da personalidade. No entanto,

todas as defesas patogênicas edificam *resistências* contra as tentativas lese fazem para impedir-

lhes a atuação. Umas tantas manifestações de defesa e, constantemente, expressões simultâneas

das forças rejeitadas, pelo que se Bcutirão nos capítulos a seguir, concernentes à formação de

sintomas, embora se apresente manifestação pura de contracatexias em evitações e inibições de

lições que se originam numa defesa contra as mesmas.

Os sintomas da insuficiência relativa do ego, resultantes do estado de represamento,

denominam-se sintomas neurótico-atuais e se assemelham muito aos sintomas das neuroses

traumáticas, visto que o decréscimo da descarga, pduzido pelo conflito defensivo, dá origem ao

mesmo estado que o aumento do fluxo de estímulos consequentes a traumas. Há sintomas

negativos, que pistem em inibições gerais das funções do ego — caso em que são de atribuír-se

a decréscimo da energia disponível por causa da energia que se consome na luta defensiva — e

sintomas *positivos,* os quais consistem em sentimentos dolorosos de tensão, de descargas de

emergência, estas representando tentativas de eliminação da tensão e abrangendo ataques

emocionais de angústig e raiva, além de produzir transtornos do sono, pela impossibilidade de

relaxamento (cf. 41).

EVITAÇÕES E INIBIÇÕES ESPECÍFICAS

As pessoas que têm contracatexias específicas costumam evitar situações, objetos,

atividades, setores de interesse, qualidades de sentimento (certas vezes, sem perceber a

evitação); outras vezes, com consciência plena do fato; ou pode haver, em lugar de evitação

plena, decréscimo de algumas funções, ou falta específica de interesse.

Há ocasiões em que as pessoas deste tipo sentem conscientemente que apenas "detestam"

os setores em que são inibidas; doutras vezes, receiam-nos, ou sentem-se embaraçadas se são

obrigadas a enfrentá-los; há vezes em que admitem não terem objeção em relação a estes

setores, mas simplesmente "não estão interessadas"; existem casos em que não percebem a

existência de quaisquer evitações, mas ocorrem hiatos objetivos na continuidade mental do in-

divíduo; a análise tem de expô-los e levar as pessoas a que enfrentem suas aversões; há

indivíduos que gostam de empenhar-se nas atividades "inibidas", experimentando, porém, a

inibição como transtorno ego-distônico que ocorre contra a vontade. Ilustram estas

possibilidades a aversão intensa pelas festas, a timidez em ocasiões desta ordem, a falta de

interesse ou de compreensão da música, o sentimento de cansaço e impotência em

oportunidades nas quais outros indivíduos sentiriam raiva, a impotência sexual psicogênica.

Não se sabe ao certo o que é que determina o tipo de inibição que, então, se desenvolve, o

mesmo dependendo em parte da constituição e história individuais, em parte das condições

atuais da economia libidinal.

Mostra-se sempre, à análise, que as situações especificamente evitadas, ou asf unções

inibidas têm significado instintivo inconsciente (sexual ou agressivo); e é contra este

significado instintivo que se dirige, na verdade, a defesa. O que se evita é alusão ou tentação do

impulso rejeitado, ou a punição temida; quando não são uma coisa e outra.

IMPOTÊNCIA E FRIGIDEZ

O significado instintivo da inibição de funções é, certamente, manifesto naqueles casos

em que a inibição diz respeito à sexualidade. As inibições sexuais constituem o sintoma mais

frequente que ocorre em todos os tipos de neurose, indo da timidez ligeira, quando se trata de

abordar o sexo oposto, à impotência ou à frigidez completas. Pode-se sentir a inibição como

aversão às práticas sexuais, ou como desinteresse por elas; pode estar atuando sem que o

individu a perceba em absoluto (por exemplo, o indivíduo sente ser pura casualidade fato de

não encontrar parceiro, quando, de fato, foi ele ou ela que, ativamente, impediu a possibilidade

de encontrá-lo); ou acontece que a inibição se manifeste sob a forma de impotência ou frigidez

qué ocorre nos momentos em que o divíduo anseia conscientemente por satisfação. A inibição

pode cobrir o campo inteiro da sexualidade ou apenas alguns dos seus aspectos: por exemplo,

somente a sensualidade, ou somente a ternura; somente a experiência do orgasmo ou certos

tipos de parceiro; só certas características concomitantes, associativamente ligadas a

experiências infantis que despertaram temores sexuais. As Inibições podem ser atuantes sempre

que se apresentem as condições geradoras de temores infantis, ou apenas em determinadas

condições especiais, qual seja, ausência de alguma tranquilização específica.

Acontece, às vezes, que justamente a inibição manifesta dê oportunidade a que algum

impulso inconsciente encontre descarga distorcida. Há pessoas in-onscientemente temerosas de

ferir o parceiro sexual que são capazes de, realmente, ofendê-lo pelo seu comportamento

inibido; uma atitude receptivo-fe-minina ou masoquística pode exprimir-se na impotência do

homem; uma atitude sádica, na frigidez da mulher. Isso, porém, é incidental. Em essência, a

impotência e a frigidez não significam que haja material reprimido que volte da repressão, mas

são, sim, manifestações clínicas e baluartes da própria defesa. A pessoa acredita,

inconscientemente, ser perigosa a atividade sexual; dá-se, então, que a força defensiva (que,

daí, exige evitação do ato sexual) é sustentada e garantida por interferência física nos reflexos.

A impotência é alteração física que resulta de ação defensiva desenvolvida pelo ego. este

fenómeno impedindo a realização de certa atividade instintiva julgada perigosa. A parte do ego

que exerce esta ação é, decerto inconsciente; é a parte em que atua a angústia de castração e

que dispõe de vias independentes do controle voluntário (448, 1474).

O ego renuncia ao prazer sexual, se este se acredita estar ligado a perigo intenso. Via de

regra, o perigo básico que se implica é a castração; a ideia inconsciente é de que o pênis pode

ser lesado dentro da vagina. O medo da perda de amor desempenha papel menos importante

como causa de impotência. E evidente a razão por que se acredita estejam estes perigos ligados

ao contato sexual: o medo ligou-se noutros tempos, a objetivos sexuais infantis, objetivos que

foram rejeitados, desta forma mantendo-se no inconsciente; mas reaparecem sempre que se

experimenta excitação sexual. Visto que a manutenção dos objetivos sexuais infantis é uma das

feições características da neurose, os transtornos da potência ocorrem como manifestações que

acompanham todas as neuroses.

O que constitui o núcleo da sexualidade infantil é o complexo de Édipo. Nos casos mais

simples, nos casos mais típicos, baseia-se a impotência na persistência de apego sensual

inconsciente à mãe. Superficialmente, não há apego sexual que seja de todo atraente porque a

parceira nunca é a mãe: em camada mais profunda, todo apego sexual tem de ser inibido, pelo

fato de que toda parceira representa a mãe (555).

Não é, contudo, o que se passa, necessariamente, em todos os casos. Existe o "complexo

de Édipo completo" (608). O homem que tem orientação feminina inconsciente pode, do

mesmo modo, evitar o exercício das suas funções sexuais por causa da angústia; a

"identificação feminina" desempenha papel importante na psicogênese de muitos casos

rebeldes de impotência (1475), isso não significando que "a homossexualidade reprima a

heterossesualidade", mas ,sim, que os mesmos fatores que fizeram o homem homossexual o

fazem impotente com as mulheres.

É indubitável que a rejeição de todos os outros objetivos sexuais infantis que se temem,

ou seja, das fantasias pré-genitais, também podem ser causa de impotência (111).

Assim como há variações inúmeras de frequência, também existem todos os graus de

impotência. São muitos os homens que não são constantemente impotentes, mas que

experimentam, apenas, falhas ocasionais ou até apenas fraqueza da ereção. A impotência

relativa desta ordem propicia oportunidade especial a que, pela análise das ocasiões em que

ocorre o transtorno, se analisem os temores inconscientes presentes no caso. Vê-se,

invariavelmente, que estas ocasiões tendem ou a mobilizar desejos infantis especiais, ou a

aumentar certas angústias da infância.

Há muitos homens que são impotentes com certa mulher, ou com certo tipo de mulher, e

que não o são com outras. É frequente ver homens assim isolarem a sensualidade da ternura e

serem impotentes com as mulheres que amam (572). Muitos homens têm condições subjetivas

de amor, isto é, condições que servem para abrandar angústias inconscientes, opostas ao prazer

sexual; são condições que, por exemplo, impõem o tipo físico de parceira, ou o comportamento

que desta se espera; o grau destas condições varia de meras preferências a necessidades

absolutas, sem as quais ocorre a impotência completa.

O caso que se segue representa exemplo típico das condições necessárias ao bom

funcionamento sexual (potência), com o significado de tranqúilização de temores infantis.

Um paciente experimentou seu primeiro fracasso sexual numa ocasião em que

ele e a parceira estavam na cama debaixo de um cobertor. Imediatamente, atribuiu o

fato ao cobertor e, de fato, mais tarde, era potente sempre que estava na cama

descoberto; ficava impotente quando debaixo de um cobertor (uma espécie de

claustrofobia). Sentia-se seguro enquanto se julgava capaz de controlar-se, mas era

preciso que conseguisse ter consciência do que, realmente, ocorria no mo-mento. A

análise mostrou que, menino, costumava masturbar-se apenas quando com cobertor

por cima. porque, assim, tinha certeza de não ser visto, de modo que, enfim, a sua

situação atual de potência significava: "O que estou fazendo agora não é

masturbação, não é o que fazia em criança, não é aquilo de que ainda tenho medo.

inconscientemente."

Acrescente-se, é claro, que a sexualidade do paciente não passava de neces-

sidade narcísica de provar a sua potência. O que pretendia era mostrar-se: "Vejam

como sou livre!". Embora tivesse muitas amiguinhas, não mantinha relacionamento

terno, nem profundo com qualquer delas. Em nível mais profundo, a ideia de não

estar coberto durante o contato significava que tinha por onde fugir.

Paradoxalmente, há vezes em que as condições para o bom funcionamento sexual

parecem ser não tanto uma tranqiiilização contra aquilo que se temera na infância quanto uma

acentuação dos próprios fatos que haviam sido, outrora, atemorizadores. A ideia subjacente é

de que a potência só é possível se o homem provar a si mesmo que é capaz, no momento, de

enfrentar aquilo que temia no passado (atitude contrafóbica) (435).

A forma de impotência que se conhece como ejaculação precoce representa transtorno

mais severo que a incapacidade de obter ereção. Na ejaculação precoce, variam também

muitíssimo a intensidade e a frequência do sintoma. Duração relativamente breve do ato pode

significar apenas forma branda de transtorno, mas a ejaculação precoce crónica é transtorno

severo. Abraham encontrou, em casos típicos, três determinantes frequentes que se

suplementam entre si (14). (1) Orientação feminina predominante, como ocorre nos casos de

transtornos severos da ereção; orientação que se percebe pela índole da zona erógena principal:

o clímax da excitação sente-se na raiz do pênis e no períneo (mais precisamente, na zona

"feminina" do trato prostático da uretra), e não na qlande e no corpo do pênis. É um estado que

pode indicar intensificação constitucional da bissexualidade, mas também pode traduzir reação

a inibição psi-cogênica da sexualidade fálica ativa. (2) Orientação sádica, que se esconde sob

passividade ostensiva e que visa a sujar e ofender a mulher (a mãe); sadismo tipicamente pré-

genital, cuja execução é anal-uretral**;** de fato, a sexualidade prostática passiva dos homiens

nunca se pode isolar de tendências uretrais e anais. Havemos de ver que certos casos de

neurastenia crónica se caracterizam por tentativas de usar o aparelho genital com objetivos pré-

genitais (ver pág. 178); realmente, a ejaculação precoce é sintoma frequente em casos desta or-

dem. (3). Intensificação do «erotismo uretral, .levando a que o indivíduo, inconscientemente,

pense no sêrrnen como pensava na urina, em criança. Também são característicos dos casos de

ejaculação precoce crónica certos sentimentos fortes de culpa em reação â masturbação,

correspondendo aos objetivos pré-genitais e sádicos desta ativ/idade masturbatória. O paciente

procura, no sintoma, inibir a expressão dos; objetivos censuráveis, os quais, porém, encontram

expressão distorcida (1530).

Há casos severos de ejjacuiação precoce que também podem seguir-se a conflitos de

índole erótico-or;al. O paciente é capaz, inconscientemente, de estar identificado com a mãe

que o amamentou; os conflitos originais que girara/n em torno do aleitamento podemi ter-se

transformado em conflitos relacionados com a alimentação, estes exprirrnindo-se, por forma

distorcida, no transtorno ejaculatório.

Certas formas brandas de ejaculação precoce relacionam-se mais com a histeria, só

ocasionalmente o>correndo o transtorno; são casos brandos nos quais a ejaculação não se

produz scob a forma de fluxo, mas em jatos espasmódicos; e há outros sinais de que o

desenvolvimento genital se completou. Esta forma genital de ejaculação precoce indica

deslocamento da proibição da masturbação para a proibição do toque; o sintoma exprime esta

ideia: "O pênis não deve ser tocado. "Nestes casos pré-geníitais, é muito mais favorável o

prognóstico do que nos casos pré-genitais que se ligam a neurastenia crónica (1267, 1268).

O transtorno da ejaculação retardada, em geral, tem mais o caráter de verdadeiro sintoma

de converssão, podendo exprimir temores inconscientes relativos aos perigos que se supõem

ligados à ejaculação (castração, morte); ou exprime desejos de caráter sádico ou masoquístico,

anais (retenção) ou orais (negar-se a dar) [108, 110].

Muito se tem escrito solbre a frigidez feminina; têm-se descrito satisfações capazes de

ocultar-se no sintoma; tem-se enfatizado o papel que desempenha a sexualidade clitoridiana; e

até; se chega a procurar causas anatómicas de frigidez (171). De modo geral, porém, não se

pode duvidar de que a frigidez exprima ininibição de uma experiência sexual completa, que

tem raízes na angústia li-Sada a perigo este se associamdo, inconscientemente, à obtenção

plena do objetivo sexual: estado absolutamente análogo à impotência masculina (322, 796). A

causa geral da frequência dos casos que mostram vários graus de frigidez é, sem dúvida, de

atribuir-se à educação feminina, que consegue criar as associações entre "sexualidade" e

"perigo".

Nestes casos, também se? mostra a gratificação de um objetivo sexual infantil, que

persiste e que se perfcebe como perigo a evitar: perigo de ferir-se ou perigo de perder amor,

ambos os temores sentindo-se, em muitas mulheres, como medo da sua própria excitação. Tal

qual ocorre na impotência, varia con-sideravelmente o grau de severidade do transtorno. Há

mulheres que, vez por outra, não conseguem realizar orgasmo vaginal pleno; outras nunca o

conseguem, mas experimentam excitação e são capazes de obter orgasmo no clitóris. Há

mulheres capazes de ser excitadas, mas que jamais realizam clímax algum; outras existem que,

às vezes, não podem excitar-se de modo algum. Enfim, há mulheres absolutamente frígidas,

cuja erogeneidade genital está de todo bloqueada. São casos em que "não sentir nada" exprime

a idéia: "Não quero ter nada a ver com isto", o que representa caso especial de certo tipo geral

de defesa, consistindo em alienar-se do seu próprio corpo; alienação exatamente igual à que se

vê nos transtornos sensoriais da histeria (ver pág. 213).

Os objetivos sexuais infantis "perigosos", que se ligam à sexualidade em casos de

frigidez, variam mais do que os objetivos sexuais infantis inconscientes nos homens

impotentes, pelo fato de que o desenvolvimento sexual das meninas é mais complicado que o

dos meninos. Importância primordial tem, certamente, também aqui. o complexo de Édipo;

certas comparações inconscientes do parceiro sexual com o pai são capazes de transtornar o

prazer sexual, tal qual o pensamento da rnãe pode causar a impotência masculina. E mais: Há o

caso da "identificação masculina". A identificação masculina nas mulheres, e a identificação

feminina nos homens, contudo, não tem analogia simples. Os fatos da inveja do pênis e do

longo apego pré-edipiano à mãe favorecem mais o desenvolvimento de fixações e transtornos.

Como os objetivos da fixação materna pré-edipiana são, em sua maior parte, pré-genitais,

vemos a frigidez resultar frequentemente de temores que dizem respeito a objetivos desta

natureza (626, 628). O que parece importar mais é o medo de perder o controle: é muito

comum descobrir que a coisa horrível capaz de ocorrer, quando se perde o controle no clímax

da excitação é, inconscientemente, imaginada como perda de controle dos esfíncteres; e,

sobretudo em mulheres com inveja do pênis e erotismo uretral mais intenso, como emissão

involuntária de urina (421).

A identificação masculina relaciona-se com outro ponto que tem muita importância na

frigidez. Há muitas mulheres que só são frígidas vaginalmente, o clitóris tendo mantido a sua

excitabilidade normal ou mais do que normal. Como o clitóris é a zona erógena primária da

genitalidade infantil feminina, a frigidez a que acabamos de nos referir pode-se considerar

como sendo uma forma de parada do desenvolvimento. A recusa do clitóris a transferir a sua

primazia para a zona vaginal deve-se a angústia que a esta se liga (o que talvez seja o fator

decisivo): ou pode resultar de aumento especial da erogeneidade clitoridiana, aumento que será

constitucional ou adquirido durante o período fálico. Tudo se complica ainda mais pelo fato já

citado de que a masturbação clitoridiana. responsável pela fixação da excitabilidade do clitóris,

serve de descarga tanto para fantasia auto-erótica e.masculina quanto para fantasias sexuais

nitidamente femininas.

Tal qual a impotência, a frigidez pode, secundariamente, originar uma expressão

distorcida de impulsos inconscientes: de desejos masoquistas ou ate de impulsos sádicos ativos

("para vingar-se do homem"); certamente, porém, nem o masoquismo, nem o ódio puro

bastariam para determinar a frigidez; so a *angústia* a respeito do que ocorreria se a mulher

cedesse ao ódio ou ao desejo de sofrer é que será decisiva, se bem que aquilo que foi rejeitado

possa voltar e romper as medidas defensivas.

O *vaginismo* liga-se à frigidez tal qual a formação reativa se relaciona com a repressão;

não só está inibida a excitação sexual, como algo se faz que garanta a manutenção desta

inibição e faça fisicamente impossível o contato. Nos caios típicos de vaginismo, desenvolvem-

se espasmos que impedem a inserção do pênis. Os casos de *pênis captivus* são temas de muitas

anedotas, mas raras vezes aparecem na literatura científica; anedotas que se baseiam em

temores masculinos de castração e em tendências femininas ativas de castração mais do que em

fatos reais. O vaginismo, muitas vezes, não é pura inibição, mas, sim, an-toma positivo de

conversão, caso em que exprime tanto a tendência a obstaculizar a sexualidade quanto certo

desejo inconsciente distorcido; desejo cue talvez exprima a ideia de arrancar e guardar o pênis;

noutras palavras, o vagiris-mo ou o espasmo do soalho da pelve pode exprimir conceito anal da

inveja do pênis: a ideia de expelir e/ou reter um pênis anal (20).

De um lado, a impotência masculina é evidente, doutro, a frigidez da mulher pode ser

oculta. Há muitas mulheres que sentem a sua frigidez não como virtude, e sim como se fossem

aleijadas. Podem desenvolver-se várias ccm-plicações secundárias, como podem seguir-se

certos padrões reativos neuróticos a esta negação do sintoma. O homem não pode esconder a

perda de ereção, mas existem várias formas pelas quais se disfarce uma impotência relativa, de

modo que também nos homens ocorrem complicações secundárias análogas. A complicação

deste tipo que com frequência máxima se vê consiste em tentatva de supercompensar a inibição

sexual. Tanto as mulheres como os homens são capazes de comportar-se de maneira

particularmente "supersexuada" para «n-cobrir uma inibição original. A necessidade narcísica

de provar a inexistência de impotência ou de frigidez é causa frequente de comportamento

pseuco-sexual, ou seja, comportamento sexual que resulta, predominantemente, não de

necessidade sexual direta, mas de necessidade narcísica (ver págs. 478 e segs.).

Não são as únicas inibições genitais, necessariamente, aquelas do coto; há outras funções

genitais que também podem ser inibidas, quando represm-tam impulsos censuráveis. É certo

que a resistência psicogênica à gravidez pede influenciar desastrosamente o curso desta e o

parto; talvez, principalmente, por efeito sobre as funções musculares e, até certo ponto, também

sobre as funçces circulatória e metabólica (27, 322, 816, 1128, 1139a. 1306). Não se sabe ao

certo se existe inibição psicogênica da procriação, isto é, esterilidade psicogêniia. Ha autores

dizendo que sim; impressão acrescida pelo fato de haver mulheres que seguindo-se a anos de

esterilidade, engravidam logo após resolvenm uma criança (1210).

INIBIÇÕES DE INSTINTOS PARCIAIS

Ocorrem outras inibições específicas não diretamente na esfera sexual, mas em funções

que hajam tido significação sexual no decurso da infância. Nos casos de impotência e de

frigidez, os temores e sentimentos de culpa que criam a defesa e daí, a inibição, ligaram-se tão

estreitamente às sensações de excitação sexual que se transferiram das funções sexuais infantis

para as adultas naquelas situações em que a excitação haja variado na mesma direção. Quando

ocorrem inibições que correspondem à repressão de um impulso componente particular, as

próprias funções infantis permanecem inibidas (618).

Se os impulsos orais houverem sido especificamente reprimidos, o que daí resulta, muitas

vezes, é inibição do ato de comer, ou do ato de comer certos tipos de alimento que lembram,

inconscientemente, os objetos desejados pelos impulsos erótico-orais reprimidos. Também aqui

as inibições vão do ódio a tal ou qual alimento, (ou do desinteresse geral, da falta geral de

interesse pela alimentação) a vómitos ou espasmos mandibulares histéricos (384, 1106, 1574).

As inibições orais deslocam-se, às vezes, para outras atividades que têm significado oral oculto:

por exemplo, beber e fumar, atividades sociais, leitura (1512).

Certo, as crianças que recusam a comida podem estar exprimindo sentimentos negativos

para com os pais (ou substitutos parentais); quanto mais, porém, os protestos desta ordem se

concentrem apenas no comer, mais provavelmente a base dos protestos estará num conflito oral

específico; mais provavelmente, a defesa se dirige não só contra objetos frustrantes, mas tam-

bém contra impulsos orais; defesa de um tipo que se mostra com relevo particular quando os

impulsos orais, depois de frustrados, hajam adquirido caráter sádico.

A oralidade, por ser o campo mais antigo dos conflitos instintivos, pode servir,

ulteriormente, para exprimir quaisqueroutros conflitos instintivos; de modo particular, se as

experiências infantis tiverem deixado fixação oral, esta facilitando o deslocamento de

frustrações ulteriores (cenas primárias, nascimento de irmãos) para conflitos orais: qualquer

conflito entre atividade e receptividade é capaz de resultar e m transtornos relacionados com a

alimentação. Como os pais que tiveram dificuldades para ajudar os filhos a se ajustar

adequadamente em nível oral costumam encontrá-las também no treino higiénico dos mesmos;

e como entre as frustrações anais se acentua, de modo particular, a proibição de levar as fezes à

boca, é compreensível que também conflitos anais se exprimam, na infância, mediante

inibições orais, mediante inibições alimentares (1489), e, bem assim, mediante inibições da fala

(ver págs. 291 e segs.). Quando a recusa de alimento tem caráter particularmente obstinado,

exprimindo, de maneira primária, a atitude "Não deixarei que os outros me controlem; comerei

quando quiser e o que quiser", nestes casos são componentes anais que mais se envolvem.

Na esfera genital, comer costuma ter o significado inconsciente de "ficar grávida",

equiparação que também pode dar origem a várias inibições alimentares. Visto que elevada

percentagem das teorias orais relativas à gravidez se baseiam na crença de que a mulher come o

pênis do homem, também podem levara inibições alimentares aqueles tipos de complexos

femininos de castração (20) que manifestam desejos de vingança, quando inibidos.

Certos tipos de alimento especificamente repulsivos simbolizam, inconscientemente,

leite, seios, pênis, fezes (126). Todavia, a recusa de alimento não representa, necessariamente,

repressão de desejos de comer. Pode-se rejeitai um alimento específico pelo fato de não ser

aquele que se deseja: "Não quero este alimento, mas aquele"; ou: "Não quero comida, quero

amor (ou um pênis. ou um filho)". Neste caso, o que se recusa não é um impulso, e sim a

aceitação de substituto (24).

Tabus alimentares específicos podem racionalizar-se ou idealizar-se secundariamente

(ver págs. 450 e segs.). É crueldade comer animais; é sujo ou anti-higiênico comer isto ou

aquilo. Algumas racionalizações desta ordem são com frequência sugeridas por teorias

alimentares modernas que tendem a proibir o inocente prazer sexjual propiciado pela comida e

a ligar a alimentação à esfera do superego. Não se supõe que Você coma o que é bom, e sim "o

que é bom para Você" (111).

Se um tabu alimentar não for, na vida ulterior, nem racionalizado, nem fixado em

conversões ego-distônicas (vómitos, espasmos mandibulares), mas vem a constituir o cerne de

um comportamento patológico mais ou menos ego-distônico, diz-se que há anorexia nervosa. A

anorexia pode atribuir-se, constan-temente, a transtornos alimentares infantis, os quais, em

certas condições libido-econômicas, se poderão atualizar, de novo, ulteriormente (1324). Tal

qual os distúrbios da infância, as anorexias mais tardias também podem ter significado

dinâmico muito diferente: podem ser simples sintoma histérico, que exprime o medo de uma

gravidez oralmente percebida, como podem exprimir desejos sádicos inconscientes; como

podem fazer parte de uma formação reativa em neuroses obsessivas; mais ainda: podem ser

equivalente afetivo nurria depressão, em que o sintoma da recusa de alimento aparece antes de

se desenvolverem outros sinais depressivos; podem significar a recusa de qualquer contato com

o mundo objetivo, em esquizofrenias incipientes.

Há, porém, dois outros tipos de anorexia nos quais se pensa, principalmente, de início,

quando se fala em anorexia. Um tipo é a neurose histérica de conversão em que atua certa inter-

relação de conflitos mentais orais e metabolismo hormonal, um influenciando o outro, vindo a

dar em perda total do apetite e diminuição do peso (1121, 1555) (verpág. 243). O outro tipo

constitui transtorno severo do desenvolvimento (de índole psicogênica) do ego; neste caso, a

anorexia, em pessoa oralmente fixada, nada mais é que um dos sintomas de transtorno geral

que atinge todas as relações objetais.

Uma paciente de Eissler (361) não ultrapassara certo estádio consideravel-

mente arcaico do desenvolvimento do ego. A mãe "continuava a ser a parte mais

importante do seu ego". A recusa de alimentos representava o anseio de gratificação

primária, ainda indiferenciada, pela mãe, com as respectivas distorções sádicas, em

seguida à frustração. A absoluta falta de ternura e afeição física da mãe criara

transtorno sério na construção que a paciente fazia da sua imagem corporal. Um caso

de Lorand mostrou transtorno semelhante (1082).

Como a repressão se manifesta ou por inibição, ou por exagero de um contraste

(que compensa), os estados antitéticos de "anorexia" e "ânsia patológica de comida"

(bulimia) se relacionam entre si; quando menos, da mesma forma que a melancolia e

a mania se relacionam uma com a outra. Via de regra, inibições alimentares infantis

são encontradas na história infantil de indivíduos com adição ulterior à comida (ver

pág. 354).

As repressões do erotismo anal geram inibições anais específicas: ou inibição das funções

físicas, como a constipação (o que, do mesmo passo, é capaz de acarretar descarga distorcida de

desejos erótico-anais de retenção, ou pudicícia anal excessiva; ou ainda asseio reativo. Também

nestes casos, inibiçõe.s da mesma ordem podem combinar-se a interesse obsessivo substitutivo

por assuntos anais nalgum outro nível (21, 883, 1143).

A novela *Lady in the Dark* de Moss Hart popularizou a forma por que certas repressões

específicas do exibicionismo são capazes de criar inibições sociais específicas, decisivas, às

vezes para a vida ulterior do indivíduo (745).

Nos casos em que a escoptofilia haja sido reprimida, ocupam o primeiro plano as

inibições que dizem respeito ao ato de olhar (571). Há casos extremos em que elas se

desenvolvem de maneira tão extensa que a pessoa não consegue olhar para as coisas, vivendo,

pelo contrário, apenas em abstrações. Em casos menos extremos, o paciente evita ver certo tipo

de objetos; por exemplo, coisas capazes de recordar-lhe fatos que, no passado, geraram a

angústia de castração (8). É comum coisas que se viram com medo resultarem diretamente, em

inibições ulteriores, relacionadas com a visão; sons apavoradores resultam, comumente, em

inibições ulteriores da audição.

O medo, conforme se sabe, paralisa. Inibições no campo da motilidade podem significar:

"Estou com medo"; é frequente significarem: "Estou paralisado por uma coisa pavorosa que

estou vendo"; quer dizer, aquilo que se vê faz que a pessoa depare com a possibilidade da

castração ou da morte. Mitos e contos de fadas, sonhos e sintomas neuróticos retratam a

petrificação como sendo o castigo específico de quem tem interesses escoptofílicos (296, 500).

"Pedra" quer dizer "imobilidade", punição que significa o sentimento corporal de inibições

motoras consequentes ao medo; é também, às vezes, previsão da morte ou da castração (430).

INIBIÇÕES DA AGRESSIVIDADE

Quer se considere a agressividade categoria aparte de certas exigências instintivas, quer

nela se veja uma forma pela qual as pessoas frustradas ou pré-genitalmente fixadas enfrentam

seus objetivos instintivos, não se pode duvidar de que, num caso como no outro, existem

inibições específicas, diversas e frequentes, da agressividade; inibições consequentes a

angústias e sentimentos de culpa, inibições observadas em indivíduos cujas tendências

agressivas ou sádicas (e masoquísticas) foram reprimidas. Nesta categoria incluem-se a man-

sidão e a polidez reativas, típicas dos neuróticos obsessivos. É frequente estas pessoas evitarem

quaisquer discussões e reagirem com colapso quando umas tantas condições deixam de se

apresentar, isto significando, inconscientemente, a tranquilização no sentido de que tudo está

em paz. Muitos indivíduos desenvolvem inibições sexuais porque a excitação sexual e a raiva

se lhes afiguram estreitamente ligadas. É o que ocorre quando as frustrações da sexualidade

infantil conduziram a desejo intenso de vingança destruidora, cuja intrusão em qualquer

excitação se teme, no momento, e com razão. Muitas "inibições profissionais vêm a ser, de

fato, inibição da agressividade, visto que, em nossas condições culturais, a agressividade é

necessária a uma boa carreira. As personalidades deste tipo, literal ou emocionalmente,

afastam-se do mundo porque este lhes parece cheio de assassinos, que teriam ou de enfrentar ou

de tolerar. A passividade que assim se cria, por sua vez, pode ser sexualizada (um

homossexualismo passivo, ou uma receptividade oral aumentam para conter a agressividade

que o indivíduo teme), ou é supercompensada por uma camada de agressividade constrangida e

falsa.

Certo paciente, emocionalmente muito frio, que levou muitos meses analíticos

discutindo monotonamente assuntos na aparência indiferentes, considerava “pouco

inteligente" toda agressão, e desprezava a profissão que é exercia, porque, segundo

dizia, todas as invenções técnicas servem abusivamente para a guerra e não se sentia

disposto a promover estes fins; no entanto, não asssociava dois minutos sem criticar

acerbamente as instituições convencionais e o comportamento de outras pessoas.

Aliás, a crítica intelectual constituía o tema único das suas associações; desta forma,

os seus impulsos rejeitados "se manifestavam com violência por todos os poros", para

usar a expressão de Freud (553).

Outro paciente, emocionalmente paralisado, que costumava voltar todas as suas

agressões contra si mesmo e que não era capaz de matar uma3 mosca, teve os seus

sintomas agravados a ponto de ceder a toda compulsão, inclusive a mais branda. Sua

autojustificação consistia em dizer: "Quero descobrir se meu analista consegue

remover meus sintomas, caso eu não queira que ele os remova." Desta forma,

distorcia a situação analítica, transformando-a em combate, ou seja, aquilo

exatamente que era de supor que tentasse evitar.

Aqueles que têm ódio reprimido intenso são capazes de perceber qualquer atividade

como agressão, desta forma bloqueando, em casos severos, toda atividade (469). Aí, certas

"inibições específicas da agressividade" perdem a especificidade e transformam-se, a bem

dizer, nos tipos de modo geral inibidos.

O conteúdo de certos temores inconscientes também pode0 levar a inibições definidas:

uma pessoa dominada pelo medo de perder amor terá de evitar tudo quanto aumente o perigo

de não ser amada, com o que desenvolverá inibições sociais definidas, na correspondência da

sua dependência em relação a outros indivíduos. Quem temer a sua própria excitação bloqueará

tofdas as atividades capazes de intensificá-la. E, "last but not least", homem que tiver angústia

de castração há de desenvolver inibições que correspondam à forma específica da sua angústia.

Por exemplo, aquele que, criança, tinha medo de tesoura pode vir a inibir-se quanto a visitas a

alfaiates e pode, afinal, vir a meenosprezar a sua aparência.

INIBIÇÕES DE FUNÇÕES SEXUALIZADAS

As mesmas inibições que se aplicaram a funções sexuais, nos casos a que até agora

aludimos, também se podem aplicar a qualquer fundão que se haja sexualizado mediante

deslocamento anterior. Referindo-se a estste processo, disse Freud: “Depois que

compreendemos esta situação, entendeemos que a função do ego (função egóica) de um órgão

se afeta sempre que a erogeneidade, isto é, a significação sexual deste órgão aumente. Se me

pericmitirem comparação um tanto grosseira, direi que o órgão se comporta como uma

cozinheira que já não quer trabalhar na cozinha porque ela e o patrão se estão namorando.

Quando o ato de escrever, o qual consiste em espremer um líquido de um tubo, ganha

significado de coito; quando caminhar vem a substituir, simbolicamente, pisar no corpo da

Mãe-Terra, tem-se de parar tanto de escreverquando de caminhar porque a execuçãodestes atos

significou a realização de atos sexuais proibidos. O ego desta forma, renuncia às funções, a fim

de evitar a necessidade de fazer mais uma repressão" (618).

Melhor estudando a situação, vemos que, de fato, têm dupla arigem as inibições deste

tipo: praticamente, no entanto, é difícil distinguir uma da outra. A sexualização de uma função

conduz a inibição ou porque o ego está lutando pelo prazer sexualizado, ou porque está

bloqueando este. Há casos em que pode ser muito importante saber se o ego funciona mal pelo

fato de que está procurando gratificação sexual (em vez de executar a sua tarefa não sexual), ou

se é porque suprime, devido à angústia, a função sexualizada.

Todas as funções do ego pressupõem superação da fase do princípio do prazer,

na qual serviram à busca direta da gratificação. Desta fornia, a "sexuali-zação" de

uma função do ego também representa falha da "dessexualização". Muller-

Braunschweig desenvolveu a teoria de que o processo pelo qual a criança pequena

descobre os seus próprios órgãos e respectivas funções é processo que se assemelha

muito à identificação (1162, 1163). Quando se controla uma excitação, a função

controlada torna-se parte do ego, daí resultando que se dessexualiza. Assim, a função

de ego do órgão se estabelece; qualquer regressão no sentido do seu uso auto-erótico

prejudica a função. O artista sublimou o seu impulso a lambuzar-se por meio de uma

espécie de identificação com atividades lambuzativas; o pseudo-artista que ainda (ou

de novo) procura prazer sexual direto no lambuzamento prejudica a sua capacidade.

Os transtornos de funções que serviram para conter a sexualidade podem, pouco a pouco,

transformar-se em gratificações substitutivas ocultas, mas os casos desta ordem já não são de

considerar-se estados inibitórios puros, e sim conversões.

Tal qual todo órgão pode servir de zona erógena, assim pode qualquer função sofrer

inibição; daí a impossibilidade de enumerar todos os tipos possíveis de inibições. Discutir-se-ão

uns tantos tipos que têm importância clínica.

Em primeiro lugar, mencionemos todas as inibições sociais que consistem em timidez

geral, capaz de manifestar-se no medo de corar ou no sintoma de conversão do enrubescimento

(eritrofobia). Há casos severos em que a inibição vai a ponto de o indivíduo retirar-se de todo

contato social; prevê a possibilidade de críticas a ponto de quase não se poder distingui-lo

daqueles que têm tendências paranóides. Casos menos severos são dominados,

inconscientemente, pelo temor de que (e pelo desejo de que) as atividades masturbatórias do

indivíduo sejam descobertas, ou por desejos sexuais (escoptofilia) e agressivos (118, 356, 405)

(ver págs. 481 e segs.).

Ênfase especial merecem certas inibições corporais, quer na esfera motora, quer na esfera

sensorial As inibições motoras abrangem tanto, certos sinais grosseiros, como a abasia ou a

inépcia física, quanto os desajeitamentos mais delicados e osatos motores inintencionais; mais

ainda: os numerosos espasmos musculares e enrijecimentos das pessoas normais e neuróticas.

As inibições motoras não se manifestam, contudo, necessariamente, por fenômenos

hipertônicos, mas também se apresentam com o aspecto de frouxidão, flacidez, hipotonia

muscular, que exclui a possibilidade de funcionamento expedito e preciso (ver pág. 231). Entre

os transtornos inibitórios sensoriais contam-se as sensações *de* alheiamento físico e o campo

inteiro das inibições que dizem respeito a percepções internas, estas, em geral, intimamente

associadas a disfunções motoras; a inibição sensorial (percepção insuficiente do próprio corpo)

leva a distúrbios motores secundários.

Além das inibições físicas, existem as mentais. Boa percentagem dos casos

chamados de debilidade mental vêm a constituir pseudodebilidade, condicionada pela

inibição (103, 393, 842, 1019, 1020, 1099, 1192, 1403). Pode-se estudar a existência

do mecanismo pelo qual se produz a inibição intelectual em toda sessão analítica em

que há resistência acentuada. Todo intelecto começa a mostrar fraqueza quando em

contrário a ele trabalham motivos afetivos. Os analistas falam jocosamente em

"demência ligeira por resistência".

As pessoas tornam-se obtusas de propósito, isto é, quando não querem entender,

naquelas situações em que entender levaria a angústia (de castração) ou a sentimento de

culpa; ou poria em risco um equilíbrio neurótico existente. As interpretações analíticas mais

não são, de fato, que tentativas de dar "insight" ao paciente, ou mostrar-lhe conexões, nos

casos em que resistências emocionais lhe obstam a compreensão espontânea.

Há duas razões principais pelas quais um ego pode ser induzido a suspender

permanentemente o seu intelecto.

1. Uma repressão da curiosidade sexual bloqueia, às vezes, o interesse normal que se tem

em saber e pensar (561). É frequente a curiosidade sexual inibida corresponder a escoptofilia

inconsciente intensa (103), ou relacionar-se intimamente com impulsos sádicos (1097, 1397); a

"obtusidade" (ou "estupidez") consequente talvez represente, do mesmo passo, obediência aos

pais, que frustram a curiosidade do paciente, e rebeldia contra eles (174. 519). Se compreen-

dermos a relação genética que há entre o impulso de saber e o prazer oral (ou, mais tarde, o

prazer da apreensão manual e, mais tarde ainda, do controle anal (249, 461, 1059, 1405) com

mais facilidade veremos por que é que as repressões orais, manuais e anais desempenham papel

tão importante nas inibições intelectuais, estas se apresentando como "constipação mental"

(393, 1403). A obtusidade, que exprime, de modo manifesto, a inibição da curiosidade, pode

servir, inconscientemente e de várias formas, para satisfazer esta própria curiosidade pelo

ganho de acesso a cenas que se manteriam escondidas a crianças "menos estúpidas" (1099).

2. Tal qual, exatamente ocorre com outras inibições, as funções intelectuais inibidas

podem ter-se sexualizado em sentido muito mais estrito. De fato, a função do pensamento pode

equiparar-se a funções sexuais tanto nos homens quanto nas mulheres; a inibição respectiva

tem, então, o significado de castração (ou de evitação da castração) (1192). A sexualização da

função do pensamento tem sempre conotações anais especiais (verpág. 279 e seg.).

Tem-se estudado uma quantidade de transtornos específicos da inteligência, como, por

exemplo, de falha das crianças em certas matérias escolares, bem como a incapacidade ou falta

de disposição da parte delas para estudar certas coisas. O estudo analítico de casos desta ordem

corrobora o que se disse sobre as inibições em geral. Aquela matéria, ou algo que se associa ao

primeiro ensinamento desta, ou a personalidade do professor e sua maneira de ensinar, ou ainda

uma característica acidental sem relação essencial alguma com a matéria Propriamente dita

(certo número quanto à matemática, certa letra na leitura ou na escrita), vêm a mostrar-se

associados a conflitos fundamentais da sexualidade infantil (909, 1067, 1227, 1234, 1257,

1360, 1528. 1639, 1641, 1645e outros).

Estreitamente ligadas à inibição do pensamento são as inibições da tala, que vão do

mutismo ou do gaguejar histérico à insegurança na maneira de exprimir-se e na escolha das

palavras. Vez por outra, as dificuldades da fala só se esentam em certas situações ou na

presença de certas pessoas, situações e ssoas que promovem a mobilização de conflitos

inconscientes. Porque o pensarnento se relaciona estreitamente com a fala, as condições que

produzem dificuldades nesta são de todo semelhante às que produzem inibições daquele (ver

págs. 291 e segs.).

Não se limitam à esfera intelectual as inibições mentais, visto haver também inibições nas

esferas das emoções e da vontade. Assim como há gente psico-genicamente obtusa, ou

estúpida, também existe gente que é psicogenicamente fria e inafetiva, ou indecisa e fraca.

Como têm as emoções ligadas a conflitos instintivos, as pessoas deste tipo inibem a sua vida

emocional para o fim de evitar conflitos; ou deslocam conflitos inconscientes, o que as faz

sentir-se vacilantes quando se trata de manifestar, seja de que modo for, o que querem. Podem

supercompensar a imaturidade emocional mediante desenvolvimento intenso da vida

intelectual. Há também uma verdadeira repressão da vida afetiva. um trancamento de todo

relacionamento direto e caloroso com pessoas e coisas, uma frigidez geral por assim dizer;

tentativas estas que, visando a bloquear todos os sentimentos, podem ou não ter êxito. Certas

vezes, as pessoas sofrem explosões emocionais, ocorrendo em condições excepcionais ou em

sonhos (ver págs. 389 e segs.). A alienação dos sentimentos próprios, típica dos neuróticos

obsessivos, costuma resultar de longo desenvolvimento, embora, certas vezes, a frigidez geral

resulte de desenvolvimento prolongado; mas pode decorrer de certa cena traumática específica,

de tal forma carregada de emoção que, a partir daí, o indivíduo se atemorize de quaisquer

emoções. Também os fenómenos de despersonalização se relacionam, até certo ponto, com

estas reações; são inibições de sentimentos particulares ou de outras percepções internas, as

contracatexias apresentando-se como acentuação da auto-observa-ção (ver págs. 390 e segs.).

As inibições na esfera da vontade atuam em pessoas que evitam decisões independentes

de qualquer sorte; o transtorno pode constituir parte de certa tendência obsessiva a duvidar de

tudo e a preparar-se para a ação em vez de atuar, isto podendo conduzir, em casos severos, a

desastrosa "paralisia da vontade" (109, 567); ou pode o transtorno resultar de defeito das

funções do superego; renuncia-se à capacidade de querer e deixa-se a outras pessoas a tomada

de decisões porque se receia agressão, ou porque se precisa da aprovação externa (803) (ver

pág. 482). Há vários tipos de conflitos com objetos que também se exprimem em indecisão

neurótica.

É muito provável que certa proporção da "falta de talento" não se deva a ausência

verdadeira de capacidade (772), mas a inibição psicogênica especial. O que dizemos parece

aplicar-se a grande número de pessoas chamadas não musicais. Quando analisadas, muitas

dentre elas vêm a confessar que a música não lhes é, de fato, indiferente, mas desagradável,

sentimento este de desprazer que, mais tarde, se vê ligado à sexualidade infantil reprimida (125,

845). Aplica-se o mesmo ponto de vista àqueles que têm inibições relacionadas com a pintura e

até a certos casos de cegueira para cores e de surdez para sons (1505).

Há outras inibições específicas que têm origem ainda mais complicada do que os

exemplos até o momento explanados. Existem pessoas com sentimento de culpa

particularmente intenso, este remontando conflitos sexuais infantis, que padecem da

necessidade constante de saldar uma dívida com a consciência (618).' Os representantes

extremos deste tipo são as personalidades que Freud descreveu sob as rubricas "pessoas

destroçadas pelo êxito" (592), "criminosos por sentimento de culpa" (592), "masoquistas

morais" (613). São indivíduos que parecem sentir não deverem utilizar os talentos ou as

vantagens de que são dotados naturalmente ou por esforço; inibem, então, aquelas dentre as

suas funções capazes de levá-los à vitória; as inibições destes indivíduos gratificam as

exigências que o superego faz do ego.

Freud chamou, muitas vezes, a atenção para o fato de que uma das tarefas mais difíceis

da psicanálise está em vencer o sentimento de culpa inconsciente que se apresenta severo (613,

629). Há, no entanto, casos acessíveis a tratamento *em* que o paciente não se curva ao superego

de tal modo que preencha a vida inteira com inibições que o arruinam, mas pelo contrário, iniba

uma ou duas funções específicas. A este grupo pertence número elevado das chamadas

neuroses profissionais: a câimbra do escritor, a câimbra do violinista (352, 867). É certo que a

"inibição profissional" não constitui, psicologicamente, uma unidade. Ocorre sempre que a

profissão exige a execução de atos que se tornaram inibidos, de modo que todos os tipos de

inibições são capazes de fundamentaras inibições a que nos referimos (952. 1318). Vale a pena

mencionar, contudo, quatro coisas: (1) O trabalho, nas condições atuais, é a maneira pela qual

se consegue independência e êxito, de modo que todos os conflitos relacionados com a

dependência e a independência (oralidade) e com a ambição se podem apresentar sob a forma

de inibições laborativas: é o que explica por que as inibições profissionais representam, muitas

vezes, o tipo superegóico de inibição. (2) Nas condições atuais, é costume as crianças tomarem

conhecimento do conceito de trabalho sob o aspecto de "dever", exigido pelas autoridades, em

oposição a "prazer", daí resultando que todos os conflitos que giram em volta das autoridades,

todas as lutas que se travam entre rebeldia e obediência se exprimam nas atitudes relacionadas

com o trabalho. (3) As ideologias modernas permitem que as pessoas que tentam reprimir

quaisquer exigências instintivas o façam mediante a dedicação excessiva ao trabalho, mediante,

por assim dizer, robotização, que não lhes dá prazer algum, mas as obriga a labutar

incessantemente ("tipo reativo de trabalho") (ver pág. 438). Se acontece que os impulsos

reprimidos se rebelem, a revolta assume, necessariamente, a forma de transtorno da

produtividade. (4) É frequente o conceito de "inibição profissional" ligar-se a "transtornos

neuróticos da atenção e da concentração", transtornos que exprimem sintomas não específicos,

mas gerais, do estado de represamento.

Noutros casos, são ainda mais circunscrita as esferas inibidas. Há situações (ruas, lugares

altos) que se evitam porcausa das conexões que têm conflitos instintivos; são fobias que se

estudarão no capítulo a seguir.

Todo impulso instintivo proibido, seja sensual, terno, hostil, exprime-se, quando entra em

ação, no estabelecimento de contato com os objetos. Daí por que qualquer deles é capaz de

levar à inibição geral da atividade motora. Por exemplo, há inibições que dizem respeito às

brincadeiras infantis e que se desenvolvem em certas crianças, representando contenção de

impulsos sexuais ou hostis, os quais seriam expressos na brincadeira ou jogo. É freqüente o fato

de que a rejeição de setores inteiros da atividade constitui, à análise, inibição generalizada da

masturbação; certas inibições sociais podem atribuir-se a fantasias sexuais que a criança edifica

em torno do contato sexual adulto; as inibições da apreensão intelectual representam, certas

vezes, inibições de percepções sexuais; por exemplo, recusa a reconhecer a diferença entre os

sexos (174). Há pessoas que se sentem inibidas quando têm de cumprimentar alguém ou de

mostrar-se sociáveis: é inibição que se baseia em ambivalência inconsciente.

Todos nós sentimos, de maneira irracional, certas funções ou situações como

"desagradáveis", isto é, cada um de nós tem um setorem que é ligeiramente inibido. Todos, por

força de inibições, somos privados de uma ou outra modalidade de experiência que

normalmente nos caberia. Há muitos pacientes que, ao terminar a análise, dizem ter adquirido

sentimento novo da plenitude da vida; sentimento que provavelmente surge não só porque o

paciente se sente aliviado da necessidade de gastar muita energia em repressões ou na formação

de sintomas, mas também porque tornaram a ser acessíveis aquelas capacidades experienciais

que se haviam inibido. Não é fácil em absoluto, contudo, a tarefa de remover inibições desta

ordem: quanto mais antiga e mais arraigada determinada inibição, mais difícil será removê-la.

Neste particular, a psicanálise de crianças logra melhores resultados que a de adultos, pois

aquela consegue impedir que certas inibições se enraízem a profundidade demasiada na perso-

nalidade, desta forma atuando como agente profilático.

Há inibições que preenchem a sua tarefa; evitando ou inibindo a função em questão,

também se evita a remobilização .de conflitos antigos que se temem. Contudo, quase todas as

inibições, pelo fato de que o material reprimido tende a voltar e a desenvolver derivados, se

tornam, estruturalmente, muito complicados. Há inibições que se ampliam para os setores

vizinhos e, bem assim, inauguram, pelo deslocamento da sua% energia, um "substituto"

altamente catexizado, casos em que a pessoa dá impressão de ser algo exagerada num particular

ou noutro; e vê-se, à análise, que o setor exagerado é substituto de algo que falta. Ainda em

outros casos, inauguram-se adaptações, secundárias e complicadas, da personalidade à inibição:

são negações e formações reativas que a ela se opõem, além de supercompensações (ver

Capítulo XX).

Resumindo: A relação entre o conceito de "inibição" e os conceitos de "repressão" ou de "defesa patogênica" pode exprimir-se assim: Os estados inibidos são sintomas clínicos da efetividade da repressão ou de outras defesas patogênicas.

NEUROSES. SINTOMAS DE INIBIÇÕES INESPECÍFICOS

Qualquer mecanismo de defesa que use uma contracatexia cria, necessariamente, certo empobrecimento da personalidade. O paciente tem de empenhar-se em medidas de defesa infrutíferas, com o que se empobrece quanto às atividades racionais da vida. Daí resultam inibições múltiplas das funções do ego, além de cansaço crónico, ou, quando menos, facilidade de fatigar-se.

Este cansaço crónico, sem dúvida, é de caráter físico, resultando, talvez, do fato de se acharem alteradas as atitudes musculares da pessoa que está sob estresse mental (1523). É muito interessante haja a pesquisa fisiológica mostrado que o grau de cansaço não está na razão direta do grau de estresse muscular evidente, mas depende, sim, do estado mental em que se realizou a tarefa muscular. As pessoas que têm conflitos cansam-se mais depressa do que aquelas cuja mente está livre. Subsiste, porém, o problema relativo à maneira pela qual os conflitos criam a alteração química em que se baseia o cansaço (aumento do ácido láctico nos músculos, diminuição do açúcar sanguíneo); talvez seja pelo fato dos conflitos modificarem o comportamento muscular da pessoa.

A consciência deste empobrecimento e cansaço crônicos constituem parte dos sentimentos neuróticos de inferioridade (585). As energias de que se necessita para as lutas

defensivas são desviadas de outras funções.

Em geral, os pacientes tornam-se desinteressados e soturnos. Alguns sentem, ao mesmo

tempo, a fadiga paralisante que se deve ao empobrecimento e sentem a tensão, o desassossego

originados dos impulsos rejeitados que exigem descarga. Sentem a necessidade desta última,

mas falta-lhes o entusias-mOi o interesse pelas coisas, sejam quais forem, que se possam usar

como descarga. Querem que se lhes diga o que fazer (porque são inconscientes os ob-jetivos

reais) e repelem quaisquer sugestões (por não quererem substituto) (422).

São da mesma índole os transtornos neurastênicos da capacidade de concentração, a qual

representa a queixa principal de tantos neuróticos. A razão primeira pela qual os pacientes deste

tipo não conseguem concentrar-se em tarefas conscientes está na preocupação inconsciente que

têm com certa tarefa interna mais importante, qual seja a luta defensiva em que se empenham.

Há casos severos em que atividades arcaicas e integradas substituem aquelas que mais

recentemente se adquiriram e diferenciaram; desenvolve-se resistência contra tarefas

diferenciadas e até contra a aceitação de estímulos novos, a reação aos quais exigiria novas

quantidades de energia. Outra causa do transtorno da concentração: o cansaço que resulta da

luta defensiva que se consome. Os neuróticos são hipersensíveis e irritáveis pelo fato de que o

estado de relativa insuficiência do controle do ego os faz reagir a estímulos ligeiros como se

fossem intensos.

O sentimento de tédio é, provavelmente, em geral (pelo menos, no seu exagero

neurótico), certo estado de excitação no qual o objetivo se reprimiu; tudo quanto a

pessoa pode pensar em fazer sente-se como não adequado à descarga da tensão

interna. As pessoas entediadas procuram distração, mas não conseguem encontrá-la

porque estão fixadas a um objetivo inconsciente (442).

É frequente a tensão interna exprimir-se por uma rigidez muscular externa; há outras

pessoas que são mais hipotônicas e fatigadas; outras ainda caracterizam-se por alternações de

estados hiper e hipotônicos (410). A "fraqueza irritável" da neurastenia exprime esta

simultaneidade de fadiga e tensão.

A inibição neurótica geral, que resulta do empobrecimento quantitativo, é característica

concomitante de todos os tipos de neurose. Qualquer repressão pode-se manifestar de maneira

objetiva sob o aspecto de inibição, mas há estados patológicos em que'a inibição geral domina o

quadro clínico; de forma às vezes aguda, às vezes crónica. A forma aguda instala-se quando

certa situação tual exige medida defensiva imediata e precisa, desaparecendo depois de

realizada a tarefa, ou modificada a situação. A forma crónica, nós a vemos corno tentativa

permanente de conter algum impulso "perigoso" à custa do senvolvimento da personalidade

total. Existem pessoas que parecem viver com menos intensidade do que outras: chamam a

atenção pela apatia, indi-rença e falta de iniciativa.- Quanto ao conteúdo inconsciente, as

formas crô-> representam, via de regra, defesas contra impulsos agressivos e sádicos.

Freud descreveu um paciente que costumava cair em estado de apatia em

condições que, no indivíduo normal, desencadeariam ataque de raiva (618). A lalise

de pessoas cronicamente apáticas revela que, originalmente, eram muitíssimo

agressivas, mas, ante a angústia de castração, inibiram a agressividade

Própria e, por vezes, a voltaram contra o ego respectivo.

Um paciente de personalidade passiva, tipo "menino exemplar", "menino-modelo", tinha sido muito amimado, nos primeiros anos de vida, que passara na companhia da mãe e da avó. Veio a sofrer frustrações repentinas e severas no contato com o pai, assim que o viu pela primeira vez. Foi, mais ou menos, a esse tempo que lhe nasceu um irmão. No processo de defesa contra ataques de raiva, de ódio severo, criou medo da ação e retirou-se para uma espécie de vida contem-plativa, daí resultando mostrar-se sempre manso, cortês, porém frio, sem quaisquer contatos reais, desejoso de receber amor e lograr êxito, sem, no entanto, atividade alguma da sua parte. Em vez de agir, falava e, nos seus devaneios, fez-se grande

orador, o qual, apenas discursando, obtinha mais admiração do que outros

indivíduos obtêm por seus atos.

Na teoria, é possível distinguir com presteza o que separa estes estados da hebefrenia.

Nos estados inibidos, as relações objetais estão empobrecidas porque a relação inconsciente

com os objetos da infância tem de ser contida, ao passo que na hebefrenia a catexia é, de fato,

retirada dos objetos, e não simplesmente do comportamento externo. Entretanto, na prática

clínica, não é sempre que se encontra facilidade para fazer esta diferenciação. Mesmo na

hebefrenia, a regressão narcísica pode ser gradativa; e os hebefrênicos incipientes se

apresentam como indivíduos extremamente apáticos, com conflitos subjacentes profundos em

torno da sua hostilidade em relação aos objetos (ver pág. 384).

NEUROSE DE ANGÚSTIA

O estado de represamento cria insuficiência relativa do controle normal do ego. De fato,

os primeiros sintomas clínicos das neuroses se assemelham muito aos das neuroses traumáticas.

O neurótico, empenhado que está na defesa interna aguda, torna-se inquieto, agitado,

perturbado, sentindo que precisa modificar-se, mas sem saber de que maneira. Também ele

desenvolve sintomas sob a forma de "descargas de emergência"; por exemplo, ataques

emocionais aparentemente imotivados (sobretudo, crises de angústia) e transtornos de funções

físicas, as quais são, em parte, inibições; em parte, equivalentes da ansiedade.

Aliás, mesmo nas neuroses, estes sintomas gerais apresentam-se, muitas vezes,

de forma mais "específica", a qual se determina pela história da personalidade.

Os pacientes deste tipo sentem-se tensos e não sabem o que fazer para conseguir relaxar

outra vez. É muito frequente recusarem-se a ir dormir, à noite, porque não logram o

relaxamento necessário ao sono; os que têm desejos do tipo de controle receptivo-oral mais

arcaico não conseguem libertar-se da ideia de que alguém tem de vir "libertá-los". Não é raro

formarem-se círculos viciosos, quando os pacientes se amedrontam com as tentativas que eles

próprios fazem para utilizar ajuda mágica; daí se recusarem com mais veemência a ir dormir,

ou seja, a desistir do controle.

O fato de que as tentativas de aumentara contracatexia, para o fim de ligar as quantidades

excessivas de excitação, alternam com descargas involuntárias de emergência explica a

sucessão (ou simultaneidade) já mencionada de hi-pomotilidade (com falta geral de interesse e

perda da elasticidade), e inquietação hiperemocional. O quadro clínico assemelha-se ao de

alguém cuja excitação sexual é detida antes de lograr a descarga natural. E, de fato, nos dois

casos, o estado é o mesmo, consistindo a diferença, apenas, em que a interrupção do curso da

excitação resulta de defesas internas, ao passo que, quando se interrompe o contato sexual, o

transtorno é externo (789). Vale ainda, de fato, o conselho que Freud dá: Se uma pessoa se

torna, repentinamente, irritável e soturna, se desenvolve ataques de angústia ou propensão

geral, para ficar an-qustiado, deve-se antes de mais nada, indagar da sua vida sexual. Há vezes

em que o abandono da prática do coitus interruptus basta para a cura (545, 547, 551).

Nestes estados, a angústia, da qual a angústia das neuroses traumáticas exprime, direta e

automaticamente, o estado de represamento, representando, em parte, nada mais do que a

maneira pela qual a inundação por quantidades incontroladas de excitação se faz sentir; em

parte, descargas vegetativas de emergência involuntárias. (1117, 1371).

Reich salientou que, durante a excitação sexual, ocorrem reações nervosas

autônomas que são típicas. No contato sexual normal, estas catexias autónomas

transformam-se, pouco a pouco, em genitais, vindo a encontrar descarga genital no

orgasmo. Prejudicada que seja a função orgástica, não ocorre esta transformação. O

sistema autónomo permanece sobrecarregado, fato este que produz ansiedade (1270).

SINTOMAS NEURASTÊNICOS POSITIVOS

Quando o estado neurótico se caracteriza menos pela angústia e mais por outras descargas

de emergência, associadas aos vários sintomas acima descritos, é costume falar em neurastenia,

estado que, psicanaliticamente, não se define com precisão. Talvez caiba definição mais precisa

à investigação fisiológica que venha a fazer-se em torno das transformações químicas presentes

na excitação, na satisfação, na frustração, no represamento.

Os sintomas neuróticos positivos, como descargas vegetativas — porque

descargas são, apesar de tudo, depois que se bloqueiam outras vias — constituem

desafio à fisiologia. Satisfação instintiva normal significa alteração física (química)

na fonte do instinto. Se certa necessidade instintiva não encontra satisfação

adequada, fica faltando a alteração química ligada à gratificação do impulso 6

ocorrem transtornos na química do organismo. Excitação e afeto não descarregados

significam quantidade e qualidade anormais de hormônios e, pois, alterações das

funções fisiológicas (ver pág. 223).

Freud, em certa ocasião, inclinou-se a crer que os sintomas neurastênicos °ssem

resultantes da masturbação excessiva (558, 580). Talvez seja a seguinte formulação mais

correta: A neurastenia resulta de orgasmo insuficiente; e corre quando a masturbação veio a

tornar-se insuficiente, ou seja, quando an-istia e sentimentos de culpa transtornam o caráter

satisfatório da masturbo (268).

Os sintomas físicos da neurastenia variam muito conforme a constituição e | nistória da

personalidade. Ocupam o primeiro plano do quadro ou sintomas sPasticos retentivos,

exprimindo tentativas de bloquear as descargas (por exemplo, espasmos musculares e

vasomotores, constipação e vários tipos rf cefaléia), ou descargas "de emergência"

involuntárias, explosivas: diarreia suores, tremores, inquietação (201, 1010, 1381).

Há transição gradativa dos sintomas neurastênicos para as neuroses histéricas

de conversão, nas quais os sintomas de retenção e descarga são muito mais es-

pecíficos e nas quais se interpolam fatores intermediários entre a luta defensiva e a

expressão física (ver pág. 223).

PERTURBAÇÕES DO SONO

Quando uma pessoa passa a noite em situação desconfortável, qual seja uma posição

sentada incómoda, fica com o sono mais ou menos transtornado1 ou não consegue adormecer,

ou, adormecendo, sente-se exausta e não descansada na manhã seguinte. Para que o sono

realize a sua função completa, o organismo tem que excluir tensões: pré-requisito este que é

então, impossível devido à posição incómoda do corpo.

Os transtornos neuróticos do sono baseiam-se em impossibilidade semelhante de

relaxamento. No caso da posição incómoda do corpo, esta impossibilidade terá sido

externamente determinada, ao passo que, nos transtornos neuróticos, ela resulta de causas

internas. A adesão a certas catexias, não obstante a vontade de dormir, tem o mesmo efeito que

a tensão continuada de certos músculos: ou o estado de sono não é obtido, ou, se o é, a função

do sono transtorna-se, de modo que o efeito sobre o organismo é mais enervante do que

reconfortador. Em seguida a movimentos físicos monótonos, persistentes, adormecer costuma

ser muito difícil porque as áreas musculares que neles se envolvem tendem a continuar os

movimentos. (É interessante observar que, se, no entanto, consegue adormecer, a pessoa sonha

que está continuando a movimentar-se; e a significação inconsciente dos sonhos desta ordem é:

"Meu sono não tem que ser transtornado pelos impulsos persistentes de esquiar, montar etc,

porque estes correspondem aos meus atos: estou, de fato, esquiando, montando etc.)

O mesmo estado, produzido por posição incómoda ou por impulsos motores

inconscientes, resulta ainda com mais frequência de estímulos inconscientes que resistem à

vontade de dormir e ainda mantêm as suas catexias. Sabe-se muito bem que a função do sonho,

em geral, serve para possibilitar o sono, mesmo ocorrendo o estado adverso que consiste na

persistência de catexias inconscientes (552). O aumento quantitativo destas catexias oniroplas-

ticas pode ameaçar a possibilidade de manutenção do sono pela produção de sonhos. Quando

há represamento, esta incapacidade de controlar as catexias que resistem ao sono mediante a

produção de sonhos vem a mostrar-se, primeiro, na ocorrência frequente de sonhos fracassados,

ou seja, em pesadelos recorrentes (876); e, por fim, pode acontecer que o sono se torne quase

por completo impossível (358, 441, 1113).

Mais ainda: não são só as catexias de desejos reprimidos que impossibilitam o sono.

Preocupações agudas ou expectativas carregadas de afeto, sejam agradáveis ou desagradáveis,

e, em particular, a excitação sexual sem gratiti-cação, levam à insónia. Quando há transtornos

neuróticos do sono, os fatores inconscientes, certamente, contrabalançam os demais.

A idéia de que a autonomia das catexias daquilo que se reprime, atuando contrariamente à

vontade de dormir, ou impossibilita o sono, ou lhe prejudica o efeito revigorador, é de tal forma

plausível que nos espantamos com a possi-hlidade sequer de sono descansado, visto não haver

quem não tenha represas Referindo-nos em particular aos neuróticos, seria de esperar que

todos eles sofressem de transtornos do sono.

De fato, o distúrbio da função do sono é uma das manifestações neuróticas que mais se

vêem, presente em quase todas as neuroses (1152); há vezes, norém, em que se pode explicar

por que razão o transtorno do sono é relativamente ligeiro. Certos neuróticos aprendem a tornar

inócuos os estímulos que perturbam o sono, resultantes da repressão, mediante a aplicação de

medidas secundárias, canalizando estes impulsos; tem-se de admitir, todavia, que não basta isto

para resolver o problema. O fato de que, às vezes, catexias reprimidas intensas parecem não

interferir no relaxamento que o sono exige depende, é evidente, de outros fatores ainda

(constitucionais?). É claro que o efeito das repressões no sentido de transtornar o sono é maior

para os indivíduos envolvidos em conflitos defensivos agudos do que para os que aprendem a

evitar lutas desta ordem (secundariamente produzidas) mediante atitudes rígidas do ego.

Há transtornos neuróticos do sono que não se enquadram no tipo neurótico

geral até o momento descrito. O ego, que se opõe aos impulsos rejeitados, sabe que

estes forçam por se manifestar mais no estado de sono que na viqília; daí por que o

ego receia o estado de sono ou de adormecimento. É esta a explicação mais geral das

fobias do sono (hipnofobias); o medo do sono significa medo dos desejos

inconscientes que podem surgir enquanto se dorme (638,1201). É frequente estes

temores aparecerem após a experiência de um pesadelo de efeito traumático; nestes

casos, o medo do sono representa medo de sonhar, isto é, de uma falha da repressão.

Existem tentações instintivas muito nítidas que, mais frequentemente do que outras, se associam à ideia de dormir. Na medida em que o controle voluntário da motilidade se perde durante o sono, o medo de atos instintivos proibidos é que, antes de mais nada, vem a assumir a forma de medo de dormir (175). Compreende-se que as crianças com enurese noturna, ou os adultos que a tiveram na infância desejem evitar o sono para evitar toda oportunidade de urinar na cama. O que é válido para os executivos de funções uretrais (ou anais) será válido, ulteriormente, para o executivo dos genitais. Sabemos que rapazes com conflitos de consciência ligados à masturbação tentam substitui-la por poluções noturnas, visto que, assim, se sentem menos responsáveis. Dá-se, porém, que o superego nem sempre aceita semelhante escusa; e o medo de dormir ou de adormecer é, muitas vezes, medo da tentação de masturbar-se. Mais ainda: o estado de adormecimento acompanha-se da reativação de níveis arcaicos de consciência do ego; e as formas arcaicas de experiência do ego se transformam, comumente, em representantes das excitações que se experimentaram durante o período mais primitivo do desenvolvimento. Aqueles que têm repressões erótico-orais ou erótico-cutâneas tentam evitar tudo quanto lhes recorde o período original das excitações desta ordem; e os estados do ego que têm de experimentar, quando adormecem, suscitam estas recordações — as quais, por conseguinte, se sentem como tentações proibidas, capazes de constituir um motivo para evitar inteiramente o estado de sono ou de adormecimento (1594). A principal neurose da oralidade, a melancolia, acom-Panha-se dos mais graves transtornos do sono. Outra tentação instintiva específica que o estado de sono é capaz de sugerirestá na

recordação de uma cena primária, a qual se terá produzido à noite, quando se supunha estivesse dormindo a criança.

A associação inconsciente que transtorna o sono também pode ser específica e singular, a explicar-se somente pela história passada do indivíduo (309).

Ê frequente o estado de sono não significar tentação, mas, sim, punição ou catástrofe, associativamente ligada a certos impulsos. O fato do estado de sono excluir o uso livre da motilidade leva algumas pessoas a temê-lo por ser obstáculo à fuga de perigos ou castigos supostos. Tanto pode suscitar-se a ideia inconsciente da castração durante o sono quanto a própria perda da consciência é capaz de significar catástrofe.

Não cabe aqui analisar em pormenores o medo neurótico da morte, este resultando, constantemente, de conceitos inconscientes que se associam às ideias de morrer ou de estar morto; ou produzindo-se pelo evitar de impulsos ativos de matar (verpágs. 195 e seg.). Estabelecido que esteja este temor, daí podem resultar facilmente transtornos do sono porque se equiparam um ao outro o sono e a morte.

Com grande frequência, vêem-se os transtornos do sono representarem, inconscientemente, tentação e castigo, ao mesmo tempo. O cerceamento das funções do ego que ocorre no sono é, do mesmo passo, temido como perda da censura do superego sobre os instintos (isto é, oportunidade de fazer tudo quanto se queira) e como morte de menor vulto, como castração, como consequência terrível da busca de atividades instintivas.

Os conflitos que giram em volta do sono podem desenvolver-se ainda mais. O

ego toma várias medidas com que recuperar o controle perdido, com êxito ora maior,

ora menor. Exemplo interessante das tentativas deste tipo se observa nos rituais que

os neuróticos obsessivos executam antes de dormir. O sono só é possível quando se

tomam certas medidas, estas visando a excluir o perigo que, no inconsciente, se

prende associativamente, ao sono (441).

Os terrores noturnos e, mais, a ocorrência de pesadelos frequentes representam

a falha destas medidas; o material reprimido e, pois, o medo dele volta e prejudica o

sono (123, 1098, 1232, 1343, 1407, 1548).

Não se pense, erradamente, pelas múltiplas possibilidades de fobias do sono, em

subestimar o lado neurótico mais importante dos transtornos hípnicos. De modo geral, o sono

pressupõe relaxamento absoluto; e, por conseguinte, os estados de tensão interna se relacionam

com o transtorno respectivo.

OBSERVAÇÕES GERAIS SOBRE A NEURASTENIA CRÓNICA

Quando uma neurose não resulta de simples transtorno externo da economia libidinal,

mas de luta defensiva, vem-se a elaborar, após certo tempo, em geral, o estado de

represamento. Há, no entanto, certas formas que permanecem no nível da neurastenia, não

sendo fácil, contudo, estabelecer o que e que produz este desenvolvimento (201, 1381). O que

com segurança se pode dizer é que a excitação, impossibilitada de encontrar descarga, em casos

desta ordem, é de índole exclusivamente pré-genital; há indivíduos cronicamente pre-genitais

nos quais até os genitais dão a impressão de servir, inconscientemente, a objetivos pré-genitais

(1268). É o que se exprime, por exemplo, no sintoma da ejaculação precoce (14; cf. também

477). Por vezes, a análise da forma da masturbação basta para que se lhe reconheça o conteúdo

latente pré-genital (1262).

Porque a satisfação procurada nunca se pode realizar, os pacientes estão sempre tentando a

masturbação, o que explica o fato dos masturbadores obsessivos e os tipos respectivos

extremos, os aditos da masturbação (ver pág. 357), serem com frequência neurastênicos

crónicos. Acontece, às vezes, que a mas-S bação vem a constituir a resposta uniforme a

qualquer tipo de estímulo.

Quanto mais probabilidade tiverem os transtornos que atingem a economia das exigências

instintivas de produzir efeitos duradouros, menos capaz será o indivíduo de enfrentar

ativamente as dificuldades; vale dizer, mais se inclinará ara desejos receptivo-passivos.

Realmente, os neurastênicos crónicos são sempre pessoas que mostram exagero da necessidade

narcísica. Os tipos que mais adiante descreveremos como personalidades impulsivas, áditos e

pessoas com tendência à depressão costumam ser, ao mesmo tempo, neurastênicos crônicos.

É compreensível que uns tantos dentre: os sintomas neuróticos, principalmente aqueles

físicos, sejam muito dolorosos. Visto que, em casos desta ordem, o exame médico não descobre

causa alguma para o sofrimento, diz-se, comumente, que os pacientes são hipocondríacos; e, de

fato, nem sempre existe fronteira nítida entre a neurastenia e a hipocondria (ver pág. 244).

TERAPÊUTICA PSICANALITICA NAS NEUROSES

No que diz respeito à terapia, aqueles tipos de neurose consequentes a regime sexual

impróprio não precisam de outra terapia que não seja a modificação deste regime. Assim

também, os estados agudos de "nervosismo", consequentes a experiência específica, que

transtornam o equilíbrio entre as forças defensivas e os impulsos reprimidos, são muitas vezes

temporários e cessam de maneira espontânea quando se encontra novo equilíbrio. É frequente

prestarem-se muito à psicanálise os casos em que uma neurose aguda pode ser alcançada logo

no seu início, na medida em que os sintomas neuróticos-atuais ainda mais se salientem do que

os sintomas psiconeuróticos; quanto aos estados de ansiedade que se conseguem alcançar antes

que a ansiedade se fixe, afinal, em certo objeto, estes ensejam prognóstico particularmente

bom. Pelo contrario, é mau o prognóstico nos casos de neurastenia crônica e hipocondria. Mais

adiante se esclarecerá por que razão a falta de primazia genital e a orientação narcísica obstam

consideravelmente as possibilidades terapêuticas da psicanalise.

Os sintomas neuróticos vêm a elaborar-se com o tempo, de maneiras diversas. Há

vezes em que os próprios sintomas impressionam trauma-icamente o paciente, caso em que este

é capaz de desenvolver uma espécie e neurose traumática secundária (ver pág. 425). As

sensações em certos casos, conscientemente se interpretam como castração ou perda da

proteção pelo superego, daí produzindo-se intensificação das forças defensivas e assim se

fiando círculo vicioso. Nos casos em que há fixações narcísicas, os sintomas neuroticos podem

induzir intensificação da auto-observação e constituir o cerne de uma hipocondria. E, "last but

not least", pode haver transformação dos sinas neuróticos através de elaboração ulterior e mais

específica. Os sintomas neuróticos constituem o núcleo de todas as neuroses. Não há

psiconeurose em cujo início se deixe de ver ansiedade inespecífica mais irrita- geral e mau-

humor (302, 447). Também pode acontecer que reapareçam sintomas neuróticos ao final de

uma neurose: se a psicanálise consegue libertar as energias sexuais reprimidas de um paciente,

mas a situação externa lhe obsta a oportunidade de realizar a satisfação de que já é capaz,

podem os sintomas neuróticos voltarem a aparecer.

11

A Angústia como Sintoma Neurótico:

Neurose Fóbica

A ÍNDOLE DO SINTOMA NEURÓTICO

Modificação do estado de represamento, resultante de conflitc neurótico, parece possível

apenas pela irrupção do impulso original ou pela inensificação da defesa. Na realidade, existe

uma terceira possibilidade, que, à primeira vista, se afigura paradoxal: ambas as hipóteses

ocorrem, às vezes, simultaneamente; descobrem-se compromissos nos quais o impulso

censurável encontra saída (ou descarga) substitutiva, esta, porém, podendo ajudar e rejeitar os

restos do impulso original parte da energia represada é descarregada, mas de tal forma que

intensifica a defesa contra o restante. O sintoma neurótico típico exprime impulso e defesa,

concomitantemente. Lapsos, erros, atos sntomáticos constituem exemplos mais ou menos

simples, nos quais se faz possível estudar a formação de sintomas desta sorte em isolamento

relativo.

O grande reservatório das formações substitutivas é constituído de devaneios, ou sonhos

acordados. Com facilidade os impulsos reprimidos podem usar como derivados fantasias que

realizam desejos e que se desenvalvem com o aspecto de refúgio lúdico ou de substitutos da

realidade desagradável (ver págs. 43 e seg.).

O exemplo mais simples de derivado capaz ou não de encontrar saída apresenta-se no

exagero ou na alteração qualitativa do afeto. Se alguém reage a certo acontecimento de maneira

exagerada ou com um tipo de afeto aparenemente inadequado, tem-se aí um sinal de

deslocamento: o afeto relaciona-se, de fato, com alguma outra situação que terá sido reprimida.

A produção de derivados e a luta que estes desenvolvem para produzir motilidade

regulam-se por mecanismos especiais de formação de sirtomas. Os mecanismos que então

vigoram é que determinam a sintomatologia e o curso clínio de uma neurose; daí por que os

capítulos a seguir, que se ocupam com os mecanismos da formação de sintomas, também terão

de examinar, ao tempo, as características das neuroses específicas.

Enfatize-se, que na prática, todos os casos de neurose osteniam mecanismos vários a

atuar concorrentemente para a formação de sintomas. Freud disse categoricamente que

em toda neurose obsessiva existe um núcleo histeria de conversão (599); e que por trás de toda

neurose, em geral, há uma histeria infantil de conversão (618). Os transtornos da personalidade

que se vêem em nossos dias e em que o próprio ego adoece são multiformes no que toca aos

respectivos mecanismos subjacentes; donde ser mais exato diagnosticar mecanismos do que

diagnosticar neuroses.

Seja qual for. porém, o ramo da medicina, o diagnóstico e a patologia especial têm valor

apenas relativo. Não há caso clínico singular que jamais apresente urna entidade mórbida tal

qual se descreve; mas todos reconhecem a importância teórica e prática do diagnóstico e da

patologia especial. Há características que não se ajustam ao que é típico, mas, de modo geral,

prevalecem certas feições clínicas e é somente a compreensão do que é típico que fundamenta a

compreensão do que é atípico. Na investigação psicanalítica, o método habitual pelo qual se

procede consiste em lograr a compreensão dos fenômenos complicados costumeiros mediante

estudo preliminar de exemplos menos habituais, porém mais transparentes. Quando estudamos

as neuroses, vemos que os mecanismos típicos da formação de sintomas precisamente represen-

tam exemplos desta ordem mais fáceis de compreender; representam componentes típicos,

cujas combinações atípicas constituem a maior parte das neuroses individuais atuais. É neste

sentido que iremos do mais simples ao mais complexo. Nas descrições dos mecanismos a

seguir expostos, não se implica que eles sempre ou até com muita frequência ocorram nesta

formas isoladas; o valor primordial da classificação é heurístico.

A ANGÚSTIA NA NEUROSE FOBICA

O compromisso mais simples que existe entre impulso e defesa consiste na angústia, esta

tendo motivado a manifestação da defesa, ao passo que a razão da angústia se reprime.

Na neurose fóbica, manifesta-se uma tensão interna geral sob a forma de angústia

constante, que flutua livremente, ou de disposição para a mesma. Na fobia, contudo, a angústia

liga-se, especificamente, a uma situação especial, esta representando o conflito neurótico.

Se o ego que avalia o perigo — "Este ato ou situação instintiva é capaz de acarretar a

castração ou a perda de amor" — visa a "advertir" no mesmo sentido em que o ego normal

adverte de um perigo verdadeiro, o que se vê é falhar completamente esta intenção na neurose

fóbica. O que visava a impedir um estado traumático na realidade o induz; situação esta que

mencionamos quando falamos na estratificação tríplice da angústia, isto é, quando dissemos

que, em casos desta ordem, a angústia de advertência regride à angústia pânica (ver pág. 123).

Esta falha da função de advertência do ego explica-se pelo fato de que o aumento da tensão

interna (o estado de represamento) já criara disposição geral para a angústia: barril de pólvora

em que o sinal de perigo atua como se fosse um fósforo.

As pessoas tensas reagem às situações de perigo por forma diferente das pessoas normais.

Estas desenvolvem certo medo, que o ego pode usar. As pessoas tensas desenvolvem

disposição latente para a explosão, disposição que, por influxo acrescido do temor consequente

à percepção do perigo, as faz ficar paralisadas. Do mesmo modo que reagem a perigos reais

com pânico, em lugar de sentir medo e reagir de acordo, as pessoas "nervosas" também reagem

a perigos imaginários com pânico.

Quase sempre certa disposição difusa para o desenvolvimento de uma angústia que tem a

índole de neurose terá existido durante algum tempo. Alguma coisa, então, ocorre que,

inconscientemente, mobiliza o conflito patogênico básico. O ego quer advertir, falha a

advertência e produz-se o primeiro taque da neurose fóbica. Daí em diante, a disposição para

o desenvolvimento de angústia liga-se à situação específica que produziu este primeiro taque.

A limitação e a especificação da situação temida pode descrever-se como sendo uma espécie de

ligação secundária da ansiedade difusa primária ao conteúdo específico (392, 873, 875),

momento este a que a disposição explosiva contínua da neurose fóbica está controlada,

desde que não se acendam fósforos de alusão às situações específicas; mas se nestas se toca,

manifesta-se a angústia e, secundariamente, o ego desenvolve medidas que tentam combatê-la.

Na neurose fóbica o temor que motivou a defesa ainda está manifesto, é o tipo mais simples de

neurose, de modo que as primeiras reações neuróticas das crianças têm, em regra, o caráter de

neurose fóbica. Todas as demais neuroses elaboram de maneira mais extensa a angústia.

O DESLOCAMENTO NA NEUROSE FÕBICA

Que é que determina a escolha do conteúdo específico? Que situações ou pessoas se

acredita sejam perigosas?

Existem casos em que não há muito deslocamento; a angústia é simplesmente sentida em

sitú-ações nas quais uma pessoa desinibida experimentaria ou excitação sexual, ou raiva.

Quando discutimos os estados inibidos, dissemos que a inibição, às vezes, se manifesta em

certo temor, o qual se desenvolve sempre que se toca no erreno inibido. A mais da impotência e

da frigidez, há uma fobia do sexo, ou seja, umas tantas pessoas (mulheres, sobretudo) se

amedrontam diante de tentações spxuais e tentam evitá-las. Há fobias gerais da comida e fobias

mais especializadas que dizem respeito a alimentos particulares, os quais se terão ligado a

conflitos inconscientes: ou, através de associações históricas, ou pela sua sigiificação

simbólica. Há fobias anais, tentando evitar a todo custo excitações arais. Há fobias da luta, que

se vêem em pessoas capazes de atemorizar-se sempr; que se indica um comportamento

agressivo. Para os casos desta ordem vale uma fórmula que representa supersimplificação de si-

tuações mais complicacas: Aquilo que se teme inconscientemente se deseja.

Noutras fobias, aiida simples, a situação que se teme não constitui tentação temida; a bem

dizer é a ameaça que causa a tentação a temer-se: castração ou perda de amor. Há fobias de

facas e tesouras, nas quais se implica que o contato ou seque a vista destes instrumentos

desperta a ideia temida de castração possível (e, éverdade, em quase todos os casos, também

uma tentação inconsciente de hostilidade reprimida). Certos indivíduos têm medo de ver

aleijados ou de assistir aacidentes, o que significa: "Não quero que me lembrem o que poderia

acontece comigo" (e também aqui. o medo pode originar-se do 'ato de que ver estas cotas é

tentação de desejos hostis inconscientes). As crianças pequenas têm mede de ficar sozinhas,

isso significando para elas que já não são amadas.

O medo de ser transformado em pedra porque se vê algo que é proibido não

significa apenas morte (e castração), mas também exprime medo das próprias

sensacões de angústia. A ideia de ser pedra representa a de estar paralisado pelo

medo.

Todos os casos desta ordem caracterizam-se pela ausência de deslocamento. Mais

comuns, porém, são os casos de histeria em que as forças defensivas mais realizaram do que

simples desenvolvimento de angústia e atitudes fóbicas ulteriores: ficou mais oculta a conexão

entre a situação temida e o conflito instintivo original. Não são as situações sexuais que se

temem, mas, propriamente, as situações *sexualizadas* Em geral, a situação ou a pessoa que se

teme possui significação especial para o paciente. De modo mais distorcido, também nestes

casos elas simbolizam ou tentação ao impulso rejeitado, ou castigo de impulsos inconscientes;

ou combinação de uma coisa e outra.

O mesmo se aplica a todas as falsas-compreensões neuróticas de acontecimentos reais em

função do passado, mesmo que não as acompanhe uma angústia: os impulsos rejeitados buscam

oportunidade de satisfação, mas a reativação respectiva também mobiliza as angústias antigas;

as repetições neuróticas consistem em falsas-interpretações da realidade no sentido ou de

tentações inconscientes, ou de punições-inconscientes; ou num sentido e noutro.

Exemplos de situações de ansiedade que representam tentações inconscientes: A idéia

de ruas, nas agorafobias, é concebida, inconscientemente, como oportunidade de aventuras

sexuais. A ideia de estar só percebe-se como tentação de masturbar-se.

Exemplos do caráter punitivo das situações de ansiedade: Pensa-se na rua temida

como lugar em que se poderia ser visto e capturado; estar só significa estar desprotegido

contra os poderes punitivos do papão O que os fóbicos temem representa, muitas vezes,

substitutos da ideia de castração. No pequeno Hans, a significação inconsciente do medo de

ser mordido por um cavalo era expressão oral regressiva da ideia de ser castrado (566).

Outro paciente, que tinha medo de ser mordido por um cão, ficou admirado quando a

análise revelou que este temor, a julgar pelas sensações físicas que o acompanhavam, se

referia, na realidade, aos seus genitais.

Há muitos temores hipocondríacos que significam ou "Posso ser castrado", ou "Pode

vir a verificar-se que eu já esteja castrado". Há fobias de doenças (nosofobia) em pessoas

durante cuja infância o medo de castração se deslocou para a ideia de adoecer. É

frequente, em casos desta ordem, "estar doente" significar "estar com febre": e as sensações

do estado febril representam, então, a temida excitação sexual infantil.

Exemplo da simultaneidade de tentação e castigo ocorre no caso do homem-lobo

(599), que desenvolvera atitude feminino-passiva para com o pai e que temia pudesse a

satisfação destes desejos femininos acarretar a castração receiada. O medo que ele tinha de

ser comido por um lobo era, do mesmo passo, expressão oral regressiva do desejo de

submeter-se ao pai e da ameaça de sercastrado.

Os temores de atropelamento ou de queda de um lugar alto são expressões típicas de

desejos masoquísticos femininos e, ao mesmo tempo, do medo de castração que a eles se

liga (884). Cair de lugar alto, com a conotação do perigo de ser morto, representa, na

certa, punição: provavelmente, quase sempre, punição de desejos homicidas: mas a própria

sensação da queda representa, simultaneamente, as sensações da excitação sexual, que,

bloqueada no seu curso natural, adquire caráter doloroso e atemorizador. O medo de ser

confinado em espaços apertados (claustrofobia) ou o medo de ruas estreitas significa o

medo das próprias sensações de angústia que se experimentam como constrição e

aumentam com as sensações vegetativas dolorosas que substituem a excitação sexual

bloqueada. O medo de lugares altos (acrofobia) pode vira ser substituído pelo sintoma de

conversão que consiste em ataques vertiginosos quando de lugares altos se olha para baixo;

sintoma que exprime, fisicamente, a antecipação mental da queda verdadeira.

Simultaneidade de castigo e tentação também forma, em regra, a base do medo

frequente de "ficar doido", neste particular devendo-se ter em mente que o temorpode ser

justificado. Não é exata a regra segundo a qual quem tem medo de enlouquecer não

enlouquece; há muitos esquizofrênicos incipientes que percebem o seu alienamento

crescente. £ mais frequente, porém, este medo não constituir juízo fundado, mas, sim, fobia

(e mesmo como fobia, o medo tem base objetiva); o que o paciente sente, em seu medo de

enlouquecer, é a interação dos seus desejos inconscientes (principalmente, os impulsos

instintivos — sexuais ou agressivos — que dentro dele atuam (871). Neste sentido, o medo

de enlouquecer não é senão caso especial do medo geral que o indivíduo tem da sua própria

excitação. Porque a excitação temida da sexualidade infantil quase sempre se experimenta

em conexão com a masturbação, é fácil que as crianças aceitem como substitutos da ideia

de castração as advertências dos adultos no sentido de que "a masturbação faz as pessoas

ficarem malucas".

Há vezes em que a ideia da- loucura tem, inconscientemente, significado mais

específico. É possível que haja a experiência estabelecido a equação cabeça = pênis e. pois,

loucura = castração. Conforme sejam as experiências, pode a criança ligarvárias idéias à

loucura. A ideia de ser idiota liga-se, em certos casos, à ideia de ter cabeça grande

(hidrocefalia), isso também significando castração como representação pelo oposto. Os

bebés têm a cabeça grande; odiando, muitas vezes, os bebés, os irmãos mais velhos têm

medo de machucá-los: "Eu posso ficar idiota como o neném", ou "Eu posso ficar com a

cabeça grande como o neném" representam, talvez, tanto a inveja do bebé quanto o castigo

que a criança prevê desta inveja.

Os temores de ser feio ou de estar sujo podem significar o mesmo que os temores de

ser doente ou louco; a feiúra, a aparência repulsiva significam estar sexualmente excitado

(ou estar enraivecido), ou ser castrado (ou grávido), ou ambas as coisas. Acontece, às

vezes, que certas fobias desta ordem constituem estado de transição para delírios.

Mais outro exemplo da simultaneidade de tentação e castigo tem-se nos estados que

Ferenczi descreveu com o nome de neuroses de domingo (484). Há pessoas que, nos

domingos, sofrem constantemente de angústia (ou depressão). Qs domingos são, em geral,

dias em que, supostamente, mais do que nos outros dias ocorrem atividades sexuais; mas

são também os dias em que as crianças estão mais sob a supervisão dos pais.

Ora, qual é a relação entre a situação manifesta de angústia e o significado instintivo

inconsciente?

O fato sequer de haver deslocamento é de atribuir-se à defesa, que faz inconscientes as

ideias originais, daí exigindo o desenvolvimento de substitutos. O substituto, na formulação de

Ferenczi, "de um lado, tem certas conexões associativas com uma ideia que foi rejeitada, ao

passo que, doutro lado, pela qualidade remota desta ideia, escapa à repressão".

Mostra o deslocamento que, na histeria, a defesa não se limita ao desenvolvimento de

ansiedade ou a evitar de situações em que esta ocorrerá. O desenvolvimento de substitutos

prova que também se usaram a repressão e outros mecanismos de defesa. A angústia, na fobia,

é que inicia atividade repressiva poderosa.

Por força da repressão, é frequente as fobias terem conteúdo indefinido,

nebuloso, que se compara, pela falta de clareza, ao conteúdo manifesto dos sonhos; é

comum ver grande parte do trabalho analítico ocupada com a determinação precisa

do que é que mete medo ao paciente. Há casos em que o conteúdo do temor foi claro e

definido em certa ocasião, para depois se tornar no curso da neurose, vago e

impreciso. As forças repressoras continuam a combater o sintoma como derivação do

material reprimido, de modo que, em muitos casos, a compreensão de certo sintoma

antigo, complicado ou vago, se pode determinar pelas condições em que pela primeira

vez apareceu.

A vantagem que tem o deslocamento está em que a ideia ofensiva original não se torna

consciente. Ter medo de um cavalo em vez de ter medo do pai, como no caso do pequeno Hans

(566), tem ainda outras vantagens. Aquelas pessoas que ameaçam são odiadas; e deixa de se

sentir ameaçado pelo pai para se sentir ameaçado por um cavalo, o indivíduo consegue evitar o

ódio ao pai; neste caso, a distorção terá servido para evitar o conflito da ambivalência. O pai,

que fora, ao mesmo tempo, odiado e amado, passa a ser apenas amado e o ódio se desloca para

o cavalo mau (618). Freud também nos chama a atenção para o fato de que um menino ê

obrigado a conviver com o pai todos os dias, enquanto o cavalo que ameaça é fácil evitar

simplesmente ficando em casa. Temer o lobo em vez de temer o pai tem mais vantagens ainda:

é que os cavalos eram comuns nas ruas da cidade no tempo de Hans, mas lobos só se vêem em

livros de figuras, que não há necessidade de abrir, ou no jardim zoológico, onde só se vai uma

vez ou outra (618). Quem tenha ficado com medo de sair de casa pode evitar esta situação

temida, mas ninguém consegue evitar o próprio corpo e as sensações deste; ter-se-á produzido

projeção vantajosa de certo perigo instintivo interno para um perigo perceptivo externo.

Projeção desta ordem, ou seja, a tentativa de fugira certo impulso perigoso interno pelo

evitar de uma contingência externa específica, que representa este impulso, é o tipo de

deslocamento que com mais frequência se vê nas fobias. Claro, o perigo original, em última

análise, terá sido também perigo externo, visto não ser a expressão instintiva que se teme, e,

sim, as suas consequências externas (castração, perda de amor). Embora, no entanto, fuja dos

pais ameaçadores, o indivíduo fôbico foge, primordialmente dos seus próprios impulsos,

porque o perigo externo da castração é determinado pelo seu comportamento.

Onde com mais clareza se evidencia a projeção é naqueles casos em que a angústia ligada

a um objeto externo haja suplantado certo sentimento de culpa: um objeto que está no mundo

exterior é que, então, o indivíduo teme e não a sua própria consciência.

Há zoofobias nas quais mais clara ainda que no caso do pequeno Hans se vê a projeção

dos impulsos atemorizadores do indivíduo. Helen Deutsch descreveu certo caso com a simples

construção que se segue: Um homem inconscientemente feminino-passivo tinha medo de

galinhas porque estas lhe recordavam os seus desejos libidinosos e o perigo de ser castrado, ao

qual se ligavam estes desejos, inconscientemente: simplesmente, o rapaz projetava o seu con-

flito instintivo interno para um objeto externo evitável (327).

É frequente projetar-se para um objeto externo tanto o alvo do impulso quanto as próprias

sensações do indivíduo.

Parece faltar, contudo, projeção nas neuroses das crianças, quando o objeto externo

temido, "animal", não faz mais do que substituir outro objeto externo de que se tem medo.

As vias escolhidas pelo deslocamento são determinadas por vários fatores Bem

amplamente, o que as determina é a história do paciente: donde não se poder compreender a

significação das fobias sem levar esta última em consideração. As vias do deslocamento

dependem, em parte, da índole dos impulsos que são rejeitados. A angústia que se liga ao medo

de ser comido, por exemplo, corresponde, às vezes, a desejos sádico.-orais; a angústia pelo

medo de ser assassinado, a desejos homicidas.

Jã se disse que a angústia pelo medo de ser comido ou de ser mordido é, por

vezes, disfarce da angústia de castração, caso em que o medo de castração se

distorceu de forma regressiva, isto é, pela escolha de um medo autónomo arcaico

como substituto. A regressão pode ser parcial e é frequente vermos manifestações de

angústia contendo elementos que se referem quer a ser comido, que a ser castrado.

Manifestações desta ordem são, entre outras, as fantasias da vagina dentata e da

castração intrauterina (414).

As fobias de infectar-se ou de tocar nas coisas exprimem, comumente, a tendência a

evitar do que é sujo; mostram ter o paciente de se defender contra tentações erótico-anais.

Também no caso é possível que hajam sido os desejos edipianos genitais

regressivamente substituídos porimpulsos anais; e que, por esta forma, tenha sido aangústia de castração regressivamente suplantada por temores anais. Asfobiasdo banheiro, das instalações sanitárias, que são tão frequentes nas crianças e nos neuróticos obsessivos, ocorrendo sob a forma de medo de cair dentro do vaso, de ser comido por um monstro que venha deste último, ou o medo racionalizado de estar infectado mostram, em regra, sinais de condensação de ideias de sujeira com ideias de castração.

O medo das ruas, dos espaços abertos, é comumente defesa contra o exibicionismo ou a escoptofilia. O papel destes dois instintos parciais faz-se ainda mais claro nas fobias que se ligam ao aparecimento em público, quer este aparecimento envolva condições especiais (ser olhado, medo do palco), quer simplesmente seja medo de estar no meio de uma multidão.

Os ataques de angústia de uma paciente com agorafobia e fobia das multidões tinham o objetivo definido inconsciente de fazê-la parecer fraca e desprotegida a todos os transeuntes. Mostrou a análise que o motivo inconsciente do seu exibicionismo era uma hostilidade profunda, dirigida originalmente contra a mãe e depois desviada para si mesma. "Vocês todos, olhem!", parecia proclamar a angústia desta mulher; "Minha mãe deixou que eu viesse ao mundo nesta situação de desamparo, sem pênis." Originalmente, o ataque representava a tentação de exibir um pênis fantasiado; a noção de que este objeto era fictício levou à transformação da perversão em neurose fóbica.

Os temores, já mencionados, de ser feio ou de algum outro modo repulsivo (por exemplo,

exalando mau cheiro) revelam-se como sendo medo que o mdivíduo experimenta do seu

exibicionismo, este tendo, além do mais, frementemente, significação agressiva, impositiva.

Aqueles que sentem temores desta ordem estão, inconscientemente, lutando por mostrar a sua

excitação sexual e receando ser por causa dela rejeitados ou punidos. Há casos em que os

pacientes se sentem com direito a compensação e tentam, por-meios mágicos, fazer que lhes

dêem as pessoas que olham para eles: têm medo é de que esta intenção falhe. A feiúra pode

representar gravidez ou o estado de castração dar demonstração disso significará um gesto

mágico, visto que o exibicionismo se relaciona com escoptofilia igualmente forte. Se o medo de

ser feio ou "fedorento" for substituído pela convicção de ser este o caso, teremos um estado

tran-sicional para o delírio (os eritrófobos, em geral, tendem a desenvolver paranóia). O

sentimento subjacente básico é de culpa. Nas mulheres, a convicção de ser repulsiva (ou feia,

ou fisicamente impedida, incapaz de parir) funda-se na consciência de que lhes falta um pênis,

ideia esta ligada a sentimentos de cuipa mas-turbatório ou incestuosos; assim também nos

meninos, a angústia deste tipo significa a possibilidade de que se descubram as consequências

terríveis das atividades masturbatórias.

Em certo caso de adição a perfumes, foi possível atribuir este sintoma a receio

passado de cheirar mal. A paciente fixara-se em um conceito anal da sexualidade e

temia não só que se descobrisse a sua masturbação anal anterior, mas também que

ela mesma exprimisse os seus desejos sexuais, os quais se coloriam com atitude sádica

castradora, em relação aos rapazes; e os quais se percebiam sob a forma especial de

exalação de um cheiro na direção deles.

O medo do palco e a eritrofobia, não obstante, quase nunca são expressões apenas da

rejeição de exibicionismo ou de escoptofilia exagerados. O fato do exibicionismo se exagerar

resulta, em regra, de outros conflitos instintivos anteriores; a exibição visa tanto a produzir

prazer sexual quanto a produzir ou reforçar a tranqiiilização de angústias, sentimentos de culpa

e inferioridade. As fobias em questão significam que não se conseguiu obter a realização dos

desejos de tranquilização. A idéia que tem o indivíduo é, mediante gestos mágicos, obrigar os

espectadores a provar que castração alguma ocorreu; ou forçá-los a dar a aprovação necessária

a que se contradiga um sentimento de culpa; não cumprindo os espectadores estas exigências,

contra eles desenvolve-se, imediata e adequadamente, tendências sádicas (orais) violentas.

Assim, pois, o conteúdo inconsciente dos tipos de medo (e vergonha) eritrofóbicos ou de palco

não é apenas a ideia de que os atos de exibicionismo são capazes de produzir castração ou

perda de amor; e, sim, com mais especificidade, a ideia de que o que se faz para proteger a

auto-estima da pessoa contra o perigo talvez resulte no oposto, em seu completo aniquilamento.

Este também pode-se compreender de maneiras diversas: ou o paciente acredita, in-

conscientemente, que está castrado e receia venham a falhar as tentativas que faz para negá-lo,

tudo que visava a fazer as pessoas gostarem dele e alimentá-lo resultando em que elas o

desprezem e lhe retirem todo apoio; ou acontece que o paciente tenha medo do seu próprio

poder encantatório: vê-lo pode ofender e castrar os espectadores, estes não podendo dar mais

coisa alguma: o paciente teme a sua própria violência agressiva, muitas vezes reduzida a

"contemplação agressiva" (96, 118,356,405,446,501,522, 1085, 1568).

Relaciona-se estreitamente com a eritrofobia e com o medo do palco o medo dos exames,

com a diferença de que as características supramencionadas ainda mais se pronunciam: uma

autoridade, representante externo do superego, está para decidir se o indivíduo é admitido e

autorizado a participar de certos privilégios (isto é, a obter as provisões narcísicas, ou se é

rejeitado e con-jenado ao isolamento e à fome destas provisões. A relação tem-se com razão

enfatizado entre os exames dos nossos tempos e os ritos primitivos da iniciação (523, 1481). A

maneira pela qual a pessoa reage a esta situação depende tanto do seu relacionamento afetivo

sexual com as autoridades (com o pai) quanto das suas necessidades narcísicas. Resultará uma

fobia sempre que o indivíduo sexualizar a situação examinatória na esperança de, por esta

forma, superar os seus sentimentos de inferioridade e o seu medo de castração, caso em que

terá de enfrentar a possibilidade de os seus esforços darem o resultado oposto. De hábito, a

situação se complica nas fobias de exames por força de conflitos que giram em torno de desejos

feminino-passivos.

Outras fobias típicas se dirigem contra outros instintos parciais. É frequente ver angústias

de lugares altos ligarem-se a ideias inconscientes que dizem respeito à ereção. As

claustrofobias, os temores de sufocação dirigem-se, com frequência e de modo especial, contra

fantasias da vida intra-uterina (1056). O medo de cair, o medo das alturas, as fobias de ônibus e

trens mostram, à primeira vista, que se desenvolvem em uma tentativa de combater sensações

prazerosas relacionadas a estabilidade, ou seja. com a estimulação do equilíbrio.

Este último fator, a luta contra a excitação sexual tal qual se percebe nas sensações

prazerosas de equilíbrio, desempenha papel especial em muitas fobias.

Mostrou Abraham que não são só o exibicionismo e a escoptofilia que se rejeitam na

agorafobia; nas pessoas que têm medo de sair para a rua, a própria função de caminhar adquiriu

significado sexual definido, pressupondo intensificação do erotismo do equilíbrio como efeito

de fixação que se terá estabelecido ao tempo em que se aprendeu a andar (6, 9; cf. também

1282, 1402).

Em certo paciente agoráfobo, os temores eram acompanhados pelo sentimento

de que as pernas estavam sendo puxadas, ou de que lhe fugiam por si mesmas.

Mostrou a análise que a proibição da masturbação havia coincidido temporal-mente

com o aprendizado da marcha. Criança pequena sentia muito prazer e muito orgulho

em andar. As pernas mais as funções destas haviam usurpado o lugar das funções

frustradas do pênis. Pela intensificação ulterior de conflitos antigos tornou-se

manifesto, no novo terreno, o medo da castração sob o aspecto de medo de perda das

pernas (410).

Uma vez que atentemos para isso, podemos compreender que muitos temores fóbicos

tenham relação direta com as sensações de equilíbrio.

As sensações de equilíbrio são importantes como fonte de excitação sexual tanto nas

crianças quanto nos adultos. Porque elas, em geral, também são componente essencial da

experiência de angústia, as conexões existentes entre excitação sexual e angústia são mais

estreitas no caso de erotismo de equilíbrio que em qualquer outro instinto parcial. Os 'conflitos

relacionados com as sensações erógenas de equilíbrio originam fobias de equilíbrio, mas

também o desenvolvimento de fobias em geral, ou seja, o estabelecimento de conexão estreita

entre sensações de angústia e de excitação sexual mobiliza o erotismo infantil de equilíbrio. É

comum as sensações de equilíbrio se transformarem em representantes da sexualidade infantil

em geral. Há muitas pessoas sem recordação consciente de se haverem masturbado em

crianças, mas se lembram de várias brincadeiras e fantasias que envolviam uma situação em

que tinham o corpo no espaço, ou de que mudava o tamanho dele ou partes respectivas;

lembram-se de ideias de que a cama girava, ou de sensações ainda mais vagas: "Alguma coisa

está rodando". Outras pessoas há que não se recordam de prazer algum ligado a sensações desta

ordem, mas se lembram de angústias a respeito delas, alienações do corpo ou de certos órgãos;

ou temores ligados a sensações de espaço, tudo resultando da repressão de prazer mais antigo.

As angústias deste tipo constituem, muitas vezes, o cerne das neuroses fóbicas (444).

PROJEÇAO DA EXCITAÇÃO DO INDIVÍDUO NA NEUROSE FÕBICA

Devemos, a esta altura, ligar os fatos expostos ao papel que desempenha a projeção na

neurose fóbica. Há muitas fobias nas quais o estado físico de excitação sexual ou agressiva

(com frequência expresso em sensações de equilíbrio e de espaço) é projetado e representado

por uma situação exterior temida (526, 1384, 1386, 1391). Aqueles que têm medo de

adormecer ou de ser anestesiados, ou de ter febre, receiam, mais que tudo, ser esmagados por

sensações dolorosas de equilíbrio, e de espaço. É frequente ver pacientes que têm medo de

ruídos monótonos; (por exemplo, o tiquetaque do relógio, ou outra ocorrência rítmica); na

realidade, o que receiam são os próprios batimentos cardíacos (ou sensações genitais), os quais

se representam para eles por aquilo que percebem no mundo exterior.

Nas claustrofobias, a ideia de estar confinado não é experimentada com tanta premência

quando há qualquer possibilidade de fuga. Aumenta a angústia ao máximo quando se tem

impressão de que se pode querer sair do aposento e não conseguir. Na maior parte das vezes, o

sentimento que se experimenta é de sufocação repentina a ocorrer possivelmente, situação em

que deve haver meio de fugir. As pessoas que têm medo de trens, navios, aviões declaram que

o que mais temem é a impossibilidade de sair no caso de quererem; e dizem também que,

viajando de trem, prendem a respiração entre uma estação e outra. Isto quer dizer o seguinte: A

excitação é projetada para o veículo que a precipitou: e a necessidade de fuga rápida do

aposento no qual se está confinado é necessidade de fugir à excitação do próprio indivíduo,

desde que esta atinja certo grau (431, 1522).

As fobias de veículos, que se originam na rejeição de sensações erógenas de

equilíbrio e espaço, têm relações nítidas com a doença somática do enjôo-de-mar. As

excitações vegetativas. que as sensações de equilíbrio suscitaram de modo puramente

físico, são nitidamente semelhantes às sensações de angústias; e estas excitações

podem haver-se ligado associativamente, a "excitação sexual demasiada" da infância,

de modo que a neurose e o enjoo se influenciam reciprocamente. As pessoas com

claustrofobia e neuroses parecidas tendem mais a desenvolver enjoo; enjoo ocasional

em gente até então não neurótica é capaz de mobilizar angústias infantis, com o efeito

de que certo trauma reativa a recordação de uma cena primária. Também existem

neuroses fóbicas, em que se vê elaboração de fobias de veículos no sentido de que os

vómitos ou as tonteiras (antecipação física das sensações de equilíbrio temidas) terão

suplantado a angústia.

Também existem "claustrofobias no tempo": Certos indivíduos sentem medo de não ter

tempo, de sempre estar "enjaulados" pelos deveres, isso oprimindo-os tanto quanto as

sensações de espaço oprimem os claustrófobos e tendo a mesma significação psicológica.

Outros há que têm medo da "folga do tempo": correm de uma atividade para outra porque o

tempo vazio lhes significa a mesma coisa que os espaços vazios para alguns agoráfobos.

Mostra a experiência clínica que se baseiam ao mesmo temor certos tipos de

indecisão neurótica: Toda decisão definitiva significa exclusão da possibilidade de

fugir; daí evitar-se. Há formas de obstinação que representam rejeição intensamente

emocional de comandos, estes se sentindo como trancamento das vias de fuga.

O que se teme na excitação desordenada é, evidentemente, uma espécie de ruptura da

organização do ego.

Um paciente só sentia angústia em carros quando outra pessoa, e não ele

próprio, estava dirigindo. "Por que hei de ter medo", dizia, "se posso parar a qual-

quer momento?"

O que se teme é a perda da decisão voluntária, freqüentemente representada no

inconsciente pela ideia de perda do controle vesical ou retal (557); perda de controle esta que se

representa pelo movimento do veículo, independente da vontade do passageiro, pelo aposento

de que não se pode sair quando se quer; originalmente, pelo aumento da excitação sexual,

chegando quase ao orgasmo.

Na análise que fez do curso normal e patológico da excitação sexual. Reich explicou que

a uma fase de movimentos voluntários se segue outra de convulsões involuntárias dos músculos

do soalho pélvico; fase segunda na qual já não se pode interromper voluntariamente o ato sem

desprazer intenso; o desenvolvimento pleno desta fase é requisito de descarga orgástica

economicamente suficiente (1270). Esta perda do ego no clímax da excitação é também,

normalmente, o clímax do prazer. Há egos, "os egos orgasticamente impotentes", segundo

Reich (1270) que não experimentam este prazer, o qual. para eles, se transforma em angústia,

perda do controle do ego e sensações dolorosas de confinamento, sufocação explosão.

O trem ou o aposento representa o corpo do próprio indivíduo; ou, quan-uo menos, as

respectivas sensações, que ele procura eliminar pela projeção.

O que se disse sobre a claustrofobia em. geral aplica-se, decerto, ao tipo es-

pecial de claustrofobia chamado "do útero materno", o medo de ser enterrado vivo

(406). As duas interpretações: "O aposento que se teme representa o útero materno" e

"O aposento que se teme representa as sensações do corpo do próprio indivíduo"

podem ligar-se entre si por terceira interpretação: "O aposento que se teme

representa o interior do corpo do próprio indivíduo."

Sabe-se muito bem (mas não se tem discutido muito) que a maior parte dos agoráfobos

apresentam condições específicas do sintoma, condições relacionadas com a largura da rua que

se teme. As sensações de estreiteza também são elemento básico da experiência angustiante.

Certas pessoas cuja excitacão se transforma em angústia sentem um aperto, uma dificuldade de

respirar, como se o *peito* se tivesse de repente estreitado. (O sentimento oposto de expansão, de

estar novamente "folgado, à larga" liga-se, fisiologicamente, à superação da angústia e é

prazeroso; mas, porque representa mudança súbita na estera da "largura", também serve, às

vezes, mediante a "representação pelo oposto", como símbolo do apavoramento). É tentativa de

protejer-se contra sensações dolorosas de aperto (ou folga), se a pessoa sente a "rua" e não o

corpo como "estreito" ou "largo", estado este capaz de explicar a projeção na agorafobia. Há

pacientes que têm medo apenas de ruas estreitas; outros, de lugares largos; outros ainda têm

medo, paradoxalmente, de uma coisa e outra; e quase todos temem alterações súbitas da largura

da rua por onde estão passando. Muitos agoráfobos também apresentam o estado cuja

significação se discutiu na claustrofobia: Têm-se de assegurar da possibilidade de fuga, esta

representando o desejo que a pessoa sente de fugir às suas próprias sensações.

NEUROSE FOBICA E ANIMISMO

O fóbico que, passando por uma rua estreita, fica apavorado porque se sente tão "estreito"

quanto a rua, "introjeta" a estreiteza da rua. Quando o medo é intenso, é capaz de sentir como

estreita até uma rua relativamente larga: está projetando a sua própria estreiteza. Para ele, em

virtude da maneira por que experimenta a sua angústia, são idênticos os conceitos de estreiteza

e medo. Os mesmos sentimentos lhe suscitam uma rua estreita e outra pessoa amedrontada;

chega a comportar-se como se a própria rua estivesse com medo.

Chama-se animismo a falsa-percepção primitiva do mundo pela qual se presume também

se realizem nos objetos em redor aqueles processos que em nós mesmos sentimos. Os

mecanismos fóbicos descritos servem-se do animismo que ainda atua no inconsciente.

Há certo tipo comum de falsa-percepção animística do mundo que se assemelha muito à

maneira pela qual os agoráfobos relacionam os seus sentimentos de medo com a estreiteza das

ruas. Sachs descreveu o papel que desempenha a projeção narcísica nos sentimentos com que

reagimos à natureza (1329). Não consiste a "consciência da natureza" em perceber os

verdadeiros elementos físicos e geográficos da natureza, mas em perceber os sentimentos

dentro de nós mesmos, sentimentos que acreditamos estejam ligados àqueles elementos físicos

ou geográficos (cf. 380).

Certo que nem todas as projeções de sentimentos para a natureza têm conotação com o

fato de que esta se transforme em representante dos nossos próprios sentimentos. A natureza

também pode representar outra pessoa e os sentimentos que com ela se relacionam podem

originar-se de sentimentos que se experimentam para com essa pessoa. Por exemplo, um monte

pode representar o pênis do pai; o oceano ou um deserto infindos representam, talvez, o útero

materno. Mesmo, nas emoções que, por esta forma, suscitam os montes e os oceanos de todo

não falta o elemento narcísico. A pessoa que se sente a si mesma numa paisagem não sente

simplesmente amor ou ódio pelos objetos naturais, mas, sim, experimenta, em geral, uma

espécie de identificação com a paisagem, a *unio mystica* com o pênis do pai, com o "útero

materno". De modo geral, é de admitir-se que na "consciência da natureza" opere uma projeção

do tipo descrito. As categorias estéticas que servem para descrever as paisagens provam o que

estamos dizendo: falamos em paisagens "sublimes" ou "lindas" porque nos sentimos sublimes

ou lindos quando vemos uma paisagem assim. É verdade que as mesmas paisagens produzem

efeito variável conforme 0 humor de quem as observa; também é certo que algumas paisagens

criam, ou, pelo menos, mobilizam sentimentos que são os mesmos ou que se assemelham em

pessoas diferentes: a infinidade das planícies faz o homem melancólico; os montes, as

montanhas fazem-no mais ativo, mais impulsivo; efeito que se realiza pela reflexão das

projeções sobre o ego.

Há inúmeras fobias (ou preferências até certa intensidade, fobia daí em diante) de

paisagens, condições meteorológicas, efeitos de luz e sombra, horas do dia etc. Se as

reuníssemos e descrevêssemos com pormenores, havíamos de aprender muito não só a respeito

das projeções em questão, mas também no tocante às conexões históricas entre a excitação

sexual infantil e os sentimentos que vêm mais tarde a projetar-se. É provável que muitas fobias

da escuridão ou do crepúsculo contenham recordações de cenas primárias.

O mesmo se diga quanto ao medo do ambiente, este implicando a perda dos meios

habituais de orientação; quanto aos temores da eternidade, aos ruídos uniformes, à cessação de

rotinas ou sequências costumeiras. Certas angústias relacionadas com a morte ligam-se à perda

da orientação, ou seja, à perda daquelas forças que protegem contra o mundo perigoso da

excitação infantil incontrolada (338).

REGRESSÃO E AGRESSIVIDADE NA NEUROSE FÕBICA

Fator comum a todas as fobias é a *regressão à infância,* época da vida em que podiam

superar-se os perigos, se se encontrasse proteção por parte de objetos mais ou menos

onipotentes, que existiam no mundo exterior. O fóbico, temeroso dos seus impulsos ou do

castigo subsequente, tenta recuperar aquela situação favorável em que dispunha de proteção

externa. Neste sentido, todos os fóbicos portam-se feito crianças, cujas angústias se abrandam

com a presença da mãe à cabeceira, ela segurando-lhes a mão. Exigência desta ordem,

exigência de medidas que tranquilizem por parte dos substitutos parentais, vê-se, de modo

especial, nos agoráfobos, que se sentem protegidos quando está presente um companheiro.

Como nem todos os agoráfobos estabelecem esta condição, os conflitos libidinais relacionados

com a pessoa que serve de companheiro não podem representar a base da agorafobia em geral,

mas há muitos casos em que se comprovam os achados de Helen Deutsch (325): Diz ela que,

nas fobias em que o companheiro é essencial, têm importância fundamental o relacionamento

com este, que representa tanto o pai protetor quanto o pai inconscientemente odiado; a presença

dele serve ao fim de divertir para a realidade a mente do indivíduo, que está ocupada com

fantasias inconscientes; ou seja, serve para sossegá-lo no sentido de que ele não matou esta

pessoa que vai com segurança ao seu lado. Na ocorrência de casos assim, o medo de que algo

aconteça ao paciente se antecede, muitas vezes, com temor em relação à segurança da mesma

pessoa que, mais tarde, na agorafobia, vem a usar-se como companheiro.

Medo mórbido quanto ao conforto ou segurança de uma ou várias pessoas

específicas constitui forma à parte frequente da neurose fóbica. Mostra a análise que

a pessoa a ser protegida representa alguém inconscientemente odiado; realmente,

portanto, necessitado de proteção, não contra perigos externos, mas, na verdade,

contra desejos íntimos de morte (792, 1283). £ comum voltar da repressão aquilo que

foi reprimido; e o zelo incessante, a afeição tranquilizadora podem tornar-se

objetivamente torturantes. Com frequência especial vêem-se pais assumindo

comportamento desta ordem para com os filhos (618); mas há vezes em que os filhos

também o assumem em relação aos pais.

A transformação do temor primitivo de prejuízo para alguém em angústia fóbica a

respeito de si mesmo resulta de identificação auto-punitiva com o objeto inconscientemente

odiado. Muitos sintomas obsessivos, com os quais se tenta proteger um objeto destes, de

maneira mais ou menos torturante e mais ou menos mágica, constituem pré-estádio da neurose

fóbica. São casos que representam transição nítida para as neuroses obsessivo-compulsiva.

Em nível superficial, o companheiro protege da tentação o paciente fóbico.

Um homem não pode abordar uma mulher estranha, uma mulher não pode ser

abordada, se um e outro estiverem acompanhados pelos cônjuges. O rapaz ou a

moça não podem ter aventuras, quando acompanhados dos pais. A ideia de que o

companheiro está observando alivia a necessidade de controlar os impulsos que o

indivíduo sente.

Freud salientou que o mesmo procedimento pode exprimir desejos instintivos

inúmeros. A menina que exige que a mãe fique perto dela constantemente consegue

realizar o seu desejo inconsciente de separá-la do pai (618). A compulsão que se

exerce sobre o companheiro gratifica impulsos hostis contra esta pessoa.

O fato da regressão à infância, nas fobias, significar a busca de proteção contra um perigo

instintivo nem sempre é muito claro.

Alexander escreve a respeito da agorafobia (53): "Certo paciente tem medo em

situações que lhe acarretam perigo. O sintoma só se faz inteligível quando se percebe

que o paciente regrediu a uma atitude emocional primitiva da infância. Criança, só se

sentia seguro perto de casa e tinha medo de ir para longe; a esse tempo, não era

capaz de orientar-se suficientemente. A questão, em casos desta ordem, é a seguinte:

Por que é que o paciente regride a experiência tão desagradável do seu passado?

Ora, o estudo analítico mostra que ele usa o sintoma para o fim de barganhar um mal

maior por outro menor. O que teme, de fato, não é estar longe de casa, mas a solidão,

a falta de contato humano. Não confia na sua possibilidade de resolver o problema na

situação atual de vida; o sintoma, isto é, o medo que sente quando está na rua, ajuda-

o a enganar-se a si mesmo no tocante a esta questão aparentemente insolúvel.

Convence-se, então, de que tem medo da rua, deste modo poupando-se ao esforço de

compreender, para seu sofrimento, quão só e isolado vive. Também se poupa ao

esforço de edificar qualquer relacionamento humano, para o qual se sente

incapacitado ou pouco disposto. O sintoma tem mais uma determinação: É que o

paciente anseia por voltar ao passado, à infância, quando o seu sentimento de

dependência era satisfeito; mas regressar a infância, na fantasia, significa ter também

de enfrentar o lado incómodo daquela, ou seja, a insegurança e o medo."

Contudo, o paciente não está buscando as experiências desagradáveis da in-

fância como mal menor, e sim a segurança relativa dessa época, segurança

proveniente dos adultos protetores. A verdadeira angústia do neurótico, que o faz

aspirar à maior segurança do passado, não é por causa da "solidão e falta de contato

humano", mas sim, constitui remobilização dos seus conflitos instintivos infantis.

A regressão na neurose fóbica em geral, como em todas as fobias imitada; a tentação

principal que se tem de rejeitar é representada pelos dejos do complexo de Édipo genital. Pode

acontecer que desejos fálicos e ores de castração se disfarcem sob forma pré-genital; mas há

casos também *aue* mais se destaca uma base pré-genital. Há casos em que a defesa contra

tentacões agressivas desempenha papel decisivo (282, 325, 797, 935). Por vezes o medo da

excitação que o indivíduo mesmo sente baseia-se no fato de que esta excitação, realmente,

contém componentes auto-destrutivos, origi-dos num impulso sádico e voltados do objeto

contra o ego, de maneira que rn medo da morte pode surgirem condições que, normais as

pessoas, levariam a ataque de raiva. É o que se vê, particularmente, naqueles casos em que

existe combinação de neurose fóbica e neurose obsessiva; casos em que é possível reconhecer

participação relativamente intensa de tendências destrutivas (freqüentemente, por força da

ponte associativa que se representa na equação inconsciente: *oíhar* = *comer* (430). Os casos

supramencionados de agorafobia, nos quais certa pessoa é escolhida como companheiro

protetor, enquadram-se nesta categoria. O conflito ambivalente que encerram destaca-se com

nitidez (325)

Mesmo as pessoas ambivalentes que não têm agorafobia alguma precisam,

muitas vezes, dê uma espécie de companheiro, ou seja, um objeto que dê afeição,

interesse, confirmação, proteção, uma espécie de ajudante mágico (653). A

dependência em relação a provisões externas para a manutenção da auto-estima é

sinal de fixação primitiva (de hábito, oral). O relacionamento com o ajudante mágico

é, necessariamente, ambivalente: os ajudantes são odiados tanto porque representam

o objeto edipiano odiado quanto pelo fato de que é inadequado o poder protetivo que

eles têm.

A agressão (claro) também desempenha papel muito avultado em casos de neurose

fóbica que giram em volta do *medo mórbido da morte* (206, 207, 254, 1638). É discutível se

existe coisa que se possa chamar medo normal da morte; de fato, a ideia de morte de si mesmo

é, subjetivamente, inconcebível (591) e, pois, o que é provável é que todo medo da morte cubra

outras ideias inconscientes. Decerto, é o caso nas fobias da morte intensas e patológicas. Para

compreendê-las, tem-se de descobrir quais são as ideias que, inconscientemente, se ligam ao

conceito de morte. Há vezes em que estas ideias são de índole "bidinal e se fazem inteligíveis

pela história do paciente (284, 641, 1153, 1330, 1632). (Por exemplo, "estar morto" significa

reunião com uma pessoa morta.) É mais comum ver certas experiências infantis transformarem

um medo da castração ou da solidão (perda do amor) em medo da morte. As duas conexões que

com mais frequência encontramos são: (1) A idéia da morte pode ser medo castigo por desejos

de morte contra outras pessoas; já se disse que umas tantas pessoas reagem com medo da morte

a situações em que outras sentiriam raiva; isso quer dizar, é evidente, que impulsos destrutivos

se voltam contra o próprio indivíduo. (2) O medo da morte pode representar "medo da sua

excitação mesma". "Morrer" ter-se-á transformado em expressão das sensações de pânico

esmagador, ou seja, expressão do conceito distorcido que as pessoas hajam formado do

orgasmo. Todo tipo de excitação tende ao relaxamento, ao a realização deste relaxamento é

vista como a sensação terrível de perda do ego, o relaxamento se identificará com "morte" e,

nas ocasiões em que outros esperariam excitação sexual, haverá medo da morte (1280).

Outro exemplo de fobia em que predominam desejos sádicos inconscientes e que, quase

sempre, se combina a neurose obsessiva é o medo freqtlente de infecções. Antes de mais nada,

o medo de infectar-se é medo racionalizado de castração, a infecção venérea como perigo real

ligado à ati-vidade sexual servindo de racionalização de perigos irreais nos quais inconscien-

temente se acredita (1614). Em nível mais profundo, o medo de infectar-se representa defesa

contra desejos femininos, infecção querendo dizer engravi-damento. E em nível ainda mais

profundo, este medo exprime fantasias pré-genitais de incorporação: os micróbios são o

equivalente de objetos introjetados que têm caráter destrutivo (e destruível) (1459). A inter-

relação de sadismo e masoquismo se reflete com facilidade nas ideias de infecção, pois é

igualmente possível estar infectado por outras pessoas e infectá-las.

A ideia de infecção também se presta à racionalização de sentimentos ligados ao tabu

arcaico do contato. No pensamento mágico, cogita-se das características de qualquer objeto

como de substâncias materiais possíveis de comunicar-se pelo contato do mesmo modo que a

sujeira ou os micróbios. O medo arcaico do contato varia quanto ao conteúdo instintivo. Freud

chamou a atenção para o fato de não haver impulso cujo alvo não envolva o contato de um

objeto, quer este impulso vise à abordagem hostil ou sensual, quer se dirija para a abordagem

amorosa de outra pessoa (ou ainda contato auto-erótico do próprio corpo) (618); e todos estes

impulsos podem ser fobicamente temidos. É freqüente os objetos que não se devem tocar

mostrarem, à primeira vista, o seu caráter de símbolos genitais. As pessoas deste tipo

interpretaram a proibição da masturbação infantil (proibição que assume, muitas vezes, a forma

de "Não toques") como se fosse apenas, literalmente, proibição de tocar; ou interpretaram-na

desta maneira "em obediência rancorosa"; e são capazes de desenvolver tipos de masturbação

enYque evitam tocar nos genitais com as mãos (1262). Não é raro acontecer que um desejo de

masturbar-se que haja sido rejeitado se altere por força de regressão, de modo que a fobia se

apresenta com o aspecto de proteção contra desejos erótico-anais de sujar-se ou de sujar outros

objetos. Há vezes em que isso se vê de imediato: coisas que se julga serem sujas, como

maçanetas, ou coisas que estiveram em contato com o W.C. não devem ser tocadas; ou a

proibição diz respeito a coisas que se usam para limpar o corpo (ver pág. 288 e seg.).

Há casos em que a angústia varia do medo de infecção iminente à ideia de se haver

infectado; casos estes que, às vezes, constituem estádios transi-cionais nos quais a ideia de

fobia se está transformando em delírio. As ideias desta ordem podem ser de índole

hipocondríaca: por exemplo, a ideia de que se está sendo devorado por micróbios ou células

cancerosas, ou de que se está envenenado (948). Deparamos, todavia, com receios deste tipo

também nas neuroses fóbicas puras, situação em que correspondem a conflitos inconscientes

ligados à castração ou ao engravidamento.

DESENVOLVIMENTO POSTERIOR DAS NEUROSES FÓBICAS

É muito frequente ver se seguir à angústia a neurose fóbica, com o fim de se defender

desta própria angústia. Há vezes em que, realmente, a angústia pode ser evitada pelo

desenvolvimento de fobia adequada, à custa de certa limitação da liberdade do ego. Pode a

doença atingir uma pausa, o perigo instintivo se terá transformado, de modo completo e *eficaz,*

em perigo perceptivo.

Noutros casos, entretanto, o desenvolvimento não é favorável. Nos primeiros estádios,

pode a neurose complicar-se com uma neurose traumática secundária, induzida pelo primeiro

ataque de angústia que se experimenta como trauma (1569). Muitas fobias desenvolvem, a

partir de experiências desta ordem, um *medo da angústia* e, do mesmo passo, uma disposição

muito fácil a.sentir medo, daí podendo resultar um círculo vicioso. Há fobias que não logram

êxito em suas tentativas de projeção e progressivamente se desenvolvem; a projeção torna-se

inadequada e as condições fóbicas se ampliam. Por exemplo, certo paciente pode, a princípio,

não conseguir atravessar uma praça; mais tarde, não pode sair de casa; afinal, talvez, nem saia

do quarto. A eliminação de situações externas não terá diminuído a efetividade dos impulsos

que a situação evitada agitou; os impulsos continuam a atuar. O fato de não se descarregarem

os intensifica mais ainda, daí resultando que a fobia se estende (590). O bom êxito da projeção

depende do equilíbrio económico entre impulsos e angústias que se lhes oponha; quer dizer,

depende de toda a história passada da personalidade (ver págs. 511 e segs.).

A projeção da excitação que o indivíduo sente tem bom êxito, às vezes, no sentido de que

o paciente elimina certas angústias, certa inquietação, certas sensações cinestésicas, se

realizadas umas tantas condições que representam projeção destas características. O paciente

que sente angústia externa, inquietação externa, barulho, confusão pode eliminar a angústia,

inquietação, ruído, confusão que sente dentro de si. Há pessoas que têm fobia de trovoada (isto

é, pessoas que projetaram as suas sensações para a trovoada e que, desta forma, externalizaram,

mas não superaram a sua angústia); mas há também gente que se apraz com a trovoada porque

perceber o ruído externo lhes permite realizar o objetivo da sua projeção: o ruído verdadeiro faz

que elas sintam não haver mais barulho dentro e, portanto, não precisam mais ter medo.

Há pessoas (com transtornos neuróticos da concentração) que dizem precisar de

"estimulação" ou "distração" para trabalhar com o melhor rendimento possível. O trabalho que

produzem é transtornado por tensões internas que as faz sentir-se inquietas. Podem, no entanto,

superar os sentimentos inoportunos quando encontram ambiente que lhes dá inquietação

externa.

O papel sociológico do chamado Kaffeehaus em certas partes da Europa (ou do

clube noutros países) é, decerto, complicado, impossível de explicar mediante simples

fórmula psicológica. A história clínica que se segue tem significação neste particular.

Um paciente que trabalhava muito bem num café (e preferia os barulhentos,

com música tocando e muita gente em redor) não conseguia trabalhar no seu estúdio

em casa, onde ficava sozinho e tudo era calmo. É verdade que encontrava no café

umas tantas satisfações instintivas (em particular, escoptofílicas e homossexuais), mas

isso não tinha importância especial. O que mais importava era o fato de sentir que

tinha de fugir quando tudo estava calmo, mas conseguia relaxar e sentir-se bem

quando havia gente fazendo barulho à sua volta.

Valeria a pena estudar que tipos de personalidade, quando neuroticamen- transtornados

em sua concentração, precisam de tranquilidade absoluta em volta de si e que tipos exigem o

contrário. É provável que também nestes casos se viesse a constatar que não existem dois tipos

opostos, mas que a necessidade de barulho externo ou de silêncio também tem dois aspectos

que se opõem: o que é confortável e relaxador até certo grau de intensidade pode, de um mo-

mento para outro, tornar-se desagradável e apavorador, e esta intensidade é excedida. Nada tem

de complicado o fato das pessoas conseguirem livrar-Se de angústias quando se tranquilizam

pensando que são capazes de amedrontar outras (541. 784. 895. 971, 1298). Há vezes, porém,

em que este mecanismo se complica pela projeção bem sucedida do tipo que ora estudamos: as

pessoas que têm angústia criam em sua volta atmosfera angustiante e sentem-se melhor quando

esta angústia está fora delas mesmas; fato que também pode ter dois aspectos opostos: se elas

logram muito bom êxito e descobrem que todos em redor estão realmente com medo, podem

sentir que destruíram a sua proteção potencial e que a retaliação as ameaça, donde resulta que

elas próprias, de um momento para o outro, ficam amedrontadíssimas.

Acontece com frequência não conseguirem os indivíduos fóbicos evitar as situações que

temem, a todo momento se vendo forçados a reexperimentar as próprias coisas de que têm

medo. Há muitos casos em que não se pode deixar de concluir que isso se deve a maquinação

inconsciente delas mesmas: parece que. inconscientemente, estão desejando, de fato, aquilo de

que. a princípio, tinham medo, o que se compreende porque as situações temidas foram, na

origem, objetivos instintivos; é como se "o material reprimido voltasse da repressão". O ímpeto

dos impulsos originais, ainda atuantes, também é a base de todas as tentativas no sentido de

superar fobias mediante atitudes contrafóbicas (435). ou mediante preferência por situações

que, originalmente, se temeram (ver pág. 445).

As fobias, ou seja. o evitar de situações que criam angústia, não são o único meio pelo

qual o ego procura acomodar-se com a angústia. Outros meios de defesa também se usam na

neurose fóbica (verpágs. 444esegs.), por exemplo, a sexualização da angústia a intimidação de

outras pessoas, a identificação com os objetos que metem medo, a acumulação de formas

externas de tran-quilização.

AS FORÇAS REPRESSORAS E O MATERIAL REPRIMIDO NOS SINTOMAS

DA NEUROSE FÕBICA

Toda elaboração neurótica das consequências que advêm do estado de represamento

resulta em compromisso entre as forças conflitantes, compromisso que, em regra, consiste em

descarga substitutiva e, pois, dolorosa de um derivativo para o qual se havia deslocado uma

parte das catexias do material reprimido; mas a descarga do derivado facilita (ou, quando

menos, não obsta) a rejeição do que resta do impulso original. À primeira vista, um ataque de

angústia se afigura (estado de inibição que é) pura manifestação das forças defensivas, que dão

o seu sinal de perigo à aproximação da tentação ou do castigo. Os ataques de angústia, contudo,

têm também o caráter de descarga de emergência. É fora de dúvida que os deslocamentos na

neurose fóbica criam substitutos do impulso originalmente rejeitado, com o que facilitam a

defesa original, de modo que a angústia, nestes casos, é, de fato, mais do que manifestação das

forças defensivas é sintoma neurótico, embora a angústia inconsciente que motiva a defesa

ainda se exprima como tal.

Se outros sintomas neuróticos que não tenham conexão com a angústia manifesta são

contidos artificialmente, esta aparece, em geral, donde se vê a neurose fóbica é relativamente

mais primitiva do que outras neuroses. Os sintomas neuróticos sem ansiedade constituem

elaborações mais complicadas pelas quais a pessoa terá aprendido a evitar ou a ligara angústia

(618).

A NEUROSE FÔBICA EM CRIANÇAS PEQUENAS

O caráter primitivo da neurose fóbica também se manifesta no fato de que ela é a neurose

típica da infância (cf. 175). Até certo ponto, os seus sintomas parecem ocorrer com

regularidade no desenvolvimento normal de toda criança; pelo menos, nas condições culturais

em que vivemos. Não há, a bem dizer, criança que, em dado tempo, não haja tido medo de ficar

sozinha ou no escuro; ou não haja tido medo de animais. Freud cita o caso de uma criança que

tinha medo do escuro e que dizia: "Quando alguém fala, fica mais claro" (596).

Ficar sozinha é perigo objetivo para a criança indefesa, mas a criança realmente, não tem

medo de perigos objetivos, que não sabe avaliar. (Muitas preocupações que se ligam à

educação infantil se tornariam supérfluas se as crianças soubessem avaliar com propriedade os

perigos verdadeiros.) O que a criança teme é, e muito mais, a possibilidade de "situação

traumática", a possibilidade de ver-se esmagada pela excitação. Não é o desamparo objetivo

que lhe cria angústia, mas o seu desamparo ante os impulsos, que não sabe descarregar sem

ajuda alheia. Mais ainda: o desaparecimento de uma pessoa querida também obsta toda

expressão do seu amor, assim criando um estado de represamento. Conforme disse Freud, é

como se a criança não conseguisse manipular a saudade dos ausentes queridos de outro modo

que não seja transformando-a em angústia (596).

A relação entre a angústia e os conflitos instintivos é mais evidente nas fobias de animais,

ou zoofobias. A criança não é tão pretensiosa quanto o adulto, que procura acreditar numa

diferença fundamental entre os seres humanos e os animais. A criança facilmente imagina os

seres humanos sob a forma de animais (579); e os animais temidos nas fobias são, em regra,

representações distorcidas de entes humanos; em geral, o pai. A representação do pai como

animal quer dizer o pai sexualmente excitado; e exprime a percepção do «pai como ente

animalesco, isto é, apaixonado, sexual, agressivo. Este aspecto amedrontador do pai exprime,

às vezes, a sua força punitiva (castradora), como no caso do pequeno Hans (566); doutras vezes,

exprime os aspectos atemo-|izadores das exigências sexuais que para ele se dirigem como no

caso do nomem-lobo (599).

O caso que Helen Deutsch descreveu, já mencionado (327), mostra que não são

todas as zoofobias que se constróem desta forma. O animal não representa

necessariamente o pai temido, mas pode ser projeção direta dos impulsos do próprio

indivíduo.

Assim também, pequenos animais — insetos, aranhas, moscas etc. — que muitas

vezes se temem nas fobias, não representam o pai. Uma aranha significa, às vezes, "a

mãe cruel" (23), mas é mais comum os bichos deste tipo serem símbolos dos genitais

ou das fezes, ou então de crianças pequenas (irmãos e irmãs) (552), dependendo da

equação inconsciente criança-fezes (593). Certo paciente cujos conflitos giravam em

volta do ódio do irmão mais novo tinha medo de todos os in-setos julqando-os. em seu

medo de retaliação, venenosos.

Certas histórias de neurose fóbica curam-se espontaneamente passado algum tempo: é

como se crianças simplesmente as largassem com o crescimento. (Há outras que não têm este

desfecho favorável, vindo a servir de base a neuroses ulteriores na vida adulta.) É o que pode

resultar de duas condições: (1) O ego da criança ainda se está desenvolvendo; as angústias dos

primeiros tempos se devem à incapacidade de realizar descargas ativas; quando o ego se

fortalece, fica mais capaz de controlar a sua excitação com a ajuda do maior controle da

motilidade. (2) Nos casos em que o medo da perda de amor foi a razão da rejeição de certos

impulsos, a experiência e a confiança acrescidas convencem a criança de que não existe perigo

desta ordem, tornando supérflua a rejeição (ver págs. 507 e seg.).

A CENA PRIMARIA

Não é possível discutir a angústia da criança sem voltar a falar na chamada cena primária,

isto é, a observação de cenas sexuais entre adultos; sobretudo, entre os pais (599).

Acontecimento desta ordem cria estado de grande excitação na criança, excitação que.

não sendo produzida espontaneamente porela, mas chegando-lhe por estímulos externos,

excede a capacidade de controle que até então se haja desenvolvido. A cena, portanto, é

provável que produza "estado traumático" pelo fato de que o organismo ficou inundado de

excitação inadequada. Daí a probabilidade de que a experiência seligu^e a ideias de excitação

sexual e perigo. Forma-se, no caso, uma conexão capaz de ampliar-se ulteriormente por força

de falsas-interpretações do que se percebe (falsas-interpretações que, por sua vez, se devem, em

parte, à circunstância de a criança estar em "estado traumático mas também, em parte, apenas à

ignorância e ao animismo). Os tipos que mais ocorrem de falsas-interpretações são a

interpretação do contato sexual como ato cruel, destrutivo, e a interpretação dos genitais

femininos como consequência de castração.

O conteúdo psíquico da excitação despertada e a intensidade respectiva variam conforme

a idade e a história passada da criança. Fatores individuais hão de determinar o que é que a

criança percebe, de que modo interpreta as suas percepções, que conexões mentais se

estabelecem, além do fato das interpretações e as conexões mentais se fazerem logo ou mais

tarde: por exemplo, a identificação com o pai do mesmo sexo ou com o outro pai, a fixação no

estado de organização libidinal que vigora ao tempo; ou o colorido especial do complexo de

Édipo. O que. no entanto, está sempre presente é a vinculação dos conceitos de "satisfação

sexual" e "perigo", o que cria disposição para neuroses posteriores.

Já se disse que certas experiências estranhas de sensações relacionadas com o equilíbrio e

o espaço são, talvez, remanescentes da sexualidade infantil-Nós. psicanalistas, costumamos

dizer ante situações desta ordem (objetos confusos que giram, objetos que se aproximam e

recuam ritmicamente, sensações *de* crescendo e decrescendo), que "se está aproximando

material ligado à cena primária", o que, na prática, é verdade. Claro, porém, que as sensações

deste tipo não são específicas da "percepção de cenas sexuais nas proximidades", mas

específicas, sim, do estado de esmagamento pela excitação.

Todos sabemos que, quando se adormece, as forças inibidoras decrescem antes que

decresçam os impulsos, estado este no qual a tentação de masturbar-se tem o máximo de

intensidade. Quando se adormece, também acontece que os tipos arcaicos dos sentimentos do

ego se experimentam regressivamente antes de perder-se a consciência; percentagem elevada

destes "sentimentos arcaicos do ego" se sentem sob a forma de sensações de equilíbrio e

espaço. Quem é normal não se preocupa muito com elas; talvez nem as perceba, a menos que

para elas expressamente atente (837). É diferente a situação naqueles cuja masturbação infantil

é representada por estas sensações; são, também neste caso, pessoas que tiveram experiências

relacionadas com uma cena primária; pequeno número delas ainda são capazes de desfrutar tais

sensações como uma espécie de equivalente da masturbação; a maior parte, em seguida à

repressão, temem-nas e há casos extremos em que estes temores geram transtornos severos do

sono.

Assim, pois, é compreensível que uma tendência acentuada para sonhos ansiosos e

terrores noturnos se siga com frequência a uma cena primária ou a um "equivalente" de cena

primária (7, 1166).

TERAPIA PSICANALÍTICA NA NEUROSE FÕBICA

Em geral, a neurose fóbica constitui indicação precisa de psicanálise; e só quando existe

contra-indicação especial é que a análise se faz desacon-selhável. A capacidade de

transferência é excelente, mas os casos em que há sintomas obsessivos e que mais se baseiam

em conflitos pré-genitais e agressivos são menos favoráveis. Freud chamou a atenção para a

necessidade de modificar a técnica quando se analisam fobias típicas. Afrouxada

suficientemente que seja pela análise a estrutura da neurose, tem o analista de intervir ati-

vamente no sentido de induzir o paciente a que comece a esforçar-se por su-Perar a fobia; de

induzi-lo a expor-se à situação temida para o fim de fazer aflorar em toda a sua plenitude o

conflito neurótico (600).

12

Conversão

QUE É CONVERSÃO?

Na conversão, ocorrem sintomaticamente alterações de funções fisiológicas, alterações

que, de modo distorcido e inconsciente, exprimem impulsos instintivos anteriormente

reprimidos.

Todo sintoma neurótico é substituto de uma satisfação instintiva; como a excitação e a

satisfação são fenómenos que se exprimem de maneira física, o salto para a esfera física,

característico da conversão; não se afigura, em princípio, tão estranho. Os sintomas de

conversão não são, contudo, meras expressões somáticas de afetos, e, sim, representações

muito específicas de pensamentos, que é possível retraduzir da respectiva "linguagem

somática" para a linguagem verbal original (543, 550).

O problema dos sintomas de conversão pode ser abordado pela comparação com os

ataques emocionais, ou ataques de afetos. Estes, conforme já se disse, ocorrem quando estímulo

intenso (ou estímulo normal no caso de existir estado de represamento) temporariamente

subverte o controle do ego sobre a; motilidade e uma síndrome arcaica de descarga substitui

atos intencionais (síndromes desta ordem podendo, mais tarde, ser amansadas e usadas pelo ego

restabelecido). Os sintomas de conversão também se caracterizam pelo desbaratamento

repentino do controle do ego sobre a motilidade e pelas síndromes de descarga física

involuntária. A diferença, contudo, está em que, quando há afetos, as síndromes normais que

substituem a ação se assemelham em todos os seres humanos; não sabemos onde se originaram

e temos de recorrer a especulações filogenéticas para explicá-las. As síndromes de conversão,

no entanto, são singulares em cada indivíduo e a análise mostra onde se originam; são

historicamente determinadas por experiências reprimidas do passado individual; representam

expressão distorcida de exigências instintivas que foram reprimidas; e o tipo específico da

distorção é determinado pelos acontecimentos históricos que criaram a repressão.

PRÉ-REQUISITOS PARA O DESENVOLMENTO DE CONVERSÕES

Há dois pré-requisitos para o desenvolvimento de conversões: um de índole física, o

outro de índole psicológica. Aquele está na erogêneidade geral do corpo humano, de que resulta

a possibilidade de todo órgão, toda função, exprimir excitação sexual. O pré-

requisitopsicológico consiste em que, de início, o indivíduo passa da realidade à fantasia, ou

seja, substitui a objetos sexuais reais certos representantes fantásticos de objetos infantis; é o

processo que se denomina introversão.

Convém recordar que, uma vez estabelecido o pensamento como atividade de medição

dois tipos de pensamento se hão de distinguir: um que prepara para a ação, um que a substitui.

O primeiro é lógico, verbalizado, funcionando segundo o princípio da realidade; o segundo é

arcaico, pictórico mágico, e funciona de acordo com o princípio do prazer. Os sonhos

acordados (devaneios) representam o segundo tipo de pensamento; são substitutos prazerosos

da realidade dolorosa, penosa. Ê muito comum os sonhos acordados terem conexões com

exigências reprimidas; como é muito frequente que se supercatexizem por deslocamento que

vem do material reprimido e, por esta forma, se tornem derivados do mesmo (564).

Introvertidos, os histéricos regrediram de uma realidade que decepciona para o

pensamento mágico do sonho acordado, fenômeno que pode ser consciente na medida em que

os devaneios permaneçam suficientemente longe do conteúdo reprimido (longe, sobretudo, do

complexo de Édipo censurável); mas se se aproximarem em demasia, também serão reprimidos

(ver pág. 181), caso em que voltam da repressão, distorcidos sob a forma de sintomas de

conversão.

Pela introversão, as pessoas histéricas dão a impressão de estar voltadas para dentro. Os

sintomas que apresentam, em lugar de mostrarem ações dirigidas para fora (atividades

aloplásticas) são simples inervações internas (atividades autoplásticas). Noutros termos: As

fantasias dos histéricos, depois que se reprimem, encontram expressão plástica em alterações de

funções físicas; foi nesta conexão que Ferenczi falou em "materialização histérica" das

fantasias (486, 489). Quando "materializam", os histéricos mais não fazem do que exagerar

alguma coisa que também aparece na fantasia normal; aliás, em todo pensamento. Pensar, em

vez de atuar, ainda é uma parcela de ação; as inervações dos atos em que se pensa realizam-se

enquanto se pensa, só que em grau menor (482). Esta "parcela de ação" é que mais se acentua

nos histéricos introvertidos; é que constitui a base das inervações formadoras dos sintomas de

conversão.

ATAQUES HISTÉRICOS

É nos grandes ataques histéricos, raros em nossos dias, que melhor si demonstra a

possibilidade, já referida, de retraduzir da sua linguagem somática para a linguagem verbal

original os sintomas de conversão; ataques que sao expressões pantomímicas de histórias

fantásticas que, por vezes, se mostram rea-mente complicadas (565, 1620). Podemos analisá-

los em todos os pormenores, do mesmo modo que analisamos os sonhos; e vemos que usam os

mesmos mecanismos de distorção que estes últimos.

Vale a pena recordar que estes mecanismos de distorção consistem em: con-

densação, deslocamento, representação pelo oposto, exagero de pormenores que

representam o todo, reversão da sequência dos fatos, identificação múltipla, sim-

bolismo, seleção para representação plástica (552).

Se se analisam os "pensamentos latentes do ataque", tal qual se analisam “pensamentos

latentes dos sonhos" a partir de um sonho manifesto, vê-se eles representam mistura de

elementos de fatos esquecidos e de histórias onícas fantásticas, as quais se terão construído em

torno dos fatos (550, 1620). Éstes pensamentos são expressões distorcidas do complexo de

Édipo e dos respectivos derivados. Há vezes em que os ataques mostram com toda a clareza

que estão substituindo uma gratificação sexual, podendo terminar em estados melhantes ao

orgasmo. Freud comparou a perda da consciência que ocorre o auge do ataque à perda

momentânea da consciência que se constata no auge do orgasmo (565). Noutros casos, o ataque

não tem conotações com fantasias (jiretamente ligadas ao contato sexual ou à sedução; pelo

contrário, os devaneios giram .mais em redor de algum aspecto relacionado com a gravidez ou

o parto. Vê-se o exemplo clássico nos casos muito bem conhecidos de pseudo-oravidez

histérica (150, 804); muitos vómitos histéricos, porém, são desta natureza. O ataque também

pode exprimir sensações sexuais características de pessoa do sexo oposto com a qual o paciente

se haja identificado (562).

No auge dos ataques, uma paciente tinha repuxamentos convulsivos nos braços.

Viu-se à análise que representavam as contrações espasmódicas do pênis durante a

ejaculação. Significados semelhantes se evidenciaram nos ataques de espirros de

outra histérica; o nariz para ela representava o pênis.

O ataque, às vezes, exprime atos pré-genitais que vieram a substituir as idéias edipianas

originais.

Não são todos os ataques que ocorrem sob a forma de atos pantomímicos ou de

movimentos específicos; atos e movimentos que dão ao analista sugestões diretas em relação à

situação passada, ou aos sonhos acordados de que fazem parte. Há vezes em que as

manifestações -dos ataques são muito menos específicas, ocorrendo com o aspecto de

convulsões (ver "Transtornos Motores", pags. 210 e segs.) ou de emoções, disposições de

ânimo, exagerados ou inteiramente imotivados, ná aparência; ainda mais: com o aspecto de

ataques de prantos, risos (464).

Ataques deste tipo também constituem o clímax emocional de fantasias in-

conscientes complicadas. Os gritos, o choro, o riso comparam-se, então, a emoções

que se sentem quando se acorda de um sonho, embora este mesmo se haja esquecido.

A emoção manifesta permite que se tirem umas tantas conclusões referentes à

natureza emocional dos pensamentos latentes; nada mais, no entanto, se pode dizer a

respeito disso, a não ser que se analisem estes pensamentos. O grito histérico, por

exemplo, pode exprimir emoções muito diferentes; há vezes em e o tipo de grito por si

só indica a sua natureza: pode ser grito infantil que pede socorro (1419), pode

exprimir o desamparo (e a alegria) de uma mulher sexualmente atacada; pode

enquadrar-se em sonhos a respeito do parto; ou ainda pode significar uma

formulação "masculinidade". O riso que se vê em ataques exprime muitas vezes o

triunfo pela realização fantástica de desejos hostis (436) e, sobretudo, de idéias de

vingança que se originam no tipo de impulsos vingativos relacionados com o

complexo feminino de castração (20); mas pode acontecer io seja parte apenas de

uma distorção da excitação sexual, da mesma forma as crianças exprimem, muitas

vezes, qualquer tipo de excitação pelo riso obsessivo e exagerado. O choro histérico

corresponde, em muitos casos, a um "deslocamento para cima" de conflitos que

giram em torno da micção sexualizada (428, 1055).

Relacionados com os ataques são aqueles sintomas de conversão que consistem no

aparecimento ou desaparecimento patológico das necessidades fisiológicas normais: ataques de

fome ou sede, necessidade de defecar ou urinar (759), falta repentina de apetite ou sede,

constipação ou oligúria (1577); ainda mais: dificuldades respiratórias. Todos estes sintomas de

conversão têm raízes em períodos da sexualidade infantil nos quais outras funções físicas ainda

servem à procura do prazer, isso permitindo que sintomas físicos se prestem a exprimir

fantasias sexuais. A fome, a sede, as necessidades excretórias substituem, às vezes, os desejos

sexuais: anorexia — negação de desejo sexual; constipação ou oligúria exprimem, em certos

casos, tendências ligadas a desejos de gravidez ou a fantasias de incorporação (de ocorrência

frequente, segundo a equação *filho = pênis = fezes* [593, 832]); vómitos e diarreia podem

exprimir resistência tanto a desejos de gravidez quanto a fantasias de incorporação.

CONVERSÕES MONOSSINTOMÃT1CAS

A base histórica de todos os sintomas de conversão-é, muitas vezes, evidente nas

conversões monossintomáticas. Em lugar de uma recordação, uma inervação ocorre que, na

realidade, se passara na situação esquecida. A primeira paciente de Breuer. Anna O., ficava

com o braço paralítico sempre que, inconscientemente, era lembrada dos seus sentimentos para

com o pai. A hora em que este morreu, estava à sua cabeceira, com o braço apertado contra a

cadeira, junto à cama (188).

E errado chamar os transtornos psicofisiológicos de histerias monossintomáticas, o que,

no entanto, com frequência se faz; a expressão deve reservar-se para outro tipo de neurose (ver

págs. 221 e segs.). Assim, por exemplo, as chamadas neuroses cardíacas são, de fato, em

muitos casos, histeriais monossintomáticas de conversão; os sintomas cardíacos exprimem

excitação sexual, angústia, ou uma coisa e outra, ligadas a devaneios inconscientes específicos.

Vemos as histerias monossintomáticas demonstrarem, muitas vezes, os conceitos

ferenczianos de "materialização" e "genitalização" histéricas (489). As ideias reprimidas

encontram expressão substitutiva em alteração material de funções físicas: inconscientemente,

o órgão acometido serve para substituir os genitais; "genitalização" esta que, para certos casos,

consiste em alterações ob-jetivas dentro dos tecidos (hiperemia e edema, representando a

ereção): ou se restringe a sensações anormais que imitam as sensações genitais. Incluem-se

nesta categoria os chamados estigmas (487, 1167).

Um paciente que padecia de neurose cardíaca relatou que a palpitação contínua

do coração era acompanhada do sentimento de que aquele estava aumentando cada

vez mais; todo o tórax ficava cada vez mais tenso, até certo ponto insuportável no

qual o processo inteiro cessava, a palpitação desaparecia e o coração novamente "encolhia". Estas sensações representavam ereção crescente, que terminava, afinal, em orgasmo.

Daí a poueos dias. uma vez dada esta interpretação, relatou o paciente que novo sintoma se instalara: sentia como se o coração se estivesse escancarando para apanhar alguma coisa. Neste caso. pois, a "genitalização" do coração tinha significado bissexual, representando tanto os genitais masculinos quanto os femininos.

DORES HISTÉRICAS E IDENTIFICAÇÃO HISTÉRICA

Os sintomas de conversão sao processos intermitentes ou contínuos de descarga, que se

apresentam em lugar de impulsos inibidos da sexualidade infantil, a que se ligam mediante

associações inconscientes. Um primeiro tipo de dor histérica, diz Freud, "estava de fato

presente na situação em que se deu a repressão" (618). Naqueles casos em que a dor física

original foi experimentada pelo próprio paciente, a repetição da algia no sintoma de conversão

substitui a excitação agradável que, de algum modo, se lhe associou; a dor, já agora, é ao

mesmo tempo sinal de advertência a que não se ceda àquelas sensações prazerosas.

Certa paciente sofria de dor no baixo ventre. Esta dor repetia as sensações que

experimentara quando, criança, tivera um ataque de apendicite, período este em que o

pai a tratara com carinho desacostumado. A dor abdominal exprimia, a um só tempo,

o desejo da ternura paterna e o temor de que operação ainda mais dolorosa se

seguisse à realização daquele desejo.

As doenças da infância são frequentemente'episódios que impressionam muito no

desenvolvimento de conflitos instintivos presentes em certa criança: por vezes, com a índole de

satisfação (ganhar mais amor ou outros tipos de amor dos pais, experimentar o corpo de

maneira nova); mais comumente, com a índole de ameaças (a doerça será percebida como

castração, ou, de modo geral, como resultado punitivo da masturbação ou outro comportamento

instintivo anterior). As sensações que se experimentam na febre prestam-se muito a significar

as sensações de uma excitação instintiva temida, prazerosa até certo grau, dolorosa e

amedrontadora a pórtirdaí. Os sintomas posteriores de conversão, na repetição das dores

produzidas pelas doenças da infância, significam a repetição dos conflitos instintivos que estas

doenças desenvolvem ou mobilizam. Há outros casos em que a conexão entre o conflito

instintivo e a doença que se inicia pode ser mais superficial. A forma especial do sintoma de

conversão em que se imita uma doença passada será, talvez, mero sinal cronológico, mostrando

que certo sintoma alude a um impulso originado na época desta doença.

De modo geral, mantém-se a seguinte formulação: Sempre que um transtorno funcional

se haja associado a conflito emocional da infância e sempre que este último tenha sido

reprimido,toda alusão posterior quer ao transtorno funcional, quer ao conflito emocional, será

capaz de mobilizar ambos os componentes da síndrome inteira; o transtorno funcional vem a

dar na manifestação consciente; o conflito emocional se transforma na força inconsciente

impulsora dos sintomas de conversão (313, 316).

Num segundo tipo de dor histérica, os sentimentos originais que se imitam s sintomas de

conversão podem, no entanto, haver sido experimentados não pelo paciente, e, sim, por outra

pessoa que ele imita com a produção do seu sintoma. Conforme sabemos, a histeria é capaz de

imitar toda e qualquer doen-ionde resulta ser tão multiforme o quadro clínico da histeria de

conversão. Esta “identificação histérica", que exprime o desejo de estar no lugar de outra

pessoa, reclama comentário mais pormenorizado.

A identificação é o primeiríssimo tipo de reação a um objeto; e em dadas condições,

todas as relações objetais que se seguem podem a ela regredir. A identificação *histérica*

caracteriza-se pelo fato de não envolver a totalidade das catexias disponíveis (408): Há umas

tantas variações de identificações desta ordem.

1. O caso mais simples é a "identificação histérica" com o "rival afortunado", isto é.

aquela pessoa que o paciente inveja e em cujo lugar gostaria de estar desdesempre. Apaciente

de Freud, Dora desenvolveu uma tosse como a da Sr? K., na qual via. inconscientemente, uma

rival. Dora invejava as experiências sexuais da Srd K; os seus sentimentos de culpa em relação

a esta rivalidade não lhe permitiam colocar-se na posição dela, no lugar de que gostaria; mas

foi preciso escolher a tosse da Sra K. como ponto de identificação (557); identificação que,

através do sentimento de culpa, substituiu a identificação pretendida em experiências

instintivas. O caso de Dora assemelha-se ao do rei Midas, tão ávido de ouro; foi-lhe atendido o

desejo, mas de maneira que o seu ouro o destruiu.

O mecanismo da punição de Midas pode observar-se com frequência em todos

os tipos de neuroses; nas neuroses obsessivas com frequência ainda maior que nas

histerias. As obsessões podem exprimir a seguinte ideia: "Terás o que desejaste, mas

de um modo, em um grau, ou num momento em que te destruirá." Nos sintomas desta

ordem, várias camadas existem de impulso e defesa condensadas entre si; e não é

fácil distinguir entre o impulso instintivo que volta da repressão e a tendência do

superego que caricatura o impulso instintivo para fins punitivos.

2. Ocorre, às vezes (e é situação mais complicada), que certa mulher cuja histeria resulta

do seu complexo de Édipo faz identificação não com a rival, a mãe, e sim com o pai amado.

Sempre que se é forçado a abrir mão de um objeto, desenvolve-se tendência a compensar a

perda pela identificação com o objeto (608). Quando assume a doença do pai, a histérica mostra

que está tentando, em vão, libertar-se dele.

A histeria de certa paciente imitava a tuberculose, que, na mocidade, afetara o

pai. Além disto, ela adotara a mesma profissão que ele e aproximava-se muito do

homossexualismo manifesto.

Identificação desta ordem propicia, ao mesmo tempo, oportunidade a que se gratifique o

complexo de Édipo negativo (562).

3. A forma que com mais frequência se vê de identificação histérica realiza-se com um

objeto relativamente ao qual o paciente não tem relação objetal autêntica: forma-se "na base de

necessidades etiológicas idênticas". Freud serviu-se cie uma epidemia histérica num colégio de

meninas como exemplo. Certa menina reage com desmaio à carta do namorado e, daí, outras

meninas também desmaiam. A significação inconsciente é a seguinte: "Também nós queremos

receber cartas de amor" (606). O objeto da identificação significa, apenas, que ela recebia uma

gratificação que cada uma das outras meninas também desejava. Ainda neste caso, o fato de

produzirem-se experiências dolorosas exprime as forças repressoras, uma espécie de realização

do desejo de Midas: "Queres ser tão feliz quanto X? Pois bem, só por causa disto, aí tens o

castigo que ela teve!".

A identificação baseada em necessidades etiológicas idênticas, por ser de

caráter temporário e realizada com um objeto com o qual não existe outra relação,

propicia oportunidade a que se discuta a relação entre identificação e imitação. Este

mecanismo se assemelha à imitação simples, mas é inconsciente. Toda imitação, quer

consciente, quer inconsciente, pressupõe uma espécie de identificação, ou seja,

alteração do ego do próprio indivíduo que segue o padrão de um modelo objetal. A

identificação baseada na imitação porém, distingue-se de outros tipos de identificação

pelo fato de ser superficial, limitada, caprichosa, usada com certo ob-jetivo definido,

somente; objetivo que pode ser ou não consciente. Inconscientemente, pode-se imitar

seja quem for, desde que, como protótipo, pareça prometer alguma vantagem

econômico-libidinal, alguma possibilidade de alívio para conflitos internos.

Relaciona-se com isso o fenómeno da contagiosidade dos lapsos e dos erros (1285,

1524).

4. Também existem "identificações múltiplas", sobretudo nos ataques convulsivos. Uma

paciente é capaz de, simultânea ou sequencialmente, representar o papel de várias pessoas com

quem se tenha identificado, segundo qualquer dos tipos que descrevemos. As convulsões deste

tipo de pacientes constituem, muito comumente, a representação de todo um drama.

O exemplo clássico é a paciente de Freud, que tentava arrancar as roupas com

a mão direita ao mesmo tempo que, com a esquerda, se esforçava por defendê-las:

estava-se identificando, simultaneamente, com um homem que violentava e com uma

mulher atacada (562; cf. também 471).

Clímax de identificações múltiplas mostra-se no caso famoso "de personalidade múltipla"

(1065, 1586).

Identificações histéricas podem ocorrer até com uma dor que, realmente, o modelo de

identificação jamais sentiu; mas que é sentida apenas na fantasia histérica.

Certo dia, uma paciente sentiu dor intensa no dedo; disse que tinha a impressão

de que o cortavam com uma faca. Estava apaixonada por um primo, estudante de

medicina, que não morava na mesma cidade. Fantasiou que. talvez, exatamente no

momento em que sentia a dor, ele estivesse cortando-se numa dissecção. Esta

fantasia, que dava o prazer de ligação mágica com o ente querido, era um devaneio

consciente, mas a continuação inconsciente do devaneio estava na equação simbólica

faca = pênis e cortar = coito. Viu-se também à análise, com muita clareza, que o

primo substituía o pai; a identificação da moça com um cadáver conduzia a teorias

específicas da sexualidade infantil.

Em certo sentido, é até possível falar em "identificações histéricas consigo mesmo", a

saber, com um estado passado do ego (387). Há muitos sintomas de conversão que significam

regressão àquele período da infância em que terá corrido a repressão, cuja manutenção corre

risco, no momento.

Em algumas dores histéricas, a repetição de algias reais (ou imaginárias) passadas é

menos impressionante do que a antecipação de fatos que se desejam, ů de castigo futuro por

causa destes. As dores fazem parte, talvez, de fantasias sexuais inconscientes; podem exprimir

a ideia de estupro; certas dores abdominais e até cefaléias exprimem a ideia de gravidez. Estes

exemplos de devaneios dolorosos não se opõem, entretanto, necessariamente, às algias

histéricas de que falamos até o momento; ilustram o futuro que se teme e que se deseja

mediante remobilização de experiências reais do passado, relacionadas com o presente.

ALUCINAÇÕES HISTÉRICAS

As alucinações histéricas "foram percepções ao tempo da repressão" (618).

Uma paciente sofria da alucinação torturante de gosto metálico na boca. Veio-

se a descobrir que, criança, tinha o hábito de beber água com a boca dire-tamente na

torneira; o que, no presente, estava sendo alucinado já fora percepção real. A prática

infantii encobria desejos inconscientes de praticar a felação.

Também alucinações olfativas podem reduzir-se, às vezes, a percepções reais

definidas do passado, percepções portadoras de algum significado instintivo — o que,

decerto, não contradiz o fato de alucinações deste tipo poderem exprimir, ao mesmo

tempo, uma fobia relacionada com certo cheiro. Existem também estados de transição

entre alucinações histéricas e psicóticas exatamente (do mesmo modo que entre

temores histéricos e delírios) (verpág. 413).

TRANSTORNOS MOTORES HISTÉRICOS

"A paralisia motora é defesa contra a ação" (618), a saber, contra atos sexuais infantis que

são censuráveis.

A paralisia histérica em geral acompanha-se de aumento do tônus, o que representa tanto

garantia contra o ato sexual censurável quanto substituto distorcido deste último. É frequente

ver "equivalentes masturbatórios" assumirem esta aparência. As condições históricas e a

facilitação somática (ver págs. 214 e seg.) determinam qual é a parte específica da musculatura

que será afetada pela paralisia. Dizem que os sintomas desta ordem se apresentam com mais

frequência do lado esquerdo do corpo que do lado direito. Ferenczi sugeriu que isso talvez se

explique pela ideia de que o lado esquerdo é, em geral, mais acessível a influências

inconscientes do que o direito, visto haver, geralmente, menos interesse consciente pelo lado

esquerdo (489). Mais ainda: o significado simbólico de direito e esquerdo é de considerar-se:

direito quer dizer *correto; esquerdo* significa *errado* (1479); às vezes, de modo especial,

quando *direito* significa *heterossexual* e esquerdo, *homossexual* (1463).

O mutismo histérico é caso especial de paralisia histérica, podendo exprimir

hostilidade ou angústia (temor de tentação sexual) em relação às pessoas em cuja

presença se desenvolve o sintoma; ou podendo exprimir desinteresse geral pelas

pessoas com quem haveria possibilidade de conversar (Dora ficou muda na ausência

do homem que amava [557]); ou ainda, podendo significar morte ou castração.

Mediante o espasmo, garante-se a supressão da ação e, do mesmo passo, se obtém

substituto tónico da mesma.

Embora não sendo, necessariamente o caso, o espasmo que se limita a certa

parte do corpo pode representar a ereção. O espasmo muscular é capaz de exprimir

simplesmente a expressão física da repressão, a hipertonia constituindo o

representante da atitude geral "Tenho alguma coisa a conter".

Numa paciente que experimentava espasmo severo do soalho pélvico durante o

contato sexual, este sintoma, antes de mais nada, era vaginismo generalizado, que lhe

garantia a resistência a experiências sexuais; também representava impulsos hostis

contra o parceiro sexual e tendências a projetar para fora um pênis oculto antasiado.

Ferenczi mostrou que é possível criar um "espasmo geral de contenção" nedianté

deslocamento da função dos esfíncteres anais (que são parte do soalho pélvico) para

a musculatura em geral (505).

Certos espasmos histéricos servem para garantir uma inibição específica,

acorrendo quando se quer realizar uma atividade que o superego proíbe, ou pela sua

significação sexual oculta, ou pela possibilidade, no caso do masoquismo moral, de

por meio dela se conseguir um êxito proibido. São deste tipo as câimbras dos

escritores e dos violinistas (867).

O célebre *are de cercle,* hoje em dia raro, representa, segundo Freud, as inervações

antagonísticas ao coito; são representações pelo oposto e exprimem, de uma só vez, o desejo

reprimido e as forças repressoras (565). Outros autores têm acrescentado que o sintoma

também exprime desejo masculino, tentativa de projetar para fora um pênis oculto (1564) e,

bem assim, desejo feminino, a ideia do parto (1025).

A contratura é substituto que desloca uma inervação muscular pretendida, porém inibida,

representando, geralmente, a rigidez tónica que resulta da luta entre impulsos opostos.'

Também as convulsões representam equivalentes de afetos, ou são expressão

pantomímica de um devaneio sexual, agressivo, ou agressivo-sexual. Há casos em que as

convulsões histéricas imitam convulsões orgânicas. Mais adiante discutir-se-á a chamada

hístero-epilepsia (ver p. 249).

ESTADOS ONÍRICOS HISTÉRICOS E TRANSTORNOS DA CONSCIÊNCIA

Os estados oníricos histéricos relacionam-se estreitamente com as convulsões. Do mesmo

modo que no caso destas, os sonhos acordados, que representam derivados daquilo que se

reprimiu, tomam posse involuntariamente da Personalidade; falta, porém, no caso a descarga

pantomímica. O sonho acordado, excrescência das fantasias edipianas, irrompe como tal,

retirando o indivíduo da realidade (3, 196). Em certos casos, vê-se diretamente o significado

sexual desta ausência no prazer voluptuoso que a pessoa obtém com ela. Com mais freqüência

o afeto também é reprimido e a nova onda de repressão contra s derivativos mobilizados

mantêm nos tãodistantes daconsciência que o próprio mdivíduo não consegue explicar de modo

algum o que experimentou, apenas Percebendo uma lacuna na consciência.

Uma espécie de mistura de ataques histéricos e estados oníricos histéricos se vê no

sintoma de conversão que é o *sonambulismo,* caso em que o "estado onírico" é estado

fisiológico; o sonambulismo ocorre durante o sono noturno normal, mas com realização de uma

"descarga pantomímica". Esta descarga exprime as vezes, nada mais do que a inquietação

consequente, de maneira inespecífica, a uma tensão interna. Mais frequentemente, contudo, a

descarga é altamente específica. Os movimentos que o sonâmbulo faz respondem ao seu sonho

manifesto, ou aos conflitos latentes que estão na base do sonho. Certas vezes, o que mais se

destaca é a fuga da cama, esta se sentindo como lugar de tentação; outras vezes, mais

numerosas, o sonambulismo tem objetivo positivo pelo qual o paciente está lutando: ou lugar

de gratificação potencial de impulsos inconscientes, ou lugar em que encontrará tranquilização

eficaz contra eles: ou uma coisa e outra, ao mesmo tempo (711, 717, 1286, 1341, 1343).

O objetivo típico do sonambulismo infantil é o desejo de participar da vida

noturna dos adultos; e é o quarto dos pais, significando tanto lugar em que se tes-

temunham ou se perturbam intimidades sexuais como lugar em que se poderá en-

contrar proteção contra pesadelos e tentações; em geral, é uma coisa e outra. Quando

o sonambulismo se associa à perda do controle vesical, não quer dizer,

necessariamente, que exista pequeno-mal orgânico, mas talvez signifique a excitação

sexual inconsciente da criança. Há casos em que o sonambulismo exprime tendência a

fugir de casa. A antiga superstição da conexão entre o sonambulismo e o luar se deve.

em parte, ao valor emocional deste último, que é, ao mesmo tempo, claro e escuro e,

por conseguinte, adequado à expressão de conceitos infantis obscuros relativos à

sexualidade e à expressão também de observações sexuais; em parte, ao significado

simbólico que tem a lua; lua é a mesma coisa que mãe (430. 1322, 1579).

Não se sabe que condições físicas ou mentais possibilitam o uso do aparelho motor

durante o sono. contrariamente à regra geral de que, em condições normais, quando se

adormece, é o aparelho motor que primeiro se paralisa (595); o fato, todavia, ajusta-se à

observação de que, no sono hipnótico, a motilidade é livremente acessível a comandos.

Os transtornos da consciência, em geral, correspondem à repressão de um derivado

frequente da sexualidade infantil (1015, 1336). A eliminação transitória de toda consciência é.

por assim dizer, uma repressão generalizada e talvez seja o padrão arcaico de toda repressão

(410). O conteúdo ideacional dos impulsos que entram aos estados oníricos ou que geram

transtornos da consciência varia tanto quanto as fantasias que produzem sintomas histéricos em

geral. No estado onírico, a turvação transitória da consciência pode não só exprimir repressão,

como pode ter significado inconsciente próprio, (a) representando orgasmo: (fa) querendo

dizer: morte, isso, por sua vez, significando desejos de morte contra outra pessoa que se voltam

contra o ego do indivíduo, ou tendo alguma significação libidinal inconsciente; (c) ou ainda

servindo para bloquear (e distorcidamente exprimir) impulsos hostis de toda sorte. O que es-

tamos dizendo aplica-se particularmente aos ataques histéricos de hipotonia e fadiga súbita,

que. vez por outra, constituem estados de transição para a nar-colepsia orgânica. Os transtornos

da consciência, pelo efeito que têm sobre o ambiente, ensejam oportunidade para toda sorte de

lucros secundários. Não se deixará *de* pensar no diagnóstico diferencial relativamente aos

equivalentes epilépticos, quando se estiver diante de qualquer estado onírico histérico.

TRANSTORNOS HISTÉRICOS DOS SENTIDOS ESPECIAIS

Os transtornos histéricos das percepções sensoriais especiais constituem "distúrbios

histéricos da consciência"; o que se disse a respeito dos transtornos da consciência em geral

também se aplica aos casos desta natureza. São transtornos que representam a rejeição de

percepções sexuais insuportáveis. As inibições deste tipo vão da cegueira ou da surdez, pela via

de alucinações negadas, a limitações restritas do uso dos sentidos, isso se tendo discutido

quando se falou nas inibições (ver pág. 165). Os sintomas que então se observam iniciam-se, às

vezes, após um trauma, com o aspecto de inibição pós-traumática do ego (917); não tardam,

porém, a ganhar "significado" histérico e subsistem corno sintomas de conversão.

As restrições das percepções sensoriais também são sintomas de introversão histérica,

vale dizer, de desinteresse pelo que se passa em volta, desinteresse que aumenta com a

possibilidade de substituição da realidade pela fantasia.

Os transtornos histéricos da visão foram tema do artigo muito instrutivo de Freud (571).

O "Não consigo ver" histérico significa "Não quero ver", indicando impulso reprimido de olhar

(e de exibir). De um ponto de vista punitivo, quer dizer: "Porque queres ver uma coisa proibida,

não hás de ver coisa alguma" (367). Tem-se falado, muitas vezes, em constrição do campo

visual como característica dos histéricos; e Ferenczi explicou isso pelo fato de que a visão

periférica tem menos significado para o ego, donde sexualizar-se com mais facilidade (489).

A sexualização da visão nem sempre resulta de simples escoptofilia ou da

"genitalização" inconsciente do olho, o qual também pode representar, simboli-

camente, zonas erógenas pré-genitais. Como órgão dos sentidos, o olho é capaz de

exprimir desejos incorporativo-anais e, em particular, sádico-orais (430). E comum

seguirem-se dificuldades neuróticas da leitura a conflitos sádico-orais.

Defesa contra desejos sádico-orais é também a causa habitual de outro sintoma

de conversão que é a micropsia, isto é. o fenómeno pelo qual os objetos aarecem que

estão sendo vistos por um binóculo invertido. As alucinações e re-Dresentações do

sentido de espaço parecem, em geral, repetir experiências dos oeríodos orais mais

arcaicos (410), mas é na micropsia que isso se faz mais evideti-Uma paciente de

Inman experimentava este sintoma sempre que se lhe mobilizavam os desejos orais

intensos e frustrados (831). Bartemeier teve uma paciente que muito cedo deslocara

intensa avidez de comida para os olhos; nela a nicropsia exprimia a tendência a jogar

à distância os objetos, tentativa de defender-se contra a idéia de matá-los com os

olhos e retorno distorcido deste impulso rejeitado (89).

TRANSTORNOS HISTÉRICOS DA SENSAÇÃO

Os transtornos da sensação, tal qual as paralisias e as inibições, impressionam-nos à

primeira vista como defesa mais do que como retorno de material reprimido. A eliminação da

sensação facilita o apagamento de recordações pertinentes às áreas corporais afetadas. Servem

também, contudo, aos impulsos oprimidos porque, em virtude desta própria anestesia, o campo

anestésico é Usado mais para fantasias inconscientes. Os transtornos desta ordem são, em Seral,

repressões de percepções internas, do mesmo modo que os distúrbios sensoriais são repressões

de percepções externas (489).

A hipalgia histérica é uma espécie de desmaio localizado; certas sensações que

seriam dolorosas deixam de ser aceitas; é provável que o mecanismo básico se ligue à

defesa arcaica dapostergação de afetos" (ver págs. 150 e seg.).

FACILITAÇAO SOMÁTICA

Em todos os sintomas descritos, a catexia total dos impulsos censuráveis parece

condensar-se em certa função física definida. A escolha da região acometida é assim

determinada:

1. Pelas fantasias sexuais inconscientes e erogeneidade correspondente da parte

acometida. Quem tiverfixações orais desenvolverá sintomas bucais; quem tiver fixações anais,

sintomas anais; e as fixações, por sua vez, dependem de fatores constitucionais e, bem assim,

de experiências passadas. No entanto, a regressão a pontos de fixação, nos sintomas de

conversão, limita-se à escolha do órgão. O que se exprime numa zona pré-genital são fantasias

genitais; quer dizer, "genitalizam-se" órgãos não genitais (489). Tem-se dito que os neuras-

tênticos crónicos usam os genitais de maneira pré-genital (ver pág. 178); a esta altura

acrescentaremos que os histéricos de conversão usam as zonas pré-geni-tais de forma genital

(565. 571).

2. Por fatos puramente físicos. Vemos os sintomas utilizarem com mais facilidade certo

órgão que apresenta um *locus minoris resistentiae;* locus este que, por sua vez. terá sido criado

por uma fraqueza constitucional ou por uma doença adquirida. Certo indivíduo que tem muita

labilidade vasomotora estará mais sujeito a sintomas vasomotores; outro organicamente míope

terá mais probabilidade de produzir sintomas oculares.

Este tipo de "facilitação somática" é que opera, na certa, em casos denominados

"superestrutura histérica de doenças orgânicas" (285, 1028, 1508). Há sintomas organicamente

determinados que, simultaneamente, dão oportunidade a que surja uma expressão distorcida de

impulsos reprimidos; ou seja, adquirem significação conversiva secundária; não são produzidos

pela conversão, mas são por esta usados; daí continuarem, às vezes, em base psicológica depois

que cessa de existir a causa orgânica que os gerou.

3. Depende, em certos casos, a escolha do órgão da *situação* na qual ocorreu a repressão

decisiva. Têm probabilidade de tornar-se sede de transtornos aqueles órgãos que eram mais

ativos, ou que se achavam debaixo da mais alta tensão no momento em que ocorreu a repressão

decisiva (316, 532).

4. Casos há em que a escolha do órgão acometido parece determinar-se, a bem dizer,

pela capacidade que o funcionamento do órgão tem de exprimir simbolicamente o impulso

inconsciente em questão. O que melhor exprime tendências incorporativassão a boca, o

aparelho respiratório, a pele; as tendências eliminatórias são melhor expressas pelo trato

intestinal e também pelo aparelho respiratório. Os órgãos convexos (mão, pé, nariz, seios

podem simbolizar o pênis e representar desejos masculinos; os órgãos côncavos (boca, ânus,

narinas, partes de flexão das extremidades) simbolizam a vagina e representam desejos

femininos.

TRAÇOS ARCAICOS NA CONVERSÃO

Não se limitam os sintomas de conversão à musculatura voluntária, mas ocorrem também

no campo dos órgãos vegetativos. A ânsia de exprimir desejos, sexuais inconscientes de forma

distorcida dispõe de área muito mais extensa que a vontade consciente. Sabemos perfeitamente

que os comandos hipnóticos atuam sobre muito mais funções físicas do que a vontade

consciente; o treino concentrado de personalidades constitucionalmente predispostas faz estas

funções acessíveis também a medidas auto-sugestivas (1410). Das mesmas funções se serve

ainda a conversão. Em geral, o ego "arcaico" controla mais funções corporais do que o nosso

ego adulto; e as "hiperfurições" histéricas representam regressão às condições arcaicas que

ainda vigoram nos primeiros anos de vida. De fato, é possível observar também na conversão

as características que se descreveram da motilidade e da percepção arcaicas (ver págs. 32 e

segs. e 37 e segs.).

Compreendendo esta índole regressiva do fenómeno da conversão, podemos

partir para especulações em torno da origem arcaica da capacidade que tem o

homem para a conversão autoplástica. A teoria de Lamarck sobre a evolução das

espécies é de ser aqui lembrada, teoria segundo a qual a evolução se processou pela

adaptação autoplástica do corpo às exigências ambientais. A conversão histérica será

uma espécie desta capacidade primitiva que têm os animais de autoplasticamente

adaptar-se.

Enquanto o indivíduo evolui normalmente para a idade adulta, perdem-se umas tantas

capacidades do corpo, as quais vêm a ficar novamente à disposição do indivíduo histérico.

Ferenczi, de certa feita, observou ser a educação não só aquisição de faculdades novas, mas

também esquecimento de outras que, a não serem esquecidas, seriam supernormais (489).

Implica-se aí que a repressão do auto-erotismo também impele para a repressão algumas dentre

as funções pelas quais o áuto-erotismo atua.

As "hiperfunções histéricas," como retorno do reprimido, demonstram que os histéricos,

ao reprimirem a sexualidade infantil, reprimiram muitas das funções corporais. Neles o. corpo é

mais ou menos "alheio" ao ego consciente; o que ocorre é que não identificaram o ego com o

corpo. No estado do "ego prazeroso purificado" (588), tudo quanto era doloroso se terá visto

como não-ego; visto o corpo como doloroso, daí se terá percebido como não-ego. Inibidas que

são tanto em relação à motilidade quanto em relação à sensibilidade, vendo o corpo como

alheio, mais facilmente tendem estas pessoas (quando desenvolvem sintomas de conversão

conn capacidades físicas que se afiguram "supernormais") a repudiar a índole psicogênica dos

sintomas.

Não existindo, porém, regressão plena da personalidade à pré-genita-lidade na histeria de

conversão, há, principalmente nas mulheres, regressão frequente aos objetivos instintivos da

incorporação. É o que se vê tanto no papel predominante desempenhado pela identificação

neste tipo de histeria quanto em certos sinais mais diretos. A idéia da felação é comuníssima

nas fantasias inconscientes das mulheres histéricas (globus hystericus, bolo histérico). Mostra-

se à análise que a ideia exprime, por forma distorcida, o desejo de ncorporar o pênis, depois de

arrancá-lo a mordidas, fantasia esta que é profusamente superdeterminada. Em casos

individuais, os significados que se seguem parecem ter importância relativa diferente: (a)

deslocamento para cima de desejos genitais; (b) a idéia de engravidar; (c) vingança contra o

homem, que possui o órgão invejado, isto é, expressão de tendências castradoras ativas: (d)

incorporação do pênis castrado e identificação com o homem (398, 407, 499).

Por esta fantasia, o parceiro sexual é privado do pênis. Para a histérica a fantasia da união

genital liga-se tão de perto ao desejo edipiano que ela se torna incapaz de amor verdadeiro.

Consegue amar, para citar Abraham, somente quando se excluem os genitais, porque estes

representam a parte censurável do amor. A histérica procura estabelecer esta condição quando,

na fantasia, exclui os genitais arrancando-os às mordidas (26).

Se bem que certo órgão acometido por um sintoma de conversão também possa

representar um objeto que se introjetou, o que ocorre, todavia, não obstante incorporação desta

ordem, é que o objeto ainda subsiste no mundo exterior também: a introjeção histérica é

regressão mais *pardal* do que *total;* regressão de uma relação objetal à identificação.

SIGNIFICADO REAL DA CONVERSÃO

A histeria de conversão é o tema clássico da psicanálise. Aliás o método da psicanálise

foi descoberto, testado e aperfeiçoado pelo estudo de pacientes histéricas (187. 188, 544, 548):

a técnica psicanalítica ainda se apresenta com a máxima facilidade aplicável aos casos de

histeria; e é o tratamento psicanalítico da histeria que continua a dar os melhores resultados

terapêuticos.

É na conversão que de modo particular se demonstram o caráter de compromisso dos

sintomas, que exprimem tanto as forças reprimidas quanto as repressoras, e a relação dinâmica

existente entre instintos e forças contra-instin-tivas.

Há gente que enrubesce à mais ligeira referência a assuntos sexuais, o que

constitui, antes de mais nada, expressão, certamente, de defesa; mas, ao mesmo

tempo, revela excitação sexual, ou seja, a reação do indivíduo que cora à insinuação

sexual. O sintoma de conversão que consiste no enrubescimento frequente exprime,

via de regra, conflitos que giram em torno do exibicionismo (e em torno de lutas por

provisões narcísicas, que se buscam mediante o exibicionismo).

Em reuniões sociais, que representam tentação sexual inconsciente, certa

paciente sentia necessidade de defecar, o que a obrigava a sair da sala; desta forma,

livrava-se da situação desagradável, mas, por outro lado, pelo ato sintomático que

praticava, também mostrava que. regredindo à expressão infantil da excitação sexual,

tinha sido estimulada.

Do ponto de vista do impulso reprimido, o sintoma de conversão é substituto distorcido

da gratificação sexual por parte da pessoa histérica, que é incapaz de gratificação sexual

autêntica. O fato de a "gratificação substitutiva" não ser sentida, conscientemente, como

prazerosa, mas, pelo contrário, sentir-se, em geral, como padecimento severo deve-se à eficácia

das forças repressoras. Há vezes em que o sofrimento pode ser considerado punição inflingida a

si mesmo a fim de anular sentimentos de culpa (37). Há também, contudo, sintomas que

representam exclusivamente gratificação instintiva, desprovidas de significado punitivo;

certamente, os sintomas de que o próprio paciente não tem consciência não podem servir de

castigo.

Nos sintomas de conversão, pode a contracatexia maríifestar-se de várias maneiras.

Também pode ser imposta secundariamente pelo retorno, sob diversas formas, dos impulsos

originais. Quando há transtornos motores e sensoriais, além de distúrbios da consciência, a

inibição da função resulta da cotracatexia. mas também enseja o uso da função inibida para o

fim de exprimir fntasias inconscientes. No caso da dor histérica, a atenção que se dirigiu para

proteção do órgão doloroso, como manifestação da contracatexia. terá sibstituído a atenção

original que se dirigia para a evitação da situação tet'adora ou ameaçadora (618). O desejo de

racionalizar todos os sintomas como físicos é também manifestação da contracatexia. Atua uma

espécie de formção reativa histérica quando um ódio inconsciente se supercompensa sob a

form.de estima exagerada (618).

COMPLEXO DE ÉDIPO, MASTURBAÇÃO E PRÉ-GENITAIDADE NOS SINTOMAS DE CONVERSÃO

O dito de Freud no sentido de que o complexo de Édipo é Ocomplexo nuclear das

neuroses tem validade particular na histeria, a qual permanece no nível da fase fálica do

desenvolvimento sexual. Os indivíduos hiiéricos ou jamais superaram a sua escolha objetal

primitiva, ou nela de tal forra se se fixaram que. surgindo decepção na vida ulterior, a ela

retornam. Como daí ocorre que toda sexualidade para eles vem a representar o amor incestuoso

infantil, a ânsia de reprimir o complexo de Édipo reprime toda sexualidade.

O fato da histeria ocorrer com mais freqüência nas mulheres do que nos homens resulta

da maior complicação que se apresenta no desenvolvimento sexual das mulheres. O processo

de renúncia do clitóris pela vagina pode não completar-se. Entretanto, não são só o complexo

de Édipo e a "identificação heterossexual" que caracterizam a estrutura da histeria; a ela se

ligam, inseparáveis, outras feições, como o modo particular pelo qual se supea o complexo de

Edipo. É freqüênte ver os filhos que se fixaram demais nos pais serem, ulteriormente,

proibidos, de uma forma ou doutra, pelos mesmo pais, de gratificar os seus desejos edipianos.

Vê-se com frequência entre as pisoas histéricas o tipo que se conhece pelo nome de "filhinho

da mamãe"; corrP também se vêem com freqüência mulheres que parecem não precisar de

homens, mas possuem admiração ilimitada pelo pai.

Errôneo seria, no entanto, pensar que o conteúdo derradeiro do sintomas Histéricos, o

complexo de Édipo, se faça imediatamente visível à anáise. Entre as fantasias edipianas e os

sintomas do adulto interpolam-se as formações intermediárias dos devaneios; e entre as

fantasias edipianas originais e os levaneios ulteriores se inserem fantasias masturbatórias cujo

caráter edipiano se fostra, às vezes, distorcido. Os conflitos que, originalmente, se prendiam ao

coriplexo de ipo deslocam-se, frequentemente para o ato da masturbação. Daí por que com

tanta freqüência se vê a luta contra masturbação apresentar-se sob a forma do conteúdo

inconsciente dos sintomas histéricos. Os espasmos, as contrações musculares rítmicas, os

transtornos sensoriais representam comprovadamente (e com freqüência) defesas contra as

atividades masturbarias e ao mesmo tempo, substitutos destas (357, 550, 733).

Os desvaneios, que, conscientemente, podem visar à contentação da prática

masturbatoria, e, sobretudo, elaboração inconsciente das fantasias masturlatórias

originais. Há vezes em que esta correlação secreta vem a tornar-se, de novo,

nanitesta, em dadas condições e de maneira inopinada (537) Se a pessca consegue

reprimir as conexões entre as fantasias e a masturbação, as fantasias irreprimidas

equivalentes inconscientes da masturbação, desenvolvem-se, em certos casos, de

forma a dar em interesses obsessivos exagerados, voltados para certo tor'interesses

que as próprias pessoas sentem, às vezes, como medidas antimas-turbatórias, mas que

se revelam à análise como rebentos de fantasias masturba-tórias ligadas ao complexo

de Édipo. O mesmo se diga de certas brincadeiras auto-eróticas e de certos atos

sintomáticos que descarregam fantasias; predominan-temente. sem que a pessoa as

perceba, ou quando menos, lhes perceba a importância para o equilíbrio mental.

As próprias fantasias que intervêm entre o complexo de Édipo e os sintomas histéricos

são, às vezes, de índole genital (digamos, as ideias de gravidez e parto), sem que isso, porém,

necessariamente ocorra. Constituindo elos intermediários entre o desejo edipiano e o devaneio

aparentemente inócuo, encontram-se ideias que se originam em qualquer zona erógena e em

qualquer instinto parcial. Elos intermediários, mas que não deixam, certamente, de ter

importância prática. Descobri-los e elaborá-los é tarefa que, na análise, exige mais tempo e

atenção do que o complexo de Édipo básico. A forma que o próprio complexo haja adquirido,

resultante das experiências infantis passadas do indivíduo, só pode ser deduzida da análise

cuidadosa destas construções intermediárias (418).

Exemplo de fantasias orais intermediárias: Uma paciente queixava-se de

vómitos e náuseas. Associando, percebeu que o sintoma ocorria sempre que comia

peixe. A partir deste insight, revelou umas tantas ideias que diziam respeito à

crueldade de comer animais. Comer peixe parecia-lhe particularmente cruel, porque

os peixes têm "alma" (as tripas do arenque chamam-se em alemão Seele, que significa

"alma"). Morrera o pai da paciente e a ideia de comer-lhe a alma para fazer dela uma

parte do seu próprio corpo encobria a fantasia inconsciente de união sexual com ele.

Exemplo de expressão pré-genital de desejos predominantemente genitais num sintoma

de conversão mostra-se na enurese noturna, que é o equivalente masturbatório mais frequente

nas crianças (91, 227, 263, 557, 667, 769, 793. 934, 1044, 1595).

A enurese infantil (noturna ou diurna) é descarga sexual. A excreção urinária

serviu, originalmente, de atividade auto-erótica que dava à criança satisfação erótica-

uretral (e cutânea). Há vezes em que os pacientes em análise revivem recordações

destas sensações auto-eróticas; por exemplo, nos casos de ejaculação precoce, em

que sémen e urina se equiparam inconscientemente. Se, contudo, uma criança maior e

já treinada retorna a esta forma de satisfação infantil, ela não é mais auto-erótica e,

sim, liga-se a fantasias que dizem respeito a objetos. Se já não é mais executada

ativamente e com prazer sexual consciente, mas ocorre contra a vontade do indivíduo,

teremos aí, decerto, um sintoma de conversão. Entre a micção auto-erótica infantil e o

sintoma mais tardio da enurese, um tempo decorreu de masturbação; e a enurese

representa substituto e equivalente da masturbação contida. Há casos em que é, de

fato, possível demonstrar que uma proibição da masturbação serviu de estimulante na

direção do desenvolvimento da enurese como comportamento substitutivo. Tal qual a

masturbação, a enurese pode desempenhar o papel de função eferente de desejos

sexuais diversos. No auge do desenvolvimento do complexo de Édipo, ela é, antes de

mais nada, instrumento de descarga dos impulsos edipianos.Dá-se, porém, que, tal

qual acontece no caso de outros sintomas de conversão, vários desejos intermediários

interpolam-se entre o complexo de Édipo profundamente reprimido e os sintomas

erótíco-uretrais e erótico-cutâneos finais. É interessante observar que a enurese

noturna constitui, muitas, vezes expressão de fantasias sexuais próprias do sexo

oposto. As meninas nas quais o erotismo uretral é acentuado são quase sempre

dominadas pela inveja intensa do pênis; nelas o sintoma exprime o desejo de urinar

feito os meninos. Nos meninos, a incontinência costuma significar uma característica

feminina: o menino espera obter tipos femininos de prazer "urinando passivamente".

Mais ainda: a maneira passiva de urinar exprime, às vezes, regressão aos modos

receptivo-passivos primitivos de prazer, anseio pelas liberdades dos primeiros anos

de vida; e, de fato, é frequente a enurese representar desejo de ter novamente os

mesmos privilégios que tinha o bebé. Também é comum o sintoma ser precipitado pelo

nascimento de um irmão. Em casos desta ordem, ou melhor, em alguns deles, a

enurese tem significado marcadamente agressivo, rancoroso, visando a ofender os

sentimentos dos pais: "Hei de ganhar os privilégios dos bebés, que Vocês me negam."

O significado agressivo e rancoroso do sintoma pode dar oportunidade a que se

exprimam, ao mesmo tempo, outras ideias de vingança, pré-genitalmente (oralmente)

determinadas; é o que ocorre com frequência naqueles casos de enurese que

constituem a base de uma ejaculação precoce ulterior.

O sintoma da enurese pode ter consequências várias no desenvolvimento ul-

terior d a criança. A tendência a refrear o sintoma influencia, às vezes, o desenvolvi-

mento caracterológico de duas maneiras. (1) Pode transformar o medo inespecífico

dos "impulsos perigosos" que o indivíduo experimenta no temor específico de "perder

o controle". E não r-ão raras as vezes em que, quando analisamos a dificuldade que

tem o paciente para associar livremeYite, encontramos a base disso no medo da

enurese. (Todavia, o medo de ser esmagado pela sua própria excitação, também pode

ter outras causas.) Vê-se isso com mais frequência nas mulheres, cuja frigidez se

caracteriza, em muitos casos, pela idéia inconsciente de que, cedendo plenamente ao

clímax da excitação, se passará pela vergonha de perder o controle vesical. O fato de

ser este temor mais frequente nas mulheres resulta, talvez, da circunstância de que a

retenção da urina (para o fim de impedir a enurese) tem mais probabilidade nas

meninas do que nos meninos de evocar, secundariamente, o prazer retentivo erógeno

(análogo ao prazer retentivo anal). (2) O temor geral dos instintos perigosos próprios

é capaz de adquirir a qualidade especial de vergonha; e já falamos na conexão

específica que existe entre a vergonha e o erotismo uretral (ver pág. 62). De um lado,

vemos a incontinência retal nas crianças ser, em geral, direta e ativamente punida; do

outro lado, as crianças enuréticas são expostas à vergonha, esta sendo a punição

mais comum. A ambição, traço caracterológico erótico-uretral que é, representa o

esforço por evitar este tipo de vergonha (verpág. 456 e seg.).

A incontinência fecal é ocorrência muito mais rara do que a urinária em crian-

ças mais idosas. É de considerar-se também sintoma de conversão, exprimindo

tendência inconsciente a descarga anal de conflitos instintivos. Se se produz apenas

uma vez ou outra, constitui, provavelmente, equivalente da angústia. Se, Porém, é

habitual, constitui retenção da execução sexual anal ou regressão a esta como

equivalente ou substituto da masturbação, o que, é sinal de orientação erótico-anal

pronunciada. O que, de fato, ocorre é que se vê história de incontinência anal com

mais frequência em pessoas que vêm a desenvolver, ulteriormente, neuroses obsessiva

do que naqueles que desenvolvem histerias.

Parece contradizer a tese geral segundo a qual os histéricos reprimem a sua sxualidade o

fato de com tanta frequência serem eles descritos como pessoas vivem preocupadas com a

sexualidade e que tendem a "sexualizar" todo relacionamento humano. A contradição é apenas

aparente, no entanto: exatamente porque bloqueiam a sua sexualidade, esta fica represada

dentro delas; daí aparecer em lugares inadequados e a momentos, inconvenientes. A erotomania

histérica é pseudo-hipersexualidade conseqüênte à falta de satisfação (ver págs. 227 e segs.).

Vemos, às vezes, pacientes portadores de sintomas de conversão livres de angústia; e há

vezes em que a conversão e a angústia se desenvolvem ao lado uma da outra. A ligação da

energia que foi represada, pelo conflito neurótico, em alterações de funções somáticas propicia

certa capacidade de descarga ou, pelo menos, ligação mais permanente das catexias, como tal

constituindo um modo de eliminar a angústia ou evitar a sua irrupção franca. Nos casos em que

há desenvolvimento de angústia ao lado de sintomas de conversão, esta elaboração secundária

da angústia terá falhado ou não terá sido suficiente.

CURSO E TRATAMENTO PSICANALÍTICO DA HISTERIA DE CONVERSÃO

Certas reações do ego do paciente aos sintomas de conversão são tão típicas da histeria

que umas tantas palavras aqui se dirão antecipadamente. Por um lado. o ego tenta continuar o

esforço para reprimir os sintomas como derivativos da sexualidade infantil, tal qual já reprimiu

a própria sexualidade infantil. Por esta forma, o ego luta por separar do resto da personalidade

os sintomas. luta por ignorá-los; quando a tendência à negação dos sintomas tem êxito, a

atitude do paciente relativamente a eles é o que Charcot, conforme relato de Freud, chamou *Ia*

belle indifférence des hystériques (589). De outro lado, porque são inevitáveis, o ego tenta

utilizar os sintomas para os seus próprios fins. Se tem de sofrer, que obtenha o máximo

proveito possível. Assim é que se estabelecem lucros secundários a partir da doença, lucros que

se hão de diferenciar do lucro primário, este consistindo em não ter que enfrentar o complexo

de Edipo. Dizer que o desejo de uma pensão pode causar uma histeria equivale a dizer, na

comparação com justiça feita por Freud, que um soldado em combate tem uma perna arrancada

para conseguir pensão (618).

E favorável o prognóstico da psicanálise em casos de neuroses de conversão. Quando os

casos típicos, a evolução do tratamento é particularmente satisfatória, na medida em que os

pacientes reagem desde logo a interpretações com alterações da transferência e da

sintomatologia, desta forma oferecendo critério infalível do progresso da análise. A terapia

psicanalítica é a que com mais clareza se indica, a não ser em casos nos quais complicações

individuais, oriundas de condições externas ou da estrutura caracterológica do paciente (481).

dificultam de modo desagradável a situação. Também nestes casos só contra-indicam a terapia

psicanalítica aqueles fatores que. independentemente do diagnóstico, se lhe opõem, em geral

(ver págs. 532 e segs.) Sempre que for imperativo o socorro imediato, sempre que o

complicado aparelho da análise pareça desnecessário pelo fato de bastarem medidas mais

simples; ou naqueles casos raros em que a histeria se apresenta como a melhor forma de

escapar a conflito real intolerável, ou em que existe lucro secundário excepcionalmente grande,

ou ainda idade avançada, é necessário, naturalmente, ponderar cuidadosamente a conveniência

de iniciar ou não o tratamento psicanalítico.

13

Distúrbios Psicossomáticos

QUE É SINTOMA PSICOSSOMÁTICO?

Nem todas as alterações somáticas de índole psicogênica merecem o nome de conversões,

visto que nem todas traduzem fantasias específicas para uma "linguage corporal". Há atitudes

instintivas inconscientes que influenciam as funções Qânicas também'de maneira fisiológica

sem que as alterações tenham qualquer *significado* psíquico definido. É diferença que, embora

simples, nem sempre Sreconhece, mas Freud a definiu, há muito tempo, em seu ensaio sobre os

tnstornos psicogênicos da visão (571). Vejamos o que ele diz:

A psicanálise está plenamente preparada para admitir (e mesmo para sustentar) que nem

todos os distúrbios visuais funcionais sejam, necessariamente, psicogênicos... Quando certo

órgão, que serve a dois fins, exagera o desempenho dceu papel erotogênico, é de esperar, em

geral, que isso não ocorra sem alterão da sua resposta à estimulação e à inervação — o que.se

manifestará sob forma de transtorno do órgão na função a serviço do ego. E, na realidee,

quando observamos um órgão que, comumente, serve ao fim da percepo sensorial apresentar,

em consequência do exagero do seu papel erotogèni», justamente o comportamento de um

genital, temos até de esperar que haja fie também modificações tóxicas... Para ambos os tipos

de transtornos funcionais... somos obrigados a manter, à falta de outro melhor, o nome

impróprioque o tempo tem consagrado, de transtornos neuróticos. Os transtornos neióticos da

visão relacionam-se com a psicogênese tal qual, de modo geral, se lacionam as neuroses atuais

com as neuroses; os distúrbios visuais psicóticos quase não ocorrem sem transtornos

neuróticos, se bem que estes possam ocorrer sem aqueles. Lamentavelmente, estes sintomas

neuróticos tem sido, até o momento, pouco avaliados e entedidos pelo fato de não serem

diretamente acessíveis à psicanálise.

Estas sentenças têm importância fundamental, se bem que a terminologia possa ser

confusa. Duas categorias existem de transtornos funcionais, uma delas sendo de índole física e

consistindo em alterações fisiológicas causadas pelo uso inadequado da função em questão. A

outra tem significação inconsciente específica, é expressão de uma fantasia em "linguagem

corporal" e a psicanálise lhe tem acesso direto da mesma forma que ao sonho. Freud chama

uma e outra categoria *neuróticas* e não sugere nome especial para a primeira, a segunda, no

entanto, chamando psicogênica. Há confusão, certamente, porque todo uso inadequado de um

órgão é também psicogênico. Preferível será chamar a primeira categoria de sintomas

"psicossomáticos", para a segunda reservando a denominação "conversão".

O conceito de conversão define-se de modo muito estrito, ao passo que a primeira

categoria exige clarificação mais precisa.

Entre a esfera dos distúrbios orgânicos de origem mecânica, física e química e o terreno

da conversão, amplo campo estende-se de alterações funcionais e até anatómicas, que se

pretende abranger na expressão psicossomática. A expressão moderna "psicossomática" tem a

desvantagem de sugerir dualismo que não existe. Toda doença é "psicossomática", visto não

haver doença "somática" inteiramente livre de influência "psíquica" — um acidente pode ter

ocorrido por motivos psicogênicos e tanto a resistência contra as infecções quanto todas as

funções vitais são incessantemente influenciadas pelo estado emocional do organismo — e até

a mais "psíquica" das conversões pode basear-se em facilitação puramente "somática".

No que citamos de Freud, temos a chave de uma classificação dos fenómenos

psicossomáticos. As sentenças freudianas aludem, realmente, a duas coisas diversas. As

alterações funcionais que resultam de influências "tóxicas", isto é, alterações do quimismo da

pessoa insatisfeita e represada, não são, necessariamente idênticas às alterações produzidas pelo

uso inconsciente destas funções para fins instintivos. Mais ainda: Temos de considerar,

primeiramente, ainda outra possibilidade, que é mais simples: os já mencionados equivalentes

de afetos. Assim, pois, distinguiremos quatro categorias de sintomas psicossomáticos: (1)

equivalentes de afetos; (2) resultados de alterações do quimismo da pessoa insatisfeita e

represada (expressões de "afetos inconscientes"); (3) resultados físicos de atitudes

inconscientes, ou padrões comportamentais inconscientemente determinados; (4) toda sorte de

combinações destas três possibilidades.

EQUIVALENTES DE AFETOS

Todos os afetos (síndromes de descarga arcaica que substituem atos voluntários) são

executados por meios motores ou secretórios. As expressões físicas específicas de qualquer

afeto podem ocorrer sem as experiências psíquicas (mentais) específicas que lhe correspondem,

ou seja, sem que a pessoa lhes perceba a significação afetiva. A excitação sexual, bem como a

ansiedade, podem ser substituídas por sensações que se localizam nos aparelhos digestivo,

respiratório, circulatório (545). Certa percentagem daquilo queichamamos transtornos

psicossomáticos são, na realidade, equivalentes de afetos. De modo particular, as chamadas

neuroses cardíacas, as quais são, por vezes, histerias de conversão, apresentam-se,

frequentemente, com o aspecto de equivalentes da ansiedade. O mesmo se aplica àquelas

neuroses vegetativas que ocorrem quando um neurótico obsessivo ou uma personalidade

neurótica reativa se vê transtornado na sua rigidez relativa. Também existem "equivalentes

subjetivos de afetos": desde que certa emoção, experimentada na infância, se associe a certa

atitude física, pode esta servir na vida posterior de expressão (deformado) da emoção em causa

(316).

O fato dos equivalentes de afetos terem menos valor de descarga, em comparação com os

afetos que se experimentam em sua plenitude, resulta, em certos casos, em que a atitude afetiva

se torna crónica (Breuer e Freud chamaram isso afetos estrangulados). (188). Os sintomas que

derivam de atitudes afetivas crónicas sem descarga adequada podem já não ser equivalentes

puros de afetos e passarem a incluir-se na categoria seguinte.

TRANSTORNOS BIOQUÍMICOS NA PESSOA INSATISFEITA

Quando discutimos a índole dos sintomas neuróticos-atuais (verpágs. 172 e segs.), ficou

clara a orientação física de certas expressões como fonte de um instinto, satisfação, frustração,

estado de represamento; expressões que se referem a alterações quer químicas, quer nervosas: é

o estado hormonal do organismo que constitui *a fonte* dos instintos, fonte de que depende a

maneira pela qual os estímulos externos são percebidos e pela qual o organismo a eles reage; e

a ação instintiva que acarreta a cessação do impulso atua neste sentido pela alteração do estado

químico qerador do transtorno. A omissão de ação desta ordem, quer se siga a condições

externas, quer resulte, como nas neuroses, de inibições internas, não pode deixar de interferir

no bioquimismo natural dos processos de excitação e gratificação.

A correlação normal que existe entre a fisiologia hormonal e os fenómenos instintivos

constituiu tema de um estudo feito por Benedek e Rubenstein, os quais procuram relacionar

com o ciclo ovariano certos achados psicanalíticos de pacientes mulheres (102). As conclusões

a que chegaram prestam-se a crítica e reclamam controle apurado, mas pode-se afirmar

haverem estes autores mostrado que os impulsos instintivos dependem, realmente, do estado

hormonal e que há alterações psicodinâmicas influindo, secundariamente, na função ovariana.

Se, de um lado, se verificou serem os sintomas neuróticos-atuais expressões gerais e

inespecíficas do estado de represamento (ver pág. 175), de outro lado constatou-se que os

sintomas consequentes à alteração bioquímica em pessoas que tenham transtorno da economia

instintiva também podem ter índole mais específica; além disso, é possível interpolar outros

fatores intermediários entre o impulso original e os sintomas finais. De modo particular,

aquelas propensões inconscientes ao desenvolvimento de afetos específicos resultantes da

repressão alteram, com certeza, as funções físicas do indivíduo e, afinal, os próprios tecidos

(41, 43, 48, 313, 315, 317, 1350, 1607); foram chamados afetos inconscientes (608). Nos

equivalentes de afetos, o conteúdo psíquico do afeto foi rejeitado, ao passo que se produzem os

concomitantes físicos do mesmo. Estamos falando, a esta altura, a respeito de estados nos quais

até a descarga física é. na verdade, rejeitada (ver págs. 188). Todos nós sabemos o que é raiva

latente, ou ansiedade latente: estado em que nem raiva, nem ansiedade é sentida, mas em que

há propensão a reagir com raiva exagerada ou exagerada ansiedade a estímulos que, em

condições normais, mais não provocariam do que raiva ou ansiedade ligeiras. É certo que as

qualidades dos sentimentos só se mostram pelo fato de se experimentarem, mas existem estados

de tensão que, a não serem obstados em seu desenvolvimento e em sua descarga, viriam a dar

em emoções específicas. Há disposições inconscientes a que se experimentem estas qualidades,

há "propensão inconsciente para afetos", aspirações a que se desenvolvam que são contidas por

forças antagónicas, o indivíduo não estando, contudo, consciente desta propensão. A ansiedade

"inconsciente" (1629) e a excitação sexual "inconsciente" dominam, neste sentido, a psicologia

das neuroses.

Quando contemplamos a relação que existe entre neuroses atuais e neuroses, podemos

acrescentar que, em teoria, podem descrever-se todas as psiconeuroses como subcategoria de

sintomas que resultam das alterações bioquímicas ocorrentes no indivíduo represado. Freud

sempre enfatizou o fato de que se virá a perceber, em última análise, que todas as neuroses são

doenças orgânicas. A base orgânica da neurose é, contudo, absolutamente hipotética, ao passo

que existem sintomas físicos de afetos "inconscientes" ou "estrangulados" que se prestam, hoje

em dia, à investigação. E provável que, por influência de afetos inconscientes, se secretem

hormônios quantitativa e qualitativamente diversos, desta forma influindo eles no sintoma

nervoso ve-getativo e nas funções físicas (343). Na opinião de Alexander, a diferença do estado

hormonal em afetos conscientes e inconscientes resulta, apenas, da cro-nicidade das chamadas

atitudes afetivas inconscientes (56). Mais provável é, contudo, que os concomitantes físicos dos

afetos inconscientes sejam também qualitativamente diferentes daqueles dos conscientes; e é

até possível que estas secreções sejam tão específicas quanto as síndromes físicas de afetos

conscientes, o que. no entanto, ainda não se tem investigado de modo suficiente.

CONSEQUÊNCIAS FÍSICAS DAS ATITUDES INCONSCIENTES

O comportamento de uma pessoa é influenciado continuamente pelas suas necessidades

instintivas conscientes e inconscientes. Ao passo que as oscilações dos impulsos conscientes

são reguladas, de maneira automática, por atos instintivos, os impulsos rejeitados, que não

conseguem encontrar saída, mas a todo momento tentam descarregar-se e produzir derivados,

têm efeitos menos evidentes e mais duradouros. As tentativas de encontrar saídas ou descargas

substitutivas são contínuas ou repetidas, daí resultando afinal, alterações físicas.

Um simples exemplo: Um pigarro forçado habitual, persistindo meses e anos, seca a

garganta e resulta, enfim, em faringite; assim também, o hábito de dormir com a boca aberta

seca a garganta e pode causar faringite. Um e outro hábitos podem ter causas orgânicas; por

vezes, são, decerto, expressões de desejos inconscientes (532). Há vários tipos de

comportamento que geram os resfriados comuns: (1125, 1352); e são diversos os autores que

têm ilustrado com detalhes ocorrências desta ordem (43, 56. **311,** 317, 342, 531, 1356, 1592) e

que têm escrito ensaios referentes a condições "psicossomáticas" especiais, a de mencionarem

adiante.

Resumindo: Uma atitude pouco usual, que tem raiz em conflitos instintivos inconscientes,

gera certo comportamento, o qual, por sua vez, causa alterações somáticas dos tecidos. Estas

alterações não são psicogênicas direta-mente, mas o comportamento da pessoa, que iniciou as

alterações, este foi psicogênico; a atitude assumiu-se visando a aliviar a pressão interna; o

sintoma somático, que resultou da atitude, não foi procurado pela pessoa, nem consciente, nem

inconscientemente.

DISFUNÇÕES HORMONAIS E VEGETATIVAS

As três categorias de sintomas psicossomáticos, equivalentes de afetos expressões físicas

de bioquimismo transtornado e expressões físicas de atitudes inconscientes apresentam-se em

geral, sob forma combinada. É frequente os sintomas permanecerem limitados a certo órgão ou

sistema de órgãos, dependendo da escolha, antes de mais nada, de fatores físicos e

constitucionais; e também, de todos os outros fatores que, da mesma forma, determinam a

"facilitação somática" nos sintomas de conversão (ver págs. 214 e seg.). Entretanto, não se

pode descrever o sistema vegetativo-hormonal como se fosse, apenas, um dos vários sistemas

orgânicos: digestivo, respiratório, circulatório. Pelo contrário, a maior parte dos transtornos

funcionais que nestes sistemas ocorrem se criam por vias vegetativo-hormonais; e os sintomas

"consequentes a transtornos bioquímicos que ocorrem na pessoa insatisfeita" são

exclusivamente por esta forma determinados. Daí por que, quando introduzimos a rubrica "Dis-

funções Hormonais e Vegetativas" antes de discutir os vários sistemas orgânicos, apenas

pretendemos ocupar-nos com a influência das atitudes inconscientes sobre os hormônios e

clarificar uns tantos pontos que vez por outra se confundem.

As atitudes resultantes de conflitos instintivos inconscientes, influenciam, é claro, as

funções hormonais, desta forma produzindo sintomas somáticos secundários que não se

esperariam. O mesmo tipo de influência que certo desejo inconsciente tem sobre a produção do

suco gástrico, em casos de úlcera péptica (ver pág. 245), têm outros desejos sobre a produção

dos hormônios que regulam o metabolismo (cf. 189); por exemplo, uma identificação

psicogênica com o outro sexo.

Não há dúvida de que, nos distúrbios psíquicos femininos que antecedem ou

acompanham a menstruação, sempre desempenha certo papel um fator somático, a saber, as

alterações físicas que se produzem na fonte dos impulsos instintivos. De outro lado, porém, a

significação inconsciente da ideia de menstruação e a reação psíquica a esta significação

também podem alterar os fenómenos hormonais. Nos casos em que há transtornos, o

sentimento corporal pré-menstrual representa tensão, retenção (às vezes, gravidez), sujeira, pré-

geni-talidade, ódio; o fluxo menstrual, capaz de trazer relaxamento, sente-se como evacuação

(por vezes, nascimento), limpeza, genitalidade, amor, embora também represente, em certos

casos, perda do controle anal e uretral, sentimento edipiano, castração, frustração de desejos de

maternidade, humilhação.

Embora toda fixação pré-genital altere, necessariamente, o status hormonal, nem todos os

pacientes oralmente fixados se tornam quer obesos, quer magérrimos. É provável que isso

aconteça quando uma fixação oral coincida com certa constituição hormonal. Há muitos casos

de obesidade e de magreza extrema que se incluem nesta categoria.

Hilde Bruch, que tem tido grande experiência com crianças obesas (209, 211), declara

que a maioria dos casos não parecem ser primordialmente hormonais pela sua índole, mas, sim,

psicogênicos, isto é, resultantes de economia incorreta da energia, provisão alimentar excessiva

e descarga motora insuficiente. Psicanaliticamente, este erro da economia se deve a conflitos

psicogênicos primários ou a distúrbios desenvolvimentais. "A obesidade na infância representa

transtorno da personalidade, transtorno em que o tamanho corporal excessivo vem a

transformar-se no órgão expressivo de conflito" (210).

Descreveu Wulff uma neurose, que não é rara em mulheres e que se relaciona com a

histeria, a ciclotimia e a adição (1619); neurose que se caracteriza pela luta da pessoa contra a

sua sexualidade, esta tendo-se tornado, pOr uma repressão anterior, particularmente ávida e

insaciável; é sexualidade pré-genitalmente orientada, a satisfação sexual percebendo-se como

"refeição suja". Períodos de depressão, nos quais as pacientes se empanturram (ou bebem), se

sentem "gordas", "inchadas", "sujas", "desmazeladas", "grávidas" e deixam o ambiente também

desarrumado, alternam com períodos "bons", em que se mostram ascéticas, se sentem esbeltas e

se comportam normalmente, senão com certa vivacidade. O sentimento corporal, nos períodos

"gordos", verifica-se que constitui repetição do modo por que a menina pré-púbere se sentia

antes da primeira menstruação; as crises coincidem, de fato, muito comumente, com o período

pré-menstrual: O fluxo menstrual, em geral, traz um sentimento de alívio: "A sujeira que

engorda está escorrendo para fora; agora, estou novamente magra, hei de portar-me bem, hei de

não comer demais." Os sentimentos alternantes de feiura e beleza que se ligam a estes períodos

mostram terem também importância básica, na síndrome que descrevemos, os conflitos exi-

bicionistas. À análise, vê-se que o conteúdo inconsciente da síndrome é um conflito materno

pré-edipiano, o qual pode estar encoberto por um complexo edipiano sádico-oral. As pacientes

têm ódio inconsciente intenso contra a mãe e contra a feminilidade. Para elas. ser gorda quer

dizer, ganhar seios, ficar descontrolada, incontinente ou até grávida. A ânsia de comer visa,

inconscientemente, a incorporar alguma coisa que relaxe a desagradável tensão "feminina"

interna; comer quer dizer reincorporação de um objeto cuja perda terá feito a paciente sentir-se

esfomeada, constipada, castrada, feminina, gorda, isto é,a comida significa leite, pênis,

provisões narcísicas que abrandam angústias. O comportamento exibicionista significa

tendência a obrigar a receber estas provisões e medo de não obtê-las por causa da feialdade

repulsiva. A depressão significa que falha, recorrentemente, a tendência a recuperar a

estabilidade perdida, falha que ocorre por causa dos meios sádico-orais proibidos pelos quais se

tentou este restabelecimento. Os períodos de ascetismo, que pacificam o superego, realizam

relaxamento de grau mais intenso.

Há casos em que a neurose nada mais é do que uma espécie de adição à comida, cabendo

discuti-la, realmente, no capítulo a respeito das adições (ver pág. 354). Em outros casos, não

são apenas sentimentos corporais, mas alterações reais do corpo que dominam o quadro. Vêem-

se casos de obesidade, sobretudo de obesidade cíclica, que se ajustam, por sua estrutura, à

descrição de Wulff.

Numa paciente, que, de fato, perdia muito peso a cada menstruação, daí

resultando alívio repentino da tensão pré-menstrual insuportável as alterações pon-

derais se deviam, sobretudo, a alterações cíclicas do metabolismo hídrico. Quando

ela se sentia intimamente confusa, o metabolismo, na verdade, se transtornava. A

água desempenhava papel importante nas fantasias inconscientes desta moça. A

ligação materna pré-genital, ligação profunda e, bem assim, a inveja arcaica do pênis

eram auto-eroticamente determinadas; "castração", por causa de certas experiências

infantis, imaginava-se como se fosse "desenvolver hidrocefalia".

Em outro caso, as alterações periódicas do peso seguiam-se a verdadeiras

crises de empanturramento. A ânsia de comida era ânsia de livrar-se dosriscosda

feminilidade; de outro lado, porém, criava sentimento de culpa profundo pela sua

significação sádica oculta. A paciente sentia-se bem e "masculina" quando pas sadas

as regras conseguia ser ascética. Um caso e outro tinham irregularidad menstrual,

que os médicos diziam resultar "provavelmente de fatores psicogênicos".

DIGRESSÃO SOBRE A HIPER E **A HIPOSSEXUALIDADE**

Antes de discutir sistemas orgânicos especiais com relação aos transtoos psicossomáticos,

faremos digressão concernente à psicologia da hiper ela hipossexualidade, se bem que seja

problemática e até duvidosa a conexão têm com alterações das funções hormonais. De um

ponto de vista teórico, r-tamente, os casos desta ordem podem ter índole puramente orgânica,

rel-tando de distúrbio somático endócrino. Não se sabe muita coisa no tocania reações

neuróticas em casos assim.

Com muito mais frequência a hiper ou a hipossexualidade é apas aparente e resulta de

fatores psicogênicos.

É comum o diagnóstico de "hipossexualidade" seguir-se a confusão grosseira dos

conceitos de genitalidade e sexualidade. Ostensivamente deficiers em desejo sexual são aqueles

cuja libido não se realiza pelos canais genitais. Numa análise derradeira, todos os neuróticos

sofrem de transtorno da sexualidade, a qual, inconscientemente, tem significado infantil. A

quantidade e libido que se contém nos sintomas por eles apresentados ou que a represo priva de

descarga adequada está faltando no comportamento sexual vendeiro. A luta constante que o

neurótico trava com a sua sexualidade diminui-e a energia sexual disponível. Há casos em que

a quantidade subtraída é tão pequena que não impede a vida sexual do paciente de parecer,

superficialmen, sadia, não o impede de sentir-se subjetivamente satisfeito, do ponto de va

sexual. A grande maioria dos neuróticos, todavia, têm distúrbios sexuais grosseiros e

manifestos, distúrbios, que se exprimem na diminuição do interee sexual consciente. (Podem,

no entanto, exprimir-se também do modo ablutamente contrário: a sexualidade, privada da

saída natural, "sexualiza" tud) Assim, pois, a diminuição psicogênica da sexualidade não é

entidade clínica parte, mas, antes, fenômeno possível de ocorrerem todas as neuroses, a incluir-

se entre os estados de "inibição" (ver pág. 148).

A impressão de hipersexualidade pode resultar dos mesmos fatores e produzem

hipossexualidade. Privados de satisfação verdadeira, muitos sãos neuróticos que lutam sem

cessar (e sempre em vão) para descarregar pela -vidade genital a sexualidade que não

conseguem satisfazer, deste modo dao a impressão de serem genitalmente muito vigorosos

(555). Quando o neurótico se gaba do número de vezes seguidas que é capaz de executar o ato

sexual, o na necessidade de análise muito profunda para perceber que o mais aparee disfarça

um *menos* verdadeiro. As pessoas normais perdem o desejo quan satisfeitas, ao passo que o

neurótico sofre da incapacidade de satisfazer-se, é "orgasticamente" impotente (1270); daí

tentar realizar a satisfação pela repetição persistente do ato sexual. A incapacidade de obter

relaxamento que gratifica também explica por que é que quase todas as pessoas "hipersexuaís"

são ta-oem neurastênicos crónicos; a quantidade de libido que não encontra saídaa atividade

genital gera inquietação, transtorno da capacidade de trabalho e. A incapacidade de conseguir

prazer final autêntico induz muitos neurótiis a enfatizar os mecanismos do pré-prazer, o que não

é de atribuir-se a avidez de prazer perpétuo (1220). mas. sim, à insuficiência da função

orgástica. (Habitualmente a insistência excessiva no pré-prazer é determinada por fixação

erótica-anal visto que o prazer devido à tensão se experimenta com agudeza máxima na

retenção anal.)

O que dissemos até aqui é correto para todos os neuróticos, mas deve haverum fator a

mais que determine a índole daqueles casos em que a "hiper-sexualidade" é tão pronunciada

que domina o quadro clínico.

O comportamento de Don Juan (1251) deve-se, sem dúvida, ao seu complexo de Édipo.

Don Juan procurando a mãe em todas as mulheres e não conseguindo encontrá-la (572). No

entanto, a análise dos tipos desta ordem mostra que lhes é de índole particular o complexo de

Édipo: dominado pelo objetivo pré-genital da incorporação, impregnado de necessidades

narcísicas, matizado de impulsos sádicos. Em outros termos, o esforço pela satisfação sexual

ainda se condensa com o desejo de ganhar provisões narcísicas a fim de manter a auto-estima.

Há propensão a desenvolver reações sádicas, se não for de logo satisfeita esta necessidade.

Deve-se à índole arcaica do complexo edipiano típico de Don Juan o fato de ele

interessar-se tão pouco pela personalidade dos seus objetos. Don Juan ainda não saiu dos pré-

estádios arcaicos do amor. As atividades sexuais que desenvolve destinam-se, primordialmente,

a contradizer um sentimento íntimo de inferioridade mediante a prova dos "sucessos" eróticos.

Conquistada uma mulher, ele deixa de interessar-se por ela; primeiro, porque ela também não

conseguiu produzir o relaxamento almejado; segundo, porque a necessidade narcísica de Don

Juan exige que ele prove a sua capacidade de excitar mulheres; sabendo que consegue excitar

uma mulher específica, surgem dúvidas quanto as outras mulheres que ainda não experimentou.

Toda sorte de inclinações perversas pode dar origem a quadros clínicos parecidos. Um

homossexual inconsciente, por exemplo, pode excitar-se pelo contato sexual com mulheres,

mas não satisfazer-se; daí procurar em vão satisfação em atividade sexual cada vez maior.

Os sonhos com polução após relações sexuais revelam que o contato foi ex-

citante, mas não satisfatório; demonstram impotência orgástica; a análise dos sonhos

deste tipo leva a que se compreendam os fatores supramencionados.

De modo geral, a atividade sexual exagerada é uma "obsessão", como qualquer outra

atividade que se exagere; quer dizer, é um derivado, tentativa malograda de usar o aparelho

genital para descarregai alguma necessidade não-genital. rejeitada e represada.

De fato, um comportamento sexual aparente encobre, em certos casos, a ânsia

de poder ou prestígio (verpágs. 478 e segs.), mas a ânsia exagerada neste sentido, em

pessoas assim, tem uma história que retrocede à sexualidade infantil. Precisa-se de

poder e prestígio como de defesas contra certa ansiedade, que veio a ligar-se a

desejos sexuais infantis.

A ninfomania, pseudo-hipersexualidade feminina, baseia-se na estrutura psicológica

análoga. Uma anamnese superficial mostra, muitas vezes, que as ninfomaníacas ou são

inteiramente frígidas, ou, quando menos, não têm orgasmo constantemente ou com facilidade.

O fato do contato sexual poder excitá-las, mas não satisfazer, cria o desejo de forçar a

satisfação inatingível mediante tentativas renovadas *e* crescentes; ou mediante experiências

com homens diversos, ou em condições diferentes. Tal qual acontece com o Don Juan

masculino, mostra a análise que este estado depende de atitude narcísica nítida de

necessidade de provisões narcísicas, de medo intenso da perda de amor, além de coloração pré-

genital e sádica, coloração que corresponde aos traços descritos, da sexualidade total. A atitude

para com o objeto é tipicamente ambivalente porque, consciente ou inconscientemente, se

acredita seja ele responsável pelo malogro da satisfação. A atitude sádica manifesta-se na

tentativa de coagir o parceiro, pela violência, a "dar" satisfação sexual completa e, daí, res-

tabelecer a auto-estima. Tudo isso pode associar-se ao tipo de vingança do complexo de

castração feminino (20). O que por forma tão intensa se deseja combina-se, intimamente, à

inveja do pênis, de modo que a paixão ninfo-maníaca visa, em muitos casos, a realizar a

fantasia desiderativa de privar o homem do seu pênis. A maneira pela qual este pênis se

incorpora na fantasia indica que o desejo ostensivamente genital e incessante é pseudo-genital

e, fundamentalmente, de índole oral. A análise revela experiências infantis precoces na esfera

do relacionamento materno pré-edipiano, o que, desde o início, deu ao complexo de Édipo

posterior um cunho oral, exigente (421). Em condições normais, transferindo-se a

excitabilidade sexual do clitóris para a vagina, novamente se mobiliza a orientação oral

anterior. Este processo afeta em demasia as ninfomaníacas, de modo que a vagina lhes

significa, inconscientemente, uma boca. Também neste caso, tal qual no caso da

hipersexualidade masculina, podem apresentar-se sintomas semelhantes, resultantes de outras

inclinações perversas inconscientes.

Nem todos os homens e mulheres hipersexuais são capazes de ação aloplástica. Quando

têm mais inibições, a masturbação excessiva substitui o exagero do contato sexual. Aquela

representa tentativa de encontrar descarga genital para tensões não genitais, tentativa que não

logra êxito (ver pág. 357).

TRATO GASTRINTESTINAL

Bom exemplo de transtorno psicossomático que a psicanálise interpreta como resultado

físico de uma atitude inconsciente é a úlcera péptica, tal qual a vê o trabalho de pesquisa feito

pelo Chicago Psychoarialytic Institute (43, 758, 1031).

As pessoas que têm atitude exigente receptivo-oral, cronicamente frustada, e que a

reprimiram, manifestando com frequência comportamento muito ativo do tipo da formação

reativa, mostram, inconscientemente, "fome de amor permanente; para ser mais exato, pode-se

até dizer que "têm fome das provisões narcísicas necessárias", a palavra "fome" sendo de

empregar-se, neste contexto, literalmente. Esta fome permanente faz que procedam como

Procede quem está realmente esfomeado. A mucosa gástrica começa a secretar, do mesmo

modo que no caso de quem está esperando comida, sem que esta secreção tenha qualquer outra

significação psíquica específica. A hipersecreção crônica é a causa imediata da úlcera; e esta é

a consequência fisiológica incidental de uma atitude psicogênica; não é satisfação disfarçada de

instinto reprimido.

Pode-se questionar a validez desta etiologia para todos os casos de úlcera. É possível que

as alterações funcionais resultante em certos casos, do erotismo oral reprimido, se originem, em

outras situações, de causas puramente somáticas É fácil compreender que uma colite resulte de

impulsos anais inconscientes, continuamente atuantes, do mesmo modo que a secreção do suco

gástrico é produzida por exigências orais inconscientes. Colite desta ordem é conseqüência da

pressão eliminativa e retentiva que cronicamente atua sobre o organismo, assim como uma

úlcera pode seguir-se a pressão receptiva crónica. O próprio conflito entre tendências

eliminativas e retentivas pode determinar-se de várias formas: representa simples conflito entre

a excitação sexual (anal) e o medo; ou representam as fezes objetos introjetados que a pessoa

quer tanto conservar quanto eliminar (67. 305, 306, 1034, 1165, 1589).

As crianças que gostam de prolongara defecação (pelo prazer da retenção, ou pelo medo)

vêm a desenvolver, mais tarde, constipação; a retenção, voluntária de início, tornou-se sintoma

psicossomático (555). A persistência de uma constipação tem de influenciar a musculatura lisa

do trato intestinal. Um cólon espástico, ou seja, a propensão a reagir a vários estímulos com

constipação, ou diarreia, ou uma coisa e outra, tanto pode ser equivalente da ansiedade quanto

sinal de que o paciente se fixou na fase anal do seu desenvolvimento libidinal. Seja qual for o

estímulo que tenha iniciado a excitação, a execução é intestinal. Também pode ser sintoma de

agressividade permanente e reprimida; às vezes, vingança de frustrações orais (104. 110, 302).

Assim, pois, em estrato mais profundo, a diarreia exprimirá generosidade ou disposição para o

sacrifício; ou refletirá fantasias que dizem respeito a objetos internalizados.

Na neurastenia, a constipação é um dos sintomas característicos, consequente ao fato de

que a "retenção", caracteriza o estado de represamento, básico da neurastenia (1268, 1381).

Também entre os sintomas psicossomáticos, se vêem com frequência sintomas de retenção.Os

sintomas psicossomáticos são também, contudo, "descargas de emergência". Uns tantos são

compromissos entre retenção e eliminação; há casos de colite espástica em que a constipação e

a diarreia alternam. Certos tipos de defecação patológica revelam angústia de castração,

deslocada para a esfera anal.

Alexander partiu da relação entre a úlcera e a colite para sugerir a ideia de que seria

possível compreenderem sua índole específica as neuroses em geral e os transtornos

psicossomáticos em particular medindo a participação relativa das três direções básicas

segundo as quais atuam as tendências do organismo para o mundo exterior; recepção,

eliminação, retenção. Chamou análise vetorial (44) a investigação da participação relativa

destes três fatores em determinado fenómeno. O seu ponto de vista é útil, por exemplo, quando

se estuda a etiologia diferencial de úlcera e colite; mas também tem desvantagens que mais

adiante se discutirão (ver pág. 488).

SISTEMA MUSCULAR

Os efeitos físicos do estado de represamento emocional refletem-se facilmente no sistema

muscular. Em geral, as defesas patológicas visam a obstara motilidade dos impulsos rejeitados

(obstar que cheguem à consciência nada mais é do que maneira de realizar isso), de modo que

as defesas desta ordem sempre significam bloqueio de certos movimentos. Esta inibição motora

significa enfraquecimento parcial do controle voluntário da motilidade.de modo que a luta da

defesa se reflete em transtornos funcionais do sistema muscular voluntário. A existência de

transtornos assim contradiz a idéia de Alexander de que todos os distúrbios das funções

musculares são conversões, erfuanto os transtornos das funções vegetativas seriam

psicossomáticos (48, 56). Quando as pessoas que têm espasmos musculares localizados ou

generalados, que lhes impedem a motilidade, tentam relaxar os músculos espásticos ou não o

conseguem totalmente, ou entram em estados emocionais, contorne acontece com os pacientes

submetidos a tratamento psicocatártico nos momentos em que os pensamentos se vão

aproximando dos seus complexos. Daí se vê que o espasmo foi o meio por que manter a

repressão de certo material; e ambém é o que demonstra a observação do paciente durante uma

luta *aguda* :ontra a repressão. O paciente psicanalisado que já não consegue evitar o

reconhecimento de que certa interpretação é correta, mas tenta evitá-lo, apresentacom

freqüência contratura de todos os músculos? ou de alguns deles. É como e quisesse con-

trabalançar com uma pressão muscular externa a pressão inferia dos impulsos reprimidos que

procuram descarga motora.

Uma paciente que achava difícil falar na análise mostrou-se, de início,

inteiramente impossibilitada de dizer fosse o que fosse. Ficava visivelmente espástica

sempre que tentava falar, tensos os músculos, os punhos cerrados. A incapacidade de

falar ela a experimentava fisicamente; sentia-se contraída, prinipalmente no tórax e

nos membros; não conseguia "descarregar" coisa alguma; passada umai hora de

silêncio, sentia-se exausta como se tivesse feito exercício físico violento. Quando

voltava a conseguir falar, tinha impressão de relaxamento súbito. "Não sei dizer-lhe

quanto isto é físico", costumava contar. Característico era o fato de descrever os

espasmos como se se localizassem abaixo das últimas costas (espasmo do diafragma).

Ferenczi observou que muitos pacientes, em particular quaido mostram

resistência, exibem "tensão exagerada de todos os membros, o que pode vir a dar em

rigidez catatônica quando trocam cumprimentos ou se despelem, isso não implicando

necessariamente em esquizofrenia. Progredindo a análise, as tensões físicas

desaparecem, às vezes, com a solução das tensões psíquicas" (505).

Nem sempre é hipertônica a expressão muscular dos confitos instintivos. As atitudes

musculares hipotônicas (frouxidão) também bloqueiam ou obstam a presteza muscular. Há

casos em que alternam fases hiper e hipotônicas, de modo que melhor é chamar a síndrome

toda "distonia" psicogênica (410).

Não são proporcionais entre si necessariamente a distonia e a intensidade da repressão.

Não são só o fato de se exprimirem em alterações da função muscular e da extensão que os

conflitos psíquicos se exprimem e que diferem muito de um indivíduo para outro; o mesmo se

dá quanto ao tipo e à localização destas alterações. De uma pessoa para outra há diferença

quanto ao acomemento dos músculos estriados ou lisos (ou de uns e outros) pela distonia,

talvez por força de influências tanto constitucionais quanto ambientais (dos primeiros anos de

vida); diferença que é decisiva para a história psicossomática ulterior. A localização dos

sintomas depende tanto de fatores fisiológicos quanto de fatores psicológicos, um deles sendo

fácil de reconhecer-é a especificidade do mecanismo de defesa usado. No caso dos neuróticos

obsessivos, o mecanismo de deslocamento de espasmos dos esfíncteres há de desempenhar

papel mais importante; nos histéricos será o bloqueio das percepções internas que predominará.

Terá a investigação de mostrar em que casos e em que condições a defesa e as disfunções

musculares se desenvolvem paralelas e em que condições divergem de modo considerável.

Podendo apresentar-se sob o aspecto de equivalentes da ansiedade, os espasmos que

paralisam os músculos estriados são um dos sinais-físicos da ansiedade.

Certa paciente relatou que o professor de ginástica costumava chamar-lhe a

atenção para o estado de tensão, de rigidez extrema, dos seus músculos cervicais. As

tentativas que empreendia para relaxar não faziam mais do que aumentar-lhe a

tensão, a que se seguiam náuseas. A análise revelou que, criança, tinha visto torcerem

o pescoço de um pombo, depois do que observara a avezinha a bater as asas durante

algum tempo. Esta experiência dera forma duradoura ao seu complexo de castração;

tinha medo de ser decapitada, o que também se manifestava noutros sintomas,

modalidades comportarpentais, gostos e inclinações.

Há pessoas nas quais o comportamento distônico exprime tendência retentiva anal (505).

Não é só o medo; também outros afetos, em particular o *rancor* e a *raiva* contida, podem

exprimir-se fisicamente sob a forma de espasmo muscular.

O fato dos impulsos sexuais basicamente condicionarem distonias comprova-se, muitas

vezes, pela observação de que o espasmo mais severo é o dos músculos da bacia. A

libidinização auto-erótica original do sistema muscular pode ser revivida regressivamente. E tal

qual a repressão representa luta dinâmica entre impulso e contracatexia, assim também a

distonia constitui luta entre impulso motor e tendência ao bloqueio do movimento pretendido.

Parece decisiva a distonia psicogênica em certos estados ginecológicos psicossomáticos,

nos quais uma hipotonia dos músculos pélvicos tem, às vezes, consequências desfavoráveis a

que, como tais, que inconscientemente não foram assim procurados (27, 359, 902, 1128, 1139a,

1144, 1306). Também pode a flistonia psicogênica ser o fator etiológico decisivo de certos

estados como o torcicolo (268, 270, 1576).

Muito interessante: há coordenação, principalmente entre estes distúrbios das funções

musculares e aqueles da sensibilidade interna e do sentimento corporal. Restabelece-se a

normalidade das funções musculares quando se possibilita o restabelecimento da percepção das

sensações corporais rejeitadas. De fato, os transtornos histéricos e a frigidez geral são

acompanhados de fenómenos distônicos (410).

Certa paciente com fortes inclinações exibicionistas, supercompensadas por

excessivo recato, teve de submeter-se a exame ginecológico. Batalhou algum tempo,

com medo de não sobreviver a semelhante provação. Exatamente quando o exame

estava para fazer-se, algo estranho sucedeu; de repente, perdeu com-pletamente o

sentimento do próprio corpo, cuja parte inferior lhe ficou "alheia", já não lhe

pertencendo, situação esta na qual se deixou examinar.

Com outra paciente demonstrou-se a relação entre espasmo e alienação. A certa

altura da análise, quando esta lhe mobilizara a angústia de castração, que se ligava à

masturbação infantil, precisou fazer uma operação que exigia anestesia. Despertou

com sensação de "rigidez" nos braços e, do mesmo passo, sentiu que estes não lhe

pertenciam. Este estado repetiu-se várias vezes à análise nas ocasiões em que as

associações que ela fazia tocavam no tema da masturbação infantil.

Entrelaçam-se

estreitamente,

pois,

as

disfunções

psicossomáticas

disfunções

correspondentes das sensações musculares (1311).

A existência de distonia psicogênica tem servido de ponto de partida a várias

formas de terapia das neuroses que recorrem ao "relaxamento" (334, 839, 1280, 1410).

Em geral, porém, não se consegue relaxamento enquanto existem conflitos defensivos

que o impedem; há vezes em que se confunde relaxamento com hipotonia; ou consegue-

se uma cisão entre o estado psíquico e a sua expressão física, de modo que ocorre

modificação da atitude muscular sem alteração correspondente da dinâmica psíquica.

Ao que parece, no entanto, há casos em que o psicoterapeuta pode evocar, por uma

espécie de "sedução" a que se relaxe, uma mobilização autêntica dos conflitos

psíquicos, mobilização que se reflete no estado muscular; por esta forma justifica-se o

uso de exercícios de relaxamento como processo ou meio coadjuvante do tratamento

catártico (verpág. 514).

O uso inadequado contínuo dos músculos em espasmos "neuróticos" produz,

necessariamente, efeito fatigante. E, de fato, o cansaço característico de todos os estados

neurótico-atuais talvez resulte da inervação "distônica" dos músculos; cansaço que mais se

acentua nos casos de inibição da agressividade; é frequente a possibilidade de considerá-lo

equivalente da depressão.

Não se tem dado muita atenção às mialgias psicogênicas**,** as quais, às vezes, são sintomas

de conversão desenvolvidos em toda. plenitude; noutros casos, porém, as dores parecem ser

distônicas. É o que talvez se possa dizer de certos tipos de lombalgia inferior.

As doenças *reumáticas,* cujos sintomas, decerto, não se limitam ao sistema muscular,

parecem também sofrer a influência de componentes distônicos; quando menos, de

predisposições psicogênicas. Dunbar distingue dois tipos: um é mais "extrovertido" e

traumatofílico, tendendo para os acometimentos articulares; o outro, mais "introvertido", é

ambivalente, oscilando entre atividade e passividade, com tendência para os acometimentos

cardíacos (343).

Não é muito o que se sabe quanto ao papel que desempenham os fatores psicogênicos na

etiologia de certos tipos de *artrite* (1087, 1214, 1534). Há indícios de que, em personalidades

com predisposição somática, a tendência inconsciente permanente a conter movimentos pode

dar tanto em espasmos musculares quanto em alterações inespecíficas dos tecidos articulares.

Um caso de artrite do tipo de Bechterew caracterizava-se pelo papel

importantíssimo que, durante a infância, havia tido o prazer dos movimentos (e do

exibicionismo). A menina esperara vir a ser dançarina, cuja beleza encantaria os

auditórios. A crítica do pai desfez estas fantasias e levou-a a pensar que era rejeitada

devido à falta de pênis. A partir daí, sentiu que não poderia dançar e desenvolveu

agressividade reativa intensa, que a atemorizou e que procurou super-compensar.

Para ela, a artrite, iniciada daí a muitos anos, significava castigo e proibição final da

ambição coreográfica, do exibicionismo e das tendências castradoras reativas que

sentia. O significado destes fatores na etiologia da artrite não foi descoberto.

APARELHO RESPIRATÓRIO

Tal qual outras funções musculares, a respiração tem suas distonias carac-ísticas As

variações do ritmo respiratório (sobretudo, as paradas transitórias da respiração) mais a

participação variável e irregular de partes individuais do tórax no ato respiratório são as formas

pelas quais pequenas, contínuas alterações psicológicas influenciam este processo (50, 54,

515). São fenómenos nue de forma particular se fazem evidentes quando se inicia ato ou

movimento novo e quando de qualquer modo se altera a direção da atenção (807, 1519, 1539).

Pela conexão íntima entre a angústia e a respiração, é provável exprimam estas variações

constantes da função respiratória graus ligeiros de angústia. Podemos considerar sinal de

angústia de baix-a intensidade "a distonia respiratória "normal": é como se o ego estivesse

testando com cuidado o caminho, sempre que coisa nova se percebe, sempre que novo ato se

pratica, sempre que a atenção se redirige — por assim dizer, como se o ego quisesse saber se

deve ou não ter medo.

O "sinal de angústia" é grau mais baixo de "angústia traumática". É claro que alterações

grosseiras da função respiratória também desempenham papel essencial nas crises intensas de

angústia, podendo vir a ser usadas como equivalentes de angústia. A compreensão do papel que

têm as sensações respiratórias na angústia, de modo geral, explica o fato de que toda angústia,

até certo ponto, se sinta como uma espécie de sufocação (741). Logo, a angústia neurótica que

se manifesta em sintomas respiratórios não é, necessariamente, sinal de que os impulsos

rejeitados digam respeito ao erotismo respiratório. O contrário, sim. é que é certo,

provavelmente: a respiração é capaz de ganhar qualidade erótica só depois e porque a angústia

se haja ligado à excitação sexual.

Acontece um temor manifesto de sufocação encobrir ideia reprimida de cas-

tração. Certo paciente imaginava pudesse o analista cortar-lhe com uma tesoura o

suprimento de ar, o qual. na sua fantasia, estaria arrumado como o de um mer-

gulhador; cortado pelo analista, ele sufocaria. Era uma fantasia que encobria a an-

gústia de que a tesoura lhe cortasse o pênis. A conexão entre as ideias de castração e

a asfixia era o medo de sufocar-se enquanto dormia debaixo de um cobertor, medo

que fora avultado durante o período de latência. Debaixo do cobertor é que

costumava entreter-se com fantasias masturbatórias.

Entretanto, a função respiratória também pode ser "sexualizada". Na infância, cheirar e

fungar tanto se ligam a chupar, sugar (1184) quanto são por si mesmos fonte de prazer erógeno:

este prazer mais os conflitos infantis que lhe giram em torno podem ser remobilizàdos numa

neurose ulterior. A inalação e a expulsão de ar podem simbolizar "incorporação" e "projeção

daquilo que se incorporou". No pensamento primitivo, o aparelho respiratório vem a constituir

a sede de objetos incorporados, do mesmo modo que o aparelho digestivo. Os povos primitivos,

os psicóticos e as crianças sentem que, quando respiram, estão inalando do mundo exterior

alguma substância e alguma substância a este devolvendo. É invisível a substância incorporada;

por conseguinte, serve para portar idéias mágicas, o que se reflete nas equiparações de vida e

alma a respiração (1320). Respirar presta-se a uso mágico também pelo fato de ser função

vegetativa que se pode regular e influenciar voluntariamente. Inalar o mesmo ar que outra

pessoa significa estar-lhe unida, ao passo, que exalar quer dizer separação. A "mtrojeção

respiratória" liga-se de perto à ideia de "inalar odores", isto é ao erotismo anal de um lado: de

outro, a ideia de identificação com pessoas mortas ("inalar a alma") (420).

Na asma brônquica, é em particular um anseio passivo-receptivo pela mãe que se exprime

em alterações patológicas ca função respiratória (531, 535, 1190, 1563, 1615). O ataque de

asma é, aites de mais nada, equivalente da angústia. É um brado de socorro qu« para a mãe se

dirige, a mãe que o paciente tenta introjetar pela respiração, a firrrde estar permanentemente

protegido. A incorporação a que assim se visa e, lem asBim, o perigo instintivo contra o qual

ela se dirige são de índole tbicamcnte prg-genital e, principalmente, anal; aliás, toda a

personalidade do pa:iente asmátfco típico mostra traços pré-genitais; o complexo de Édipo dos

asmáticos tem caráter tipicamente pré-genital. É freqüênte a introjeção fantasiar-se como

lealizada, havendo, então, conflitos entre o ego do paciente e o seu aparelho respiratório. que

representa um objeto introjetado. Acrescente-se que, na asma, também desempenham papel

fatores puramente somáticos (alérgios) (1355. 1509) e conversões plenas (de índole pré-genital)

(ver págs.301 e segs.).

Frenche.Alexander, depois de estidarempormenorizadamente, sob o ponto de

vista psicanalítico, a asma brônqufca (539, sumarizam os resultados a que chegaram

da seguinte maneira, que se ajusta penamente à descrição acima: "...primeiro, que o

ataque de asma é reação ao perígo de separação da mãe; segundo, que o ataque é

uma espécie de equivilente a um brado inibido e reprimido de ansiedade ou de raiva;

terceiro, que as noites do perigo de perder a mãe se devem a certas tentações a que o

paciente se acha exposto". A tarefa de "controlar o medo de ser deixado só domina a

vida inteira do pacienie" (318)

Já se disse que os resfriados comins sãc, muitas vezes, resultado ininten-cional de padrões

comportamentais neirótico; diversos (1125, 1352, 1590). É fácil explicar por que razão as

próprias pessoas que têm medo de resfriar-se freqüentemente se resfriam. O medo, nelas,

exprime a percepção de que têm tendência a resfriar-se; pela volta do máerial rjprimido, as

tentativas que fazem para não resfriar-se as dirigem, paradcxalmeite, para situações que as

fazem suscetíveis.

Os vários tipos de "tosse nervosa" podem assim classificar-se (443): (1) A tosse

de origem orgânica pode produzir tanstorros da economia psíquica; o ajustamento do

paciente ao sintoma falha nosentidcde uma "patoneurose". (2) Uma tosse de origem

orgânica pode servir, secundariamente, para o fim de descarregar impulsos

reprimidos; em particular, parajxprimr conflitos relacionados com a incorporação.

(3) A tosss nervosa é, às veses, sinoma de conversão: identificação histérica com uma

pessoa que tosse (55) ou, através de recordações de tosses infantis orgânicas,

expressão de conflitos instintivos dos primeiros anos (1591). (4) Há tosses nervosas

que têm a índole de tiques, representando substitutos e equivalentes de

constrangimento ou hostilidaie. (5) A tosse nervosa pode ser sintoma psicossomático,

resultante de resfriado inluzido por certo comportamento psico-gênico.

CORAÇÃO E APARELHO CIRCULATÓRIO

Tanto a raiva e a excitação sexualquanto a ansiedade se manifestam, fisiologicamente, em

alterações circulatóràs funconais. Considera-se o coração o órgão do amor: bate rápido na raiva

e no medo, dá a impressão de pesado quando a pessoa está triste. A própria essência dos

componentes físicos das síndromes afetivas representa-se em reações vagotônicas e

simpaticotônicas, componentes que sempre podem servir de equivalentes de afetos, quando a

pessoa rejeita a percepção das suas emoções. Toda sorte de "emoção inconsciente" pode

exprimir-se em aceleramento do pulso.

Há, contudo, personalidades que parecem ser em particular predispostas ao

desenvolvimento deste tipo, exatamente, de expressão; personalidades que não são, em

absoluto, idênticas às que têm o coração somaticamente lesado. O "coração nervoso" tem, em

muitos casos, objetivamente, a máxima resistência: e a "facilitação somática" do coração

nervoso parece residir não no coração, e sim no sistema nervoso vegetativo e respectivos

sistemas de controle químicos e centrais (71).

O conteúdo dos conflitos mais importantes também parece, todavia, ser característico

destas personalidades. A excitação sexual, certamente, pode. vez por outra, disfarçar-se em

palpitações, mas a irritabilidade crónica do coração e do aparelho circulatório é, mais

tipicamente, conseqüência de agressividade inconsciente e medo de retaliação da mesma. É

característico o fato de estes pacientes sofrerem do ódio inibido contra o pai do mesmo sexo e,

ao mesmo tempo, medo de perder o amor dele ou dela, no caso de o ódio francamente

exprimir-se. O medo de abandono, que vem de experiências infantis, toma a forma de medo da

morte. É muito comum avultar a identificação com um doente cardíaco que vive no mesmo

ambiente (em particular, se o paciente houver desejado a morte deste indivíduo e, então, recear

a retaliação). Em muitos casos, os ataques são precipitados por fatos que exigem competição

com o pai do mesmo sexo; o paciente tenta, então, inconscientemente, fugir para uma atitude de

dependência passiva (344, 1129, 1150, 1608). São estes, ao que parece, os conflitos

inconscientes típicos nos casos que se denominam síndrome de esforço (342, 1572).

Um paciente com sintomas cardíacos não só se identificara, em geral, com o pai, cardiopata, como, inconscientemente, o introjetara e, daí, equiparara o seu coração ao dele (ver págs. 206 e seg.).

Tem-se demonstrado haver extrassístoles que são reações imediatas a fatos que estimulam conflitos reprimidos (728), mas é claro que nem todas as extrassístoles têm precipitador psíquico assim tangível.

Deutsch e Kauf (312) estudaram as vias psicológicas do sistema nervoso e do controle bioquímico pelas quais os fatores psicogênicos são capazes de influenciar as funções circulatórias.

Correspondência parece existir entre o fato das pessoas que bloqueiam inteiramente a descarga externa das suas emoções serem mais predispostas à reação dentro do aparelho circulatório e o fato fisiológico do aparelho circulatório, em oposição aos tratos digestivo e respiratório, ser fechado e sem capacidade de ingestão ou descarga.

As reações vasomotoras gerais — enrubescimento, empalidecimento, desmaio, tonteiras — são muito comuns nas neuroses, o que se deve ao fato de que as expressões vasomotoras são as que mais avultam nas manifestações físicas de odos os afetos; e de que as reações vasomotoras são canais fáceis para descargas de emergência sempre que se bloqueia a descarga muscular.

As alterações vasomotoras, provavelmente associadas a certos fenómenos musculares

distônicos, também são a causa de quase todas as cefaléias nervosas. A fisiologia destas ainda

apresenta muitos problemas sem solução; sob o ponto de vista psicológico, pode-se afirmar que

se hão de distinguir umas das outras as cefaléias neurótico-atuais, que exprimem estado de

tensão interna, as cefaléias psicossomáticas, resultantes de comportamento mais específico,

consequente a conflito inconsciente (por exemplo, tensões musculares específicas durante o

sono) e as cefaléias de conversão (que exprimem, por exemplo, fantasias de gravidez).

A investigação de pacientes que sofrem de enxaqueca mostra que eles são de

classificar-se como "personalidades neuróticas", emocionalmente muito instáveis

(1544). Amedrontam-se ou deprimem-se com facilidade, estão sempre dispostas a

aceitar censuras, têm inibições sexuais e, em muitos casos, apego intenso aos pais.

Enfatizam os autores que os pacientes dão impressão de estar sempre lutando contra

uma hostilidade inconsciente (972). Fromm-Reichmann (656) acha que o sintoma se

produz quando uma tendência hostil inconsciente visa, em particular, à destruição da

inteligência de um objeto ("castração mental") e os sentimentos de culpa voltam esta

tendência, pelo contráirio, contra a cabeça do indivíduo.

As "neuroses vegetativas" severas;, quais sejam o edema de Quincke ou a doença de

Raynaud, ainda não foram investigadas sob o ponto de vista psica-nalítico relativamente aos

respectivos componentes psicogênicos possíveis.

PRESSÃO SANGÜÍNEA

Mesmo nos casos em que ainda não se conhecem as vias fisiológicas exatas pelas quais

um sintoma psicossomático realmente se produz, é possível ver onde está a atitude psicogênica

subjacente. Exemplo: a *hipertensão essencial,* tema de investigação psicanalítica muito recente

(51. 52, 783, 1134, 1353, 1413 1571. 1572). Caracterizam-se os casos de hipertensão essencial

por extrema tensão instintiva inconsciente, inclinação geral para a agressividade e, bem assim,

desejo passivo-receptivo de eliminiar esta última. Tanto uma quanto outra tendência são

inconscientes e mostram-se em pessoas que, à superfície, parecem muito calmas, pessoas que

não dlão saída aos seus impulsos. A tensão interna não realizada parece ser, pelo memos, um

dos componentes etiqlógicos da hipertensão essencial, atuando por influências hormonais,

resultantes de conflitos inconscientes, através da vasomotricidade e dos rins: à investigação

fisiológica futura caberá mostrar com exatidão por que maneiras. A mais freqüênte incidência

da hipertensão essencial no homem moderno deve ligar-se à situação psíquica dos indivíduos

que, depois de aprender que a agressividade é má, têm de viver num mundo em que se exige

quantidade enorme dela.

PELE

Razões fisiológicas fazem as mainifestações cutâneas exprimirem, em muitos casos,

irritações do sistema enedócrino-vegetativo. esta conexão explicando a tendência que tem a

pele de vir a constituir a sede de descargas de emergência em estados de tensão nerveosa. O

simples sintoma da sudação nersa mais o sintoma da dermografia exemplificam a irritabilidade

vegetativa ral da pele em resposta a estímulos emocionais (conscientes e inconscientes) São

sintomas que podem apresentar-se cronicamente, assinalando o estado de tensão interna do

paciente, ou de maneira temporária, durante certas neuroses atuais- ou ainda, elaboram-se em

sintomas de conversão (676, 1151, 1199) 1387 1507. 1510). Sem dúvida, a irritabilidade

cutânea reflete instabilidade vasomotora; e um dermatologista que se especializou no estudo da

psicologia das dermatoses, Barinbaum, colocou o problema da seguinte forma: "Seria bom

saber de que forma a excitação de uma economia libidinal transtornada influencia os vasos

cutâneos, visto que a função e o estado da pele dependem ao mais alto grau dos seus vasos"

(86).

A tendência da pele a sofrer a influência de reações vasomotoras, estas, por sua vez,

sendo evocadas por impulsos inconscientes, há de ser compreendida sob o aspecto das suas

funções fisiológicas gerais. Tem importância geral quatro características da pele como

revestimento externo do organismo, representando a fronteira entre este e o mundo exterior.

1. Á pele. estrato de cobertura, tem, antes de mais nada, função protetora geral: examina

os estímulos que chegam e, em caso de necessidade, embota-os ou até rejeita-os. Para o fim de

aplicar as mesmas medidas protetoras contra estímulos internos, o organismo tende, em geral, a

tratar os estímulos internos importunos como se fossem externos (605): tendência que também

sé vê nos impulsos reprimidos que procuram descarga. Do mesmo modo que os músculos

ficam rígidos inespecificamente na luta com os impulsos reprimidos, as funções vasomotoras

da pele também servem de "armadura". Terá a fisiologia de explicar de que maneira as

alterações vasomotoras resultam em irrupção das dermatoses.

2. A pele é zona erógena importante; se o impulso a usá-la como tal for reprimido, as

tendências recorrentes à estimulação cutânea e contra esta encontrarão expressão somática em

alterações cutâneas.

Não se limita a erogeneidade cutânea a estímulos tácteis. As sensações ligadas

à temperatura são fonte de prazer erógeno, este constituindo componente importante

da sexualidade infantil. O desprazer do frio e o prazer do reaquecimen-to, por sua

vez. são tão antigos quanto o desprazer da fome e o prazer da comida. E. realmente, o

erotismo oral e térmico aparecem constantemente juntos. Por conseguinte, as

provisões narcísicas de que precisam com urgência as pessoas que têm fixações orais

são sentidos tanto como alimento quanto como calor.

Além dos estímulos tácteis e térmicos, também a dor pode ser fonte de prazer

cutâneo erógeno. Nos casos em que o objetivo sexual de ser batido é supremo, este

prazer veio a representar a sexualidade total do indivíduo (ver págs. 335 e seg.). Na

realidade, os conflitos sadomasoquísticos constituem com freqüência a base in-

consciente das dermatoses.

Tem-se alvitado que as irrupções de psoríase, em particular, representam às

vezes, impulsos sádicos que se voltam contra o ego (381, 1240). Não parece, todavia,

provável que a psoríase tenha a índole de sintoma de conversão. As forças

psicogênicas talvez sejam, isso sim, um dos fatores determinantes; e talvez certos

desejos sádicos, quando não descarregados, influenciem a pele através de alterações

bioquímicas e nervosas.

3. A pele, superfície do organismo, é a parte que externamente se vê, daí ser a sede da

expressão de conflitos que giram em redor do exibicionismo. São conflitos que, por sua vez, se

relacionam tanto com um componente instintivo sexual e o medo ou a vergonha contrários

quanto com várias necessidades narcísidcas de tranquilização. Daí também se encontrarem na

base de certas dermatoses os mesmos conflitos inconscientes que se encontram em fobias

ligadas à beleza e à feialdade (ver pág. 188), nos casos de exibicionismo perverso (ver págs.

322 e segs.), ou nos casos de temor social e medo do palco (ver págs 481 e segs.)

4. Equivalentes da ansiedade também se podem localizar como reações cutâneas.

Fisiologicamente, a ansiedade é estado simpaticotônico e as reações simpaticotônicas dos vasos

cutâneos representam, às vezes, ansiedade.

Quanto às afecções cutâneas especiais, os sintomas torturantes do prurido devem ser

resultado psicossomático da sexualidade reprimida em certos indivíduos (341). Em homens

com prurido anal e perineal, parece haver conexão mais específica com a congestão que resulta

de tendências erótico-anais (homossexuais) não descarregadas (1351). Há vezes em que se

observa piorar o sintoma sempre que se mobiliza uma homossexualidade latente. Persiste, no

entanto, a impressão de que o prurido não tenha "significado" especial que se possa retraduzír

em palavras. É provável que os desejos anais inconscientes alterem as respostas vasculares de

toda a região de maneira tal que lhe influencie a bioquímica. Pode-se fazer um comentário a

respeito do prurido vulvar nas mulheres que não ousam masturbar-se e represam a excitação

genital.

A urticária, conforme se sabe, tem etiologia variada: pode ser reação alérgica, sem

conotações psíquicas; pode ser "dermatose" psicossomática. Acham Saul e Bernstein que os

ataques de urticária ocorrem em estados de desejos frustrados intensos que não conseguem

encontrar qualquer outra descarga (1357; ver também 1194). Pode ser que a "urticária

emocional" exprima reação alérgica a certos hormônios mobilizados pela emoção.

Talvez a investigação futura venha a permitir que se subdividam as dermatoses em tipos

de represamento e tipos de descarga.

OLHOS

Já se disse que os mecanismos dos sintomas psicossomáticos foram descritos, pela

primeira vez por Freud, no exemplo dos sintomas oculares (571; ver também 823).

A literatura psicanalítica tem discutido um pouco a respeito da miopia psicogênica.

Vendo na miopia psicogênica uma espécie de sintoma de conversão, indaga-se: Que é que o

paciente lucra não conseguindo ver objetos distantes, ou escondendo os olhos atrás de uns

óculos? (720. 860).

Desta forma colocada, a pergunta não parece justificar-se. Se fator psíquico existe na

génese da miopia, será psicossomático. Do ponto de vista da pesquisa, talvez seja mais útil

descobrir que alterações somáticas nos olhos terão resultado do seu uso para fins libidinosos do

que considerar símbolo de castração a incapacidade de ver à distância.

A miopia resulta de alongamento do eixo do globo ocular; alongamento que se atribui,

em parte, aos músculos externos do olho; em parce. a alterações do cristalino e a modificações

vegetativas gerais que alteram o contorno do Próprio globo ocular. Daí parecer que a

incapacidade de ver objetos distantes nao tem significado psíquico, mas representa sequela

involuntária, mecânica, de processos simpático-parassimpáticos que afetam ou os músculos

ópticos externos, ou o tônus simpático-parassimpático dentro do globo ocular. Mas qual é a

causa destes processos? Seja como for, o sistema nervoso vegetativo depende, na certa, do

estado afetivo inconsciente da pessoa. O uso constante dos olhos para gratificação libidinosa de

impulsos escoptofílicos pode fazer que ele se esforce ativamente na direção dos objetos a fim

de incorporá-los psiquicamente; e é admissível que daí resulte, afinal, estiramento do globo

ocular (430).

Esta é certamente, colocação muito crua do problema. Conhecimento exato dos

mecanismos deste estiramento seria necessário para explicar por que é que nem todas as

pessoas portadoras de fortes impulsos escoptofílicos são míopes. Não há dificuldade quanto ao

inverso, ou seja, muitas pessoas míopes não apresentam sinal marcado de tendência

escoptofílica inconsciente. Não há porque supor seja psicogenicamente determinado todo caso

de miopia. O estiramento do globo ocular é, às vezes, devido à tentativa de incorporar objetos

sob o comando de impulsos escoptofílicos, mas há outros casos em que a incapacidade segue,

indubitavelmente, a fatores puramente somáticos.

Aqueles que têm distúrbios psicossomáticos de tipo mais severo e aqueles que são

cronicamente inclinados a responder com sintomas físicos a qualquer tensão costumam mostrar

orientação narcísica nítida, a bem dizer, o que constitui diferença notável entre eles e os

histéricos de conversão. Há vezes em que o transtorno psicossomático dá a impressão de ser

defesa protetora contra uma psicose (e equivalente desta) (1120, 1442). Pode-se admitir que o

aumento da catexia de representantes orgânicos, que caracteriza todos os estados narcisicos,

facilite o desenvolvimento de sintomas psicossomáticos.

PROBLEMAS DA PSICOGÊNESE DAS DOENÇAS ORGÂNICAS E DAS PATONEUROSES

Nem todo sintoma orgânico que a análise demonstra ligar-se a conotações psíquicas

(mentais) é, necessariamente, de índole psicossomática. Coisa alguma acontece no organismo

que não venha a relacionar-se, secundariamente, com os conflitos psíquicos do indivíduo. A

existência de conexão desta ordem por si só nada prova quanto à génese.

A coexistência em certa pessoa de tumor e de ideias inconscientes de gravidez, ou mesmo

a prova analítica de que coincidiram o desenvolvimento do tumor e a intensificação do desejo

de engravidar não devem conduzir a conclusões etiológicas que não se fundamentem. Se a

pessoa, à época que precedeu o diagnóstico de tumor, houver sonhado com gravidez, isso

talvez mostre que percebeu, inconscientemente, o tumor antes que dele soubesse conscien-

temente; daí não se segue, porém, que o desejo de engravidar tenha causado o desenvolvimento

do tumor.

Outra complicação que vemos na relação entre sintoma orgânico e conflitos psíquicos

resulta do fato de que certos estados somaticamente determinados podem, secundariamente

alterar as atitudes psíquicas do indivíduo. Nem sempre é fácil a adaptação à dor ou às

alterações das funções corporais; e as maneiras pelas quais se tenta esta adaptação, o seu êxito

ou o seu malogro, dependem, na certa, da estrutura total da personalidade, da sua história, das

suas lutas defensivas latentes. Antes de mais nada, o processo somático que se realiza no órgão

exige grande quantidade da libido e da atenção mental da pessoa; aí também vemos o

empobrecimento relativo dos seus outros interesses, o que explica por que, em geral, adoecer

torna narcísico o indivíduo (585). Mais ainda: a doença ou a alteração física pode representar,

inconscientemente, para quem sofre alguma coisa que transtorna o equilíbrio existente entre

forças reprimidas e forças repressoras; pode-se na doença, tal qual no trauma, ver uma

castração, ou o abandono pelo destino, ou, quando menos, a ameaça de castração ou abandono;

a doença também pode perceber-se como tentação masoquística, ou mobilizar algum outro

desejo infantil latente, desta forma originando a neurose.

Tanto no retraimento narcísico do doente quanto nas falsas-interpre-tações inconscientes

que faz da doença em função de conflitos instintivos baseia-se o fato de que, por vezes, as

neuroses se desenvolvem como consequência mais do que como causa de doenças somáticas.

Ferenczi chamou patoneuroses aquelas neuroses que resultam de doenças somáticas (478).

Tem-se posto em dúvida a afirmação de Freud no sentido de que o doente retira a sua

libido dos objetos e se torna narcísico (585); e tem-se posto em dúvida porque, segundo o

próprio Freud, isso é o que ocorre nas psicoses (574). É admissível que o mesmo processo

opere em condições tão diversas quais sejam os sentimentos da pessoa mentalmente normal e

fisicamente enferma e do esquizofrênico? É considerável, decerto, a diferença entre a pessoa

física e a pessoa psicoticamente doente, mas também há certas similitudes características, a

saber, a perda de interesses que se dirijam para fora e o aumento do auto-interesse e da auto-

observação. O indivíduo fisicamente enfermo relegou apenas pequena parte da sua libido e

durante pouco tempo à mesma sorte que o psicótico impôs à soma total da sua libido.

Confirmação deste ponto de vista tem-se no fato de as patoneuroses mostrarem,

frequentemente, reações que são de índole psicótica, o que levou Meng a falarem patopsicoses

(1120). Também é certo que os indivíduos com tendência à regressão narcísica têm

predisposição para o desenvolvimento de patoneuroses; e que estas com mais probabilidade se

desenvolvem em resultado de acometimento daqueles órgãos que ao mais alto grau se

catexizam narcisis-ticamente: por exemplo, os órgãos genitais e o cérebro. As patoneuroses

também exprimem as dificuldades da tarefa de adaptação às limitações reais (ou imaginárias)

que a doença impõe. Há casos extremos em que se tentam negar ou supercompensar de modo

absoluto as consequências reais; e neste grupo se incluem quase todas as psicoses pós-

operatórias agudas (62, 1368, 1628). Ferenczi e Hollos provaram que grande parte da

sintomatologia da paresia geral nao resulta diretamente de processos degenerativos cerebrais,

mas são reação patoneurótica indireta da parte do doente ao fato de haver percebido a dete-

rioração cerebral (484; ver também 1376). Há algumas psicoses seguintes a operações

mutilatórias cujo objetivo muito evidente é negar a realidade desagradável; nestes casos, o

quadro clínico é dominado pela luta entre os dados da Percepção e a tendência a negá-los.

Tambem noutras doenças cerebrais orgânicas a reação da personalidade Psíquica à

doença — a luta entre as tentativas de adaptação ou até de utilização os sintomas

organicamente determinados e as tentativas de negá-los — abrange parte do quadro clínico

(281, 723, 864, 1028, 1206. 1373, 1379, 1382, 1480, 1593). São muito ilustrativos os

exemplos, contribuindo até para que se compreendam as funções adaptativas do ego normal

durante o seu desenvolvimento. Da mesma forma, as tentativas que fez Jelliffe para

"psicanalisar" os sintomas da encefalite (86.1, 862, 85; cf. também 801) hão de compreender-se

mais como estudo dos modos pels quais a personalidade reage aos sintomas ou os utiliza do que

como crença na "psicogênese" da encefalite.

Há ocasiões em que o narcismo agudo produzido por uma doença orgânica atua como

fator precipitanteda irrupção de psicoses comuns.

Categoria especial de patonuroses, que aparecem quase sempre combinadas a transtornos

"resultantesde alterações do quimismo", são as pato-neuroses hormonais.

Uma alteração quantitativa oi qualitativa na fonte dos instintos tem de influenciar

também, necessariamente a intensidade e a índole dos conflitos instintivos e respectivo efeito

psíquico, Os autores que têm trabalhado neste terreno enfatizam, de modo especial, a *inter-*

relação entre dados hormonais e dados psíquicos (mentais), ou seja, o fato de que os sintomas

ou atitudes neuróticas em pessoas que são hormonalmene enfermas também têm influência

sobre o estado hormonal. Uma identificação psicogênica com pessoa do sexo oposto, por

exemplo, é capaz de alterar o equilíbrio hormonal; mas também há alterações do equilíbrio

hormonal que facilitam este tipo de identificação.

Therese Benedek analisou hiprtireoidianos e conseguiu mostrar que a ansiedade e a

inquietação somaticamnte aumentadas estimulavam reações mentais que diferiam conforme a

estruura da personalidade pré-mórbida dos pacientes (98). A ansiedade ligava-seserripre a

impulsos agressivos, às vezes expressos por intensificação da seveidade do superego, e

antagonizava a libido heterossexual (cf. 1061).

Carmichael (244), analisandi um caso de eunucoidismo, mostrou tipo semelhante de

inter-relação.

A história infantil deste paciena coisa alguma mostrava que excedesse a esfera da

normalidade. O transtorne orgânico manifestou-se na puberdade e foi quando o paciente

o percebeu quecomeçaram as dificuldades psíquicas. Inconscientemente, ele interpretou

a sua coença como "castração". Tornou-se "menino exemplar", cujo caráter anal e

complsivo cada vez mais se foi acentuando. A personalidade mostrava muitos traços que

representavam tentativas de negar ou supercompensar a sua "inferioridadi". O paciente

chegou a procurar negar a existência de qualquer sentimento sextal e produziu amnésia

completa de todas as recordações sexuais infantis. Também negava e supercompensava

os seus impulsos agressivos intensos, que se baseivam no sentimento de "ser diferente".

Kasanin estudou analiticamerte dois pacientes com tumores de glândulas endócrinas.

Um deles tinha tumor da supn-renal; o outro, teratoma da glândula pineal. O

comportamento mental, patológfco de ambos parecia, em parte, determinar-se por uma

tentativa de combater ou de negar os sintomas somáticos; em parte, contudo, pareciam

não serem emoçõe: autênticas a ansiedade e a depressão que os pacientes

experimentavam, mas, ;im, constituírem a síndrome fisiológica das emoções, sem a

experiência psíquea concomitante dos sentimentos específicos. Isso talvez resultasse da

defesa, ma; também podia seguir-se ao fato de que as alterações hormonais produziam

apenas os sinais fisiológicos periféricos de afeto e hão a experiência plena, centralrrente

determinada.

Daniels publicou relato pormenorizado de um paciente com diabete mellitus (303, 304).

O paciente era personalidade intensamente oral, com a estrutura psíquica do tino

adito. As alterações das exigências insulínicas e do nível de açúcar na urina lacionavam-

se diretamente com as alterações dos conflitos emocionais. O paciente experimentava

muita ansiedade, esta sendo, em parte, de origem fisiológica; e tinha desenvolvido vários

meios de rejeitá-la, mediante a respectiva sexualização.

Segundo Dunbar (343), são traços característicos das personalidades rTabéticas a

incoerência e a indecisão. Os diabéticos tendem mais para o homossexualismo, ou, pelo menos,

para certa orientação bissexual ou pré-genital; mostram sinais de angústia social e fraqueza do

ego: também têm semelhanças com as personalidades compulsivas (ver págs. 492 e segs.) e até

tendências para reações psicóticas de tipo tanto ciclotímico quanto paranóide. É freqüênte,

durante a doença, a desintegração progressiva da personalidade total; daí haver sido o diabetes

chamado "psicose psicossomática".

Parece haver casos de "glicosúria emocional", resultante de transtorno da

bioquímica das pessoas insatisfeitas. Têm bom prognóstico, mas não se lhes conhecem

com exatidão as vias fisiológicas.

Meng e Grote fizeram estudo psicanalítico de casos de magreza patológica (1121). Não

encontraram coisa alguma que fosse específica, mas conseguiram mostrar que os fatores

psíquicos desempenham papel nítido nos altos e baixos da doença, ou seja, influência dos

mesmos no estado hormonal.

Há casos de anorexia severa que mostram patologia hormonal clara, isto é,

alterações que, em certos indivíduos, são primárias, provavelmente. Em outros casos, um

transtorno primário do desenvolvimento mental, fixando o ego na fase oral, pode induzir

alterações hormonais secundárias (361, 1082, 1555). O significado psíquico desta

fixação varia: há casos em que a anorexia representa equivalente da depressão (ver

págs. 165 e seg.).

O mesmo se diga da obesidade. Há transtornos endócrinos severos (doença de

Frõhlich, estado adiposo-genital) que influenciam o desenvolvimento psicos-sexual no

sentido de atraso, fixação oral, fraqueza da genitalidade. E outros casos existem de

obesidade autêntica", casos que representam distúrbios psicossomáticos, iniciando-se

com distúrbios desenvolvímentais psicogênicos e vindo a dar em anormalidades

hormonais (209, 210, 211, 1327).

O inverso de patoneurose seria a "pato-cura" de uma neurose que desaparece com a

irrupção de doença orgânica. É o que acontece nos masoquistas morais, cujas neuroses

constituem, antes de mais nada, um sofrimento com o Qual apaziguam o superego. As neuroses

deste tipo tornam-se supérfluas quando outro tipo de padecimento as substitui (verpág. 509).

Sempre que se vê conexão entre sintoma orgânico e conflito psíquico, a primeira

indagação será: O conflito produziu o sintoma, ou este produziu aquele? Não há dúvida de que,

por vezes, se vê um círculo vicioso, sintoma e conflito perpetuando-se reciprocamente (182,

242. 317, 343, 858, 1137, 1233, 1414, 1442, 1511, 1573).

HIPOCONDRIA

A hipocondria é transtorno psicossomático cujo fator fisiológico ainda se ignora. Pode-se

admitir que certos fatores psicogênicos, a saber, um estado de represamento e um retraimento

narcísico, ou antes, a disposição para reagir ao estado de represamento com retraimento

narcísico, criam alterações orgânica que, por sua vez, dão origem a sensações hipocondríacas.

Sob o ponto de vista teórico, duas situações se hão de distinguir, embora na verdade, se

entrelacem intimamente: (1) Processos orgânicos consequente à falta de descarga adequada

aumentam a tensão em certos órgãos, aumento este que se experimenta em forma de sensações

dolorosas. (2) A retirada de catexias objetais altera a economia mental, de modo que

quantidades de libido normalmente ligadas às idéias de objetos vêm a intensificar todas ideias

que dizem respeito aos órgãos do indivíduo (585, 1374).

A expressão "catexia objetal" significa que a soma total das ideias e sentimentos que uma

pessoa tem em relação a outras constitui "representação objetal intrapsíquica" (408); e que esta

representação é catexizada com quantidade especial de energia psíquica. Analogamente, o

corpo de um indivíduo e os órgãos que o compõem são representados intrapsiquicamente por

uma soma de lembranças de sensações e respectivas inter-relações. A "imagem corporal"

(1372) que assim se cria tem muita importância na constituição do ego; não é simplesmente

idêntica ao corpo verdadeiro. Roupas, membros amputados, até a posse de um carro podem

incluir-se na imagem corporal, ao passo que dela se excluem órgãos "alienados"; daí haver

também "representações orgânicas intra-psíquicas". "Retraimento narcísico" quer dizer:

transferência da libido de representações objetais para representações orgânicas.

Que as roupas, inconscientemente, podem ser vistas como partes do corpo

demonstra-o o caso do paciente cuja preocupação obsessiva com elas veio a constituir,

tanto descritiva quanto estrutural e geneticamente, uma "hipocondria das roupas".

Ãs vezes, as reações bioquímicas e nervosas do estado de represamento precipitam uma

supercatexia intrapsíquica das representações orgânicas. Há outros casos em que o processo

ocorre na ordem inversa: uma regressão ao narcisismo altera secundariamente as funções

físicas do órgão. É o caso das sensações hipocondríacas" no início dos processos

esquizofrênicos.

A relação entre catexias de representações orgânicas e processos físicos nos órgãos

manifesta-se também no narcisismo, já discutido, dos doentes. Ao que parece, a fim de produzir

a cura de um órgão doente e de erguer a resistência deste à enfermidade,' o aumento da catexia

da representação orgânica e necessário, ou, quando menos benéfico, de modo que a "libido

corporal" tem função vital geral. Não existe apenas um *mais* mórbido das catexias orgânicas na

hipocondria: também é de admitir-se um *menos* mórbido. Pode-se admitir que a

automanutenção depende da infusão de certa quantidade de catexias nas representações

orgânicas. Tausk falou em "tônus libidinal" de todos os órgãos (1531). Tanto na hipocondria

quanto nas psicoses, são manifestos os resultados de um hipertônus libidinal patológico dos

órgãos. Nas pessoas que têm medo das suas sensações corporais e que as rejeitam também pode

haver hipertônus libidinal patológico dos órgãos.

Não é toda alienação, nem toda remoção de partes do corpo, não é toda subtração

à imagem corporal consciente de certas sensações que se pode interpretar como

diminuição patológica da catexia da representação orgânica. Os órgão ou sensações

podem estar, na realidade, reprimidos, isto é, investidos de catexias e, no entanto, do

mesmo passo, antagonizados e impedidos de tornar-se manifestos por contracatexia

igualmente intensa" (410).

É raro aparecer a hipocondria como neurose, isolada (1488). Vemo-la mais

freqüêntemente como fator que complica o quadro de algum outro estado psicopatológico.

Combina-se com freqüência à neurastenia ou à neurose de ansiedade aguda. Em grau ligeiro,

complica algumas neuroses compulsivas; em mais elevado, é complicação importante de todas

as psicoses; em particular nos estádios iniciais das mesmas. A hipocondria pode ser gerada por

uma hipercatexia primária das representações orgânicas (nas psicoses), ou por manifestações

orgânicas primárias (que não conhecemos) do estado de represamento (nas neuroses atuais).

Entre os impulsos que, na hipocondria, são removidos do objeto para eoresentações

orgânicas, parecem ter papel particularmente marcado os impulsos hostis e sádicos. A atitude

hostil original para com um objeto volta-se contra o ego e a hipocondria serve à gratificação de

sentimentos de culpa.

As sensações hipocondríacas ("delírios hipocondríacos") devem ser diferenciadas da

angústia hipocondríaca, se bem que com frequência os dois estados se associem. Quando

predomina a angústia, o que parece haver é mais uma. hipercatexia isolada das representações

orgânicas; nos casos em que predominam as sensações, haverá alterações orgânicas reais.

Acontece, vez por outra, que a psicanálise descobre, com clareza e precisão

surpreendentes, a significação inconsciente de certa angústia hipocondríaca; em geral

representando, de maneira distorcida, a angústia de castração, tração.

Exemplo: a continuação da análise do homem-lobo por Ruth Mack Brunswick é de

"citar-se: o delírio hipocondríaco franco do homem-lobo tinha características nítidas de

angústia de castração (1088).

Não é também raro a psicanálise conseguir clarificar os deslocamentos da angustia de

castração para a hipocondria. Pode ter havido experiências que transformem a angústia de

castração em medo de adoecer ou alterar-se fisicamente. O que daí resulta com frequência são

"fobias de doenças" bem definidas. Em casos desta ordem, geralmente, o mecanismo de

introjeção terá adquirido importância clara. Quando impulsos hostis se voltam de um objeto

para órgãos do próprio indivíduo, o processo percebe-se, inconscientemente, como introjeção:

geralmente, oral, vez por outra anal, epidérmica ou respiratória. Daí o orgão

hipocondriacamente afetado representar tanto o pênis ameaçado quanto simultaneamente, o

objeto, este tendo sido introjetado, com sua catexia ambivalente, do mundo exteriorpara o

corpo do indivíduo.

A hipocondria de certo paciente tinha, nos níveis mais altos, o significado de

castração como castigo; em nível mais profundo, significava gratificação sexual passiva

(gravidez); em nível mais profundo ainda, era o órgão afetado incorporado ao objeto

introjetado. O nariz do paciente, que desempenhava o papel principal na doença,

representava não só o pênis ameaçado, as narinas representando uma espécie de

genitais femininos anais; o nariz representava também a mãe morta, que ompaciente

incorporara pelo aparelho respiratório (420).

Simmel, que enfatizou em particular a equiparação inconsciente do órgão

hipocondricamente afetado ao objeto introjetado, escreve: "O substituto parental introjetado

transforma-se no material mórbido que tem de ser eliminado, se se quisera recuperação do

paciente"; e declara, mais adiante, que um órgão pode representar este material mórbido (1436,

1438).

Também se mostram sensações dolorosas e medo de doença somática na conversão e na

fobia, respectivamente; e há casos em que praticamente se precisa decidir entre considerá-los

histéricos ou hipocondríacos. Em regra, contudo, não é fácil distinguir o hipocondríaco do

histérico sobre a base de traços caracterofógicos que resultam de diferenças da situação

libidinal. O hipocondríaco típico é criatura visivelmente narcísica, retraída, monomaníaca

(1380), de modo que a hipocondria é estado de transição entre as reações de caráter histérico e

as reações de caráter delirante, francamente psicótico.

Um paciente portador de neurose vasomotora severa sofria de crises de pseudo-

angina pectoris, crises que surgiram, pela primeira vez, quando o paciente soube, pouco

após a morte da mãe, que também o pai estava gravemente enfermo. Indivíduo narcísico-

infantil, fixado aos pais e até então incapaz de viver sem eles, viu-se, de um momento

para o outro, ante o perigo de ter de enfrentar a vida sozinho. A pseudo-angina tinha

para ele, antes de mais nada, a significação evidente de identificação com o pai,

cardiopata. O paciente perdeu o interesse pelos pais e também por outros objetos,

dedicando-se às suas crises e ao seu medo de morrer. Temia que o coração lhe falhasse,

exatamente porque, na realidade, via à sua frente o perigo de ser abandonado pelo pai.

Embora se entregasse, evidentemente, de maneira passiva, a bem dizer masoquística, à

doença, não cessava também de maldizer o próprio coração, assim mostrando que

transferia para este órgão a ambivalência que até aí sentira para com o pai. De modo

particular, os sonhos dele mostravam coincidência entre a doença e a sua atitude infantil

ante o pai. A validez da equação coração = pai introjetado não significava, necessa-

riamente, que uma "introjeção do pai no coração" criasse os ataques cardíacos, os quais

eram de índole órgano-neurótica, ou seja, originavam-se de certas respostas

vasomotoras, estas, por sua vez, resultando das emoções reprimidas do paciente.

A esta altura, observe-se que não só a hipocondria em adultos pode resultar da angústia

de castração; às vezes também, a análise revela que uns tantos pacientes com angústia de

castração severa, depois de terem sido amedrontados pequeninos, vieram a passar por um

período de hipocondria mais ou menos severa a respeito do pênis, hipocondria que,

ulteriormente, se reduziu a simples temor.

TERAPIA PSICANALÍTICA DOS TRANSTORNOS PSICOSSOMÁTICOS

A grande veriedade de fenômenos que se designam como psicossomáticos não permite

qualquer asserção geral quanto ao seu tratamento psicanalítico. Estados existem que em tão

extenso grau se tornam “orgânicos” que exigem tratamento somático imediato. Sempre, no

entanto, que os sintomas resultem de atitudes inconscientes crônicas, indica-se a psicanálise

para o fim de fazer conscientizar esta atitude e, desta forma, supera-la.

Disse Freud que os sintomas psicossomáticos não são "diretamente acessíveis" à

psicanálise: indiretamente, são. Se a análise remove a ansiedade ou outros obstáculos que

impedem a descarga adequada dos impulsos de uma pessoa, os sintomas indiretos desaparecem

sem terem sido especificamente visados pela psicanálise. A alteração da função não pode ser

"analisada", pelo fato de que não tem significação inconsciente, mas a atitude que a produziu

pode ser analisada; e se o paciente desiste da atitude ou se supera o estado de represamento,

também desaparecem as consequências involuntárias (41, 1350, 1592).

Claro que a atitude ou o bloqueio da descarga, e nao o próprio sintoma, é que constitui

objeto da análise. O que se terá de averiguar, numa análise de prova, é, primeiro, a importância

etiológica relativa dos fatores inconscientes; também se terá de estabelecer diagnóstico

dinâmico. Histeria cuja sintomatologia se restrinja a um órgão singular não será, certamente,

mais difícil de analisar do que qualquer outra histeria; quanto mais perto, no entanto, o trans-

torno psicossomático estiver da psicose,:mais duvidoso há de ser o prognóstico.

Quanto ao tratamento das patoneuroses, uma quantidade delas, como é de esperar da

índole do transtorno, têm evolução aguda e curam-se espontaneamente, uma vez desaparecida a

doença somática básica. Se a doença tiver servido de fatorprecipitante de uma neurose ou

psicose autêntica, dependerá o tratamento da natureza da neurose ou da psicose que haja sido

provocada.

No tocante à hipocondria, também vale a regra: Quanto mais histeriforme o quadro (a

hipocondria representando simplesmente a angústia de castração), melhor o prognóstico;

quando mais predominar o narcisismo, mais duvidoso e incerto. No que diz respeito à

capacidade de desenvolvimento de uma transferência, as neuroses hipocondríacas severas

pouco se diversificam das psicoses.

A facilidade ou dificuldade com que se eliminam os transtornos de uma economia

libidinal individual depende da extensão a que o indivíduo se haja tornado psicologicamente

inclinado ao estabelecimento da primazia genital; quem não tiver conseguido, absoluta ou

quase absolutamente, alcançar o nível da genitalidade infantil, na qual a terapia ulterior terá de

basear-se, estará em má situação (1267). Quando se precisar decidir pela aplicação ou não da

terapia psicanalítica a casos desta ordem, ter-se-á de ponderar a capacidade de desenvolvimento

de uma transferência e o status da genitalidade infantil, fatores que so podem ser avaliados por

uma análise de prova. Podemos dizer, no entanto, que, em casos duvidosos, são favoráveis à

psicanálise as indicações; se muitos são aqueles que nenhum outro processo terapêutico pode

ajudar, a psicanálise, quando menos, permite esperar alguma coisa.

APÊNDICE: EPILEPSIA

Muito se tem escrito sobre a relação "psicossomática" na epilepsia, complexo misterioso

de sintomas que, decerto, é organicamente pré-ordenado; mas há vezes em que o aparecimento

da síndrome se afigura dependente de fatores psíquicos; nalguns casos, até produzido por estes.

De que modo classificará esta doença a psicanálise? (3, 90, 267, 269, 271, 272, 276, 280, 339,

623, 714a, 765, 863, 997, 1030, 1092, 1123, 1276, 1478 e outros).

É a um ataque de afeto (ataque afetivo ou emocional) que melhor se pode comparara crise

epiléptica. Estímulo traumático ou estímulo normal, que ocorra quando o organismo estiver

represado, precipita uma síndrome de descarga pré-ordenada, a qual transtorna o controle do

ego sobre a motilidade. Eis uma definição que tem a mesma validez para os ataques afetivos e

para a crise epiléptica. Pode-se considerar esta última uma espécie de ataque particular de afeto,

que só ocorre em personalidades organicamente predispostas. Consiste a predisposição na

propensão que tem o paciente para reagir a certos estímulos ou à pressão de certos estados de

represamento com a produção desta síndrome arcaica de descarga convulsiva explosiva.

Esta predisposição é que se capta nas alterações características do eletrencefalograma.

São de vários tipos os estímulos que provocam a reação arcaica. Os ataques do tipo

"sintomático" (jacksonianos) ocorrem como respostas reflexas a estímulos puramente físicos;

uma lesão orgânica do cérebro resulta na inibição de níveis mais elevados da organização

cerebral e na produção nova de um tipo arcaico de reação. Na epilepsia genuína, é provável que

defeito cerebral mais sutil, de tipo que ainda ignoramos, tenha o mesmo efeito; a índole, porém,

dos estímulos desencadeadores e da tensão já existente pode vir a ser mais específica. Há casos

em que' se vêem claramente impulsos psíquicos específicos provocando o ataque em curto-

circuito, por assim dizer, em vez de sofrerem reação em nível mais alto. Não se pode chamar a

epilepsia "transtorno psicossomático do cérebro" no sentido de que uma atitude psicogênica

haja alterado os padrões reacionais do aparelho central; mas pode-se assim chamá-la no sentido

de que a pressão com que o material reprimido busca a motilidade precipita uma síndrome

fisiológica arcaica, quando existe certa predisposição. Segundo diz Freud, é "como se o

mecanismo da descarga impulsiva anormal estivesse, com antecipação, organicamente

preparado para funcionar em condições de todo diversas, quer quando há transtornos da

atividade cerebral por afecções tóxicas e histolíticas sérias, quer também no caso de controle

inadequado da energia psíquica". (623).

A experiência clínica indica que as personalidades epilépticas são: (a) em geral, muito

narcisicamente orientadas, mostrando os traços já descritos de ego arcaico e sempre pronto a

substituir relações objetais por identificações; e *(b)* mostram impulsos destrutivos e sádicos

intensos, os quais terão sido reprimidos durante longo período e encontrado descarga explosiva

no ataque. A repressão dos impulsos destrutivos segue-se a medo intenso de retaliação, este se

apresentando, muitas vezes, com clareza no quadro clínico. Sabemos muito bem ser a aura

aquela parte do ataque epiléptico que mais varia; donde a possibilidade de esperar que ela,

precedendo a "síndrome arcaica de descarga", mais uniforme, revele mais no concernente à

natureza específica dos estímulos psíquicos precipitantes; expectativa esta que se realiza.

Hendrick, pela psicanálise do conteúdo da aura, em vários casos, descobriu que, antes do

ataque, se mobilizava uma tendência para o desenvolvimento de angústia; depois, o ataque de

angústia incipiente fora bloqueado, ocorrendo a crise como se fosse uma espécie de substituto

da angústia, esta não sendo experimentada. "A descarga pelo sistema nervoso central substituía

a descarga de tensões autónomas" (765). Na análise, vê-se que as experiências desencadeadoras

do ataque vêm a ser ou alusões a impulsos reprimidos que já foram experimentados com

angústia, ou representações projetivas das sensações da própria angústia É provável seja

sempre a angústia bloqueada um temor da possibilidade de que certa destrutividade intensa e

represada se volte contra o ego mesmo do indivíduo A capacidade de substituir a angústia pelos

específicos fenómenos obsessivos centrais representaria problema puramente fisiológico.

Bartemeier chamou a atenção para o fato de ocorrerem, em pessoas neuróticas e normais,

certas descargas explosivas arcaicas que se podem considerar protótipos dos ataques

epilépticos: por exemplo, as crispações de quem dorme, o ranger de dentes, o cerrar das

mandíbulas também durante o sono, o morder involuntário da língua, além de certos

transtornos momentâneos da atenção (90); fenômenos todos estes que se facilitam nos estados

de fadiga e regressão do ego, bem como em situações de raiva lante.

Os fenômenos epilépticos, fora da esfera da convulsão e da aura, não foram até o presente

investigados psicanaliticamente. É lícito, porém, fazer observação especulativa geral no tocante

à deterioração final de certos casos. Se é correto admitir que o aparelho psíquico preencha as

funções de elaboração e descarga final dos estímulos que chegam, é admissível que a alteração

decisiva dos processos de descarga, pelo estabelecimento de um modo explosivo e in-

diferenciado simples, resulte em simplificação e indiferenciação do aparelho psíquico inteiro.

Existe transição gradativa entre a epilepsia genuína e as histerias de conversão, transição

na qual os ataques epileptiformes exprimem ideia definida e mostram todas as características

dos sintomas motores histéricos (hístero-epilep-sia) (368, 647, 714a, 770, 1259, 1335, 1611).

14

Obsessão e Compulsão

O FENÔMENO DA COMPULSÃO

Em todas as neuroses, torna-se relativamente insuficiente o controle do ego. Nos

sintomas de conversão, é simplesmente derrubado, ocorrendo ações a que o ego não visa. Nas

compulsões e obsessões, não se altera o fato de que o ego governa a motilidade, sem se sentir,

porém, livre no uso da sua força orientadora, mas tendo de usá-la conforme certo comando

estranho de agência mais poderosa, que lhe contradiz o juízo. É obrigado a fazer e a pensar, ou

a omitircertas coisas, sob pena de sentir-se ameaçado por perigos terríveis.

Os derivados dos impulsos rejeitados revelam sua índole de derivados pelo seu caráter

exagerado, ou seja, pela desproporção das emoções concomitantes, ou pela rigidez com que se

lhes adere. Antes de mais nada, por conseguinte, as ideias *obsessivas* são derivados; há casos

em queconservamo seu caráter impulsivo; de outras vezes, perderam-no, em não mais

consistindo do que ideias intensas nas quais o indivíduo tem de pensar; a persistência delas

representa a energia de alguma outra ideia impulsiva que por forma associativa se relaciona e

que havia sido rejeitada.

Casos há em que se pode observar diretamente a transição de uma fobia para uma

obsessão. De início, evitam-se certas situações; depois, exerce-se atenção constante de modo a

garantir o necessário impedimento; mais tarde ainda, esta atenção assume caráter obsessivo, ou

desenvolve-se outra atitude obsessiva positiva, de tal maneira incompatível com a situação

originalmente temida que se assegura o impedimento: rituais de contato substituem os tabus;

compulsões a lavar-se, medo de sujar-se; rituais sociais, temores sociais; cerimoniais ligados ao

sono, medo de adormecer; rituais concernentes à maneira de andar, inibições da marcha; modos

compulsivos de tratar os animais ou os aleijados: fobias correspondentes.

Certas idéias fóbicas adquirem caráter obsessivo pela sua simples intensidade; por

exemplo, a ideia de ser feio, ou de cheirar mal. São ideias obsessivas na medida em que

o paciente sente: "Sou obrigado a sentir como se este ou aquele fosse o caso"; são

delírios quando o paciente está convencido da respectiva base real.

Há outros casos em que a obsessão não garante o impedimento daquilo que originalmente

se temia, mas obriga a pessoa a justamente fazê-lo. Não se seguem as obsessões deste tipo à

necessidade de manter uma fobia, resultam sim, da luta do impulso original ou da

personalidade contra a fobia.

As obsessões desta ordem mais não são do que uma das formas de atitudes

contrafóbicas (435) (verpágs. 445e segs,). Exemplo: o paciente que tinha interesse

obsessivo pela navegação e pelos esportes aquáticos, interesse que resultava do medo

infantil de dar a descarga na privada. O medo dos lugares altos pode ser substituído pelo

impulso obsessivo de pular para baixo.

As compulsões são obsessões que ainda se sentem como impulsos; são também

derivados; e a respectiva intensidade também exprime a intensidade dos impulsos rejeitados.

Em certos casos, a distorção do impulso instintivo original consiste apenas no fato de que

a impulsão "instintiva" se transformou em impulsão "compulsiva". Não são raros os

pensamentos obsessivos de atos incestuosos ou homicidas, que se apresentam despojados do

seu caráter de desejos instintivos, despojados também da qualidade emocional adequada. Os

indivíduos que tentam exprimir que as ideias horríveis não são sentidas como se fossem desejos

costumam dizer que as ideias compulsivas deste tipo "os deixam frios". Na realidade, porque

são tormentosas, as compulsões não os deixam frios em absoluto (618). As forças defensivas

não conseguem fazer que o indivíduo deixe de.perceber o que se passa dentro de si, mas

conseguem transformar o impulso original em formação compulsiva; a índole desta

transformação é o problema do mecanismo da formação de sintomas na neurose obsessiva.

Um paciente que sofria do medo de parecer homossexual tinha o seguinte

pensamento obsessivo sempre que conhecia um homem nunca visto antes: "Com este

homem eu podia ter contato homossexual." Não sentia excitação nem impulso sexual

algum; nem percebia em absoluto o fato de a ideia obsessiva exprimir desejo.

Outras obsessões e compulsões não parecem exprimir impulsão instintiva distorcida, mas,

conforme já se disse, garantia das forças defensivas. Pode-se dizer que a compulsão é um

comando que vem de dentro: a ideia de "ser comandado" enraíza-se. decerto, nas experiências

da criança com adultos que costumavam "comandá-la"; em nossa cultura, principalmente, em

experiências com o pai. Nas compulsões, é este pai que de dentro comanda; e o "representante

interno do pai" chama-se superego. Assim, pois, na formação dos sintomas compulsivos, o

superego desempenha papel diferente daquele que tem na conversão.

A esta altura, parece que afirmamos coisas contraditórias. Primeiro, dissemos que o

fenómeno da compulsão era a distorção do fenómeno das impulsões instintivas; agora, parece

que ela é derivativo de comandos dados, em outros tempos, pelo pai, a fim de conterexigências

instintivas.

INSTINTO E DEFESA NOS SINTOMAS COMPULSIVOS

Na realidade, o fenómeno da compulsão é condensação de forças tanto instintivas quanto

antiinstintivas. O quadro clínico manifesto revela mais o prmeiro aspecto em alguns casos;

noutros, o segundo. O primeiro é que se vê no caso das idéias obsessivas incestuosas ou

homicidas. É mais frequente os sintomas exprimirem, à evidência, comandos distorcidos do

superego; o significado defensivo ou penitenciai está muito mais enfatizado do que nos

sintomas de conversão. O perigo do qual a pessoa tenta proteger-se está mais numa ameaça de

dentro do que na índole da perda externa de amor ou da castração. O que mais se teme é uma

espécie de perda da auto-estima, ou até um sentimento de "aniquilação"; noutros termos, os

sentimentos de culpa têm significação mais decisiva como motivo da defesa patogênica. o que

se ajusta ao fato das neuroses obsessivas das crianças começarem mais tarde do que as histerias

comumente, no período de latência.

Há casos em que, evidentemente, as compulsões representam comandos do superego. O

paciente que tem compulsão a lavar-se, sentindo o comando "Vai lavar-te", mais não faz do que

repetir o que ouviu em criança. Não tem importância que, de fato, os pais lhe hajam dado este

comando por amor ao asseio físico; o neurótico obsessivo' serve-se dele como defesa contra

"pensamentos sujos", porque, criança, sentia que, se os pais lhe soubessem os pensamentos

sujos, lhe dariam a ordem de lavar-se.

Diga-se o mesmo das compulsões que não se sentem com o aspecto de comandos

positivos, mas, sim, como ameaças. O paciente tem ideias obsessivas no tocante ao que pode

acontecer se ceder às tentações. Exemplo: "Se fizeres isto ou não fizeres aquilo, morrerás"; ou

"Se fizeres isto ou não fizeres aquilo, terás tal ou tal castigo"; ou ainda "Se fizeres isto ou não

fizeres aquilo, teu pai morrerá". A análise mostra que os atos a serem contrariados ou evitados

têm significado instintivo censurável, representando, geralmente, as tendências do complexo de

Edipo, distorcido, é certo, de modo muito típico. Os castigos ameaçadores significam ou o

perigo que, noutros tempos, se julgava ligado ao instinto proibido (castração ou perda do

amor), ou alguma auto-punição que há de afastar (ou substituir) a castração ou a perda do amor.

A ameaça da morte do pai, que não se ajusta a esta interpretação, pode explicar-se como

percepção repentina do "sinal de angústia", significando: "O que pretendes fazer não é nada

inocente; a verdade é que queres matar teu pai; se cederes à tentação presente, poderá daí

resultar o assassinato do teu pai."

Certos sintomas compulsivos constituem modalidades distorcidas da percepção de

exigências instintivas; outros exprimem as ameaças antiinstintivas do superego; mas há ainda

outros sintomas que, evidentemente, mostram a luta entre uma coisa e outra. Quase todos os

sintomas de dúvida obsessiva podem subordinar-se à fórmula: "Posso ser mau, ou devo ser

bom?" Por vezes, consiste o sintoma em duas fases, uma representando um impulso censurável,

outra a defesa contra o mesmo. O "homem dos ratos" de Freud, por exemplo, sentia-se terçado

a remover uma pedra da estrada porque podia machucar alguém; depois, sentia-se obrigado a

colocá-la novamente onde estava (567). Referimo-nos a ocorrências desta ordem quando

discutimos os mecanismos da "anulação" (ver págs. 142 e segs.).

Observa-se, de vez em quando, no curso de uma neurose obsessiva, de que maneira certo

sintoma pode mudar de significação. Um sintoma que, de 'nicio, exprimia a defesa transforma-

se, cada vez mais, em certos casos, na ex-Pressão do impulso original que retorna.

Um paciente conseguia livrar-se da angústia que aparecia após a masturbação

apertando os músculos das pernas; tensão que veio a ser substituída, mais tarde, por

batidas rítmicas nas pernas; mais tarde, ainda, por outro ato batório. Outro paciente

sentia remorsos depois de fazer ginástica. A análise mostrou que esta representava a

masturbação. Afinal, o remorso, ao qual se habituara de maneira obsessiva, fazia-o

pensar: "Masturba-te agora e arruína-te de uma vez!"; e era obrigado a masturbar-se

várias vezes seguidas, sem prazer algum.

Os pacientes que precisam convencer-se de que fecharam o registro do gás são

muitas vezes obrigados a tocá-lo novamente, de modo que o ato com que se pretende

atastar o perigo pode, na realidade, precipitá-lo. Certo paciente tinha d estar

arrumando, a todos os momentos, os objetos em cima de uma estante na impedir que

caíssem na cabeça de alguém, dando-lhes, por esta forma, a opor tunidade mesma de

cair. Para proteger os entes queridos contra os seus impulsos hostis, há muitos

neuróticos obsessivos, que os defendem contra riscos imaginários de modo tão

abnegado que chegam a atormentá-los, de fato, exprimindo a hostilidade sem querer.

O clímax da "volta daquilo que se rejeitou" quem o representa é a mulher ob-

servada por Watermann: sofria de tão extrema fobia da sujeira que ficava o dia inteiro

na cama, quando achava que as roupas ou o quarto em geral estavam sujos. O medo da

sujeira, nestes dias, a impedia de levantar-se, daí resultando que, afinal, chegava a

ponto, realmente, de sujar a cama.

Pensamentos do tipo "Já que te arruinaste com o exercício, bem feito que te arruines de

uma vez com a masturbação" indicam a maneira pela qual se explica o paradoxo que consiste

em experimentar-se um conteúdo instintivo como se fosse comando do superego. Os sintomas

desta ordem representam compromisso entre o impulso que se rejeita e o superego que ameaça;

o próprio impulso exprime-se pelo conteúdo ideacional; o superego, pela forma impositiva em

que se distorceu o impulso original. A masturbação compulsiva sem prazer constitui o auge

deste tipo de condensação. Certo ato sexual aparente realiza-se não pelo prazer sexual, e sim

para o fim de punir e conter a sexualidade. Este é, muitas vezes, o resultado final de um longo

desenvolvimento: a compulsão que defendia contra a masturbação é substituída, mediante a

volta daquilo que se reprimiu, por outra masturbação, esta tendo, então, caráter punitivo. O

"castigo de Midas", pela realização de um pseudodesejo rancoroso (ver pág. 208). é

característico de muitos neuróticos obsessivos. Há casos em que os neuróticos obsessivos

encerram um estado de dúvida e cogitações masturbando-se.

Desenvolvimento semelhante é o que se vê com frequência em relação aos "equivalentes

da masturbação". Há compulsões (batidas, movimentos musculares rituais, cerimoniais

relativos à forma pela qual se deve tocar ou não nas coisas) que se dirigiram, de início, contra a

masturbação, mas acabaram transformando-se em equivalentes desta. O paciente, às vezes,

vagamente percebe conexão, caso em que, então, tem de punir-se pelo seu comportamento

pulsivo "perverso". De outras vezes, não tem a menor ideia da significação sintoma (337, 467,

733).

Os rituais obsessivos representam, em geral, caricatura da masturbação

(503). Há vezes em que um sintoma, aparentemente, sem conexão com a mastur bação

revela essa vinculação quando é analisado. Uma paciente era obrigada a con tar até

cinco ou mesmo seis sempre que abria uma torneira ou sequer lhe passava perto.

Dominada completamente, como era, pela inveja do pênis, esperar-si que algum sintoma

ligado a torneiras a este sentimento de qualquer modo se ligas se. De fato, lembrou-se, à

análise, de que, em certa ocasião, estando com o dedo infeccionado, a mãe lhe metera

medo dizendo que o dedo teria de ser cortado. Daí por que se teve de interpretar o ritual

da seguinte maneira: A vista da torneira (de um pênis) forçava a paciente a convencer-se

de que nãotinha quatro dedos, mas cinco ou até seis. A análise ulterior mostrou que o

ritual tinha conexão mais estreita cam a masturbação: a paciente costumava masturbar-

se mantendo o dedo em frente aos genitais e deixando a urina escorrer-lhe ao lonço,

como se o dedo fosse um pênis.

É freqüênte ver no, complexo de Édipo o centre cos impulsos rejeitados (em certos casos,

até a exame superficial, o que, na histeria, a repressão impossibilitaria de modo absoluto).

Um paciente, que, infelizmente, não foi analisado, cueixava-se de dois tipos de

impulsos obsessivos Sempre que via uma mulher, era obrigado a pensar: "Seria capaz de

matar esta mulher"; e sempre que via facis oa tesouras, pensava: "Se cortasse o pênis..."

o primeiro destes dois impulses exprimira-se, originalmente, sob a forma "Seria capaz de

matar minha mãe"; a extensão a outras mulheres já era distorçãt-, mediante

generalização. O paciente levava vida solitária, tendo por única descarga sexual

poluções noturnas com sonhos em que se via estrangulando mulheres ou matando-as de

alguma outra maneira. Assim, pois, o seu impulso de assassinar mulheres era expressão

distorcida do seu desejo incestuoso. Se eliminarmos esta distorção, poderemos dizer que

o paciente sofria de dois impulsos: atacar a mãe sexualmente e arrancar o próprio pênis.

Podemos, todavia, compreender-lhe os impulsos como sintoma bifásico: une fase

representava a gratificação do desejo edipiano; a outra, o castigo que o peciente temia.

Se estudarmos a história de certos sintomas ininteligíveis, conseguiremos compreendê-

los. A forma original em que pela primeira vez se apresentaram é que mais perto está do

significado inconsciente. O sintoma pode ser alusão a algum fato passado da vida do paciente,

alusão que não é possível entender sem que se conheça o contexto inteiro.

Antes de deitar-se, um paciente era obrigado a passar muito tempo abrindo e

fechando, repetidas vezes, a janela. O sintoma tinha aparecido, da primeira vez, quando,

adolescente, brigara com o compahheiro de quarto por causa da janela: se devia ficar

fechada ou aberta. A compulsão ulterior siginificava, portanto: "Qual de nós vai

ganhar? Qual de nós é mais forte? "Partindo cesta formulação, veio a esclarecer-se que

o problema do paciente era mobilizado pela tentação homossexual que se relacionava

com o fato de dividir o mesmo quarto com o amigo. A verdadeira questão era se devia

competir feito homem com outros homens, ou resignar-se a satisfazer-lhes os desejos de

maneira passiva, submissa, feminina. Descobriu-se ser este o conflito de que se lhe

originava a neurose obsessiva.

REGRESSÃO NA NEUROSE OBSESSIVA

O exemplo acima da expressão franca dos desejos edipianos, exemplo no qual o paciente

sentia os dois impulsos de matar mulheres a de cortar o próprio pênis, é típico da maneira pela

qual se distorcem os desejos incestuosos nas neuroses obsessivas. O paciente fala em "matar" a

mãe, mas o que, de fato, pretende é ter contato sexual com ela. Os seus sonho sexuais eram de

índole sádica evidente, de modo que nele tanto atuava o apego infantil à mãe quanto,

especificamente, uma distorção sádica do mesmo.

Tendências francas ou ocultas à crueldade, ou formações reativas elas são achados

constantes nas neuroses obsessivas. E com a mesma constância se encontram, sob as formas

mais variadas, impulsos erótico-ariais e defesas que se lhes opõem. Jones foi quem primeiro

chamou a atenção para es ta associação constante de traços de crueldade e erotismo anal nas

neurose obsessivas (879); e foi o que convenceu Freud da relação estreita que existe entre

estes dois tipos de fenómenos e, bem assim, da existência de um estádio "sádico-anal" da

organização libidinal (581).

Na histeria, as ideias reprimidas, permanecendo inalteradas no inconscien te, daí

continuam a exercer influência. Na medida em que o complexo de Édipo é a base dos sintomas

compulsivos, o mesmo se dirá da neurose obsessiva na qual, porém, além do complexo de

Édipo, atuam e antagonizam-se impulsos anais e sádicos muito fortes, impulsos que se

originaram no período anterior. A orientação instintiva sádico-anal do neurótico obsessivo

pode, em regra, reconhecer-se com facilidade no quadro clínico, desde que para este ponto se

atente. Em geral e de maneira ostensiva, os neuróticos obsessivos se mostram às voltas com

conflitos entre agressividade e docilidade, crueldade e mansidão, sujeira e limpeza, desordem e

ordem. São conflitos que se exprimem na aparência exterior e no comportamento manifesto,

enquanto às inquirições que dizem respeito à vida sexual se responde de modo característico:

"Ao que parece, está tudo em ordem". As funções fisiológicas parecem estar em ordem pelo

fato de se acharem isoladas do seu conteúdo psicológico; a descarga fisiológica que se produz

nas atividades sexuais do paciente não é adequada à tensão sexual que, de fato, se exprime nas

suas ideias a respeito de crueldade ou sujeira. A orientação sádico-anal revela-se, às vezes, sob

o aspecto apenas de formações reativas; mansidão supercompensatória, sentimento exagerado

de justiça ou asseio, incapacidade de qualquer agressão, escrupulosidade em todos os assuntos

que se relacionem com dinheiro. O comportamento do paciente afigura-se, às vezes,

contraditório pelas misturas de formações reativas e irrupções anais ou sádicas diretas; os

pacientes são, do mesmo passo, arrumados e desmazelados, limpos e sujos, bondosos e cruéis.

Um paciente, que não foi analisado, queixou-se, na primeira entrevista, de sofrer

da compulsão a olhar para trás a todo momento, com medo de haver-lhe escapado

alguma coisa importante. Predominavam as ideias seguintes: podia não ter visto uma

moeda que houvesse caído no chão, podia ter pisado num inseto. ou podia um inseto

haver caído de costas e precisar da sua ajuda. Também tinha medo de tocar fosse no que

fosse e sempre que tocava num objeto precisava convencer-se de que não o destruíra.

Não tinha profissão, visto que as compulsões severas lhe dificultavam qualquer atividade

regular; mas tinha uma paixão: fazer faxina. Gostava de visitar os vizinhos e faxinar-

lhes a casa por puro gosto. Outro sintoma foi o que o paciente descreveu chamando-o

"consciência das roupas": vivia preocupado com a ideia de que o terno lhe assentasse ou

não; e também informou que a sexualidade não lhe ocupava parte importante da vida.

Tinha contato duas ou três vezes por ano apenas, e só com moças pelas quais não se

interes sava pessoalmente. Mais tarde, falou noutro sintoma: criança, tinha nojo da mãe

terrivelmente temeroso de tocar nela; nojo inteiramente infundado, visto que a mãe era

pessoa simpática e estimada.

O quadro clínico mostra que a vida sexual do paciente era sádico-oralmente

orientada; e que no medo do incesto se baseava a distorção.

A análise certamente, esclarece muito mais ainda a orientação sádico-oral dos neuróticos

obsessivos. Todos eles, segundo Freud. têm "rituais escatológicos secretos" (555), os quais são,

em parte, jogos erótico-anais; em parte, formações reativas contra os mesmos; em parte uma

coisa e outra. W. C. Menninger confrontou os tipos mais característicos e mais freqüêntes

destes rituais (1143) - Os pacientes estão sempre em guarda contra tendências anais incons-

cientes, misturadas a hostilidades — por exemplo, o desejo impulsivo de "fazer urna sujeira"

com outras pessoas.

Assim, pois, Freud disse que a organização instintiva do neurótico obsessivo se

assemelhava à da criança na fase sádico-anal do desenvolvimento; isso parece opor-se à

observação típica de que os neuróticos obsessivos se empenham em luta defensiva contra o

complexo de Édipo, cujo clímax se supõe seja atingido apenas no período fálico. Outra

contradição aparente reside em que, não obstante o sadismo anal, há muitas compulsões que se

relacionam de perto com a masturbação genital.

Explicam-se estas contradições aparentes se se pensar no conceito de *regressão.* Tem-se a

impressão de que os impulsos sádico-anais se desenvolveram à custa dos originais impulsos

edipianos fálicos; os impulsos edipianos genitais terão diminuído à medida que aumentam os

impulsos sádico-anais. Tentando rejeitar o seu complexo de Édipo, o paciente terá regredido,

em parte, ao nível sádico-anal (567, 581, 596, 618).

Entretanto, o neurótico obsessivo não é coprofílico. Visto serem intoleráveis também os

seus impulsos sádico-anais, ou pelo fato de que. a eles regredindo, o elemento ofensivo do

complexo de Édipo não foi inteiramente eliminado, o paciente tem de continuar na sua luta

defensiva contra aqueles impulsos. Se compararmos o quadro da neurose obsessiva com a da

histeria, veremos que a neurose obsessiva é mais complicada pela interpolação da regressão.

A teoria de Freud segundo a qual a regressão ao nível sádico-anal constitui a pedra

angular da construção da neurose obsessiva explica muitos fatos que se afigurariam, de outro

modo, contraditórios.

Compreendemos, pois, a esta altura, que os impulsos rejeitados na neurose obsessiva se

componham de tendências edipianas fálicas e impulsos rnasturbatórios genitais, de um lado,

embora tenham de outro lado, índole sádico-anal. A defesa dirigiu-se, primeiro, contra o

complexo de Édipo fálico, substituindo-o pelo sadismo anal; depois, a defesa prosseguiu contra

os impulsos anais.

Vez por outra, a análise mostra o verdadeiro processo da regressão e consegue provar que

foi depois desta que se formou a neurose obsessiva.

Certa moça sofria do medo obsessivo de que uma cobra saísse do vaso sanitário e

lhe entrasse no ânus. A análise veio a mostrar que o medo tivera, como Precursora, a

primeira angústia de que houvesse uma cobra na cama dela. Para Protegê-la da

angústia fálica, dera-se uma regressão e a localização do temor variara da cama para o

vaso sanitário, dos genitais para o ânus.

Um menino, ainda no período de latência, era presa de ansiedade esmagora

sempre que tinha uma ereção; tinha medo, segundo contou, de machucar o pênis; e

desenvolvera o hábito de masturbar-se sempre que tinha ereção, a fim de livrar-se dela,

o que, no entanto, criou novas ansiedades. Posteriormente, denvolveu o impulso de

urinar e defecar com muita freqüência; a seguir, veio neurose obsessiva extensa. É claro

que, de início, os impulsos genitais, não cessaram de manifestar-se, apesar da ameaça

atemorizadora da castração; que foram, depois, substituídos por desejos pré-genitais; e

que só após a regressão ao erotismo anal é que apareceu a neurose obsessiva.

Prova mais indireta, porém, quase experimental, de que há regressão sádico-anal na

etiologia da neurose compulsiva temo-la nos casos raros em que uma histeria, após renúncia à

genitalidade, é substituída por neurose obsessiva. Foi este processo que Freud viu numa mulher

que, devido a condições externas, deixou de dar qualquer valor à sua vida sexual genital (581).

Coisa semelhante se vê com frequência depois do climatério, quando fatores orqânicos hajam

provocado regressão.

O efeito da regressão também se prova em casos nos quais falha a finalidade defensiva

desta. Nos casos desta ordem, transferindo, embora, o seu interesse para o terreno anal, o

paciente não consegue evitar o medo da castração; e desenvolve, pelo contrário, o que

poderíamos chamar medo anal da castração. Outro neurótico que seja por aspectos diferentes

compulsivo pode tornar-se incapaz de defecar a não ser em massas pequenas e uniformes, deste

modo tentando evitar o risco de "perder um órgão". O material com que Freud se ocupou sob a

rubrica da equação simbólica *fezes = pênis* (563, 593) resultou, em parte, desta regressão.

Alguns dentre os temores típicos que as crianças têm ligados à privada (e também

certos neuróticos obsessivos), medo de cair dentro do vaso sanitário, medo de ser comido

por um monstro que dele saia, bem como o medo racionalizado de contaminar-se neste

aposento, mostram-se, à análise, relacionados com a angústia de castração; são

distorções regressivas desta. Um menino cujos temores diversos foi possível ligar ao

terror de ver suas fezes desaparecerem exprimiu o medo de que o pênis lhe sumisse do

mesmo modo.

Tal qual ocorre no caso dos temores orais, o fato dos temores anais encobrirem

angústias de castração não se opõe à índole autónoma dos temores pré-genitais. Esta

distorção da angústia de castração é distorção regressiva, resultante da remobilização

da antiga angústia pré-genital pela perda das fezes. Há muitos casos em que é difícil

determinar se uma angústia anal representa vestígio da angústia pré-genital original

(talvez qualificando de algum modo o medo da castração desde o começo e sabido que as

experiências pré-genitais de separação do seio e das massas fecais são precursores da

ideia de castração) (36, 1466) e determinar que fração significa angústia de castração

regressivamente distorcida.

Surpreendemo-nos sempre ao verificar que, depois da análise descobrir todo um mundo

sádico-anal que remonta aos primeiríssimos anos da infância, certas recordações aparecem, de

todo reprimidas, recordações de período amua mais remoto, de orientação puramente fálica,

que haviam sido pulverizadas pela angústia, de castração. É importante não nos deixarmos

levar pela ideia e rônea de que recordações recentemente aparecidas ligadas a impulsos sádico

anais sejam recordações que venham da organização sádico-anal original, muito frequente não

serem originais, mas de índole regressiva; seguem-sí complexo de Édipo fálico; e a organização

pré-genital original é de datar-se ainda mais remotamente.

É abundante o material cínico em que se encontram ideias e modalidades de

comportamento que se ajustam ao nível genital intermescladas a mati sádico-anal. Certos

neuróticos obsessivos, por exemplo, percebem a sexualidade em termos anais, apenas, como

se fosse caso de banheiro; outros vêem no sexo uma questão financeira (capaz de exprimir-se,

digamos, através de fantasias prostitucionais) ou uma questão de propriedade. Um homem pode

valorar muito a retenção mais prolongada possível do sémen no ato sexual com a ideia em

alguns casos de intensificar o pré-prazer. Em outros casos, com a ideia de "conservar" o

esperma; noutros casos ainda, racionaliza-se a retenção com o respeito pelos sentimentos da

mulher; mas a análise mostra que este homem faz com o sémen o que já fez com as fezes. Há

ainda outros e outros casos, nos quais a distorção sádica de toda a vida sexual mais se destaca

do que a distorção anal. Para uns tantos neuróticos compulsivos o contato sexual significa,

inconscientemente, uma briga, um combate em que o vencedor castra uma vítima. Os pacientes

homens deste tipo não têm, às vezes, no sexo interesse algum que não seja conseguir a prova

tranquilizadora de não serem a vítima (ao que parece, jamais conseguem realizar tranquilização

plena); as pacientes mulheres são capazes de desenvolver desejos de olhar para os genitais

masculinos ou de tocá-los, desejos que manifestam expressões ocultas de aspirações

destrutivas. É duplo o efeito imediato da regressão: o sadismo intensificado combina-se à

hostilidade edipiana que se sente contra o pai do mesmo sexo e impõe ao ego novas tarefas

defensivas; e o erotismo anal emergente modifica os objetivos sexuais e, desta forma, o

comportamento do indivíduo. Já se disse que o erotismo anal é sempre de índole bissexual: o

ânus é, ao mesmo tempo, órgão que expele ativamente e órgão oco, possível de estimular por

algum objeto que nele entre (verpág. 60). A vacilação entre a atitude masculina original, ora

reforçada e exagerada pelo componente sádico-ativo do erotismo anal, e a atitude feminina

representada pelo componente passivo do mesmo (163) constitui o conflito mais típico que se

processa no inconsciente do neurótico obsessivo masculino. A atitude edipiana fálica é inibida

pela ideia de que a gratificação significa a perda do pênis; a regressão impõe atitude feminina,

sem destruir, porém, inteiramente a atitude masculina original.

A ênfase que a educação moderna põe, ao mesmo tempo, nos ideais opostos de

independência e submissão intensifica o conflito entre desejos masculino-ativos e

feminino-passivos existente nos neuróticos obsessivos; conflito capaz de assumir formas

várias. A atividade superficial acentua-se, às vezes, com o aspecto de formação reativa

contra a passividade mais profunda e vice-versa. £ de muitos modos que uma

passividade real pode ser racionalizada como se fosse atividade. Compromisso normal

deste tipo é a identificação amorosa do menino com o pai; mostrando-se

temporariamente feminino para com ele, o menino ganha a promessa de participação

futura na sua masculinidade. Esta "psicologia do aluno" Para com o professor, visando

a tornar-se mestre, por sua vez, no-futuro, enseja umas tantas distorções patológicas (ver

pág. 80).

O objetivo dos desejos femininos dos neuróticos obsessivos homens não é, decerto, ser

castrado, mas, sim, o desejo de alguma coisa a inserir-se ou a reter-se no corpo. A idéia de que

também este desejo não proteja contra a castração, de que esta seja até pré-requisito da

gratificação do desejo, produz a mais intensa angústia, esta, por sua vez, dando motivo a

ulterior defesa. Foi o Çue aconteceu com o homem dos lobos, que reprimia o seu complexo de

Édipo invertido pelo medo da castração. O seu temor de ser comido pelo lobo exprimia tanto os

desejos femininos para com o pai quanto a angústia de castração que aos mesmos se ligava

(599).

Desta forma, toda gratificação sexual pode a tal ponto fundir-se com idéias pavorosas de

castração que, afinal, uma não se compreende sem a outra. É freqüênte o paciente comportar-se

como, inconscientemente, procurasse a cartração, mas o que, de fato, está procurando é algo

que lhe ponha termo à angústia, a qual lhe impede o *prazer. A* "castração" que, na realidade, se

prucura ou é apenas simbólica, (significa mal menor que o paciente está disposto a sofrer a fim

de evitar a castração absoluta), ou é antecipação ativa daquilo que, de outra forma, se teria de

padecer passivamente. Muitas vezes, depois que realiza alguma atividade que simbolize

castração, o paciente executa certo ritual representa a respectiva "anulação".

Tal qual a bissexualidade, a ambivalência caracteriza uma intensificação do erotismo

anal. Ambivalência acentuada das relações objetais é típica dos es tádios pré-genitais do

desenvolvimento libidinal; reaparece quando à organização genital novamente se renuncia. Na

medida em que uma fixação anal é pré-requisito da regressão anal, as duas qualidades que se

lhe associam, bissexualidade e ambivalência, podem ser consideradas pré-requisitos da regres-

são: na medida, porém, em que a regressão intensifica e mantém a orientação sádico-anal, a

bissexualidade e a ambivalência, atributos que são desta orientação, constituem consequências

da regressão.

Na histeria de conversão com sintomas intestinais, limita-se a regressão anal à escolha do

órgão acometido, este servindo para exprimir fantasias genitais — o que é diferente na neurose

obsessiva: neste caso, regressão plena ao mundo dos desejos e atitudes erótico-anais se produz;

e modifica-se o comportamento global.

E freqüênte até voltar, nos neuróticos obsessivos, a orientação olfativa, que é

característica das crianças erótico-anais e que se perde nos adultos normais (202). É muito

comum a regressão trazer também ao primeiro plano traços mais ou menos narcísicos, porque a

intensificação da bissexualidade enseja fantasias de coito consigo mesmo. Há estados de

transição entre as neuroses obsessivos e as psicoses maníaco-depressivas ou a esquizofrenia.

DIGRESSÃO SOBRE O CARÁTER ANAL

Freud descobriu que certos traços caracterológicos preponderam em pessoas cuja vida

instintiva é analmente-orientada (563); traços que, em parte, são formações reativas contra

atividades erótico-anais e, em parte, sublimações destas. Os traços principais deste tipo são o

amor à ordem, a frugalidade, a obstinação; e. de fato. as pessoas que adoecem de neurose

obsessiva costumam apresentar intensificação destas tendências; donde a necessidade de

discuti-las a esta altura.

A aprendizagem dos hábitos higiénicos, na infância, tem muita importância para o

desenvolvimento da relação entre o egoda criança e os seus impulsos instintivos. Este treino

higiénico é a primeira situação em que ela pode ou não aprender a postergar ou renunciar à

gratificação instintiva direta por atenção ao ambiente. É por esta ocasião que adquire o controle

ativo das exigências instintivas decisivas: simultaneamente, contudo, o adulto até então

"onipotente" torna-se dependente, em certo grau, da vontade da criança (ver págs 60 e 452 e

seg.).

Os traços caracterológicos anais que se formam em conflitos relacionados com esta

aprendizagem têm, em parte, qualidades da resistência que o instinto oferece às exigências

ambientais; em parte, qualidades de obediência a estas; e, em grande parte, constituem

compromissos entre as duas tendências (21, 194, 883, 1143)

A frugalidade é continuação do hábito anal de retenção; às vezes, motiva mais pelo medo

de perder; às vezes, mais pelo prazer erógeno. O amor à ordem é elaboração da obediência às

exigências do ambiente que cobrem a goulação das funções excretórias. A obstinação é

elaboração da rebeldia contra gstas mesmas exigências. Em certas condições (constitucionais e

ambientais), a obstinação pode ir a ponto tão extremo que a pessoa em questão é sempre

obrigada a fazer exatamente o contrário do que se lhe pede.

Um neurótico obsessivo costumava dormir de dia e ficar acordado a noite inteira

porque "não compreendia a razão" por que se faz habitualmente o contrário; mas esta

obstinação era, a bem dizer, uma espécie de "racionalização" de certa dificuldade

neurótica, que se devia ao estado de represamento da sua libido.

A própria palavra "obstinação" *(ob-stinare)* exprime a ideia de "manter uma posição

própria a despeito de alguém". Originalmente, a teimosia significou apenas resistência,

oposição da vontade de alguém à vontade de outrem; mais tarde, significou contrapor a vontade

de alguém a forças inimigas superiores; mais tarde ainda (pelo fato de serem superiores estas

forças), significou conseguir diretamente o que se quer, não pela força, mas pela astúcia, de

acordo com certa modalidade em que o fraco pode ser, inesperadamente, forte. A teimosia é

tipo passivo de agressividade, que se desenvolve nos planos em que a atividade é impossível. É

o que ocorre, pela primeira vez, na vida da criança quando ela consegue contrariar os esforços

dos adultos pela constrição dos es-fíncteres. Mais tarde ainda, "o poder do impotente" pode não

ser de índole verdadeira, mas apenas mágica; e, então, uma espécie de superioridade "moral"

substitui a superioridade "mágica". A entrada do fator moral no quadro mostra que o superego

desempenha papel decisivo no desenvolvimento ulterior da teimosia. Os mesmos meios que

emprega para resistir às forças superiores dos educadores a criança aplicará, mais tarde, na luta

contra o seu próprio superego. O que em geral, se chama teimosia no comportamento dos

adultos é tentativa de usar outras pessoas como instrumentos no combate com o superego.

Levando as pessoas a que sejam injustas, as pessoas teimosas lutam por um sentimento de

superioridade moral, que é necessário para que lhes aumente a sauto-estima, de modo a

contrabalançar a pressão do superego. (1202).

A superioridade moral experimenta-se ou pelo sentimento mesmo de que se está sendo

maltratado, ou levando o adulto "injusto" a que mais tarde se arrependa, o que reforçará a

afeição dele recebida.

Em outros termos, a teimosia, que, de início, é o processo pelo qual o fraco combate, vem

a transformar-se mais tarde em processo habitual de luta, no esforço pela manutenção ou pela

restauração da auto-estima. As pessoas teimosas em muitas necessidades narcísicas, cuja

gratificação é necessária para opor-se alguma angústia, a algum sentimento de culpa; daí

devermos concluir que a ia também tem base oral. Está, porém, enraizada, decisivamente, no

estádio anal e desenvolve-se através de experiências que se ganham durante o período da

aprendizagem higiénica. As pessoas que têm medo de ser enganadas, de sofrer abusos, de ser

desfalcadas das suas provisões narcísicas são mais inclinadas à teimosia, como é fácil

compreender. É comum ver uma tendência a manter aberta uma saída determinando o

comportamento obstii (444).

Tem-se suscitado a objeção de que a teimosia se possa adquirir em conflitos sociais entre

a criança e o ambiente, durante a aprendizagem dos hábitos higiénicos, sem que isso signifique,

necessariamente, seja a obstinação de índole anal (921, 1022). O argumento não leva em conta

os achados da psicanálise quais mostram serem as contraforças que se opõem, aos instintos

estruturadas nas energias das próprias forças instintivas, estas tendo mudado de direção sob a

influência do meio. A psicanálise das pessoas teimosas prova com abundância que a teimosia

se liga a sensações anais e dá prazer erógeno-anal (17 21 555 ' 563,567, 593, 878, 1202, 1634).

O traço caracterológico do amor à ordem representa a elaboração da obediência. A

regularidade, a pontualidade, a meticulosidade, a correção, tudo isto significa deslocamento da

transigência com as exigências ambientais relativamente à defecação. Nos neuróticos

obsessivos, os traços caracterológicos anais que representam obediência revelam-se com o

aspecto de formações reativas. E é sem dificuldade que a modalidade comportamental básica é

contrária irrompe através deles ou os impregna: é o modelo da pontualidade que, em muitos

casos, se mostra surpreendentemente impontual; é a pessoa mais limpa possível que, nuns

tantos aspectos, se revela suja de espantar. Abraham relatou uma quantidade de situações desta

ordem que se caracterizam por luta permanente com as contracatexias: pessoas

escrupulosamente arrumadas com a roupa que aparece e outro tanto relaxadas com a roupa de

baixo; gente que tem sempre os seus pertences na maior desordem, mas, de quando em quando,

precisa arrumar tudo, prática que corresponde ao hábito auto-erótico de reter as fezes durante

muito tempo e, depois, "acertar tudo de uma vez" (21).

Há traços caracterológicos anais significando que o ego desvia o instinto ou para outra

finalidade ou para outro objeto. Se isso tem êxito, dizemos que há sublimação; não tem êxito

nos neuróticos obsessivos e as atividades "deslocadas" servem de campo em que se trava a

mesma luta defensiva no que toca a frugalidade, teimosia e meticulosidade, tal qual se deu com

os impulsos anais originais. Há casos em que o interesse se desloca do produto; outros do

processo da defecação.

No que diz respeito aos primeiros deslocamentos, mostrou Freud que os substitutos têm

relação muito complexa com o original (593). As conexões conceito de fezes com as ideias,

mais genitais, de pênis e criança são menos 1 portantes para a psicologia dos neuróticos

obsessivos do que aquelas que -ligam a ideias de doação, dinheiro e tempo.

Se quisermos compreender a relação entre fezes e dinheiro, relação q atua em todo

neurótico obsessivo, temos, primeiro, de compreender a s nificação psicológica do conceito de

posse (21). A criança aprende a difere entre ego e não-ego, mas este é um processo demorado e

complexo, no curso do qual ela atravessa o estádio que Freud chamou ego prazeroso purificado

(588): tudo quanto dá prazer se percebe como ego, tudo que produz dor, como não-ego. A base

original desta classificação é a idéia seguinte: "Tudo que é agradável eu gostaria de pôr na boca

e engolir; tudo que é doloroso gostaria de cuspir" (616). Há, porém, coisas agradáveis que não

se podem levar à boca, coisas que, mais cedo ou mais tarde, se chamam "minhas", isto

significado: “Gostaria de levá-las à boca, mas não posso; então, declaro-as 'simbolicamente

postas na minha boca'." Quando percebe que perde as fezes, que para ela representam matéria

muito preciosa, parte do próprio corpo, a criança sente: “Isto é uma coisa que devia estar no

meu corpo: mas agora está fora e eu não posso recuperá-la". Também neste momento, ela

chama esta coisa "minha", o que quer dizer: "Gostaria de tê-la dentro do meu corpo, mas é

impossível; por to declaro-a 'simbolicamente posta no meu corpo'". Por conseguinte, "posse"

siqnifica "coisas que não pertencem realmente ao ego, mas que deviam pertencer; coisas que

estão, de fato, fora, mas simbolicamente dentro". Estão no mundo exterior, mas são catexizadas

com "qualidade do ego". Em geral, as posses são dotadas de atributos para o fim de identificá-

las: "Aquele azul me pertence." Mas não é com facilidade que se faz isto às fezes, que têm a

mesma aparência em todos os seres humanos. Mais tarde, a criança aprende que existe "di-

nheiro", uma coisa que os adultos avaliam como posse, mas que não é "azul", que, pelo

contrário, tem sempre a mesma aparência, esteja na posse de quem estiver. O que o dinheiro e

as fezes têm em comum é o fato de serem posses desindividualizadas; e desindividualizado

quer dizer, necessariamente, suscetível de perder-se, perdível, de modo que o dinheiro, tal qual

as fezes anteriormente, é avaliado e guardado como posse, que está sempre correndo o risco de

perder sua qualidade de ego. Tanto uma quanto outra matéria, embora se avaliem muito alto,

são vistas com desprezo por causa da sua índole desindi-vidualizada, monótona, inespecífica.

E, realmente, as pessoas erótico-anais que amam o dinheiro amam o dinheiro que não é

desindividualizado: amam o ouro, as moedas que brilham, as notas novas, o dinheiro que ainda

tem caráter "azul", individualizado. Ferenczi, quando estudou as vias de deslocamento que con-

duzem das fezes ao dinheiro, mostrou que as coisas brilhantes e as pedras são estimadas

anteriormente à areia incolor e que, afinal, se aceita o dinheiro como substituto (466). Quando

esta via de "sublimação sofre transtorno, pelo fato dos arcaicos desejos instintivos que se

referem às vezes ainda determinarem a atitude para com o dinheiro, as atitudes relativamente a

este tornam-se racionais; o dinheiro torna-se, então, objeto de prazer (ou de castigo), isto é,

substituto das fezes e não coisa objetivamente útil. Pode ser irracionalmente retido, ou atirado

irracionalmente fora (15); ou um e outro comportamentos contrastantes se combinam de várias

formas (480).

As personalidades anais são tão transtornadas em sua atitude para com o tempo quanto o

são em sua atitude para com o dinheiro: também quanto ao empo podem ser avaras ou

pródigas, ou ambas as coisas alternadamente; podem ser pontuais e impontuais; às vezes, são

exatas até frações de minuto; outras vezes, grosseiramente pouco confiáveis.

O que Abraham diz a respeito das pessoas "que, muitas vezes, poupam o tempo em

pequenas quantidades e o dissipam em quantidades grandes" (21) exemplifica-se com

clareza no caso observado por Garma: O paciente era um homem que não trabalhava,

mas passava o dia em atividades neuróticas e desvaneios que duravam horas. Sempre

que queria sair de casa. abria a janela para ver quando vinha o trem suburbano que o

levaria à cidade. Quando ouvia o trem, chamava a criada e esta abria a porta,

segurando o capote para que ele o pegasse. O paciente pegava-o, descia correndo os

degraus que levavam à estação, do outro lado da rua. e apanhava o trem quando este

estava justamente largando. Todo este procedimento mais não era do que a repetição do

hábito infantil de esperar até o último momento antes de ir ao banheiro.

Nas neuroses obsessivas, a regressão transforma a relação do paciente para com o tempo,

tal qual sua relação para com o dinheiro, em arena na qual se travam os seus conflitos

instintivos. Há casos, em que podemos seguir pista falsa, quando procuramos conflitos libídino-

objetais no comportamento irracional, compulsivo, em relação ao tempo. Em larga extensão,

este comportamento representa uma forma de auto-erotismo. Há neuróticos obsessivo que são

tardios, morosos, não porque queiram irritar quem está à espera, mas porque a suspensão de

atividade lhes dá o mesmo prazer, a mesma tensão auto-erótica que, crianças, desfrutavam com

a retenção das fezes.

A reconstrução da relação genética entre tempo e fezes não é tão fácil quanto aquela que

existe entre dinheiro e fezes. Harnik reuniu muitos dados antropológicos mostrando que a

consciência do curso do tempo, sobretudo a capacidade de medir o tempo, tem raiz

inconsciente profunda no erotismo anal (738). A freqüência das defecações, os intervalos a que

se realizarão, o tempo que o processo há de levar, até quanto pode ser dilatado com êxito etc.

são situações em que a criança ganha as ideias de ordem e desordem relativamente ao tempo e

à mensuração deste em geral.

Não significam estas observações que o conceito de tempo se adquira ex-

clusivamente em experiências erótico-anais. Papel muito mais básico, neste particular,

desempenham as sensações cinestésicas que conduzem ritmos biológicos internos dentro

do corpo (respiração, pulso) (172, 1455). As experiências anais são mais importantes

para a mensuração do tempo e o desenvolvimento de horários que constituem meio de

controlar a realidade (738, 1193). Os transtornos neuróticos relacionados com a

experiência subjetiva do curso do tempo ocorrem, de fato, com mais frequência nos casos

em que há conflitos inconscientes girando em volta do erotismo da sensibilidade

profunda e do equilíbrio, ao passo que os distúrbios da utilização prática do tempo e dos

sistemas cronológicos, servindo para proteger contra fatos imprevistos, são mais

característicos das neuroses obsessivas típicas em que existem conflitos sádico-anais

inconscientes (338, 1385).

Vê-se a atitude infantil em relação às fezes transplantada, muitas vezes, para a atitude

ulterior relativamente às realizações pessoais do indivíduo. Certa pessoa pode ter admiração

auto-satisfeita pelo que tem feito, ou pode sentir-se descontente com tudo quanto realizou; ou

pode vacilar, irresoluta, entre os dois extremos, conforme seja o desfecho dos seus conflitos

instintivo-anais.

A tendência que uma paciente tinha para a autocrítica impiedosa remontava ao

terceiro ano de vida, quando uma doença intestinal a fazia incontinente, depois de já

treinada em hábitos higiénicos. De vez em quando, julgava, firme, que nada podia

produzir adequadamente. Outra paciente, escritora, via em sonhos as provas do seu livro

passarem espremidas por uma pequena abertura.

A retenção anal, que sempre contém os dois componentes, medo de perder o gozo de

novo prazer erógeno, também pode deslocar-se para outro objeto. Tanto a cupidez e a mania de

colecionar quanto a prodigalidade têm de minantes correlacionais na atitude infantil para com

as fezes.

Do mesmo modo que as sublimações que dizem respeito ao produto da defecação podem

falhar se se conservar o erotismo anal, assim também falham as sublimações que tocam à

função. Se atuam formações reativas em vez de sublimações, a pintura, por exemplo, pode

haver conservado o significado inconsciente anal de se sujar, o que leva ou à falência do

indivíduo como artista, ou se o ego, reconhecendo o impulso proibido, ergue um protesto, a

inibição da capacidade de pintar. O deslocamento de catexias da defecação para a fala e para

atividades intelectuais revela-se, às vezes, em modalidades irracionais de reter ou proferir

palavras ou pensamentos; pode-se vê-lo tanto em inibições destas funções quanto nas suas

hipercatexias irracionais.

Mais ainda: O comportamento das personalidades anais é impregnado de manifestações

do sadismo, que sempre está, simultaneamente presente, ou de formações reativas contra o

mesmo. O fato da criança encontrar na retenção satisfação narcísica pela sua capacidade de

controlar os esfíncteres também constitui ponto de partida de sublimações ou de formações

reativas. Do sentimento de poder que acompanha o controle dos esfíncteres pode derivar um

desejo forte de poder. O poder que se deseja será obtido pelo autocontrole ou pelo controle de

outras pessoas; e o anseio de poder determina-se, em geral, medo de perder a auto-estima.

Muitos outros conflitos, que antes se ligavam ao erotismo anal, podem ser reativados nos

neuróticos obsessivos. A renúncia ao prazer por atenção aos objetos, seja amor, seja medo

deles, é a principal realização da aprendizagem higiénica; o indivíduo aprende a dar, ao passo

que, no período oral, o seu interesse principal era receber. Por conseguinte, os transtornos que

ocorrem neste período geram transtornos ulteriores relativamente aos objetos; daí não se poder

alcançar equilíbrio entre dar e tomar.

A descrição clássica de Abraham (21) também atribui uma quantidade de traços menos

fundamentais a conflitos que giram em redor do erotismo anal: a tendência, por exemplo, a

olhar tudo "de trás" (base de muitos sintomas compulsivos); o medo de "começar", que faz

adiar o mais possível o início de todas as atividades novas, se bem que, iniciadas, seja difícil a

interrupção; a tendência que têm certas pessoas a conseguir que outros façam tudo por elas, nos

casos em que houve enemas na história da analidade infantil; e a tendência a resolver tudo por

si, nos casos em que as exigências de regularidade anal tiverem deparado com protesto na

infância; a tendência a fazer muitas coisas ao mesmo tempo para o fim de "poupar tempo", isso

dependendo das brincadeiras auto-eróticas que se praticaram durante a defecação, persistindo,

em muitos indivíduos, sob o aspecto de compulsão a ler sentado no vaso sanitário, o que sig-

nifica recuperar material enquanto outro material se perde.

Esta descrição dos traços caracterológicos anais excedem a esfera da neurose obsessiva;

e teremos de voltar ao assunto quando discutirmos as anormalidades caracterológicas (ver

págs. 452 e seg.). São, contudo, estes traços característicos do neurótico compulsivo típico.

Não há neurótico obsessivo que saiba manipular o tempo, nem o dinheiro de maneira racional,

embora variem muito de índole e intensidade as dificuldades que observamos.

SISTEMAS COMPULSIVOS

O “amor à ordem", que se usou como medida protetora contra exigências instintivas

perigosas, no período erótico-anal original, recupera esta função protetora numa neurose

obsessiva ulterior. O neurótico obsessivo, ameaçado pela rebeldia das suas exigências

sensuais e hostis (regressivamente distorcidas sente-se a salvo enquanto se comporta de

maneira "ordenada", particularmente no concernente ao dinheiro e ao tempo. Os impulsos

sádico-inconscientes, porém, costumam sabotar a regularidade e a adesão a um sis tema":

reaparecem sob a forma de desordem ou de acontecimentos que transtornam o sistema, ou até

impregnam a própria síndrome da regularidade, do amor à ordem.

Lucille Dooley. em interessante ensaio, reuniu material concernente amor à ordem e aos

sistemas com relação ao tempo, sistemas a que aderem ° neuróticos obsessivos para os quais

todo transtorno da "rotina" significa assasinato e incesto (338). Há muitos neuróticos

obsessivos que têm interesse cessivo por tudo quanto é horário, capazes até de regular a vida

inteira segund horários sistematizados. Enquanto estes funcionam como reguladores das sua

atividades, têm a certeza de não estarem cometendo os pecados que, inconscientemente,

receiam; e enquanto sabem antecipadamente o que é que hão de fazer depois, conseguem

superar o medo de que a sua própria excitação os induza a fazer as coisas de que têm medo.

Medida tranquilizadora típica é a "orientação no tempo". Muitos temores da morte

significam medo de certo estado em que não têm validez os conceitos habituais de tempo.

Muitos neuróticos obsessivos temem os estados nos quais é mais difícil a orientação no

tempo: o crepúsculo, as longas noites do inverno, até os dias longos do verão. Os

temores deste tipo podem, contudo, originar-se, simplesmente, do fato dos

acontecimentos apavorantes da infância haverem ocorrido àquela hora do dia que se

vem a recear mais tarde (599).

A compulsão mesma é usada como proteção deste tipo, porque garante contra a

ameaça da espontaneidade perigosa. Tudo quanto se faz por forma compulsiva se faz

como rotina, de acordo com plano pré-ordenado, de que se supõem excluídos os

impulsos censuráveis. Desde que se sigam as regras, tudo dará certo. O neurótico

obsessivo, porém, percebe que tem instintos: jamais consegue ganhar o sentimento de

que está, realmente, seguindo as regras, de que regras existem bastantes que governem

todas as possibilidades, de que as sabe todas de maneira suficiente.

As coisas complicam-se mais quando são necessárias outras pessoas que "testemunhem"

a validez das exigências compulsivas de regularidade e sistema. O paciente tanto se sente

obrigado a manter, ele próprio, uma ordem sistemática quanto exige que outras pessoas aceitem

o mesmo sistema: e elas. geralmente, recusam submeter-se ao sistema do neurótico. Daí

aumentar a sua hostilidade, daí ver-se levado a tentar meios diversos com que forçar os

circunstantes a fazer o que ele quer; fica com medo da hostilidade que se exprime nestas

tentativas e este medo, por sua vez, lhe aumenta as necessidades sistemáticas donde um círculo

vicioso. Mais ainda complicam-se as coisas quando temas de diferentes neuróticos obsessivos

assim se chocam; como a neurose obsessiva se funda na intensificação do erotismo anal, o qual,

por sua vez, é determinado pela constituição, é comum ocorrerem vários casos de neurose

obses siva na mesma família. É desta maneira que se podem criar perturbações ta miliares

severas.

Existe uma contrapartida neurótica obsessiva à pseudologia histerica (437). Certos

pacientes descobrem falsificações grosseiras da realidade, compatíveis com a sua

escrupulosidade, com a sua meticulosidade e até com um fanatismo obsessivo da verdade. Pela

tendência compulsiva ao "deslocamento para pequenos detalhes", é freqüênte as falsificações

dizerem respeito apenas a orrnenores sem importância. As pequenas modificações reais da

verdade presentam modificações mais sérias; e estas modificações mais importantes servem ao

objetivo de encaixar o mundo num sistema definido, preciso. Supõe-se que os fatos sejam não

tais quais são, mas tais quais o sistema obsessivo exige que sejam. A falsificação exprime

também a tendência a impor o mesmo sistema outras pessoas: "Vocês não hão de veras coisas

com seus próprios olhos, mas da maneira que eu as mostro a Vocês. " Violência desta ordem

usada contra os seus semelhantes, satisfará o sadismo e a obstinação anal do neurótico obses-

sivo. Comportamento assim visa, sobretudo, um objetivo mais específico. Freud, certa feita

comparando recordações espontâneas dos primeiros anos de vida à criação dos mitos, nos quais

se falsificam fatos históricos de acordo com aquilo que se deseja (596). Nas tentativas

obsessivas de fazer que as "testemunhas" aceitem os sistemas obsessivos, é freqüênte a

possibilidade de observar diretamente a criação de mitos assim.

A adesão dos pacientes aos seus sistemas não quer dizer, em absoluto, que consigam

mantê-los. Também neste caso, aquilo que se rejeitou impregna os processos de rejeição. Cada

vez mais os pacientes sentirão que os sistemas em que gostariam de encaixar o mundo foram

violados; reagirão com tentativas de acrescer a rigidez dos sistemas, mas nunca se convencem

de que se achem inteiramente preenchidas as exigências respectivas. Em geral, estas exigências

reclamam isolamento de coisas que representam tendências inconscientes, originalmente

conexas; daí os pacientes verem com frequência uma estrita clivagem "ou-ou" nas situações em

que, de fato, existe relação "tanto quanto".

Certo neurótico obsessivo que jogava xadrez ocupava-se horas a fio com o

problema obsessivo: devia usar mais "estratégia", ou mais "tática"; Só pensava nisso em

abstraio, nunca em situações concretas dentro de um jogo concreto. A sua idéia de

alternatividade ("ou-ou") fazia que, realmente, perdesse todas as partidas. Baseava-se a

hesitação na seguinte dúvida inconsciente: Devia bater o adversário, ou devia deixá-lo

ganhar, isso significando se devia assumir atitude masculina ou feminina.

Tem relação com o que descrevemos o fenômeno chamado por Graber "tipificação

neurótica" (710). Os neuróticos obsessivos tendem a fazer generalizações falsas, a classificar às

pressas todas as idéias em categorias que se excluem entre si e, depois, a ficar em dúvida no

tocante à natureza e à avaliação das mesmas. "Já sei em que categoria se inclui certo fenômeno"

quer dizer, em geral: "Não preciso ter medo disso como se fosse tentação ou castigo possível."

Quanto mais surpreendente, tanto mais perigoso é um fato. A "tipificação" Procura excluir a

possibilidade de surpresas e procura também falsificar os fatos novos, tratando-os como se

fossem "coisas já sabidas".

Ordenar o que se desconhece de acordo com categorias conhecidas é tarefa que

cabe à ciência. A sistematização compulsiva, que se realiza não para o fim de controlara

realidade, mas, sim, visando a negar certos aspectos desta, mediante a sua falsificação, é

caricatura da ciência (618).

É ambivalente o neurótico obsessivo, e ambivalente até em relação aos seus próprios

sistemas e regras. Quando se dispõe a combater impulsos instintivos perigosos, precisa de

sistemas e regras que o protejam. Quando se volta contra o seu superego, também está

voltando-se contra sistemas e regras que este lhe impõe. Pode abertamente voltar-se contra eles,

ou pode ridiculariza-los como se os considerasse absurdos (567).

OUTROS MECANISMOS DE DEFESA NA NEUROSE OBSESSIVA

A alteração do caráter, típica da neurose obsessiva, nem sempre se deve diretamente à

regressão, mas se segue também ao uso de outros mecanismos de defesa depois da regressão, a

saber, a formação reativa, o isolamento e a anulação. O uso destes mecanismos, é certo,

também depende da regressão patog-nomônica, visto que a formação reativa, o isolamento e a

anulação muito mais se aplicam contra desejos pré-genitais, ao passo que a repressão

propriamente dita se liga mais à genitalidade.

As formações reativas profundamente se implantam em toda a personalidade do neurótico

obsessivo. Na luta contra hostilidades inconscientes" o neurótico obsessivo tende a ser pessoa

mansa em todos os seus relacionamentos e de maneira geral, daí podendo resultar grande

satisfação narcísica, esta, por sua vez, criando dificuldade lamentável para o tratamento

psicanalítico.

Raramente, porém, logram êxito mesmo as formações reativas fixadas; a mente do

paciente compulsivo permanece ocupada com luta incessante entre a formação reativa e o

impulso original ainda atuante.

Quanto ao isolamento e à anulação, já lhes descrevemos o aparecimento nos sintomas

compulsivos (ver págs. 142, 148).

Uns tantos exemplos mais podem-se acrescentar de isolamento típico. Um paciente

com dúvidas obsessivas achava muito difícil submeter-se ao procedimento analítico e

energicamente protestava contra a regra básica da associação livre. Descobriu-se que a

razão disso era o esforço que fazia para ocultar a existência de certa namorada — não

porque não quisesse de modo algum falar no assunto, nem sequer porque não desejasse

expor essa moça, mas, sim, pelo fato de que, na análise, se referira à masturbação e

pretendia isolar a imagem dela de tudo quanto se relacionasse com a mesma. Sentia que

poderia falar nela contanto que não pensasse em masturbação dentro da mesma sessão.

A análise mostrou, mais tarde, quanto falhava este isolamento; sintoma compulsivo que o

paciente via com ansiedade máxima e que fazia esforço considerável por dissimular

consistia em que, sempre que via a moça em questão, ou sempre que lhe mencionavam o

nome, tinha de pensar obsessivamente: "Putinha." Este sintoma representava a exigência

instintiva incestuosa contra a qual o ego se estava defendendo. Aí está um exemplo de

tentativas malogradas no sentido de isolar a ternura da sensualidade.

Foi interessante notar de que modo o paciente, que tinha certa tendência para

reações paranóides, conjugava, em sua defesa contra o instinto, os mecanismos de

isolamento e da projeção. De uma feita, querendo demonstrar o absurdo da psicanálise

declarou que a associação livre era uma tolice porque as pessoas tinham apenas as

ideias que queriam ter. Respondeu-lhe o analista que não era verdade, pois ele tinha a

ideia "putinha" sem querer. Daí a dias, o paciente lançou ao rosto do analista a

sensualidade e a vulgaridade deste por chamar de putinha a sua amiga e por abusar das

suas confissões para acusá-lo de mau comportamento (411).

Há vezes em que os . pacientes obsessivos efetuam isolamento notável casando-se:

resolvem que a vida conjugal não terá conexão com a sexualidade infantil. "Agora que

estou casado, não preciso preocupar-me mais com a sexualidade." Casamento feito nesta

base não pode ser feliz. Os pacientes erigem compulsões e obsessões severas nas

circunstâncias em que os desejos sexuais infantis seriam capazes de infiltrar-se na vida

conjugal, apesar do isolamento.

Já se disse que o caso especial mais importante de isolamento consiste em isolar o

conteúdo ideacional da sua catexia emocional. Os neuróticos obsessivos típicos dão impressão

de frios, abstratos, impassíveis; na realidade, as emoções deles talvez estejam encontrando

expressão de algum modo incongruente.

Exemplo de até que ponto as expressões desta ordem podem ser "isoladas" é o caso

do paciente que anotou por escrito: "Não devo esquecer-me de que estive zangado."

Deve-se às propensões isolantes dos neuróticos obsessivos a dificuldade que têm em

associar livremente na análise. Não podem associar livremente porque estão sempre armados

para impedir que tornem a ligar-se aquelas coisas que, originalmente, se relacionavam; e não

podem deixar-se surpreender nem por sentimentos, nem por percepções que ainda não hajam

sido incluídas em categorias. Pensarem categorias compulsivas representa caricatura do

pensamento lógico, o qual também se baseia numa espécie de isolamento; o isolamento lógico,

todavia, serve ao propósito da objetividade; e o isolamento compulsivo, ao da defesa (618).

O isolamento, conforme dissemos, relaciona-se com o antigo tabu do con-tato (618).

Inúmeros sintomas compulsivos regulam as modalidades segundo as quais os objetos devem

ser ou não tocados. Os objetos representam os genitais ou as sujeiras. As coisas "limpas" não

devem comunicar-se com as "sujas" (989). Aplicação do tabu do contato ao temor mágico de

alterar uma situação presente e iniciar situação nova (ver pág. 265) vê-se nos frequentes rituais

de limiar (30, 390).

É freqüênte o isolamento separar uns dos outros os componentes de um todo, nas

situações em que o indivíduo não compulsivo apenas perceberá o todo, em vez dos

componentes. Os neuróticos obsessivos, por conseguinte, costumam experimentar somas em

vez de unidades; e a melhor maneira de designar muitos dentre os traços caracterológicos

compulsivos é dizer: "inibição da capacidade de experimentar *Gestalten"* ou estruturas.

Falou-se na "repetição" como forma de anulação (ver págs. 142 e seg.) A idéia é de que,

para o fim de anular, certa atividade tem de ser repetida com intenção diferente. O que já se fez

com intenção instintiva será repetido com atitude superegóica. O instinto rejeitado tende, no

entanto, a impregnar também a repetição, de modo que esta tem de ser repetida. É costume

aumentar com rapidez o número de repetições necessárias. Estabelecem-se os "números

favoritos", cuja escolha pode ter o respectivo significado inconsciente à parte, e os mesmos

determinam o número de repetições que são necessárias; afinal, podem as repetições ser

substituídas por uma contagem.

Em geral, os números favoritos são pares; só os números pares é que garantem que nem

os instintos, nem o superego hão de prevalecer. Quase todas as compulsões de "simetria" têm o

mesmo significado (479).

Será errado, contudo, crerque toda contagem compulsiva tenha esta mesma

motivação, visto que pode ter vários outros significados. É frequente representar uma

contagem de segundos, ou seja, mensuração do tempo. A necessidade de medir o tempo

pode resultar de determinantes vários. Às vezes, mais não é do que maneira de garantir

um isolamento. Será impedido de iniciar uma atividade logo após outra e a contagem

visará a garantir o necessário intervalo temporal. As conexões básicas entre a

mensuração do tempo e o erotismo anal já foram mencionadas. A mensuração do tempo,

por ser mensuração do intervalo que separa duas ocasiões de estar no W.C., servirá,

então de defesa contra a tentação da masturbação anal podendo, afinal, vir a

sersubstituto desta (737).

A contagem compulsiva pode também ser defesa contra desejos homicidas, porque

contar coisas é certificar-se de que nenhuma delas está faltando. A defesa pode, todavia,

ser invadida pelo impulso; e, inconscientemente, o contar representará homicídio, caso

em que, então, também terá de ser rejeitado (88). Isto é facilitado pelo fato de que

contar, em si, significa tomar posse, controlar; "contar" significará "contar os pertences,

ou os bens do indivíduo".

Exemplo muito simples do mecanismo da anulação é a compulsão a lavar-se a toda hora:

a lavagem faz-se necessária como meio de anular um ato anterior "que sujou", um ato "sujo"

(real ou imaginário) (703, 989).

Em geral, o ato sujo é a masturbação; mais tarde, a ideia da possibilidade remota

de masturbação (503). A regressão anal é responsável pela concepção suja sexualidade

(484). A masturbação anal da criança, de fato, revela-se pelas mãos manchadas ou

malcheirosas, revelação esta possível de evitar pela lavagem. Há casos de neurose

obsessiva em que os pacientes conseguem fazer que desapareçam todos os seus

escrúpulos banhando-se ou mudando de roupa, visto que se percebem os "sentimentos

maus" como sujeira que se pode eliminar lavando. O banho ritual como meio de lavar

pecados também é manifestação de anulação; e talvez seja por isto que os cerimoniais

neuróticos, no período de latência, costumam ligar-se ao ato de lavar-se. As crianças

teimosas que recusam lavar-se estão. de fato, recusando-se a renunciar aos seus

impulsos instintivos prazerosos, embora seja certo que os rituais relacionados com o

despir-se e o deitar-se também vigorem por outra razão: estas ocasiões propiciam a

tentação de masturbar-se.

Há muitos sintomas compulsivos típicos que visam a anular atos agressivos, geralmente

imaginários; intenção que, por vezes, ê manifesta, como é o caso do fechamento compulsivo do

registro do gás e também da retirada de pedras da rua; há vezes em que a intenção só à análise

se revela, conforme se vê nos vários sintomas que significam, inconscientemente, penitência ou

castigo. Fronteira nítida não existe entre os sintomas punitivos e as sublimações criativas

executadas com o caráter de contra-ações que se opõem a desejos sádicos infantis (1422,

1424).

O uso da regressão, da formação reativa, do isolamento e da anulação dispensa o

emprego do mecanismo de defesa que é a repressão propriamente dita. Aqui respondemos à

indagação sobre a maneira por que é possível virem e consciência, nas neuroses obsessivas, os

impulsos agressivos. Por exemplo, o impulso de matar está, mediante o isolamento, tão distante

de qualquer expressão motora possível que não existe oportunidade de que se materialize, *o*

poder conscientizar-se sem perigo; quando, então, se torna consciente, quandc se conscientiza,

a ideia está "despida de emoção" (1054). O resultado da ruptura da conexão original é que o

analista não pode usar, diretamente, a consciência espontânea dos fatos infantis patogênicos.

Porque estão faltando as emoções correspondentes, o analista sabe tão pouco quanto o paciente

quais dentre as recordações infantissão importantes e em que lhes consiste a importância;

mesmo que o percebesse, não poderia dizer ao paciente antes de superar a resistência que este

opõe ao reconhecimento da verdadeira conexão.

É apenas relativa, todavia, a falta de repressão propriamente dita na neurose obsessiva,

podendo as próprias compulsões e obsessões sofrer processo repressivo secundário. Há vezes

em que os pacientes não sabem dizer em que lhes consistem as compulsões: estas têm

qualidade incolor, vaga, oniróide, casos estes nos quais é preciso muito esforço analítico para

remover as repressões para se tornar legível o texto das compulsões.

Casos há em que os sintomas compulsivos são secundariamente reprimidos porque o

paciente sente que as suas compulsões não se ajustam ao seu sistema, ou seja, representam

tanto forças defensivas quanto o instinto rejeitado que novamente se intromete. Tentando

ajustar as compulsões ao seu sistema, o paciente falsifica-lhes e obscurece-lhes o conteúdo

original: as compulsões mesmas têm, tal qual o mundo inteiro, de adaptar-se ao sistema que lhe

é a garantia única de segurança.

Acontece com frequência, na neurose obsessiva, que o deslocamento consista em

"deslocamento para pequenos detalhes, ou minúcias". Muitos são os neuróticos obsessivos que

precisam preocupar-se muitíssimo com coisas pequenas, aparentemente insignificantes, que a

análise mostra serem substitutas de outras coisas importantes. O exemplo que melhor se

conhece é o da "compulsão a pensar", ou "pensar compulsivo" *(Gruebelzwang):* o paciente vê-

se obrigado a passar horas e horas remoendo questões muito abstratas; sintoma este que se

baseia na tentativa de evitar emoções censuráveis mediante a fuga do mundo das emoções para

o mundo dos conceitos e das palavras. Falhando a tentativa, os problemas intelectuais para os

quais tenta o paciente fugir, com o fim de livrar-se das emoções, adquirem, pela volta do

material reprimido, o mais alto valor emocional.

A DUPLA FRENTE DO EGO NA NEUROSE OBSESSIVA

Tão característicos são da neurose obsessiva os mecanismos de defesa específicos quanto

o são a direção em que eles se usam. A preponderância relativa da dependência do ego perante

o superego, nesta neurose, ajuda a compreei der que o ego seja obrigado não só a obedecer ao

superego pela rejeição das exigências instintivas, mas também a tentar rebelar-se contra ele.

Será, talvez, capaz de usar contra o superego as mesmas medidas defensivas que, de habito, usa

contra o id, precisando também nesta atividade dispender continuamente energia. Dissemos que

a ideia compulsiva "Se fizeres isto ou aquilo, teu pai morrerá" constitui percepção da

advertência que faz o superego; "Se fizeres isto ou aquilo, podes ter a tentação de matar teu

pai." Reagirá o ego a ameaça desta ordem com uma contra-ameaça. Quando o "homem dos

ratos teve a sua primeira experiência sexual, veio-lhe a ideia obsessiva: "Que maravilha? Por

isto a gente é capaz de matar o próprio pai!" (567). Na realidade, o ego comporta-se em

[relação ao superego tal qual se comportava antes relativamente aos seus educadores:

obediente, ou insubmisso, ou obediente e insubmisso ao mesmo tempo. Na ambivalência do

ego em relação ao superego é que se baseia a preponderância freqüênte dos sintomas religiosos

na neurose obsessiva (560). Onde melhor se observa o conflito ambivalente em relação ao

superego é naquelas situações em que produz comportamento bifásico: o paciente compor. ta-se

ora como se fosse criança travessa, oral tal qual fiscal severo.

Por motivos obsessivos, certo paciente não conseguia escovar os dentes e, passado

algum tempo, batia em si mesmo, ralhava consigo mesmo. Outro trazia sempre consigo

uma agenda em que assentava o que tinha feito no sentido de indicar louvor ou censura.

Nos sonhos, o absurdo significa intenção sarcástica e maliciosa do indivíduo (552). Do

mesmo modo, o absurdo grosseiro de muitos dentre os pseudo problemas que constituem o

tema dos pensamentos obsessivos indica atitude maliciosa e sarcástica por parte do paciente em

relação ao seu superego, o qual, na análise, é freqüênte representar-se pelo analista. Assim,

pois, as coisas absurdas que o paciente faz são prosseguimento da ridicularização que fazia do

pai (567).

Um paciente, na primeira consulta, perguntou ao analista se a análise o aliviaria

da masturbação excessiva. Garantiu-lhe o analista que, se lograsse bom resultado, a

análise o ajudaria também neste particular. Daí a muitos meses, o paciente contou que,

neste momento, pensara: "Como é que a análise poderá me fazer parar de masturbar-me,

se eu próprio não consigo?" Resolveu, então, não parar só para ver de que forma o

analista conseguiria fazer cessar o hábito sem que ele se esforçasse neste sentido.

A regressão ao sadismo anal não só modifica o ego, cujo sadismo e ambivalência se

voltam, então, contra o superego e também contra os objetos externos: mas modifica

igualmente o próprio superego, de modo que este se torna mais sádico, apresentando feições

automáticas e arcaicas: por exemplo, proceder segundo a lei de Talião, obedecer às regras

da'magia vocabular. O sadismo do superego, resultante da regressão, tanto mais aumenta

quanto mais o ego se abstém da agressão externamente dirigida. Seria de supor que a pessoa

severa consigo mesma e exteriormente não agressiva se abstivesse de agredir porcausa da sua

severidade: na realidade, o bloqueio da agressão é primário e a severidade do superego,

secundária; o sadismo, que já não se dirige contra os objetos. volta-se para dentro com o

aspecto de agressão do ego pelo superego (613).

A moralidade que o superego arcaico do neurótico obsessivo exige e pseudomoralidade

automatizada, que Alexander caracterizou como corrup-tibilidade do superego (37). Se o ego

fizer uma concessão à impulsão instintiva, terá de atender às exigências de expiação; esta

cumprida, o ego se servirá do ato expiatório como autorização para praticar outras

transgressões; daí resulta alternação dos atos "instintivos" e dos atos "punitivos". A necessidade

de estabilidade relativa entre as duas atitudes exprime-se, às vezes, em compulsoe mágicas de

simetria.

As compulsões de simetria têm formas muito diversas, todas consistindo em evitar

"transtornos do equilíbrio". Tudo quanto acontecer à direita tem de acontecer à

esquerda; o que se faz para cima tem de fazer-se para baixo; não se pode parar de

contar em um número ímpar etc. Tudo isto pode ter significação especial em casos

individuais, sempre, porém, visando ao objetivo geral de impedir que o equilíbrio mental

seja transtornado pelos impulsos rejeitados; todo movimento "instintivo" é "anulado"

pelo contramovimento simétrico (479).

Schilder confrontou formas de compulsões que se ligam à simetria (baseadas em

conflitos ligados ao erotismo do equilíbrio) (1384, 1386), e formas que se manifestam em

desenhos abstratos (1395).

Para compreender a "corruptibilidade" do superego, temos de pensar na relação

econômica que Rado discutiu chamando-a idealização (1237). Atendendo às exigências do

superego, o ego ganha prazer narcísico, capaz de produzir tamanho regozijo que lhe suspenda

ou debilite, temporariamente, a função de julgar com objetividade a realidade e os impulsos.

São muito arcaicas as ideias de que todo sofrimento dá à pessoa o direito de prazer

compensatório e de que se consegue aplacar um superego ameaçador e forçá-lo a

restituir a proteção que retirou mediante sofrimento voluntário. Exprimem-se as mesmas

ideias nas atitudes de sacrifício e prece. Tanto numa prática quanto na outra compra-se

a simpatia de Deus e evitam-se castigos mais duros pela aceitação ativa e voluntária de

coisas desagradáveis, como se fossem "castigo profilático". Os extremos desta atitude

são aqueles atos que podemos chamar autocastrações profiláticas. A compra da simpatia

divina pode transformar-se em chantagem, da qual vemos muitas variações nos

neuróticos impulsivos e depressivos. Afinal, vê-se o círculo ato-castigo-outro ato

remontar ao círculo fome-saciedade-fome outra vez (ver pág. 382).

A vacilação entre ato e castigo exprime-se com freqüência em ideias obsessivas que, de

fato, significam: "Devo seguir as exigências do id ou as do superego?" Certas neuroses

obsessivas severas terminam em estados nos quais o papel de agente efetivo do ego consciente

é inteiramente eliminado, após haver servido de bola entre os impulsos antagónicos do id e do

superego (109, 1292).

Defendendo-se contra as exigências do superego sádico, pode o ego usar tanto de rebeldia

contra-sádica quanto de submissão (propiciação); ou de ambas ss atitudes simultânea ou

sucessivamente. Há vezes em que o ego parece surpreendentemente disposto a assumir

punições, atos expiatórios, até torturas, masoquismo moral" dá a impressão de complementar o

"sadismo do superego"; a submissão serve, às vezes, de esperança de conseguir permissão Para

liberdade instintiva no futuro. A "necessidade de punição" que tem o ego ordina-se, em geral, a

uma "necessidade de perdão"; o castigo aceita-se como meio necessário de eliminar a pressão

do superego. Entretanto, esta nessidade de castigo que sente um ego compulsivo pode

condensar-se com desejos sexuais masoquistas, caso em que, segundo Freud. a moralidade, que

originou do complexo de Édipo, terá regredido e, outra vez, se transforman-do em complexo de

Édipo (ver pág. 339).

Comunmente, a necessidade de punição mais não é do que sintoma da de, mais geral, de

absolvição; é o que se vê com clareza na tentativa de evitar o castigo pela obtenção, sem este,

da absolvição mediante o uso de extremos como "testemunhas" da luta contra o superego

(1288, 1289, 1599)

Certo paciente inventou um processo para dispensar-se de escrúpulos e temores

hipocondríacos. Depois de masturbar-se, ia ao médico para que este lhe fizesse um

exame físico e lhe garantisse que estava bem. Mostrou a análise que a garantia dada

pelo médico representava a renúncia de um "castrador" ao direito de castrar; a

declaração de saúde representava a absolvição de que o paciente precisava; absolvição

que lhe aliviava a consciência pesada e o dispensava de buscar qualquer outro meio de

obtê-la; de modo particular, o paciente já não precisava punir-se a si mesmo.

É freqüênte ver o comportamento social de um paciente determinado pela confiança que

tem em garantias alheias com que manter a auto-estima. Oindivíduo sente-se aliviado quando

percebe que outras pessoas não consideram a sua culpa tão grave quanto ele próprio a julga. É

como se dissesse ao superego: "Não pode ser assim tão ruim, já que Fulano não me condena",

processo este pelo qual o medo do superego se transforma em medo social. E reprojeção do

superego que se vê mais nítida entre aqueles que têm tendências paranóides; mas a análise de

neuróticos obsessivos também com freqüência lhes mostram à angústia social com o aspecto de

receio de que falhe a tentativa de aliviar um sentimento de culpa severo. O sentimento de ser,

porém, culpado pode transformar-se em temor social crônico; e, naturalmente, aquele que,

inconscientemente, for muito agressivo para com o mundo exterior terá toda razão para recear

que o mundo não lhe queira bem (verpág. 481).

Se bem que os conflitos do neurótico obsessivo sejam mais internali-zados que os do

histérico, aquele tenta usar objetos externos para resolver ou aliviar os seus conflitos internos.

Os histéricos, que têm medo de ser castrados ou de já não ser amados, tentam influenciar

diretamente as pessoas que os cercam, a fim de dissuadi-las de fazer as coisas que eles temem.

O neurótico obsessivo, mais temeroso de perder a proteção do seu próprio superego, de ser

compelido a desprezar-se, precisa de outras pessoas que lhe sirvam para ganhar alívio. Tudo

quanto os objetos fazem ou dizem é visto ou como perdão, ou como acusação. Várias

tentativas, reais e imaginárias, se fazem para influir nos depoimentos destas "testemunhas". Por

vezes, o paciente tenta induzir os objetos a dar apenas sinais de simpatia; outras vezes, espera-

se que os objetos façam aquilo que os próprios pacientes não ousam fazer; outras vezes ainda,

espera-se que os objetos *não* façam o que os próprios pacientes não ousam fazer porque isso

criaria tentação por demais intensa.

Segundo Freud, a base inconsciente do conceito de justiça é a idéia: "O que eu não

sou autorizado a fazer, também ninguém mais deve ser" (606). O anseio de justiça

origina-se na tendência a manter uma proibição pela insistência em que todos os demais

também a ela se sujeitem (40). Existe relação entre "justiça" e "simetria". Há anseios de

justiça que mais não significam do que: "Está certo que o que aconteça à direita tenha de

acontecer à esquerda." E, por vezes, o desejo de simetria quer dizer: "Realiza-se a

simetria se o que aconteceu a certa criança aconteça também aos outros irmãos e

irmãs."

Freud afirmou que as pessoas que puseram o mesmo objeto no lugar do respectivo

superego identificam-se umas com as outras (606). Segundo Redl (1258),podemos

acrescentar: Também se unem pela identificação mútua as pessoas que usam as mesmas

"testemunhas".

Em casos extremos, o comportamento do paciente torna-se, afinal, *o* todo inautêntico.

Faça o que fizer, é para o fim de impressionar um auditório fantasiado; ou antes, um júri.

Dependência ambivalente em relação a um superego sádico e necessidade de eliminar

tensão de culpa insuportável são as causas mais freqüêntes de suicídio. Daí suscitar-se a

questão seguinte: Se é verdade que estes fatores desempenham papel tão proeminente na

neurose obsessiva, por que é que o suicídio é tão raro entre os pacientes obsessivos? Eis a

resposta de Freud: Na neurose obsessiva, ao contrário da depressão, a libido do indivíduo não

está totalmente envolvida no conflito entre o ego e o superego; grande parte das relações

objetais do indivíduo está conservada, circunstância esta que o protege da ruína; pode ser até

que a distorção regressiva destas relações objetais restantes (isto é, a sua índole sádica)

contribua para o efeito favorável: pelo fato de que consegue, realmente, exprimir tanta agressão

contra os objetos, o neurótico obsessivo não precisa voltá-la contra si mesmo (608).

Os sentimentos de culpa fazem, contudo, que os neuróticos obsessivos sofram muito,

envolvendo-se em ciclo que vai sempre crescendo: remorso, penitência, novas transgressões,

novos remorsos. O neurótico obsessivo tende a desenvolver cada vez mais deslocamentos, a

estender o raio dos seus sintomas (analogamente à "fachada fóbica") e a aumentar a

significação instintiva dos sintomas à custa da significação punitiva destes.

A necessidade predominante de usar os objetos para aliviar conflitos internos,

obscurecendo todos os sentimentos diretos relativamente aos mesmos, não é o único fator

da distorção geral que sofrem as relações objetais dos neuróticos obsessivos. Outro fator

é o simples fato de que a regressão sádico-anal impede o desenvolvimento de relações

objetais maduras; e cria atitude insegura, ambivalente em relação aos objetos, conflitos

de bissexualidade, retenção dos objetivos de incorporação. Terceiro fator que transtorna

as relações objetais é o isolamento das emoções, de modo que aquelas se tornam

inautênticas e mornas. As catexias, que aderem aos sintomas e aos substitutos auto-

eróticos, estão ausentes quando os pacientes têm de enfrentar os objetos (verpágs. 227,

471 e 478).

O PENSAMENTO NA NEUROSE OBSESSIVA

A regressão ao sadismo anal e o conflito permanente com o superego influenciam de

maneira característica os processos do pensamento do neurótico obsessivo: invadem-nos ou

substituem-nos os respectivos precursores arcaicos.

Contrariamente aos devaneios visuais dos histéricos, as fantasias dos neuróticos

obsessivos são verbalizadas; e restauram as atitudes arcaicas que acompanharam o primeiro uso

das palavras.

A função que tem o ego de julgarpor antecipação é imensamente facilitada pela aquisição

das *palavras.* A criação desta réplica do mundo real permite calcular e atuar com antecipação

neste "mundo modelar" antes que se se pratiquem atos reais (ver págs. 40 e segs.). As palavras

e os conceitos verbalizados são sombras de coisas, construídas para o fim de levar ordem pela

realização experimental, ao caos das coisas reais. O macrocosmo das coisas reais externas

reflete-se no microcosmo dos representantes das coisas internas; estes têm as características das

coisas, mas falta-lhes o caráter de "seriedade" que as coisas tem; e são "bens", "propriedades",

ou seja, são controlados pelo ego; constituem tentativa de dotar as coisas com uma "qualidade

de ego" para o fim de realizar o controle sobre elas. Quem sabe uma palavra que se ajusta à

coisa domina, controla esta última. Aí está o *cerne* da "magia dos nomes", que papel tão

importante desempenha na magia em geral (916). É o que se vê no velho conto de fadas

Rumpelstilzchen, no qual o diabo perde o seu poder assim que se lhe sabe o nome.

Um paciente sabia centenas de nomes de aves; criança, tinha medo da cegonha,

como demónio do nascimento e da morte. Certa criança sabia todas as estações

ferroviárias de cor; analisando-a, viu-se que, anos antes, tivera fobia de.estradas de

ferro. Outra criança tinha memória espantosa para nomes de pessoas: era o moâo pelo

qual controlava sua primitiva angústia social.

O neurótico obsessivo, porque tem medo das suas emoções, tem medo das coisas que as

suscitam. Foge do macrocosmo das coisas para o microcosmo das palavras e, temeroso do

mundo, tenta repetir o processo pelo qual, infante, aprendeu a controlar os aspectos

atemorizadores do mundo. Desta vez, porém, sob a pressão de impulsos rejeitados, falha a

tentativa. Quando procura fugir das coisas que suscitem emoções para as palavras "sóbrias"

(equilibradas), aquilo que foi rejeitado retorna e as palavras sóbrias deixam de sê-lo para se

super-catexizarem emocionalmente e adquirirem aquele valor emocional que as coisas têm para

outras pessoas.

As primeiras palavras que se adquirem na infância são mágicas e "oni-potentes" porque o

microcosmo, embora não se tenha ainda diferenciado suficientemente do macrocosmo, ainda

conserva o seu valor emocional (457). A benção e a maldição exprimem a qualidade

macrocósmica, ainda eficaz, que têm as palavras. No desenvolvimento ulterior das faculdades

do pensamento e da fala, o mundo jubiloso se faz insípido a fim de facilitar a sua manipulação.

Só permanecem jubilosos certos pensamentos irracionais, certas palavras, tal qual os devaneios

ou as palavras obscenas (451). Na neurose obsessiva, o pensamento e a fala vêm a tornar-se

substitutos das emoções ligadas à realidade; recuperam as qualidades originais, "sexualizam-se"

e perdem o seu valor para o uso prático. As palavras, uma vez mais, transformam-se em

bênçãos ou maldições poderosas (1154).

As palavras também podem matar e ressuscitar; podem realizar milagres e fazer o tempo

retroceder. Mediante simples declaração verbal, o neurótico obs-sessivo, inconscientemente,

acredita obrigar a realidade a seguir o curso por ele desejado. Porque se acredita tenham as

palavras e os pensamentos efeitos reais desta ordem, são os mesmos também perigosos. Uma

palavra descuidada talvez efetive os impulsos sádicos que hajam sido rejeitados com tanto zelo.

As palavras e os pensamentos têm de ser manipulados cautelosamente; se preciso for, rejeitados

e anulados. Se se abusar deles, incorre-se no mesmo castigo que por um crime; eles se tornam

substitutos regressivos das ações, dos atos (567).

As palavras são com frequência tema de sintomas compulsivos pelo fato de que a

sua onipotência (457) se conserva de modo particular nas palavras obscenas, as quais

mantêm o seu poder mágico, levando a que quem fala e quem ouve experimente as coisas

mencionadas como se fossem realmente percebidas (451). Uma reticência embaraçada

que impede a emissão de palavras obscenas (muitas vezes transtornada pela compulsão

sacrílega a proferir exatamente estas palavras nos contextos que mais embaraçam) é

defesa contra o impulso específico a proferi-las; impulso que, capaz de apresentar-se

com o aspecto de perversão (ver págs. 327 e seg.), se sente mais comumente como

compulsão. Embora tenha o objetivo de obrigar, magicamente, quem ouve a ter uma

experiência sexual, não representa, em geral, simples desejo sexual, mas serve, sim, ao

objetivo de combater alguma angústia que se relacione, inconscientemente, com ideias

sexuais. O fator sádico, neste impulso, é evidente, como o é o fato das palavras anais

produzirem prazer anal e o próprio falar em assuntos sexuais constituir ganho li-

bidinoso-oral. A coprolalia é questão de "libido regredida", daí desempenhar papel

importante na sintomatologia da neurose obsessiva.

O medo da onipotência dos seus pensamentos (457, 567) faz que o neurótico obsessivo

dependa daquilo que pensa. Em vez de controlar o mundo pelo fato de pensar, os seus

pensamentos (compulsivos), substituindo-lhe a sexualidade incontrolada, o controlam.

A tendência a usar palavras "onipotentes" como defesa contra perigos explica a

circunstância das medidas defensivas secundárias contra os sintomas compulsivos terem,

muitas vezes, a forma compulsivas de fórmulas mágicas ver-alizadas; a relação entre fórmulas

compulsivas e as fórmulas mágicas dos povos rimitivos tem sido muito discutida.

Um paciente que se preocupava obsessivamente com a possibilidade do analista

morrer durante a sessão, via-se obrigado, por isto. a virar-se e olhar para ele; e a

tranquilizar-se pronunciando a fórmula: "O doutor vivo está sentado atrás de mim, a

certa distância." "A certa distância" dava-lhe a certeza tranquilizadora de não estar

violando tabus relacionados com o contato.

Freud mostrou que a crença na onipotência do pensamento corresponde a jm fato real.

Claro, os pensamentos não têm a eficácia externa que o paciente imagina, mas. dentro de si, os

pensamentos são. de fato, muito mais poderosos do que para as pessoas normais. Os

pensamentos compulsivos são, realmente, impositivos e é esta qualidade que os faz poderosos

(567); o poder que têm é, parte, derivativo da força biológica dos instintos; em parte, derivativo

do poder que têm as exigências paternas. Os neuróticos obsessivos, se bem que dependam das

suas compulsões, não percebem, na verdade, esta conexão: na verdade, subestimam a força

interna dos pensamentos tanto quanto lhes superestimam a força externa.

A fuga do sentimento para o pensamento tem êxito, em geral, numa particularidade: o

pensamento compulsivo é pensamento *abstraio,* isolado do mundo real das coisas concretas.

O pensamento compulsivo não é só abstrato, é também geral, dirigido no sentido

da sistematização e da categorização; é teórico, e não real. Os pacientes interessam-se

por mapas e ilustrações, em vez de se interessarem por países e coisas.

Noutro particular, porém, não logra êxito a fuga. em geral. As clivagens e contradições

que impregnam a vida emocional dos neuróticos obsessivos deslocam-se para os problemas

intelectuais sexualizados, daí resultando o dar voltas obsessivo, a dúvida obsessiva. A dúvida é

o conflito instintivo deslocado para a esfera intelectual.

Certo paciente, quando olhava para uma porta, era obrigado a passar muito tempo

remoendo o problema: Que é mais importante, o espaço vazio que a porta ocupa, ou a

porta material, que ocupa o espaço vazio? Este problema "filosófico" encobria a outra

dúvida: Que é mais importante na sexualidade, a mulher ou o homem? Isso, por sua vez,

queria dizer: Que é mais importante em mim, a feminilidade ou a masculinidade?

O conteúdo inconsciente das dúvidas obsessivas pode ser múltiplo; os conflitos

manifestos, contudo, mais não são do que edições especiais de algumas questões gerais. São

conflitos masculinidade versus feminilidade (bissexuali-dade), conflitos amor versus ódio

(ambivalência) e, particularmente, conflitos id (exigências instintivas) versus superego

(exigências da consciência moral).

A última fórmula é que é decisiva. A bissexualidade e a ambivalência não constituem

conflitos em si mesmos; constituem-nos apenas nos casos em que representam conflito

estrutural entre uma exigência instintiva e uma força que se lhe opõe.

Há dúvidas obsessivas de índole um tanto mais simples. Certas dúvidas relativas à

validez próprias das percepções ou juízos do indivíduo representam o desejo de que não

seja verdade aquilo de que se duvida. Os fatos duvidosos representam cenas primárias,

ou representam a diferença sexual anatómica. O sintoma relativamente frequente da

dúvida obsessiva quanto à notícia de uma morte é, antes de mais nada, medo da

onipotência dos próprios pensamentos: o paciente procura negar a notícia porque quer

rejeitar a ideia de que pode ser culpado dessa morte. Se a dúvida se torna torturante a

ponto do paciente dizer, aliviado. "Graças a Deus!" ante a confirmação mesma da

notícia, o nexo psicológico é o seguinte: Se a dúvida fosse justificada e a ideia da morte

se tivesse originado de um equívoco, o fato do paciente ter tido pensamentos maus desta

ordem se tornaria evidente; por conseguinte, a confirmação da notícia sente-se como

alívio, que anula a suspeita de que-se pudesse ter pensado maldosamente na morte de

uma pessoa.

A compreensão da natureza do ruminar (cismas) e dúvida obsessivos fornece uma

regra técnica simples: Nunca discutir com os neuróticos obsessivos os seus problemas

obsessivos. Se os discutir, o analista confirmará os mecanismos de isolamento do

paciente. Enquanto os pensamentos deste estiverem isolados das suas emoções, só este

isolamento é que deve constituir o tema da análise, e não o conteúdo daquilo que foi

isolado.

Liga-se à transferência da ênfase da ação para o pensamento a ideia seguinte: Pensar é

preparar-se para a ação. Aqueles que têm medo das ações exageram os preparativos. Do mesmo

modo que pensam mais do que atuam, os neuróticos obsessivos também se preparam

incessantemente para o futuro e nunca experimentam o presente. Muitos sintomas compulsivos

existem que têm a índole de preparativos para um futuro que jamais se faz presente. Os

pacientes comportam-se tal qual Till Eulenspiegel, que se rejubilava enquanto subia um morro,

porque pensava na futura descida, e se entristecia quando ia descendo porque estava próxima

uma ascensão posterior.

É, decerto, o medo da "coisa real" que, principalmente, leva ao exagero dos preparativos.

Do mesmo modo, a tendência a se preparar exprime pré-prazer anal, o retardamento infantil da

defecação; este também teve, em si mesmo, índole dupla: o desejo de evitar uma perda súbita

de controle e de realizar um prazer erógeno. As "partes insignificantes" para as quais o neurótico

obsessivo desloca a ênfase, a retira da totalidade importante, representam os "prepa' rativos", no

lugar da "coisa real".

O neurótico obsessivo, ocupado com os preparativos, procede segundo a o "status quo" é

melhor que tudo quanto uma modificação pode acarretar. O "status quo" é mal menor.

O medo de que, por qualquer forma, se modifique o estado presente conhecido

para dar lugar a novo estado possivelmente perigoso faz que os pacientes se apeguem

até aos seus sintomas. A neurose, por desconfortável que seja, é bem conhecida, é "mal

menor", em comparação com as possibilidades que qualquer alteração é capaz de gerar.

Atitudes desta ordem constituem, em muitos casos, uma resistência latente que limita o

progresso da análise, progresso quanto ao mais satisfatório. Dá-se, então, que para o

paciente a neurose é um velho conhecido. Certas formas de "reação terapêutica

negativa" ao tratamento analítico (608) exprimem este temor de qualquer alteração (818,

1315).

O medo da alteração pode ser substituído ou acompanhado pelo seu inverso, a tendência a

mudar incessantemente. Na realidade, o que se vê é que o mundo não obedece ao sistema

compulsivo de paciente algum; daí certos neuróticos obsessivos tenderem a modificar tudo em

toda parte, tentando se fazer que o mundo se ajuste ao seu sistema.

Bons exemplos da crença na onipotência do pensamento, dos sentimentos de culpa

que desta crença resultam e também da defesa que se tenta contra os mesmos mediante o

amor à ordem temos no caso seguinte:

Poucos dias antes de rebentar a guerra, um paciente estava pendurando o capote

no armário. De repente, sentiu o comando compulsivo: "Tens de pendurar o capote bem

direitinho." Respondeu resistindo: "Estou com preguiça." Sentiu a ameaça compulsiva:

"Se não pendurares o capote direitinho, rebentará a guerra." Não se importou.

Daí a dias, rebentou a guerra. O paciente lembrou-se logo do episódio do capote.

Sabia, é claro, que não fora o seu descuido que causara a guerra, mas sentiu como se

este fosse o caso. Já se convencera antes de que morreria na guerra; no momento, sentiu

que seria castigo justo pela sua negligência no ato de pendurar o capote.

Suas ideias sobre a guerra eram antigas. Em pequeno, tinha medo horrível do pai

tirânico e rejeitava a sua angústia atemorizando o irmão mais novo, em relação ao qual

se comportava, de fato, sadicamente, sobretudo quando brincavam de guerra. Quando o

paciente era rapazinho, morreu de doença o irmão. O paciente reagiu com a ideia

obsessiva de que morreria numa guerra, ideia obsessiva que exprimia o seguinte

pensamento inconsciente: "Matei meu irmão brincando de guerra; logo, tenho de

esperara pena de Talião da morte na guerra."

O pai do paciente era muito exigente em matéria de ordem. Pendurar cor-

retamente o capote significava obediência ao pai. Discussões do tipo "Tens de Pendurar

o capote", "Estou com preguiça" tinha ocorrido com frequência entre ele s o pai. Mais

tarde, o amor à ordem significando obediência ao pai, veio a significar,

inconscientemente, que se tranquilizasse: Não mataria o pai. "Descuido, negligência"

queriam dizer "assumir o risco de matar e de ser morto". No dia em que ocorreu o

incidente com o capote, o paciente experimentara frustração profissional e estava muito

aborrecido.

A conexão do "microcosmo" das palavras com a ideia de "controlar bens, r °priedades"

permite compreender que, sempre que ocorra sexualização de uma coisa, tenha qualidade anal a

sexualidade que se liga ao pensamento.

Durante a análise, é freqüênte os neuróticos obsessivos equipararem, consciente ou

inconscientemente, a produção ou não produção de associações à produção ou não produção de

fezes.

Uma mulher, que tinha de falar freqüêntemente em público, mostrou a eauiparação

evidente das suas palavras não com as fezes, mas com a urina. Era freqüênte, enquanto

falava, "perder o controle" das palavras, que lhe jorravam da boca às vezes, paravam de

repente e ele experimentava uma espécie de medo do palco sem saber o que dizer e

sentindo faltar-lhe assunto: mas inventara um truque para superar a inibição: pegava

uma garrafa d'água que tinha em cima dá mesa e, depois de "enxarcar-se", as palavras

lhe voltavam sem dificuldade.

A análise também demonstra que os pormenores de índole muito mais delicada na

maneira de falar ou de pensar são, frequentes vezes, repetições de pormenores correspondentes

dos hábitos higiénicos infantis. As fantasias de onipotência que se relacionam com

pensamentos e palavras vêm a revelar o caráter de repetições da sobreestimação narcisística

infantil das funções excretórias (19).

De acordo com a sexualização anal dos pensamentos e das palavras é o fato das

manifestações neuróticas na cabeça e nos órgãos vocais se apresentarem à análise dependentes

do erotismo anal.

Este achado não diverge do fato de que o pensamento e a fala são, com freqüência,

usados como símbolos do pênis; pensa-se na capacidade de pensar ou falar como sinal

de potência (215, 520). A concorrência de significação anal e fálica nas obsessões e

compulsões deve-se à regressão.

Talvez a relação fisiológica entre o volume de sangue da cabeça e o dos órgãos

abdominais ajude a que se estabeleça este nexo inconsciente entre "pensamentos" e "fezes".

Um obsessivo, que sofria de cefaléias crónicas, referia-se a este sintoma dizendo:

"Meus nervos me estão doendo." Imaginava os "nervos" como estruturas brancas ou cor-

de-rosa filiformes, ideia que formara no dentista, onde vira o "nervo" de um dente. Uma

vez sonhou com o "nervo vago", isto é, o nervo que "vagueia, erra". Referia-se a um fio

branco que podia ter vindo de baixo até a cabeça e que, a esta época, era capaz de

andar-lhe em redor do crânio; daí a cefaléia. Esta idéia ligava-se a uma experiência

infantil definida: é que tivera oxiúros. Inconscientemente, supunha que estes vermes é

que lhe produziam tantos sintomas cranianos quanto os tinham produzido anais, na

infância.

MAGIA E SUPERSTIÇÃO NA NEUROSE OBSESSIVA

A sobrevaloração do intelecto faz que, em muitos casos, os neuróticos obsessivos o

desenvolvam consideravelmente. Esta elevada inteligência, porém, mostra traços arcaicos e é

repleta de magia e superstição. O ego destes indivíduos apresenta-se cindido, com uma parte

lógica, outra mágica. O mecanismo defensivo do isolamento possibilita a manutenção da cisão

a que nos referimos.

A superstição do neurótico obsessivo foi o tema de que Freud se serviu para demonstrar,

pela primeira vez, "semelhanças na vida mental dos selvagens e dos neuróticos" (579), com

base na intensificação do narcisismo, ligada ao restabelecimento regressivo da onipotência

infantil mais ou menos original (457). Os jogos, asbrincadeirasobsessivas que giram em volta

desta onipotência visam a opor-se a sentimentos de dependência e, inconscientemente, são

equivalentes "do assassinato do pai".

Certo paciente gostava muito de brincar com um ramalhete de flores de papel, cuja

forma mudava quando sacudido, mais ou menos da mesma forma que um caleidoscópio.

A análise mostrou que estava "brincando de Deus", criando magicamente novos mundos.

Outro paciente, realizando cerimoniais com uma colcha, fantasiava, em criança, que era

Deus criando o mundo. Viu-se à análise que "criar o mundo" queria dizer "criar filhos" e

que, inconscientemente, ele representava o papel do pai em contato sexual com a mãe.

Este contato capaz de criar mundos, contudo; percebia-se como ato anal e a onipotência

pretendida resultava da sobrevaloração narcísica infantil das funções excretórias (19).

Outro paciente ainda, cuja análise lhe aguçara a faculdade da auto-observação, viu-se a

pensarem quanto era estranho que tivesse de abrir uma porta quando queria pas-sarpor

ela; na realidade, contava com que o seu desejo bastasse para que a porta se abrisse por

si mesma. A rejeição desta ideia pelos níveis superiores do ego diferencia as crenças

desta ordem do delírio de grandeza.

Complementa a idéia de criar magicamente mundos o desejo de suprimir alguma parte do

mundo verdadeiro; significa a capacidade estranha de negar a realidade naquilo em que esta se

opõe aos desejos do paciente. A perda verdadeira da capacidade de julgar a realidade é traço

característico das psicoses (611). Nas neuroses, a "fuga típica da realidade" é "introversão",

fuga dos ob-jetos reais para as imagens dos objetos infantis. Neste particular, o neurótico

obsessivo, por força da sua "onipotência", está um passo mais próximo da psicose do que o

histérico. Uma parte inconsciente do ego repudia partes da realidade, ao passo que a

personalidade consciente sabe, ao mesmo tempo, o que é verdade e o que é falso.

Pela sua obsessão com a ordem, a exatidão, certo paciente com obsessões

geográficas sentia-se mal ante os limites artificiais que separam os países. O seu desejo

era que só houvesse países que fossem unidades geográficas. Daí por que se referia a

toda a Península Ibérica dizendo apenas "Espanha" e ignorando a existência de

Portugal. Um dia, apresentado a um estrangeiro, perguntou-lhe qual era a sua

nacionalidade. Respondeu o homem: "Português". Veja-se com que palavras o paciente

descreveu a sua reação à resposta do outro: "Disse comigo mesmo 'Acho que ele é

espanhol; e diz que é português'". O exemplo mostra a re-laçao entre a "negação na

fantasia" e a "cisão do ego" (ver pág. 134).

As crianças que, convencidas pela realidade, têm de renunciar à idéia de são onipotentes,

acreditam, pelo contrário, que os adultos à sua volta o sejam. Também persistem nos neuróticos

obsessivos vestígios da idéia da onipotência dos adultos.

No período de latência, uma paciente ainda acreditava que os adultos fossem

pnipotentes porque tinham o poder de descobrir quando ela estava resistindo a um

impulso defecatório.

Posteriormente, a qualidade da onipotência desloca-se dos adultos para Deus, figura

onipotente que é o foco de conflitos ambivalentes severos nas neuroses obsessivas. Não existe,

por assim dizer, neurose obsessiva que não tenha traços religiosos: por exemplo, os conflitos

obsessivos entre a fé e os impulsos de blasfemar, capazes de ocorrer tanto em ateus convictos

quanto em pessoas conscientemente devotas (468, 560, 599).

Um paciente sofria muitíssimo do impulso de berrar durante o ofício religioso.

Certa vez, em criança, o pai doente, tinham-lhe dito que ficasse quieto, ocasião em que

pela primeira vez apareceu a compulsão a romper um silêncio "sagrado" com barulho

blasfematório. Mais adiante, Deus substituiu o pai; o impulso a berrar, o desejo de matá-

lo. O prosseguimento da análise mostrou que, originalmente, não se pensara no barulho

importuno como berro, mas como gases que se expelem. A agressão contra o pai era

anal e, em nível mais profundo, exprimia, simultaneamente, um tipo arcaico de amor.

Como quase todas as religiões patriarcais variam também da submissão a uma figura

paterna para a rebeldia (tanto a submissão quanto a rebelião sendo sexualizadas) e como todo

Deus, tal qual um superego obsessivo, promete proteção a quem se submete, existem muitas

semelhanças entre o quadro manifesto dos cerimoniais compulsivos e os rituais religiosos, por

força da semelhança dos conflitos subjacentes. Daí por que Freud chamou a neurose obsessiva

"religião privada" (560); tal qual, os cerimoniais dos neuróticos obsessivos têm sido chamados

rituais pela sua semelhança com os ritos religiosos. Há, contudo, diferenças básicas também

entre compulsão e rito religioso, o que excede o alcance deste livro.

A sintomatologia das neuroses obsessivas é cheia de superstições mágicas: por exemplo,

oráculos compulsivos, sacrifícios. Os pacientes consultam oráculos, fazem apostas com Deus,

receiam o efeito mágico das palavras alheias, procedem como se acreditassem em fantasmas,

demónios e, sobretudo, em um destino muito maldoso; quanto ao mais, no entanto, são pessoas

inteligentes, absolutamente cônscias do absurdo das suas ideias.

Em princípio, consultar um oráculo significa conseguir permissão ou perdão por alguma

coisa costumeiramente proibida, ou transferir para Deus a responsabilidade pelas coisas que

fazem o indivíduo sentir-se culpado; pede-se ao oráculo uma permissão divina, capaz de servir

de contrapeso à consciência moral.

Certo paciente lembrava-se de que costumava executar um ritual oracular para

decidir se devia ou não ceder à tejitação de masturbar-se, isto é, se a masturbação seria

autorizada só uma vez mais. Se estava com sorte, cedia ao impulso, na esperança de

deslocar a culpa para os deuses; se a sorte estava contra ele, inventava uma desculpa de

maneira a repetir o processo oracular até obter a permissão almejada. Claro que o

deslocamento da culpa malograva: não conseguia escapar aos seus escrúpulos de

consciência e sentia o absurdo de pensar que os mesmos deuses que, primeiro, lhe

haviam proibido a masturbação lhe permitiriam noutra ocasião. Oráculo deste tipo é

artifício com que realizar o impossível: fazer que os pais, que já proibiram certas

atividades, as autorizem e até as estimulem.

A superstição doutro paciente visava, evidentemente, a obter perdão pela

masturbação. Costumava ele diferenciartodasas atividades em atividades que "dão

sorte" e atividades que "dão azar". O que decidia se uma atividade pertencia à primeira

ou à segunda categoria não era o seu comportamento, mas o destino; o que ele podia

fazer era, quando muito, adivinhar o que dava sorte e o que dava azar. A análise mostrou

que a superstição aparecera pela primeira vez na adolescência com a ideia: "Meter as

mãos nos bolsos dá sorte", o que, é claro, significava: "A masturbação será seauida de

castigo." Depois, deslocou-se o encantamento dos "bolsos" para as "roupas". Certos

temos davam sorte: outros, azar, conforme os tivesse usado o paciente em ocasiões

fagueiras ou adversas. Gostava muito de andar bem vestido; queria ser bonito e vivia

com medo de ser deselegante; "bonito" queria dizer "masculino"; "deselegante"

significava "castrado". Andando bem vestido, fazia os espectadores afirmar-lhe que não

era castrado Na superstição, fazia de conta que o "destino" também o tranquilizaria,

dizendo-lhe que roupas lhe dariam sorte.

O significado ambíguo das predições oraculares corresponde às exigências

contraditórias do indivíduo ambivalente que consulta o oráculo, querendo autorização

para gratificar as suas necessidades instintivas e esperando recusa. Tenta interpretar um

prognóstico de significação dupla como permissão, mas não consegue livrar-se do

sentimento de que devia tê-lo interpretado como impedimento e advertência de castigo.

Kris chamou a atenção para o nexo que existe entre a interpretação de profecias

ambíguas e a solução de enigmas, ou adivinhações. O indivíduo que tenta reprimir a sua

culpa e o significado dos seus atos não consegue resolver um enigma, tal qual não

consegue entender com correção uma profecia. E o herói que resolve todos os enigmas o

deverá não à sua inteligência, e sim à sua liberdade emocional, que, livre da repressão,

lhe permitiu reconhecer a verdade oculta.

O motivo pelo qual se interpreta erradamente o oráculo também exprime conflito

da mesma ordem. Consiste em interpretar cena manifestação de advertência do oráculo

como se fosse de efeito tranquilizante numa tentativa de reprimir sentimento de culpa. A

maneira atemorizante pela qual o verdadeiro significado do oráculo é tomado representa

o retorno do sentimento de culpa reprimido (442).

Além de forçar a autorização ou o perdão, o oráculo também representa transferência da

responsabilidade, o que igualmente está condenado ao fracasso.

A projeção de impulsos carregados de culpa para "duplos" fantásticos do ego é

frequente, na tentativa de fugir ã responsabilidade. É comum as crianças atribuírem a si

mesmas outros nomes quando se portam mal: "Quem fez isto não fui eu, foi X." São

típicos de certos transtornos do caráter os remanescentes destas tentativas primitivas de

encobrir escrúpulos (ver pág. 464).

Pode a superstição servir de outros modos ainda para combater escrúpulos. Muitas

pessoas tentam lutar contra os seus sentimentos de culpa mediante encantamentos diversos,

visando a anular o ato que as faz sentir-se culpadas, ou negando-lhe o caráter culposo; ou ainda,

negando o perigo da punição. Há casos em que a fantasia tanto substitui uma realidade

desagradável quanto até nega absolutamente uma realidade que magicamente se percebe.

Para certa paciente, pensar era um encantamento com que impedia a ocorrência

daquilo que fora pensado. Dizia a si mesma ser muito pouco provável ocorrerfosseoque

fosse da maneira exata pela qual já a imaginara; daí imaginar ter ocorrido aquilo que

não desejava. Vivia com a ideia: "Pensei nisto; portanto, não e verdade." Afinal, chegou

a duvidar completamente da realidade. A análise descobriu que vivia sob tensão crónica,

sempre esperando que uma cortina descesse para que o espetáculo terminasse e

começasse a vida real. Por assim dizer despersonalizada, sentia-se, às vezes, espantada

que as pessoas comessem ou fossem ao banheiro, como se acreditasse que as coisas

instintivas fossem apenas imaginadas, jamais praticadas na realidade. Costumava

devanear com histórias de horror a respeito de loucos e a primeira grande crise de

angústia lhe ocorreu quando presenciou, de repente, um acesso de raiva verdadeiro num

psicótico.

O conhecido fenómeno do "sonho no sonho" (552) serve a um objetivo da mesma ordem:

tenta-se negar a realidade do prazer instintivo, a fim de possibilitar a graticicação que "apenas

se imagina", malgrado o temor do castigo; tentativa que também pode malograr.

Um paciente lembrava-se de que. adolescente, costumava experimentar em sonhos

certas situações tentadoras que não se atrevia a desfrutar, na dúvida se era sonho ou

realidade. Tentava livrar-se do dilema, se assegurando, durante o dia, o seguinte:

"Sempre que tenho dúvida se alguma coisa é realidade ou sonho, posso ter certeza de

que é sonho; quando estou de fato acordado, não sinto dúvidas assim." Não adiantava:

porque tornava a duvidar no sonho sexual seguinte.

A ATITUDE FÍSICA DOS NEURÓTICOS OBSESSIVOS

Não significa ausência de sintomas físicos o fato de o processo mórbido, na neurose

compulsiva, ser mais internalizado do que na histeria. O que é característica principal é o

isolamento de todos os processos (intensificados) de pensamento, das suas emoções

correspondentes e, portanto, da expressão física. A tendência a separar do pensamento o corpo

que executa reflete-se, comumen-te, em rigidez física geral, que se manifesta por espasmo

muscular (generalizado ou localizado) ou por hipotonia generalizada (frouxidão). Há atitudes

físicas que servem "para não deixar que o corpo seja influenciado pelo que está acontecendo

dentro da mente". Reich descreveu-as como sendo a "armadura física" que os pacientes

envergaram e que tem de ser rompida para o êxito de uma análise (1271, 1279). Todo o estado

físico do neurótico obsessivo é, tipicamente, rígido, caracterizado pela retenção e pela

incapacidade de reação flexível. Correspondendo à preponderância do erotismo anal, os

pacientes costumam ser constipados; quando não, exercitam-se em regularidade rígida nas

questões de evacuação.

O PROBLEMA DA ETIOLOGIA DIFERENCIAL

O conflito básico na neurose obsessiva é o mesmo que na histeria: a defesa contra as

tendências censuráveis do complexo de Édipo. A predominância da angústia entre os motivos

da defesa na histeria e dos sentimentos de culpa na neurose obsessiva também não implica

diferença, em princípio, visto que os sentimentos de culpa também se apresentam na histeria; e

a angústia, na neurose compulsiva.

Em confronto com a histeria, é patognomônica a regressão sádico-anal na formação de

sintomas que apresenta a neurose obsessiva; regressão que dependerá de um ou outro dentre

três fatores, ou da combinação dos mesmos; a saber, a índole (1) dos resíduos da fase sádico-

anal do desenvolvimento libidinal; (2) da organização fálica; e (3) do ego defensivo (396).

1. O desfecho da fase sádico-anal original talvez seja o fator crucial. A regressão ocorre,

em geral, com tanto maior facilidade quanto maior for a fixação. Sob a influência da angústia

de castração, regredirão ao estado sádico-anal de organização aquelas pessoas que tiverem as

mais fortes fixações sádico-anais; e estas são causadas por (ver pág. 59 e seg.): (a) fatores

constitucionais: a hereditariedade mostra, na neurose obsessiva, que tem importância um

exagero constitucional da erogeneidade anal (549, 1630); *(b)* gratificações pouco habituais; (c)

frustrações pouco habituais; *(d)* alternação de gratificações pouco habituais e frustrações pouco

habituais (quanto maiores as gratificações anteriores, mais se tenderá a experimentar

frustrações posteriores como traumáticas); (e) a simultaneidade de gratificações instintivas e

gratificações tranquilizadoras, ou seja, gratificações instintivas e alguma negação de (ou

tranqüilização contra) angústias específicas.

Os impulsos erótico-anais se chocam, na infância, com a aprendizagem dos hábitos

higiênicos e é a maneira por que esta se realiza que determina a consequência de

fixações anais ou não. Esta aprendizagem pode também ser precoce demais, demasiado

tardia, demasiado estrita, por demais libidinosa. Se for feita com precocidade excessiva,

o resultado típico será uma repressão de erotismo anal. caracterizada por temor e

obediência superficiais, tendência profunda à rebeldia; tardia em excesso, são de

esperar rebeldia e teimosia: a severidade demasiada gera fixações por causa da

frustração que ocorre; comportamento libidinoso por parte da mãe produz fixação por

força da gratificação, a qual, contudo, é muitas vezes reduzida, pois a mãe excita a

criança, mas a proíbe a gratificação da excitação. Os laxativos tendem a intensificar

tendências à dependência: os enemas criam excitação e angústia consideráveis ao

mesmo tempo (626).

2. Quanto à organização fálica, pode da sua fraqueza resultar regressão: é fácil renunciar

a uma coisa que não é importante. Que é, porém, "fraqueza" da organização fálica? Sob o ponto

de vista clínico, este estado talvez coincida com o anterior porque quanto mais intensas as

fixações pré-genitais. mais fraca a organização fálica posterior. Tem-se a impressão de que a

regressão é facilitada também quando a ameaça de castração atinge a criança de maneira

traumática, ou seja, quando a posição fálica é de repente debilitada.

3. O ego que é particularmente capaz de recorrer ao uso da regressão para defesa é

"forte" num aspecto e "fraco" noutro. A função crítica do ego e a necessidade de pensamento

preparatório devem ter-se desenvolvido de forma particularmente precoce; com certeza, na fase

em que as funções do pensamento ainda se orientavam magicamente; esta própria necessidade,

que o ego etensivo tem de começar a funcionar tão cedo faz que sejam arcaicos e imaturos os

processos utilizados. O ego dos neuróticos obsessivos tem de ser tão forte que proteste contra

os instintos em data muito precoce, mas há de ser fraco demais para lutar contra este conflito

mediante processos mais maduros. Ao reves, muitas pessoas que têm inclinação para o

devaneio introvertido e que desenvolver posteriormente, sintomas de conversão mostram

inibição relativa das funções intelectuais.

Pode-se indagar se todas as neuroses obsessivas são, de fato, baseadas na regressão. Não

será possível que transtornos do desenvolvimento, no estádio sádico-anal, hajam impedido em

absoluto o desenvolvimento de um complexo de Édipo fálico completo (618)?

Embora ocorram, os casos desta ordem não representam a neurose obses siva típica. A

grande importância do complexo de Édipo, da angústia de castração e da masturbação na

neurose obsessiva típica estão bem estabelecidos Os transtornos do desenvolvimento na fase

sádico-anal produzem, sim, per sonalidades que não apresentam sintomas obsessivos marcados,

mas possuem estrutura caracterológica semelhante à dos neuróticos obsessivos, misturada a

traços infantis gerais (ver págs. 492).

CURSO E SÍNTESE DA NEUROSE OBSESSIVA

As neuroses obsessivas dos adultos incidem em dois grupos: as formas agudas raras e as

formas, mais comuns, crónicas. O que precipita os cas,os agudos são as condições exteriores,

condições precipitantes estas que não diferem daquelas capazes de precipitar qualquer outra

neurose; são remobili-zações de conflitos sexuais infantis que se reprimiram, transtornos de um

equilíbrio até então efetivo entre as forças repressoras e as forças reprimidas, aumentos, quer

absolutos, quer relativos, da força dos instintos rejeitados ou das angústias que se lhes opõem

(ver págs. 422 e segs.). Para produzir neurose obsessiva, a precipitação deve atingir uma pessoa

que haja tido predisposição proporcionada desde a infância, ou seja, que tenha realizado

regressão sádico-anal em criança. Esta regressão, sim, terá abrangido, às vezes, apenas pequena

parte da libido, de maneira que a genitalidade se conserve quanto baste para a puberdade

desenvolver-se sem dificuldades insuperáveis; a certa altura, porém, a defesa infantil terá

escolhido a via da regressão, sem o que não poderia uma decepção na vida posterior (com

explosão renovada do complexo de Édipo) criar regressão ao nível sádico-anal.

É muito mais freqüênte o tipo crônico. As neuroses obsessivas crónicas costumam

prosseguir mais ou menos sem interrupção desde a adolescência, se bem que condições

externas sejam capazes de precipitar exacerbações de quando em quando. Seguindo-se a

sintomas compulsivos brandos, que ocorrem ao tempo do complexo de Édipo, há rituais

compulsivos que se apresentam mais nítidos durante o período de latência, quando se

desenvolvem as faculdades intelectuais. A sexualidade que emerge na puberdade segue curso

análogo ao da sexualidade dos primeiros anos de vida; e outra regressão ao nível sádico-anal se

produz. O próprio superego, com cujos protestos entra em conflito, a esta tura, a nova onda de

desejos sexuais sádico-anais, não consegue fugir a efeitos da regressão. Torna-se mais sádico e

investe contra as exigências insintivas sádicas e anais tal qual já investira contra as exigências

genitais. Também investe implacável contra os rebentos dos desejos edipianos fálicos

propriante ditos, os quais persistiram juntamente com os impulsos sádico-anais. Por esta forma,

o conflito presente na neurose obsessiva é agudizado po razões: a defesa se tornou muito mais

intolerante; a coisa ou situação con qual há necessidade de defesa, mais insuportável, uma e

outra pela influer do fator único: a regressão da libido" (Freud, 618).

A luta permanente em duas frentes e os ajustamentos que o ego sintomas (conflitos

defensivos secundários, contracompulsões opostas faz aos sintomas obsessivos, formações

reativas posteriores, a tendência dos sintomas a evoluírem da defesa para a gratificação)

complicam o desenvolvimento subsequente. Das formações reativas podem resultar ganhos

narcísicos secundários; por exemplo, orgulho de ser excepcionalmente bom, nobre, inteligente;

daí resultam com frequência resistência dificílimas de superar na análise dos neuróticos

obsessivos.

Do mesmo modo que entre as fobias, existem entre as neuroses obsessivas casos

estacionários em que as defesas têm êxito relativamente bom; e existem também neuroses

obsessivas progressivas, nestas ocorrendo ou "colapsos" de equilíbrios obsessivos relativos,

com a produção manifesta de angústias e depressões (que podem favorecer a análise), ou

intensificação permanente dos sintomas compulsivos, caminhando para os estados finais

temíveis em que de todo se paralisa a vontade consciente.

Exemplo simples da intensificação da sintomatologia: Um paciente tinha

compulsão a evitar o número três porque para ele significava sexualidade e ideias de

castração. Costumava fazer tudo quatro vezes para certificar-se de que o três era

evitado. Mais tarde um pouco, começou a sentir que quatro está demasiado perto de três;

para tranquilizar-se, pôs-se a preferir cinco; mas cinco é ímpar e, portanto, ruim; foi

substituído por seis, que é duas vezes três; sete é ímpar, de modo que acabou escolhendo

oito e oito continuou a ser, durante anos, o número predileto do paciente.

Não é fácil dizer o que é que determina o estacionamento ou a progressão do curso da

doença (ver págs. 511 e segs.).

Complicação possível de ocorrer, até em casos mais brandos, representa-se no colapso, já

mencionado, de certo equilíbrio relativo que, até então, se manteve graças a sintomas

expiatórios ou outras limitações compulsivas do ego.

Acontecimentos que transtornam, os sistemas que o paciente não previu, irrompem,

às vezes, em uma rigidez compulsiva. O inverso de "neurose traumática" é a "cura

traumática" de caráter compulsivo.

Demonstra uma ocorrência desta ordem as conexões que existem entre o sintoma

compulsivo, de um lado, e, doutro, o estado neurótico-atual mais a angústia originais; a

angústia é "ligada" secundariamente pelo desenvolvimento dos sintomas obsessivos e

compulsivos. Os rituais compulsivos que substituem fobias anteriores demonstram com a

máxima clareza a ligação da angústia, embora seja esta sempre mais ou menos matizada de

sentimento de culpa.

A angústia e os sentimentos de culpa que os sintomas obsessivos encobrem tornam

a aparecer quando se analisam estes sintomas. É freqüênte, pelo fato dos pacientes

rejeitarem, habitualmente, os seus afetos e não os reconhecerem, vê-los aparecer sob a

forma de equivalentes físicos e de angustiais neurotico-atual também equivalente.

Em suma, é o conceito de regressão ao nível sádico-anal da organização libidinal que

explica as diferenças existentes entre a formação de sintomas na neurose obsessiva e na

histeria. Há incompatibilidade aparente no fato dos imos rejeitados constarem, nas neuroses

obsessivas, de tendências fálicas associadas ao complexo de Edipo e, do mesmo passo, terem

índole sádico-anal; mas explica-se a incompatibilidade, se se reconhecer que a defesa se dirige,

primeiro, contra o complexo de Edipo fálico, substituindo-o pelo sadismo anal, e, depois,

prossegue contra os impulsos sádico-anais. Há muitas diferenças no quadro clínico que

resultam de que, na histeria, é a repressão somente que se usa como mecanismo de defesa, ao

passo que, nas neuroses obsessivas, desempenham papel a formação reativa, a anulação, o

isolamento e a super-catexia do mundo de conceitos e palavras (caso especial de isolamento); o

uso destes mecanismos de defesa particulares é de atribuir ao fato de que têm de ser rejeitados

desejos não genitais, mas sádico-anais; e o uso de mecanismos diferentes também explica a

diferença do alcance que tem a consciência nos dois tipos de neuroses. Liga-se ao fator

regressivo a instalação mais tardia de certo modo, da neurose obsessiva, ao passo que a

introjeção dos pais no superego explica, por sua vez, as diferenças que se vêem na

internalização, no predomínio do superego e na preponderância relativa dos sintomas punitivos

e expiatórios sobre os sintomas gratificadores. Mais ainda: A regressão também é responsável

pela severidade própria do superego, visto que este não consegue escapar à impulsão regressiva

para o sadismo. Também se relacione com o fenómeno básico da regressão o fato de que, além

da produção dos sintomas, a doença afeta a personalidade total do paciente em extensão muito

maior do que na histeria.

TERAPÊUTICA PSICANALÍTICA NA NEUROSE OBSESSIVA

Quanto à terapia analítica, considera-se a neurose obsessiva o segundo tipo de "neurose

de transferência" e, bem assim, o segundo grande setor em que se indica a psicanálise; mas a

observação dos mecanismos que ela implica mostra quanto a análise é muito mais difícil na

neurose obsessiva do que na histeria. Aliás, são tão grandes as dificuldades que, em casos

severos, com história que dura há muitos anos, se há de ter muita cautela quando se fazem

promessas de cura; é frequente devermos satisfazer-nos com certo grau, maior ou menor, de

melhora.

Qual é a índole das dificuldades que apresentam as neuroses obsessivas em seu

tratamento?

1. O tipo particular de contracatexia que caracteriza a neurose compulsiva dificulta muito

ou de todo impossibilita o uso da regra básica. Isso resultando da atenção sensorial permanente

que não larga o paciente um só momento e que o obrigaa estar sempre fugindo da associação

livre não sistemática para ideias substanciais programáticas que à razão se ajustem. É como se.

o paciente, em lugar de verbalizar as suas experiências subjetivas, expusesse ao analista um

índice consciencioso, porém incompleto, uma lista incompleta dos nomes das suas

experiências. As tentativas que faz o analista no sentido de instruir ao paciente a respeito do

que, na realidade, dele se espera servem, muitas vezes, para alimentar obsessões das mais sutis.

Extremamente consciencioso por compensação, o paciente quer fazer tudo quando se lhe pede,

mas é na direção errada que aplica o seu esforço, por esta forma revelando que,

inconcientemente, quer o inverso daquilo que pretende conscientemente. Talvez a tarefa técnica

mais importante com que se depara na análise de um neurótico obsessivo consista em encontrar

a maneira pela qual o paciente aprenda o que é associar livremente e, ao mesmo tempo, em não

deixar que se estabeleçam discussões teóricas, não lhe dar material novo para remoer.

2. A internalização do conflito mais o papel que o superego desempenha dificultam

muito mais o trabalho analítico. Os histéricos vêem nos seus sintomas alguma coisa que lhes é

estranha ao ego; este alia-se ao analista no combate à neurose, atmosfera ideal de trabalho que

nunca se encontra no caso dos neuróticos obsessivos, cujo ego está cindido. O analista pode

confiar, tranquilo em uma parte apenas do ego, o restante do qual pensa de maneira mágica,

não logicamente, juntando-se, na prática, à resistência. A parte consciente da personalidade é,

às vezes, muito cooperativa; mas dependendo da medida em que esta parte está isolada da parte

mágica inconsciente, as interpretações dentre as que melhor se concebem permanecem

ineficazes, no caso de não romper-se este isolamento.

3. Implica a regressão que o analista tem de penetrar, de fato, em mais um nível do que

na histeria.

4. A regressão significa também que a índole das relações objetais do paciente se

modificou, governadas que são por tendências sádico-anais (ambivalência e obstinação,

sobretudo), as quais são manifestas na transferência também. Os sentimentos confusos dos

neuróticos obsessivos exibem-se em tendências rebeldes contra o analista e em esforços

simultâneos por se lhe submeter. De algum modo, acompanha todo impulso a sua antítese

direta.

5. Dificuldade especial reside em que se isolam o conteúdo ideacional das emoções

correspondentes. Está sempre presente o risco de que o paciente experimente o analista como

alguém que só intelectualmente o compreende; este tipo de experiência, é claro, vem a ser inútil

enquanto não aclarado analiticamente como resistência contra a experiência emocional.

6. O pensamento e as palavras dos neuróticos obsessivos estão se-xualizados, mas

o pensamento e a fala são os instrumentos do psicanalista; a situação, no caso destes

neuróticos, consiste em que têm de ser curados com a ajuda de funções que se acham, elas

próprias, afetadas pela doença.

Certo paciente fez uma comparação que se ajusta ao caso: disse que era como se

tivesse caído n'água com uma toalha na mão e como se alguém estivesse tentando

enxugá-lo com esta, tão molhada quanto o corpo dele.

Ao que parece, é insolúvel o dilema. Na prática, desde que a personalidade consciente do

paciente seja capaz de formar juízo sobre a irracionalidade do seu comportamento, esta parte do

ego intato pode utilizar-se para iniciar a análise, na esperança de que o processo venha a

ressuscitar outra parte, pequena que seja, de ego utilizável.

7. É certo que, na histeria, também influem proveitos ou ganhos secundários, nunca,

porém, tão integralmente fundidos na personalidade quanto o é o proveito narcisíco que resulta

das formações reativas na personalidade dos neuróticos obsessivos. Há muitas análises que

falham porque não consegue o analista convencer o "bom" neurótico obsessivo de que lhe

será vantajoso deixar-se "corromper" um tanto pela análise. O analista, além de representar o

superego do paciente, pode representar o sedutor, o agente do id temido, contra o qual, segundo

é de esperar, o paciente luta.

8. Também se mencione o fato de que o aparecimento da angústia e de sintomas

vegetativos físicos que a representam, no decurso do tratamento, são capazes de gerar

complicações severas em indivíduos que não estejam acostumados a afetos e cujos sintomas

costumam limitar-se à esfera mental.

Estas dificuldades todas, sem se subestimarem, não são, no entanto, insuperáveis; são elas

que dificultam e prolongam todas as análises de neurose obsessiva. Claro que existem neuroses

obsessivas agudas que se resolvem com rapidez relativa, mas é mais comum o analista ver os

casos severos que perduram, pessoas que os têm ininterruptos, desde o período de latência: são

os casos que exigem as célebres análises "longas". Pode-se dizer que estas análises longas e a

considerável energia que se despende são, muitas vezes compensadoras, casos havendo — e até

muitos — de longuíssima duração em que se obtém cura.

Em cada caso particular, é só o curso de uma análise de prova que permite avaliaras

dificuldades acima delineadas, por esta forma autorizando o prognóstico. Os casos recentes são

os que melhor respondem à análise; os que menos respondem são os "estados terminais", as

transições para a esquizofrenia, e os transtornos desenvolvimentais que jamais alcançaram a

fase fálica. Em situações desta ordem, se outros tipos de terapia não logram êxito, cabe

aconselhar que, quando menos, se tente a psicanálise de todo neurótico obsessivo, sempre que o

autorizem as condições exteriores.

15

Conversões Pré-Genitais

OBSERVAÇÕES GERAIS SOBRE AS CONVERSÕES PRÊ-GENITAIS

Nos sintomas da histeria de conversão, os desejos genitais que vêm da esfera do

complexo de Édipo encontram expressão distorcida em alterações de funções físicas; na

neurose obsessiva, estes desejos foram modificados pela regressão e nos sintomas se exprimem

os conflitos que giram em volta das tendências regressivamente distorcidas. Terceiro tipo existe

de neurose cujos sintomas são, fora de dúvida, conversões, sendo, porém, pré-genitais os

impulsos inconscientes que se exprimem nos sintomas: de um lado, a sintomatologia tem a

índole da conversão, mas, doutro, a estrutura psíquica (mental) do paciente corresponde à do

neurótico obsessivo. A orientação pré-genital alterou o comportamento do paciente, tal qual

alterou o do neurótico obsessivo; aí também, o aumento da ambivalência e da bissexualidade, a

sexualização do processo do pensamento e da palavra, a regressão parcial ao tipo mágico de

pensamento se manifestam. Porque o quadro clínico das neuroses desta ordem é o da histeria,

somente a psicanálise é capaz de descobrir a diferença da estrutura interna respectiva.

Sob o ponto de vista teórico, seria de esperar que um conteúdo psicológico pré-genital se

visse com mais frequência nos sintomas de conversão diretamente ligados às zonas erógenas

pré-genitais (por exemplo, material erótico-anal em casos que mostram sintomas intestinais);

até certo ponto, esta expectativa realmente se verifica. Na infância de muitos dentre os

indivíduos que vêm a tornar-se obsessivos descobre-se uma história de transtornos intestinais

psicogênicos, transtornos que se podem reativar no curso de uma análise e novamente

apresentar-se sob a forma de sintomas, transitórios de conversão (599). Também ocorrem com

o aspecto de sintomas espontâneos, em certas neuroses obsessivas, resíduos destes transtornos

infantis: constipação, diarreia; mas nem todos os sintomas de conversão intestinais são desta

natureza. O papel que desempenha a fixação pré-genital limita-se, às vezes, à seleção do órgão

que há de ser a sede dos sintomas.

GAGUEIRA

Os distúrbios funcionais da fala que não são apenas inibições simples constituem

exemplos típicos do grupo das neuroses de conversão pré-genital.

O sintoma da gagueira revela, mais prontamente do que outros sintomas de conversão, ser

consequente a um conflito entre tendências antagónicas: o paciente mostra querer dizer alguma

coisa e, no entanto, ao mesmo tempo, não o quer. Porque pretende conscientemente, falar,

alguma razão inconsciente deve ter para não querer. Isso resulta, necessariamente, de alguma

significação inconsciente que tem o ato de falar: quer quanto à coisa particular a ser falada,

quer de referência à atividade geral da fonação.

Quando se tem um *lapsus linguae,* este resulta do fato de que, inconscientemente, a

pessoa está resistindo, de algum modo, ao que conscientemente pretendia dizer (553). Mostra a

análise dos lapsos qual foi a tendência que transtornou a intenção original de falar. Se, em vez

de ter um *lapsus linguae,* a pessoa apenas começa a gaguejar um pouco, é claro que algum

motivo inconsciente lhe perturbou a intenção, mas não podemos adivinhar qual será (596). Se

gagueira ocasional desta ordem ocorre constantemente em resposta a estímulo específico, pode-

se usar o conhecimento deste como ponto de partida para a análise do fator que transtorna.

Entretanto, no caso da pessoa gaguejar não só reagindo a certos estímulos, mas gagueja mais ou

menos sempre que falar é que ofatora transtornar há de estar enraizado no fato de que a própria

intenção de falar tem significado censurável. Assim, existem tipos de gagueira ocasional

devidos, talvez, à significação instintiva inconsciente da coisa que se vai dizer, ao passo que,

nos casos sever.os de gagueira, a própria função da fala representa impulso instintivo

censurável.

Quando discutimos a neurose obsessiva, deixamos claro que certos fatores e condições

levavam à sexualização da fala; que a sexualização, nestes casos, é semçre de índole anal; e que

daí resultam consequências específicas (ver págs. 275 e segs.; particularmente, 279). Tudo isto

vale para a gagueira. A análise dos gagos, vê-se que a base do sintoma é o universo sádico-anal

dos desejos. Para eles, a função da fala sempre tem significado sádico-anal; falar quer dizer,

primeiro, proferir palavras obscenas (em particular, anais) e, em segundo lugar, constitui ato

agressivo que contra quem escuta se dirige.

Quando melhor se vê a índole erótico-anal da fala é naquelas ocasiões analíticas em que

uma situação específica, a qual produz ou acentua a gagueira, vem a mostrar o seu caráter de

tentação anal. Inconscientemente, na fala em geral pu em certas situações se pensa como numa

defecação sexualizada. Os mesmos motivos que, na infância, se dirigiam contra as brincadeiras

prazerosas com as fezes reaparecem sob a forma de inibições ou proibições do prazer que se

tem em brincar com as palavras. A expulsão e a rentenção das palavras significa expulsão e

retenção das fezes; e, de fato, a retenção das palavras, tal qual no passado a retenção das fezes,

tanto pode ser.tranqiiilização contra possível perda quanto atividade auto-erótica prazerosa. Na

gagueira, pode-se dizer que ha deslocamento para cima das funções dos esfíncteres anais (708,

1406, 1461). Dois estados se vêem com frequência capazes de produzir ou aumentar a gagueira

tem ligação com a significação sádica que esta tem. E comuníssimo um paciente começar a

gaguejar quando está particularmente ansioso por provar certo argumento. Atrás do zelo

aparente, ele terá ocultado uma tendência hostil ou sádica a destruir o adversário com a ajuda

das palavras; a gagueira constitui tanto, o bloqueio quanto o castigo desta tendência. Mais

frequente ainda é a gagueira exacerbar-se perante pessoas importantes ou perante os superiores,

isto é, figuras paternas contra as quais é mais intensa a hostilidade inconsciente.

Observou Garma, de unta feita, certa paciente que, além de gagueira severa, sofria

do medo de feriras pessoas. Acreditava a moça, em particular que a mulher podia, no

coito, machucar o homem; mais ainda: tinha devaneios, nos quais podia, só com o olhar,

destruir o mundo inteiro, matar todos os homens.

Nos sonhos, falar simboliza a vida, calar-se simboliza a morte (552). O mesmo

simbolismo aplica-se à gagueira: quando o gago não consegue falar, a hesitação exprime,

comumente, o seu desejo de matar, o qual se voltou contra o ego.

Pela mesma razão é que, na neurose obsessiva, uma sexualização sá: dico-anal da função

da fala também quer dizer remobílização do estádio infantil em que as palavras eram

onipotentes (475). "As palavras podem matar": os gagos são pessoas que, inconscientemente,

julgam necessário usar com cuidado uma arma assim tão perigosa.

O fato das palavras obscenas e as pragas terem retido mais do que outras o seu

significado mágico original (451, 1154) (ver págs. 276 e 327 e seg.) tem importância na análise

dos gagos, para muitos dos quais toda conversa, toda fala é tentação inconsciente de usar

palavras obscenas ou blasfematórias, destinadas a atacar quem escuta, violenta ou sexualmente.

O significado sádico-anal do sintoma está também em que se ajusta à estrutura da

personalidade tipicamente sádico-anal do gago, estrutura que é idêntica à do neurótico

obsessivo.

Há vezes em que se pode observar diretamente a regressão sádico-anal que se interpola

entre as fantasias edipianas originais e o sintoma.

Relatou Alfhild Tamm o caso de um jovem que, primeiro, teve um período de

conflito com a masturbação genital; depois, substituiu esta prática pela masturbação

anal; e foi só depois que suprimiu estas práticas anais que começou a gaguejar (1527).

O fato dos desejos sádico-anais desempenharem preponderante papel na gagueira não

significa que outros erotismos, outros impulsos também não componham o sintoma. Tal qual

acontece com outros sintomas, todo tipo de componentes instintivos infantis podem participar,

de modo acessório, ao lado do componente sexual dominante. De maneira geral, três impulsos

desempenham, papel característico na composição do sintoma da gagueira: o fálico, o oral e o

exibicionístico.

1. Impulsos fálicos: A função da fala é freqüente ligar-se, inconscientemente, à função

genital; em particular, à função genital masculina. Falar sig-nrfica ser potente; a incapacidade

de falar quer dizer castração (214, 215, 220, 520, 892). Freqüentes vezes, os rapazes revelam

que neles a ânsia de falar se desenvolve como substituto da competição fálica ("Será que posso

falar tão bem quanto meu pai?") (473); as moças que têm a mesma ambição desejam

inconscientémente ter funcionamento genital igual ao dos homens, de modo que odos os

estados que envolvem as ideias de potência ou castração podem ex-Primir-se no sintoma da

gagueira, se bem, que de maneira regressivamente distorcida. O tema de ter a língua cortada vê-

se com freqüência nos mitos, contos ue fadas, sonhos, fantasias neuróticas, simbolizando a

castração; a língua, como orgão da fonação, apresenta-se com o aspecto de símbolo fálico.

Certa paciente que, falando em público, percebia um significado uretral requintado

(potência) foi por nós mencionado (ver pág. 279). Faltando-lhe as palavras, tinha de

beber água, feito o que conseguia novamente funcionar.

Outra mulher convencera-se de que o cirurgião que lhe tirara as amígdalas, em

criança, lhe tirara a úvula por engano. Foi só após a análise do seu complexo de

castração que conseguiu persuadir-se de que sua úvula era normal.

O aparecimento de tendências fálicas na gagueira prova que a orientação anal do paciente

resultou de regressão. Há casos em que faltam estes elementos fálicos e que, vez por outra,

também se baseiam na parada do desenvolvimento em estádios pré-genitais.

2. Impulsos orais: No sentido mais amplo, a fala é função respiratório-oral. O prazer

erógeno da fala é em si mesmo erotismo respiratório-oral; e, de fato, o destino que tem a libido

respiratório-oral é elemento significativo no desenvolvimento de distúrbios da fonação. É

freqüente, na gagueira, a regressão não ter parado no nível sádico-anal: o erotismo oral também

se destaca, com conflitos que giram em redor de desejos de incorporar objetos, além de desejos

orais auto-eróticos. Depende a severidade do caso, da importância relativa que tem o

componente oral.

Há vezes, em que as palavras que devem e não devem ser proferidas significam, no nível

mais profundo, objetos introjetados. Os conflitos que, originalmente, se produziam entre o

paciente e um objeto exprimem-se, então, pelo conflito entre o ego e seus produtos verbais

(significando as fezes).

Pode o gago não tentar só, inconscientemente, matar pelas palavras; no nível que

estamos discutindo, o seu sintoma também exprime a tendência a matar as suas palavras,

estas representando objetos introjetados.

Coriat, estudando muitos casos de gagueira (291, 292, 293), impressionou-se mais com a

participação do auto-erotismo oral do que com os conflitos ligados à introjeção. Disse ele que,

em vez de -usar a função da fala para fins de comunicação, o gago dela se serve para alcançar

sensações prazerosas nos órgãos da fonação. Coriat chega a negar a índole conversiva do

sintoma, afirmando que coisa alguma foi "convertida", visto que a pessoa não faz mais do que

ceder a uma tendência lúcida, a fim de obter sensações orais agradáveis (291). É provável, no

entanto, que todos os gagos estejam de acordo em que o sintoma é importuno, penoso, de modo

algum prazeroso; e em que não percebem, absolutamente, nem as fantasias sádico-orais que se

exprimem no sintoma, nem as suas ideias edipianas e castradoras. Assim, pois, embora os

gagos busquem prazer erógeno-oral, a gagueira subsiste, basicamente, como neurose de

conversão pré-genital.

É comum uma erogeneidade oral intensa exprimir-se também por ambição máxima no

campo da fala. Por vezes, esta ambição desenvolve-se após o sintoma e constitui reação

supercompensatória a este. Não foi Demóstenes o único homem que se fez grande orador pelo

fato de haver sido gago.

O acentuado interesse que certo paciente tinha por línguas estrangeiras e assunto

filológicos, associado a muita ambição específica a estes ligada se explica na análise

como sendo um sentimento supercompensatório de inferioridade, consequente a período

esquecido da infância em que ele gaguejava e era zombado por isto.

Noutros casos, a ambição desenvolveu-se primeiro, seguida do sintoma da gagueira,

depois que a ambição passou a representar tendências sexuais ou agressivas proibidas. Há casos

de gagueira em que a ambição oral não se limita à fala, sendo a sua origem mais antiga até do

que a capacidade de falar. Desejos narcísicos infantis de conseguir fazer mais barulho (oral ou

anal) do que os adultos podem reaparecer sob formas, por assim dizer, grotescas (120, 463).

Umas tantas vezes, o significado original dos desejos desta ordem reside na ideia de poder

comer tanto quanto o adulto comum; isso pode ser defesa, mediante "identificação com o

agressor" (541), contra o medo de ser comido.

Às vezes, as ambições orais deste tipo destacam-se nítidas não só na função de

proferir palavras, como também na função de "ingeri-las" mediante a audição ou a

leitura, uma coisa e outra significando, inconscientemente, "comer" (124, 1512).

Antes da fala vir a constituir meio prático de comunicação, as atividades dos órgãos da

fonação tinham função puramente libidinal e de descarga. O desenvolvimento vai do nível do

balbuceio ou grito auto-erótico (1419), passando pelos níveis do influenciamento mágico do

ambiente através do aparelho fonador (437), pela aquisição gradativa da compreensão das

palavras (249, 251, 252) e até atingir ao nível final em que a fala se usa como meio intencional

de comunicação. Este desenvolvimento constitui um processo bastante complexo, sujeito a

transtornos em várias fases. É de lastimar que tal processo desenvol-vimental ainda não haja

sido psicanaliticamente estudado em pormenores. Os casos severos de gagueira permitem

estudá-lo pela compreensão da índole que têm os respectivos distúrbios.

Falar é procurar comunicar-se. Em casos menos severos de gagueira, a comunicação com

os objetos foi sexualizada, de todo ou em associações específicas; daí transtornar-se a fonação.

Em casos mais severos, renunciou-se inteiramente à função de comunicação; o indivíduo visa a

usar os órgãos fonadores de maneira auto-erótica.

3. **Impulsos exibicionistas.** O fato do exibicionismo desempenhar papel decisivo na

gagueira já o indicamos quando acentuamos as conexões que existem entre a gagueira e a

ambição! Quando é só a atividade oratória em público que evoca o sintoma, uma inibição de

tendências exibicionistas está, evidentemente, atuando. A gagueira que só ocorre quando se fala

em público assemelha-se a outras neuroses que se edificam sobre a base de impulsos exibi-

cionistas inibidos: por exemplo, eritrofobia, medo do palco, temores sociais. O ator que se vê

dominado pelo medo do palco pode tanto esquecer a sua fala quanto, realmente, pôr-se a

gaguejar (501, 522).

A gagueira exibicionista baseia-se na intenção de influenciar magicamente um auditório

mediante palavras onipotentes; quando está proibida esta inten-Ção, faz-se necessária a inibição

da fala. Os objetivos inconscientes do exibicionismo censurável não são apenas objetivos

erógenos diretos; tal qual ocorre no exibicionismo perverso, a reação do auditório é necessária

para garantir o indivíduo contra a angústia de castração ou para satisfazer alguma necessidade

narcísica; e o meio pelo qual se exige esta reação pode ser, inconscientemente, muito sádico.

Pelo fato de que se busca a tranqüilização de forma sádica inaceitável, a angústia de castração,

contra a qual se precisou de tranqUilização, iais ainda se intensifica; daí a necessidade de

inibição do exibicionismo, dando em resultado a gagueira. Nos homens este tipo de gagueira

quer dizer: "O encantamento exibicionista pelo qual procurei tranquilizar-me contra a castração

pode, de fato, acarretar-me esta." Nas mulheres, o exibicionismo, deslocado dos genitais, tenta

tranquilizar contra um sentimento de inferioridade conseqüente à falta de pênis, neste caso,

significa a gagueira. "Ver-se-á, afinal, que não tenho pênis, realmente" (ver págs. 323 e seg.).

Falar significa enfeitiçar. O objetivo do orador é conseguir o aplauso de que

precisa para lutar contra os seus temores. Se houver risco de ele não o lograr, o orador

sádico pode sentir que tem de forçar o auditório, pela violência, a dar-lhe aquilo de que

necessita; pode sentir que tem até de castrar ou de matar os ouvintes. Ou. tentará, talvez,

realizar os seus fins de outra maneira: para garantir a influência sobre o auditório,

precisa mostrar que tem poder sobre ele. Em condições desta ordem, gaguejar significa:

"Pára de falar antes de matar ou castrar, realmente, os teus ouvintes;" ou "Pára de falar

antes de descobrir-se que a verdade não é que eles dependem de ti, mas que tu dependes

deles" (446).

O ego do gago, tal qual o do neurótico obsessivo, tem de desenvolver uma frente dupla:

contra os seus impulsos censuráveis e também contra o seu superego, já agora sádico e arcaico

por força da regressão. São muitos os gagos que só produzem o seu sintoma quando este os

coloca em situação desvantajosa, dando a impressão de que o utilizam para gratificar as

exigências de um superego supersevero. Se o sintoma só aparece na presença de pessoas impor-

tantes, isso acontece não só porque o paciente é particularmente agressivo para com elas, mas

também pelo fato de que prevê consequências sérias no caso de falhar.

Inúmeros ganhossecundários podem ligar-se à gagueira; dois tipos são particularmente

característicos: (1) Superficialmente, o gago, parece ser engraçado, mas suscita piedade, que é

capaz de utilizar; (2) Em nível mais profundo, a gagueira enseja a oportunidade de gratificar

um sentimento de rancor, que aumenta com a regressão patogênica; o gago obtém alguma coisa

realmente, grafiticante da agressão que está latente no sintoma.

O sintoma reduz-se, em casos menos severos, a certas letras ou a certas combinações de

palavras. Nestes casos a análise mostra relação inconsciente entre estas letras ou palavras e os

conflitos sexuais infantis, como ocorre nas inibições da leitura ou da escrita (verpág. 169).

No que diz respeito à terapia psicanalítica dos gagos, reside a dificuldade maior em que

está transtornada a fonação; e a fala é o próprio instrumento da psicanálise. Não é esta, porém,

a única dificuldade a superar. Tendo regredido por força de regressão patogênica ao nível

sádico-anal, os gagos apresentam, em geral, as mesmas dificuldades na análise que os

neuróticos obsessivos donde ser, em geral, o mesmo prognóstico das neuroses obsessivas.

Quando a gagueira representa simples "estado inibido", por assim dizer, é muito mais favorável

o prognóstico; têm-se relatado curas rápidas (154, 155, 213, 292, 346, 1406, 1527). Os tipos

profundamentepré-genitaisde gagueira são tão difíceis de influenciar quanto o são outras

neuroses pré-genitais. Há, no entanto, um fato favorável: é que o próprio sintoma da gagueira

pode ser eliminado, em muitos casos, antes que, na análise, se elaborem inteiramente os

elementos pré-genitais subjacentes. De modo geral, é de aconselhar o tratamento psicanalítico,

e se deve realizar uma análise de prova com a mesma prudência que na neurose obsessiva (cf.

212, 1026, 1027, 1115, 1119, 1415).

TIQUE PSICOGÊNICO

O sintoma do tique psicogênico deve a sua origem ao mecanismo da conversão: tal qual

ocorre nos casos de câimbra, paralisia, contratura ou ataques de maior porte que se observam

na histeria, também no caso do tique a musculatura voluntária do corpo recusa-se a servir ao

ego e funciona independentemente da vontade. O quadro clínico externo mostra, no entanto ser

o tique diferente da histeria. Muito antes de existir a psicanálise, os observadores clínicos

distinguiram-no daquela. A índole estereotipada do tique, pouco frequente nos sintomas

simplesmente histéricos, parece dar-lhe caráter que mais se aproxima das manifestações

catatônicas. De fato, o paciente que tem tiques mostra todos os traços arcaicos de uma

personalidade "regredida": não só tem caráter compulsivo como, em regra, apresenta também

orientação narcísica. É provável que a expressão "tique psicogênico" abranja uma série

contínua de elos que vão da histeria de conversão à catatonia. Há formas de tique que se

afiguram mais ligadas às compulsões. O tique típico, é certo, tem modalidade diferente de

manifestação. Os indivíduos compulsivos realizam os seus padrões motores voluntariamente

(obedecendo, claro, a comando alheio ao ego), ao passo que o tique ocorre independente da

volição e constitui ato automático; os padrões motores compulsivos de longa data podem,

pouco a pouco, se transformar em movimentos automáticos de tique (1018).

Qualquer parte da musculatura voluntária pode ser atingida pelos tiques. Estes se

comparam aos sintomas motores específicos que se vêem nas neuroses traumáticas e que,

conforme se disse (ver págs. 109 e seg. e 113), são movimentos originados em situações

passadas, movimentos manifestados ou detidos no momento da expressão. Nas neuroses

traumáticas, a quantidade esmagadora de excitação determinou as expressões motoras

involuntárias que se seguiram; no tique, a ação inteira, de que o movimento constitui parte, terá

sido reprimida, voltando os impulsos motores reprimidos contra a vontade do ego.

As situações reprimidas, cujas intenções motoras regressam no tique, são situações

extremamente emocionais, que representam ou tentações instintivas ou punições de impulsos

rejeitados. Nos tiques, certo movimento que terá sido, noutros tempos, o sinal concomitante de

um afeto (excitação sexual, raiva, angústia, saudade, triunfo, embaraço) transformou-se em

equivalente deste afeto e aparece no lugar do afeto rejeitado.

Isto pode ocorrer de diversas maneiras: (1) o tique representa parte da sindrome afetiva

original, cujo significado psíquico permanece inconsciente. (2) O tique representa um

movimento cuja significação psíquica é defesa contra o afeto pretendido. (3) O tique não

representa, diretamente, afeto nem defesa contra afeto, mas, sim, outros movimentos ou

impulsos motores que terão ocorrido, anteriormente, durante uma excitação emocional

reprimida, ou no Paciente, ou em outra pessoa com quem haja feito identificação histérica (492,

Estes nexos mostram-se com clareza máxima nos casos que, pela sua estrutura, se

assemelham aos ataques histéricos. A masturbação genital, depois de reprimida, pode deslocar-

se desde baixo e manifestar-se sob a forma de tique (357, 467, 733, 1265). Outros tiques

representam movimentos de raiva ou fnovimentos que servem para rejeitar impulsos hostis; ou

ainda movimentos de alguém com quem o paciente se haja inconscientemente identificado.

O tique de certo paciente, que consistia em movimento convulsivo das mandíbulas

(significando, em estrato mais superficial, tranqtiilização do medo de paralisia maxilar)

veio a verificar-se que era imitação do bocejo do pai; bocejo que fora percebido como

ameaça sexual e a que se respondera mediante identificação com o agressor.

Há muitos tiques que nao sao apenas equivalentes involuntários da atividade emocional

em geral, mas, sim, transtornos de certa função emocional particular, que a psicanálise ainda

não investigou suficientemente: a expressão mímica de movimentos e emoções (986). As

síndromes arcaicas de descarga afetiva consistem, parcialmente, em inervações da musculatura

mímica; daí ser a mímica meio arcaico de comunicação entre as pessoas. Para os bebés, antes

de se completar a capacidade de falar, é o único meio; entre os adultos, ainda governa muitas

dentre as relações interpessoais (526, 998, 1517); mesmo nas situações em que escasseiam

ataques emocionais plenos, a expressão facial significa equivalente involuntário de afetos,

equivalente que, pela empatia, informa os espectadores sobre â índole dos sentimentos do

indivíduo (ver págs, 395 e 408).

O jogo involuntário da musculatura facial pode considerar-se modelo normal dos tiques.

Há certos tiques nos quais se torna independente um afeto que representa expressão mímica.

Certo paciente, muito próximo da histeria e portador de um tique, fora ensinado a

"nunca mostrar as suas emoções". O tique representava a expressão mímica de um choro

contido de que não tinha consciência, ocorrendo sempre que surgia qualquer coisa capaz

de provocar choro ou de lembrar-lhe: "Não deves manifestar suas emoções". Realmente,

tendia a chorar com facilidade e, durante certo período da análise, depois de haver-se

analisado o tique como contenção do choro, mas sem que se tivesse analisado a

significação inconsciente deste, o paciente chorava muito mesmo. A tendência a chorar

tinha significado uretral e os conflitos que giravam em torno da proibição de manifestar

emoções significavam conflitos ligados à enurese noturna.

Noutro caso. veio-se a descobrir que o tique facial representava uma risada

triunfante, pretendida mas proibida, dirigida contra o pai do paciente e, mais tarde,

contra o seu próprio superego.

O que se disse sobre o componente exibicionista na gagueira também se aplica ao tique.

A exibição visa a ganhar tranqiiilização narcísica, intenção que pode falhar e terminar noutro

ferimento narcísico.

Existe relação precisa entre o tique e a brincadeira das crianças (ou o jogo dos atores)

com as expressões faciais. "Fazer caretas" é brincadeira de que todas as crianças gostam; "Não

faças uma cara tão feia, podes ficar assim a vida toda é a ameaça que se costuma dizer contra o

hábito. Há tiques que dão a impressão de realizar esta ameaça.

Qual é o significado inconsciente da brincadeira de caretas? (1) O jogo ativo de enfeiar-se

serve, ludicamente. para provar que a pessoa controla a beleza e a feialdade, ou seja. que não se

está castrado de verdade, visto ser possível produzir e anular a castração à vontade. (2) Ser feio

quer dizer poder assustar outras pessoas, isto é, ser poderoso, o que serve para tranquilizar. (3)

Desempenhar o papel do feio (castrado) é meio arcaico de desviar os poderes que querem

enfeiar o indivíduo (castrá-lo) (296, 483. 500, 634). (4) Brincar de ser feio (castrado) serve de

gesto mágico, ataque contra o espectador: "Eu lhe mostro quão feio (quão castrado) você deve

ser."

O sentimento sinistro de que os músculos faciais já não obedecem e de que atuam

independentes significa que estas técnicas estão falhando, que não se controlam as forças

castradoras, que a punição da feialdade permanente (castração permanente) está iminente.

A independência dos impulsos motores emocionais em relação ao ego organizado é,

portanto, o problema principal do tique. Já dissemos que certos tipos mais simples de tique

parecem não se diferenciar muito dos ataques histéricos. Certo impulso anteriormente

reprimido aparece, vindo da repressão, sob forma disfarçada. Nos casos mais característicos,

parece haver transtorno em sentido muito mais profundo; parece estar faltando (ou não bastar) a

capacidade que tem o ego de controlar os distúrbios motores. Em lugar de servir à ação

voluntária e dirigida, a musculatura voltou, em grau maior ou menor, a ser instrumento da

descarga imediata (1012, 1100); existe falha na organização do ego, nestes casos; os impulsos

ou afetos individuais não se integraram em um todo, falta esta de integração que determina a

diferença entre o tique típico e a histeria de conversão; possivelmente, com base orgânica,

quando menos em certos casos. Sob o ponto de vista psicológico, sempre se liga a regressão

pré-genital profunda (ou parada pré-genital do desenvolvimento), que se interpolou entre o

complexo de Édipo e o sintoma.

Estudando a personalidade dos portadores de tiques, vê-se com clareza que a vida

psíquica lhes tem orientação pré-genital. Aí também se vê o tique representar "conversão pré-

genital"; aliás, foi Abraham quem introduziu esta designação objetivando descrever a índole

dos tiques (22).

Os dois fatores, importantes observados na vida mental dos pacientes com tiques,

segundo os clínicos que têm escrito a respeito (22,321, 492, 493, 954, 976, 996, 1049) são, em

primeiro lugar, o caráter anal bem definido; em segundo, a estrutura narcísica marcada que

neles se nota. Nos casos graves de tiques múltiplos *(maladie des tics),* todas estas

características são ainda mais francas do que nos pacientes que têm tiques isolados e

individualizados. A orientação anal daqueles que têm *maladie des tics* revela-se com

frequência, à primeira vista, pela observação de que o indivíduo tosse, cospe, se crispa,

pragueja; mais ainda, pela coprolalia, tudo isso constituindo a síndrome destes Pacientes (492,

1100). O uso da musculatura na descarga imediata, em vez da ação dirigida é, no caso, sintoma

de intolerância à tensão e à expectativa, com-Parável à intolerância correspondente noutras

personalidades infantis (ver págs. 342 e segs.).

O caráter anal, repcesentado pela regressão sádico-anal a partir do complexo de

Édipo, tem a mesma origem nos neuróticos obsessivos e nos gagos. Há minoria de casos em

que pode representar parada do desenvolvimento no nível pré-genital. Do mesmo modo que, na

gagueira, intensifica o otismo respiratório-oral da fala, o incremento erótico-anal aumenta, no

tique, um erotismo muscular intensificado; este erotismo muscular é manifesto em casos nos

quais o tique representa simples equivalente da masturbação (357, 733, 1265).

Nos casos de tique, a orientação narcísica surge em graus vários, em varias medidas. Há

casos nos quais se vê, pelo menos em fantasias inconscientes, tanto capacidade de

relacionamento com os objetos quanto no neurótico obsessivo. Outros casos dão a impressão de

que os pacientes se segregam do mundo dos objetos de forma muito mais absoluta. Os

músculos que se comportam como se fossem personalidades independentes do ego podem,

representar objetos introjetados; e a movimentação involuntária dos músculos pode ser temida e

odiada pelo paciente em nível narcísico do mesmo modo que se temeram e odiaram,

anteriormente, certos objetos ameaçadores. A relação entre o ego e os músculos rebeldes

substitui, em personalidades nar-císicas, as relações objetais que se perderam. As catexias

objetais, por força de regressão narcísica foram substituídas por catexias de representações de

órgãos; os músculos tentam descarregar a catexia das suas "representações", catexia que está

acumulada como no caso da hipocondria Ferenczi referiu-se a "traços mnêmicos musculares"

que se "ab-reagem" no tique. Na histeria, a recordação de experiências reprimidas, sob a forma

de fantasias libídino-objetais, irrompe contra a vontade do ego, de um lado, ao passo que

doutro, o que irrompe, no tique narcísico, são os traços mnêmicos narcísicos correspondentes,

de índole libídino-orgânica (492).

Porque as descargas motoras retardadas de impressões excitantes são sintoma típico das

neuroses traumáticas, compreende-se a frequência com que os tiques ocorrem nas neuroses que

constituem mistura de neuroses traumáticas e neuroses (ver págs. 501 e segs.); por exemplo,

nas neuroses que se desenvolvem sob a influência de cenas primárias atemorizadoras.

Caso muito interessante, relatado por Kulovesi, se provou resultar de uma cena primária

experimentada nos primeiros anos de vida (96). Na excitação que acompanhou esta

experiência, o menininho apavorado conteve certos impulsos motores (em particular, impulsos

a gritar e chorar). Os movimentos que refreou, a esse momento, vieram a ocorrer,

ulteriormente, por toda a vida, sob a forma de tique. O petiz ficou fixado na cena primária, a ela

regressando sempre que sofria decepções na existência posterior. Não se afigura convincente a

opinião de Melanie Klein (954) no sentido de que, em casos de tique, a experiência da cena

primária haja sido, infalivelmente, apreendida pela audição. Mais provável é que a orientação

erótico-muscular específica, com que, provavelmente, os pacientes deste tipo experimentam a

cena primária, se ligue a sensações excitantes da sensibilidade profunda e do equilíbrio. Em

geral, as disfunções psicogênicas do sistema muscular se entrelaçam muito de perto com de-

fesas contra os sentimentos corporais e as sensações cinestésicas (410). Não é raro uma

recordação de cena primária se deslocar e se representar por um traço mnêmico dos canais

semicirculares (526).

Quanto ao prognóstico do tratamento psicanalítico para os pacientes com tique, excluir-

se-ão, antes de mais nada, os casos de origem orgânica; noutros casos, dependerá o desfecho da

estrutura psíquica específica. As formas histéricas e compulsivas de tique responderão ao

tratamento tal qual respondem as histerias e as neuroses obsessivas; as formas catatônicas vão

mostrar-se tão refratárias quanto as catatonias. Tendo em vista o fato de ser característica a

orientação narcísica nos casos severos mais típicos de tique, há de ser difícil o tratamento

psicanalítico. o. que se aplica,- aos transtornos severos do ego que se vêem na *maladie des tics.*

Todavia, em situações nas quais tenha havido capacidade adequada de transferência, a análise

prolongada obtém êxito terapêutico.

ASMA BRÔNQUICA

Já se discutiu a asma brônquica como transtorno psicossomático do trato respiratório (ver

pág. 235 e-seg.). Dissemos que, em todos os casos, praticamente, também se envolvem

sintomas de conversão. A esta altura, acrescentemos que estes sintomas de conversão são de

índole pré-genital. Quando discutimos a base psicossomática da asma brônquica, ficou claro

quais são as condições físicas que possibilitam conversões deste tipo. O conteúdo inconsciente

das conversões está sempre sediado em conflitos respiratório-orais que giram em volta da mãe

ou de substituta desta. De modo geral, os distúrbios psico-gênicos da respiração são, mais que

tudo, equivalentes da angústia. Sempre que estes equivalentes se exprimem, primordialmente,

no aparelho respiratório, a angústia, quer resulte, originalmente, da perda de amor, quer se siga

a angústia de castração, é percebida como medo de sufocar (735, 741). No ataque asmático, a

expressão de temor desta ordem combina-se a um brado de socorro que se dirige à figura

materna, em que se pensa como onipotente e que ainda se percebe em nível pré-genital,

permanecendo sem diferenciação entre si a prote-ção e a satisfação sexual. Em regra, esta

"satisfação sexual protetora" *percebe-se,* inconscientemente, como o objetivq de uma introjeção

respiratória (420).

É de acordo com o caráter pré-genital da conversão básica o fato dos asmáticos

apresentarem, principalmente, caráter obsessivo, com todos os traços de orientação sádico-anal

intensificada (ambivalência, bissexualidade, desvios da personalidade consequentes a

formações reativas, sexualização do pensamento e da fala). Via de regra, a orientação anal dos

pacientes terá evoluído de interesse em cheirar para interesse em respirar.

O modelo fisiológico da "introjeção respiratória" é, realmente, o cheirar (202,

1184, 1190). No ato de cheirar, uma partícula do mundo exterior é, de fato, levada ao

corpo. De modo geral, os sentidos inferiores relacionam-se mais do que os sentidos

superiores com os erotismos pré-genitais (777). A repressão a que está sujeita a pré-

genitalidade, como um todo, faz que o olfato seja no homem comum muito mais obtuso,

muito mais embotado, do que na criança (624). Tem-se impressão de que o erotismo

olfativo, depois de sofrer repressão, revive sempre que ocorre regressão ao erotismo

anal e respiratório.

Tal qual no caso do tique, a orientação anal na asma também se relaciona de perto com

tendências que se enraízam em fases ainda mais precoces do desenvolvimento. Observa-se que

os asmáticos se revelam como sendo de orientação passivo-receptiva, dependentes oralmente e,

quanto ao erotismo da temperatura, dominados por necessidade muito grande de recuperar a

oni-Potência perdida. Há casos em que os objetivos de incorporação se mostram tão salientes

que os conflitos entre o paciente e o seu aparelho respiratório representam conflitos que,

originalmente, existiram entre o indivíduo e os objetos ex-ernos. Em última instância o ataque

de asma significa reação à separação da ^ãe, grito de socorro dirigido a esta (675, 1340, 1615).

Num caso que Weiss descreveu (1563), a doença instalou-se, de fato, como reação à perda da

mãe e s identificação narcísica posterior com ela. A pesquisa realizada por French e Alexander

(531, 535) chegou, exatamente, à mesma conclusão.

Quanto à terapia psicanalítica na asma, dada a semelhança da sua estrutura inconsciente

com a de outras neuroses de conversão pré-genital, as indicações são mais ou menos as

mesmas. Os traços psicossomáticos. e orgânicos complicam, porém, o prognóstico. Na asma, é

mais difícil do que na gagueira obter cura sintomática; a tarefa do analista consiste no

tratamento completo da estrutura pré-genital em que se baseia o sintoma.

Quando discutimos o problema da etiologia diferencial, estudamos as condições para o

estabelecimento de regressões, condições nas quais reside o fator que distingue a histeria da

neurose obsessiva. Neste particular, é certo que as neuroses de conversão pré-genital realizam

as condições das neuroses obsessivas. Baseadas também na regressão, que é, então, que

determina o desenvolvimento de uma neurose obsessiva ou de uma neurose de conversão pré-

genital? É muito frequente, de fato, os sintomas de conversão pré-genital apresentarem-se

associadas a tendências obsessivas. No que diz respeito à diferenciação entre uma e outra

entidade, temos de admitir que ainda não se pode dar resposta precisa, mas presume-se que, nas

neuroses de conversão pré-genital, o mesmo fator que desencadeou a regressão na neurose

obsessiva se tenha combinado a uma facilitação somática dos órgãos afetados, de índole

constitucional ou adquirida.

Perversões e Neuroses Impulsivas

PRINCÍPIOS GERAIS

Pelo fato de que os pacientes se sentem "compelidos" a praticar o seu ato patológico,

chamam-se, às vezes, *sintomas compulsivos* as atividades perversas e os impulsos dos

"psicopatas" (por exemplo, a impulsão à fuga, a cleptomania, a adição a drogas). No entanto, é

tão caracteristicamente diferente das experiências compulsivas a maneira pela qual eles

experimentam os seus impulsos que se pode, desde logo, presumir a existência provável de

diferenças estruturais específicas, correspondentes à diferença manifesta; diferença, que, to-

davia, não se define com exatidão pela afirmação de que, em geral, as perversões e os impulsos

mórbidos são prazerosos (ou, quando menos, executados na esperança de ganhar prazer), ao

passo que os atos compulsivos são penosos, praticados na esperança de eliminar um

sofrimento: os sentimentos de culpa podem transtornar um ato perverso a ponto de que este se

sinta, realmente, como doloroso, penoso; certas brincadeiras obsessivas são capazes de assumir

caráter prazeroso. O que é mais característico é a diferença na maneira Pela qual se sente a

impulsão. O neurótico obsessivo sente-se forçado a fazer uma coisa que *não gosta* de fazer, ou

seja, é compelido a usar a sua volição contra os seus próprios desejos; o pervertido sente-se

obrigado a "gostar" de uma coisa, mesmo contra a sua vontade. É possível que sentimentos de

culpa se lhe oponham aos impulsos, mas dá-se que, no momento da excitação, ele sente o

impulso como ego-sintônico, como algo que quer fazer na esperança de ganhar prazer positivo.

Contrariamente aos impulsos compulsivos, os impulsos em questão têm caráter "instintivo";

senten-se da mesma forma que as pessoas lormais sentem impulsos instintivos normais. Por

causa desta diferença, os per-rtidos e os neuróticos impulsivos não são absolutamente

chamados, às vezes, "euróticos, mas psicopatas.

PERVERSÕES EM GERAL

É manifesto o caráter *sexual* das perversões. Quando se cede aos impulsos patológicos,

obtém-se o orgasmo.

Quem iniciou a investigação das perversões foi Freud, quando descobriu a sexualidade

infantil e mostrou serem idênticos aos das crianças os objetivos sexuais dos pervertidos (555).

Nas perversões, a sexualidade é substituída por um dos componentes da sexualidade infantil; o

que constitui o problema são a causa e a índole desta substituição.

Antes mesmo da psicanálise, uns tantos observadores salientaram o fato de que os atos

perversos são distorção unilateral e exagerada de atos que, de modo menos exclusivo e menos

preciso, também ocorrem no comportamento sexual das pessoas normais; particularmente, nas

atividades preliminares ao coito. A condenação das perversões como "inferioridades

constitucionais" exprime, entre outras atitudes, a tendência universal à repressão da sexualidade

infantil. Na realidade, as perversões são coisa universalmente humana. Praticaram-se em todas

as épocas e entre todas as raças; houve períodos em que algumas delas fora, de modo geral,

toleradas, se não altamente estimadas. Acrescentou Freud a observação de que tendências

perversas ou atos perversos ocasionais (ou, pelo menos, fantasias) ocorrem na vida de todo

indivíduo, tanto nos normais quanto nos neuróticos; tendências, atos, fantasias cujos sintomas a

psicanálise revela serem atitudes perversas disfarçadas. Disse Freud: "Se é cor-reto que os

obstáculos reais à satisfação sexual, ou que a privação neste particular fazem vir à tona

tendências perversas em pessoas que, a não ser isso, nenhuma mostrariam, temos de concluir

que algo nelas se inclina à prática das perversões; ou, se preferem, que as tendências hão de

estar nelas presentes sob forma latente" (596). Visto que os objetivos da sexualidade perversa

são idênticos aos da sexualidade infantil, a possibilidade de todo ente humano tornar-se

pervertido em certas condições se enraíza no fato de haver-sido criança.

Os pervertidos são pessoas que têm sexualidade infantil,, e não adulta, o que resulta de

parada no desenvolvimento, ou de regressão.. O fato das perversões se desenvolverem, com

frequência, como reação a decepções sexuais indica a efetividade da regressão. A fórmula

singela que se apresenta é a seguinte: Os indivíduos que reagem a frustrações sexuais com

regressão à sexualidade infantil são pervertidos; aqueles que reagem com outras defesas ou que

outras defesas empregam após a regressão são neuróticos; esta foi a formula que Freud ainda

aplicou em sua *Introdução à Psicanálise* (596).

Na realidade, não são assim tão simples as coisas. É certo que há estados patológicos que

nada mais representam do que "regressões à siexualidade infantil"; mas não são as perversões

típicas. Os atos perversos de pessoas assim são polimorfos; a maior ênfase da sua vida sexual

deslocou-se paira o pré-prazer; e não é fácil dizer onde termina a estimulação e onde a

gratificação começa. Os pacientes deste tipo são infantis também em particularidades mão

sexuais (701. 904).

O pervertido típico tem uma maneira só de ganhar prazer sexual. Concentram-se-lhe

todas as energias sexuais em certo instinto parciial particular, cuja hipertrofia compete com a

sua primazia genital. Se, contudo, se completa o a o perverso, a pessoa obtém orgasmo genital,

de modo que, também aqui, seria formular a situação com simplicidade excessiva dizer que

fallta a estes pacientes a primazia genital. A capacidade de orgasmo genital é bloqueada por u

obstáculo que o ato perverso mais ou menos supera. Por conseguinte, a sexualidade das

perversa não está, simplesmente, inorganizada, como está a sexualidade das crianças

"polimorficamente perversas" e das personalidades infantis; esta, sim, organizada pela

influência de algum instinto componente, cuja satisfação possibilita o orgasmo genital.

Vê-se, na análise, que os pervertidos, como os neuróticos, têm repressões; maisainda: têm

também repressões patogênicas específicas; têm complexo de Édipo inconsciente e angústia de

castração inconsciente, de modo que a ênfase excessiva de um dos componentes da sexualidade

infantil não exclui a possibilidade de que outras partes desta sejam rejeitadas. Aliás, o sintoma

perverso, tal qual o sintoma neurótico, descarrega parte da catexia de impulsos que,

originalmente, se haviam rejeitado, assim facilitando a rejeição do restante (58, 601, 1252). A

diferença entre as neuroses e as perversões reside em que o sintoma, "dessexualizado" nas

neuroses, é componente da sexualidade infantil nas perversões; e reside em que a sua descarga

é dolorosa, mas gera orgasmo genital nas perversões.

Podemos, então, colocar da seguinte maneira os problemas principais: (1) Que é que

determina o transtorno da primazia genital? (2) Por que é que a gratificação de um instinto

parcial especial anula o transtorno da primazia genital?

1. O fator que, antes de mais nada, transtorna a primazia genital é idêntico ao fator que

tem o mesmo efeito nos neuróticos: angústia e sentimentos de culpa, dirigidos contra o

complexo de Édipo. Todavia, entre as angústias neuróticas que motivam a defesa, a angústia

pela perda de amor tem menos importância nas perversões; nem pode a angústia pela excitação

que o próprio indivíduo sente ter muita importância, visto que, afinal, vem a ser possível atingir

o orgasmo. Assim, pois a *angústia de castração* (e os sentimentos de culpa que desta resultam)

hão de ser o fator decisivo.

Nas perversões, a sexualidade infantil substitui a sexualidade adulta; alguma coisa

deve ser repulsiva nesta e alguma coisa particularmente sedutora naquela. Mas este

último fator varia, ao passo que aquele é constante; é sempre o complexo de castração

que interfere na capacidade de desfrutar a sexualidade genital plena. Na realidade, as

diferenças que existem entre o complexo de castração masculino e o feminino

correspondem às diferenças existentes entre as perversões masculinas e femininas.

2. Depois que o gozo genital se fez impossível pela angústia de castração, a pessoa

tentará regredir àquela parte da sua sexualidade infantil a que se fixou: ao acontece, porém,

simplesmente, que algum componente infantil, que não se naja temido, substitua a sexualidade

genital que se teme. Partes decisivas, explícitas, desta sexualidade infantil são *reprimidas e,*

segundo parece, a hipertrofia de um dos componentes infantis sexuais serve ao fim de reforçar

esta repressão.

Quando acentuamos o fato de que a fixação determina a escolha do componente infantil

que é supercatexizado na perversão (245), queremos dizer, antes de qualque outra coisa, que

existe um grão de verdade no velho pressuposto de que as perversões seja

"constitucionalmente" determinadas. Não é, porém, tão simples quanto certos autores que

gostam de empregar neologismos latinos nos querem fazer crer. Não convence a simples

atribuição de um hormônio específico a cada impulso componente, hormônio do qual se supõe

esteja presente quantidade excepcional no caso da perversão correspondente, ainda: o fato de

pessoas normais poderem, em tais ou quais condições, tornar-se perversas restringe a

importância que se atribui a fatores constitucionais.

Sabia-se antes da psicanálise que as perversões têm a ver com fixações em experiências

infantis, mas as experiências desta ordem que os autores pré-analíticos citavam não eram a

causa, e sim a primeira manifestação da perversão. Dizer que a primeira excitação sexual era

experimentada do mesmo passo que certas condições "acidentais" acessórias e que, daí por

diante, a reação sexual do indivíduo permanecia ligada a condições desta ordem é fugir à

indagação: Que é que fez a excitação sexual ocorrer exatamente àquele momento? A análise

prova que estes fatos da infância não são, apenas, experiências que fixam, mas recordações

encobridoras, as quais servem para disfarçar as causas verdadeiras da fixação. Isto se revela

mais ainda pela circunstância de que os incidentes deste tipo são recordados conscientemente

com facilidade e de que o indivíduo parece mais do que disposto a lhes atribuir a origem da

perversão.

Certo paciente recordava-se de que, de uma feita, na adolescência, vendo uma

moça de pernas nuas, sentira a "ordem" de se lembrar: "Tens de lembrar-te disto — as

moças também têm pernas." Mais tarde, veio a desenvolver interesses fetichistas pelo pé.

Quando ocorreu o incidente, estava desejando inconscientemente, por temor de

castração, ter alguma experiência que lhe permitisse acreditar que as mulheres têm

pênis, de modo que a perversão não surgiu do fato de que, "acidentalmente", o rapaz

estivesse sexualmente excitado pela vista das pernas da moça, mas, sim, excitou-se

porque este espetáculo lhe aquietou o medo da castração, que, doutro modo, lhe teria

perturbado a excitação sexual (423).

Entre as experiências fixadoras que se encontram na base das perversões, há um tipo que

se destaca particularmente: as experiências de satisfação sexual que, ao mesmo tempo, deram

sentimento de segurança pela negação de um medo, ou pela oposição a este. O pervertido,

transtornado que seja em sua sexualidade genital pelo medo da castração, regride àquele

componente da sua sexualidade infantil que, antigamente, em criança, lhe dera sentimento de

segurança, ou, pelo menos, de tranqüilização contra o medo; sentimento cuja gratificação terá

sido experimentada com intensidade especial por força desta negação ou tranqüilização.

Esquematicamente falando, o pervertido é pessoa cujo prazer sexual está bloqueado pela ideia

da castração; pela perversão, ele tenta provar que não existe castração; na medida em que se

acredita nesta prova, vêm a tornar-se novamente possíveis o prazer sexual e o orgasmo.

A hipertrofia do instinto parcial infantil que tranquiliza serve de salvaguarda,

simultaneamente, com que manter a repressão do complexo de Edipo e de outros

remanescentes rejeitados da sexualidade infantil, isso realizando-se mediante "repressão

parcial" da sexualidade infantil, enquanto outras partes desta se exageram (601).

Quando discutimos o mecanismo de defesa da negação, deixamos clara a psicologia das

recordações encobridoras: quem tenta reprimir uma recordação está procurando cenas

substitutivas associativamente conexas que possa oferecer à memória (409, 553). É fenómeno

que tem paralelo na formação de sintomas da perversão. Se, de um lado, em outras condições,

tudo quanto se Hsa ao que é reprimido também se torna objeto de repressão (nas perversões),

doutro lado, tal qual ocorre com as recordações encobridoras, o trabalho da repressão é

facilitado, na aparência, porque algo associativamente ligado àquilo que se reprime está

conscientemente acentuado. O fato de certos impulsos, em, geral proibídos, permanecerem na

consciência garante a repressão dos complexos de Édipo e de castração (1331).

Há quem pense que os pervertidos estão desfrutando algum tipo de prazer sexual

mais intenso do que as pessoas normais. Não é verdade: a descarga deles só se faz

possível depois que se removem obstáculos ou se encontram distorções; daí ser,

necessariamente, incompleta. São, como diz Freud, pobres diabos que têm de pagar

preço alto pelo seu limitado prazer (60l). A opinião adversa talvez resulte do fato de que

os pervertidos, embora experimentando menos gozo do que as pessoas normais,

experimentam, em certo sentido, mais prazer do que os neuróticos, cujos desejos sexuais

infantis reprimidos não são gratificados. Os neuróticos, que têm desejos perversos

reprimidos, invejam às vezes os pervertidos, os quais exprimem abertamente os desejos

perversos.

O exame a seguir das condições que vigoram em certas perversões específicas servirá

para testar esta teoria.

HOMOSSEXUALIDADE MASCULINA

Não se pode chamar simplesmente, instinto parcial infantil a escolha de parceiro sexual

do mesmo sexo. Nas crianças, contudo, o sexo do parceiro tem muito menos importância do

que nos adultos; e no periodo de latência, dentro das condições culturais atuais, o aparecimento

de certa quantidade de homossexualidade mais ou menos manifesta (ver pág. 102).

De início, todos os indivíduos podem desenvolver sentimentos sexuais in-

discriminadamente; e a busca de objeto é menos limitada do que se pensa, em geral, pelo sexo

do objeto.

Este fato é muito importante que se tenha em mente. Um poema composto por

certo paciente na infância, em colaboração com o irmão mais velho e a irmã,

permaneceu obscuro, durante algum tempo, na análise. Três homens e três mulheres

nele apareciam e eram impossível compreender quem estes personagens representavam

até a análise mostrar que eram uma dupla representação dos três irmãos.

Independentemente dos respectivos sexos, apareciam ora como homens, ora como

mulheres.

A transferência "contra-sexual", ou seja, a transferência materna para analista homem ou

a transferência paterna para analista mulher, é ocorrência frequente na prática analítica.

Para a maioria dos pacientes, o sexo do analista não tem muita importância, lanto

os pacientes homens quanto os pacientes mulheres podem desenvolver e desenvolvem

transferências quer paternas, quer maternas em relação ao analista, seja homem, seja

mulher. Entretanto, certa minoria de pacientes mostra reação dê todo diferente para com

analistas homens e analistas mulheres; minoria que, abrangendo os homossexuais, se

compõe de pessoas que, mais do que outras, estão sob o domínio do complexo de

castração.

O fato de, na pessoa normal, a escolha de objeto vir, mais tarde, a tornar-se mais ou

menos limitada ao sexo oposto é um problema em si mesmo; problema que é menos difícil para

o rapaz porque a mae, seu primeiro objeto amoroso, é pessoa do sexo oposto; o

desenvolvimento da moça na direção da escolha normal do objeto mostra-se mais complicado

pelo fato do seu primeiro objeto ter sido objeto homossexual (ver págs. 80 e segs.).

Certa quantidade de sentimento sexual para com o seu próprio sexo subsiste em todos os

indivíduos como resíduo da liberdade original de escolha.

Esta liberdade pode atribuir-se a uma "bissexualidade" biológica do homem. Entretanto, a

expressão não tem significado muito preciso (210, 1243). O fato de existirem hormônios

femininos no homem e hormônios masculinos na mulher liga-se, decerto, mas não é idêntico,

ao fato de que todo embrião tem o rudimento tanto do dueto de Wolff quanto do dueto de

Miiller; ou o fato de que ambos os sexos têm uma quantidade de características rudimentares

do sexo oposto. São fatos que, também eles, devem ligar-se, mas não são, certamente,

idênticos, àqueles em que se baseiam as teorias citológicas no sentido de que todo ser vivo

contém um componente material (feminino) e um componente locomotor (masculino); e de que

a sexualidade é característica meramente relativa, de maneira que certa célula pode ser, ela

mesma, feminina de referência a uma célula mais masculina e masculina de referência a uma

mais feminina (752).

Nem sequer é clara a expressão "bissexualidade" na esfera psicológica. Hão de distinguir-

se três aspectos que com freqüência se confundem: (a) se uma pessoa escolhe um objeto do

mesmo ou do sexo oposto; *(b)* se uma pessoa tem o objetivo sexual que consiste em introduzir

ativamente parte do seu corpo no corpo do seu objeto, ou se deseja ter alguma coisa introduzida

no seu corpo; (c) se uma pessoa tem na vida, de modo geral, tipo de atitude ativa, agressiva, ou

se tem atitude mais passiva, expectante. Estes três aspectos de "masculinidade" e

"feminilidade" coincidem, por vezes, no mesmo indivíduo, mas há casos em que,

independentemente um do outro variam de forma que existem homossexuais homens muito

ativos e homossexuais mulheres muito passivas. Na realidade, o que há é que aquilo que se

chama masculino e feminino depende mais de fatores culturais e sociais que de fatores

biológicos. Claro que nos dois sexos ocorrem impulsos tanto com objetivos ativos quanto com

objetivos passivos,

Assim, pois, reduz-se o problema do homossexualismo à questão: Dado que o

homossexual, como qualquer outro ente humano, tem, originalmente, a capacidade de escolher

objetos de um e outro sexo, que é que lhe restringe esta capacidade a objetos do seu próprio

sexo?

A primeira indagação a fazer-se neste contexto diz respeito ao papel desempenhado por

fatores constitucionais físicos. Sob a pressão de certos conflitos, uns tantos indivíduos tendem

mais do que outros ao emprego dos mecanismos adiante descritos: e entre os determinantes

desta disposição são decisivos os fatores biológicos (hormonais); fatores cuja índole mais

facilmente se compreende depois que se clarificam as causas psicogênicas do bloqueio da

escolha de objeto heterossexual (verpágs. 315 e 340 e seg.).

Há situações (no mar, nas prisões, por exemplo) em que, não havendo mulheres, certos

homens que, noutras condições, permaneceriam normais, estabelecem relações homossexuais.

É o que se chama homossexualismo acidental (555), prova de que, latentemente, todo homem é

capaz de aderir a este tipo de escolha de objeto. Em condições normais, um homem prefere

mulheres como objetos sexuais; nao havendo mulheres de que dispor, porém, os homens são a

sua segunda escolha.

Do mesmo modo que, no homossexualismo acidental, a ausência real de mulher leva os

homens a recorrer à segunda escolha, assim também nos homens homossexuais alguma outra

razão deve excluir a possibilidade da primeira escolha. Quando se investiga esta outra razão,

um fato impressionante se revela. A rejeição das mulheres por homens homossexuais é, de

modo geral, rejeição claramente genital. Há muitos homossexuais que fazem camaradagem

com mulheres, que as estimam muito, mas para os quais toda ideia de contato genital é

repulsiva ou apavoradora. Sempre que a diferença dos genitais dos sexos tem grande

importância para um indivíduo e sempre que as suas relações com os seus semelhantes são

determinadas, em todos os particulares, pelo sexo dos outros, este indivíduo está sob a forte

influência do complexo de castração. Isto vale para os homens homossexuais, cuja análise

mostra, cons-tantemente, que têm medo dos genitais femininos. Para eles, a vista de uma

criatura sem pênis amedronta de tal forma que o evitam, rejeitando toda relação sexual com

parceiro deste tipo (160, 162, 1345). O homem homossexual, diz Freud, dá tanto valor à

existência de um pênis que não o dispensa no parceiro sexual (566).

No menino, a vista dos genitais femininos pode gerar angústia de dois modos: (1) O

reconhecimento do fato de existirem entes humanos sem pênis leva a concluir que também o

indivíduo em causa pode transformar-se em criatura semelhante; observação desta ordem

efetiva as antigas ameaças de castração (566, 599, 612); ou (2) Os genitais femininos, pela

conexão entre a angústia de castração e as antigas angústias orais, talvez se percebam como

instrumento castrador, capaz de morder ou arrancar o pênis (814). É frequentíssimo deparar com

a combinação de um tipo e outro de temor.

A mitologia e os sonhos dos homens que têm angústia de castração estão cheios de

ideias de "mulheres fálicas terríveis", como a cabeça de Medusa (cujas serpentes são

símbolos fálicos nítidos; ou as feiticeiras com um dente saliente, montadas num cabo de

vassoura. Não são apavoradoras estas figuras por serem fálicas, mas, sim, apesar de

serem fálicas. As características fálicas são tentativas de negar e de supercompensar a

carência, mas a atribuição não logra êxito, continuando a figura a apavorar mesmo após

este acréscimo (634).

O trauma da castração produzido nos meninos pela vista dos genitais femininos não é, em

absoluto, típico dos homossexuais, pois se vê frequentemente também na história dos

heterossexuais. O que é decisivo é a reação a este trauma. Os homens homossexuais reagem

recusando-se a ter que ver, daí por diante, com figuras assim tão amedrontadoras.

Uns tantos homossexuais, a saber, homens que tiveram, nos primeiros anos de vida,

fixação intensa em um homem (casos em que não houve figura materna, de modo que o pai

teve de assumir o lugar em geral ocupado pela mãe), regridem, simplesmente, depois de

adquirirem esta atitude, ao seu ponto de fixação e escolhem homens que lhes recordam o objeto

primário (1621). A maioria dos homossexuais, contudo, não consegue livrar-se com esta

faclidade dos seus desejos biológicos normais por mulheres; estas continuam a atraí-los, mas,

por não poderem suportar a idéia de criaturas sem pênis, eles desejam mulheres fálicas,

hermafroditas, digamos assim. Este desejo agudo de objetos providos de pênis obriga-os a

escolher rapazes, meninos, os quais, todavia, devem ter um máximo de feições femininas. As

pessoas ainda assim aderem aos seus objetos amorosos originais, mas, tendo em vista que os

atributos físicos da feminilidade os repelem, os objetos hão de se apresentar com aparência

masculina. Nas práticas e nas fantasias dos homossexuais, os homens com vestes femininas

tanto quanto as moças em roupas masculinas desempenham papel importante; e o ideal

homossexual do "pagem" prova que, na realidade, o que eles procuram é "a mulher com pênis".

A psicanálise mostra que os homens homossexuais, em geral, não deixam de excitar-se

sexualmente com mulheres, mas apenas reprimem este interesse e, deslocam para homens a

excitação despertada, originalmente, por mulheres (555). É muito comum os objetos

masculinos dos homossexuais mostrarem certas características da mãe ou da irmã do paciente.

Um amigo de certo homossexual tinha semelhança impressionante com a sua irmã;

mais ainda, seu noíne era quase o mesmo que o dela.

A maior parte dos homossexuais não só apresenta amor edipiano pela mãe, tal qual os

indivíduos neuróticos, mas também, em sua quase totalidade, a intensidade da fixação materna

é ainda mais acentuada. Há casos em que a afeição pela mãe é inconsciente em absoluto, mas

exposta com toda a franqueza.

Seguindo-se à perda de um objeto ou à decepção com um objeto, todo indivíduo tende a

regredir do nível do amor objetal ao nível da identificação; transformar-se no objeto que não

pode possuir. Assim, o homossexual identifica-se com o objeto, depois que os genitais deste o

decepcionaram (608, 1364); o que determina se vai tornar-se homossexual é de que modo e em

que particularidade esta identificação se realiza. O homem homossexual identifica-se com a

mãe frustradora em certa característica particular: como ela, é a homens que ama.

Em bom número de homossexuais masculinos, a identificação decisiva com a mãe

fez-se com o aspecto de "identificação com o agressor"; isso ocorre nos meninos que

temeram muito as mães.

Em seguida à identificação decisiva, o desenvolvimento posterior pode caminhar em

várias direções:

1. O tipo de indivíduo que é mais narcísico do que "feminino" tenta, antes de mais nada,

garantir um substituto dos seus desejos edipianos. Depois que se identificou com a mãe,

comporta-se como até aí desejara que a mãe se comportasse para com ele. Escolhe para objetos

amorosos rapazes ou meninos que, para ele. se lhe assemelham e ama-os e trata-os com a

ternura que desejara da parte da mãe. Embora procedendo como se fosse sua mãe, está

centrado, emocionalmente, no seu objeto amoroso, assim desfrutando ser amado por si mesmo.

Este esboço esquemático está sujeito a muitas complicações. A mulher com quem o

paciente se identificou pode não será mãe, e sim uma irmã, ou outra mulher do ambiente

infantil. A transferência da mãe para esta outra pessoa pode ter ocorrido em idade muito tenra,

ou simultaneamente com a regressão do amor à identificação.

O tipo de desenvolvimento a que estamos aludindo produz "indivíduos homoeróticos",

que procuram, de forma aíiva, pessoas mais jovens como objetos (164, 465). Narcisicamente

enamorados de si mesmos e do seu pênis "personalidades fálicas" (verpágs. 495 e seg.), fixados

àquele período da vida em que ocorreu a orientação decisiva, os indivíduos deste tipo

costumam amar adolescentes, estes os representando ao tempo da sua própria adolescência

(555). É frequentíssimo comportarem-se muito ternamente para com os seus objetos, mas

também há vezes em que se a sexualidade lhes houver sido antes masoquisticamente distorcida,

se comportam, a bem dizer, sadicamente em relação a eles.

Um jovem com dificuldades de carâter apresentou-se à análise com

aparência muito suave e feminina, sempre disposto a ajudar os outros, a vida sexual

manifesta limitando-se à masturbação; tinha muitos amigos homens, pelos quais se

interessava mais do que pelas mulheres. No decurso da análise, ocupou-se muitas vezes

com comentários psicológicos a respeito dos amigos, comentários que, na realidade, a

ele mesmo se aplicavam. Daí evidenciou-se que os amigos eram escolhidos à base do

tipo narcísico de relação objetal. O paciente dedicava-se aos amigos com ternura que só

se podia chamar de maternal. Aos poucos, veio a compreender que a sua natureza

passiva se assemelhava à da mãe, que era muito calma. Disse, certa vez: "Minha mãe e

eu devemos amar-nos muito porque somos companheiros de infortúnio." Estas palavras,

embora tendo significado consciente preciso, ocultavam-lhe a identificação genital com a

mãe "castrada" a quem imitava, inconscientemente, escolhendo amigos que se pareciam

com ele.

Outro paciente, cuja personalidade e cuja neurose eram dominadas por iden-

tificação com a mãe, sentia o desejo perverso de fazer a namorada urinar na sua frente,

animando-a de modo afetuoso. Representava o papel da mãe, que costumava pô-lo no

urinol quando era neném.

Ocorre o mesmo mecanismo em indivíduos heterossexuais. Os homens narcísicos que, na

infância ou na puberdade, gostavam de pensar em si mesmos como se fossem meninas podem

vir, posteriormente, a se apaixonarem por "menininhas"(mais ou menos másculas), nas quais

vêem a reincarnação deles próprios; depois, tratam estas meninas como gostariam de ser

tratados pelas mães (416). Estes homens não amam os seus parceiros femininos como entidades

individuais, mas, nelas amam as partes femininas do seu próprio ego ((1565). Uma angústia de

castração, semelhante àquela que ocorre em casos de homossexualidade pode resultar em

constelação inconsciente, na qual a moça narcisicamente escolhida, amada com a ternura que o

indivíduo, outrora, teria desejado para si por parte da mãe, representa tanto a própria pessoa na

sua adolescência como também, especificamente, o seu próprio pênis (482). Há tipos

caracterológicos que são governados pela necessidade de dar a outras pessoas aquilo que eles

próprios não receberam: desfrutam o "receber" mediante identificação com aquele a quem dão

(607). Anna Freud descreveu este tipo de altruísmo" em que certos prazeres, que os indivíduos

são inibidos de dar a si mesmos, são a outros dados e desfrutados em identificação com estes

(541). O amor se sente pelos amigos privilegiados vem, então, a ser amor muito ambivalente,

misturado a inveja; e virá a transforrnar-se em furor imediato, no caso das moças não ficarem

tão contentes, ou não serem tão felizes quanto os parentes queriam que fossem.

O mecanismo básico deste tipo de homossexualidade talvez seja também a raiz de

outra perversão, a pedofilia (247, 927). E certo que, por vezes, razões mais superficiais

bastarão para que algumas pessoas se sintam atraídas por crianças, estas sendo ffacas e

mais fáceis de conquistar quando a angústia exclui outros ob-jetos (Freud disse que a

pedofilia era a perversão dos indivíduos "fracos e impotentes") (555). Em geral, porém,

o amor pelas crianças baseia-se em escolha objetal narcísica, inconscientemente, os

pacientes estão narcisicamente enamorados de si mesmos como crianças; tratam os seus

objetos infantis ou da mesma maneira pela qual gostariam de ter sido tratados, ou do

modo absolutamente contrário (950).

De forma sublimada, os mesmos motivos que produzem a pedofilia produzirão

interesse pedagógico. O amor pelas crianças significa: "Elas devem ser mais felizes do

que eu." Em uma minoria de casos, o inverso será exato: "Elas não devem ser mais

felizes do que eu fui" (128).

A repressão de uma atitude pedofílica resulta, às vezes, numa espécie de medo das

crianças, ou falta de compreensão em relação a elas. Há pessoas que ficam mais ou

menos embaraçadas quando têm de lidar com crianças ou adolescentes. Em grande

parte, estes casos são de pessoas que são forçadas a reprimir o que elas mesmas sentiam

quando eram crianças ou adolescentes. (Em pequeno número de situações, as "outras

crianças" não representam a própria pessoa do indivíduo, mas crianças que figuraram

na sua história infantil: irmãos, por exemplo.)

2. O quadro clínico é muito diverso quando, seguindo-se à identificação com a mãe, uma

fixação anal determina o desenvolvimento posterior. O desejo de gratificação sexual com a mãe

se transforma no desejo de gozá-la do mesmo modo que a mãe goza. Daí partindo, o pai fica

sendo o objeto de amor e o indivíduo esforça-se por submeter-se-lhe, tal qual se esforça a mãe,

de modo passivo receptivo (555). Quando discutimos a neurose obsessiva, esclarecemos quais

são as condições que favorecem a regressão anal e também deixamos claro que uma regressão

anal em homens resulta no aumento das reações femininas (ver págs. 285 e seg.). A

feminilidade que foi rejeitada e que permaneceu latente vem a tornar-se manifesta no

homossexual deste tipo. E esta a base em que se desenvolvem os indivíduos "homoeróticos do

objeto" (465). Em casos assim, o complexo de Édipo foi resolvido pela aceitação da atitude

edipiana negativa, característica do sexo oposto (608).

Os pacientes deste tipo, por serem "femininos", se comportam manifestamente, por um

lado, de modo muito suave e meigo; mas, doutro lado, podem ser inconscientemente

governados por hostilidade maior ou menor em relação às figuras paternas a que se estão

submetendo. Nur.berg descreveu uma subcategoria deste tipo de homossexuais, subcategoria

caracterizada por intensidade desacostumada da hostilidade latente (1181). A submissão

passiva ao pai cobre a ideia inconsciente de roubar-lhe a masculinidade na ocasião do conta-to

homossexual imagina exercer uma castração ativa. Na realidade, é freqüente ver que os homens

"femininos" não renunciam de todo aos seus desejos de ser masculinos. Inconscientemente,

consideram temporária a sua feminilidade, vêem nela o meio de conseguir um fim; quando são

parceiros "femininos de um homem masculino, é como se estivessem aprendendo os segredos

da masculinidade com um "mestre", ou como se estivessem roubando a este tais segredos. Em

casos assim, a submissão ao pai combina-se a traços de identificação amorosa, arcaica e

original (oral), com o pai (147). Todo menino ama o pai como modelo a que gostaria de

assemelhar-se; sente-se "discípulo" que, mediante passividade temporária, pode conseguir vir a

ser ativo, posteriormente. Pode-se chamar de amor de aprendiza este tipo de amor, que é

sempre ambivalente porque o objetivo derradeiro é substituir o.pai. Depois de renunciar à

crença na sua própria onipotência e de projetá-la para o pai, várias maneiras existem pela qual o

menino tenta recuperar a participação na onipotência paterna Os dois extremos opostos são: a

ideia de matar o pai, a fim de tomar-lhe o lugar, e a ideia de propiciá-lo, de ser-lhe obediente e

submisso a ponto do pai de bom grado conceder a participação. Em toda a escala que medeia

entre estes dois extremos encontram-se homossexuais do tipo que ora descrevemos (436).

Há homossexuais que são inconscientemente governados pelo amor ambivalente

por "meninos maiores", os quais ousam fazer coisas que eles mesmos não ousam.

Participar das aventuras sexuais "dos meninos levados" tem a vantagem de proporcionar

prazer sexual com menos responsabilidade: "Não fui eu, foram os outros que fizeram...

"O amor por eles associa-se a todos os graus de hostilidade e de medo em relação a eles.

Não é só uma hostilidade inconsciente relativamente ao pai que se super-compensa com

este tipo de amor, mas também um temor mais antigo do pai. "Já que nos amamos, não preciso

ter medo do meu pai." Esta tentativa de escapar nem sempre, contudo, logra êxito. As maneiras

pelas quais se procura .negar a angústia podem suscitar nova angústia. Depois de tentar

escapara castração como punição de desejos sexuais pela mãe. o indivíduo agora teme a

castração como pré-requisito da gratificação sexual pelo pai (599).

A feminilidade nos homens, quer dizer, o objetivo sexual que consiste em alguém

fazer o parceiro introduzir alguma coisa no seu corpo liga-se, em geral, à fantasia de

que se é mulher (163) e frequente, mas não necessariamente, associa-se a

homossexualidade, à escolha de parceiro do mesmo sexo. Baseia-se em identificação

com a mãe, visando a objetivo instintivo. £ um tipo de identificação que ocorre quando

houve fixação anterior nos objetivos de incorporação passivo-receptivos do período pré-

genital. Neste caso quem predomina é a zona erógena anal. Também existe uma "zona

genital passiva" nos homens, a zona da eroge-neidade prostática; praticamente, no

entanto, se entrelaça inextricavelmente à analidade (ver pág. 169 e seg.). É no fato dos

objetivos pré-genitais de incorporação serem muito mais semelhantes à genitalidade

feminina posterior do que à genitalidade masculina que se baseia a "feminilidade" nos

homens.

Na realidade, a feminilidade nos homens liga-se sempre à angústia de castração:

(a) A identificação decisiva com a mãe pode resultar do medo da castração, ligado

à vista dos genitais dela. Certos homens, que não são em absoluto homossexuais, exibem

um amor que se apresenta repleto de traços de identificação com a parceira sexual, a

identificação servindo ao fim de combater a angústia. Um paciente que amava mulheres

com este tipo de "amor de identificação" queria provar às amiguinhas: "Vejam como eu

as compreendo e como compreendo todos os interesses de vocês; vejam de quanta

empatia sou capaz, a ponto de não haver realmente, diferença entre mim e vocês!" A

observação relativamente tardia, traumática, dos genitais de uma mulher transtornara

o desenvolvimento deste rapaz, o qual tinha experimentado o espetáculo como algo

absolutamente estranho; algo temível em que condensara todos os seus arcaicos temores

de castração, algo que percebia como se fosse perigo oral. Tentava controlar esta

angústia negando que as mulheres fossem diferentes e assumia a seguinte atitude: "As

mulheres são exatamente iguais a mim; não há descobertas a fazer que me amedrontem,

porque sei tudo a respeito de assuntos femininos." Identificado com o objeto da sua an-

gústia, tornara-se "feminino".

(b) Noutros casos de homens "femininos", a atitude que é decisiva é a seguinte:

"Como tenho medo de que os homens me castrem, não quero meter-me com eles, prefiro

viver no meio de mulheres." Estes indivíduos, decerto, são heterossexuais, se bem que

femininos. Têm de reprimir a sua homossexualidade porque esta significaria tercontato

com homens. Os homens deste tipo interessam-se mais pelo homossexualismo feminino,

querem ser "moça entre moças", gostam de brincadeiras e ocupações femininas. É

freqüente este tipo de "feminilidade" conseguir conter a angústia somente enquanto, por

outros meios, lhe é possível negar o fato de as mulheres não terem pênis.

A feminilidade como proteção contra o perigo da castração pode de todo falhar se

a pessoa não conseguir negar que "transformar-se em mulher" significará perder o

pênis. Vemos nos homens femininos tentativas múltiplas de garantir esta negação;

procuram acentuar o fato de terem de fato pênis, se bem que procedam como se fossem

mulheres; por esta forma, são mulheres com pênis. Raciocínio inconsciente da mesma

ordem que frequentemente se observa pode ser assim formulado: "Tenho medo de que me

castrem. Se proceder feito mulher, pensarão que isto já aconteceu e, assim, conseguirei

escapar."

Em geral, a feminilidade nos homens é expressão de infantilismo, de regressão a

tipos passivos de controle. De início, o amor fálico do menininho pela mãe também não

foi amor ativo (1071). Pequenino, o menino — como a menina — gosta passivai íente de

que cuidem dele; o comportamento "feminino" nos homens pode ser, na realidade,

comportamento infantil; daí não precisar dirigir-se para pessoas do mesmo sexo, mas

poder dirigir-se para substitutas maternas.

Quando discutimos os estados de inibição, descrevemos tipos de homens cuja

atividade é de modo geral inibida; sobretudo, porque, inconscientemente, têm uma

agressividade intensa que receiam (ver págs. 166, e segs.). Os homens deste tipo sentem,

às vezes, que, se fossem mulheres, ninguém esperaria que fossem ativos, daí por que

desenvolvem desejos femininos. A agressividade rejeitada pode, depois, voltar e a idéia

inconsciente que predomina se transformará em: "Se fosse mulher, teria oportunidade de

me vingar dos homens."

Nos homens bissexuais, há vezes em que é difícil determinar se foi o complexo de

Édipo positivo ou negativo que desempenhou o papel primário. Em geral, melhor se

compreenderá a situação se se admitir que o complexo de Édipo normal constitui o nível

mais profundo, ao passo que o complexo invertido é reação ao normal.

3. Como fixações narcísicas e anais podem ocorrer na mesma pessoa, é possível ver

combinações de ambos os tipos de homossexualidade. Expressões como "homoeróticos de

sujeito" e "homoeróticos de objeto" só têm importância relativa. O homossexualismo ativo num

homem serve, às vezes, para reprimir um desejo passivo mais profundo e vice-versa. Estes

tipos constituem a maioria de todas as homossexualidades masculinas; mas ocorrem vez por

outra, outros tipos.

4. Já falamos na possibilidade de alguém que foi criado sem mãe reagir ao trauma da

castração com perda absoluta de interesse pelas mulheres e regresso aos objetos masculinos da

infância.

5. Freud descreveu uns homossexuais "leves", para os quais o modelo masculino de

fixação foi um irmão mais velho e não o pai (607). É frequente ver, na análise grande amizade

entre irmãos do mesmo sexo constituindo super-compensação de ódio primário. A atitude

afetuosa que se desenvolve com o irmão depois de um período de hostilidade e ódio original

ainda se revela, às vezes, em alguns sinais de ambivalência presente no amor posterior. O amor

homossexual deste tipo — que, para Freud, contribui em grande parte para aquilo que vem a

constituir os "sentimentos sociais" (606) — mistura-se a características de identificação. Os

irmãos mais novos que lograram superar o ódio e a inveja dos mais velhos vêem a estes com

amizade assim que a identificação chega a ponto de aqueles considerarem seus próprios os

êxitos que os mais velhos conseguem. Já não sentem. "Ele venceu e eu não", mas "Nós ven-

cemos". São mecanismos desta ordem que, com frequência, desempenham papel decisivo no

culto patológico dos heróis.

Certo paciente que tinha um irmão muito brilhante conseguira "partilhar-lhe a

glória", mas a inveja primária se traía na sua ruminação obsessiva da ideia da

superioridade de tal ou qual herói.

Este tipo de amor supercompensatório pela identificação serve bem ao propósito ao fim

de eliminar um ódio importuno e desesperançado, porque o paciente já não precisa competir

com o irmão. Ambos podem dividir entre si, por assim dizer, os campos de atividade. Certas

esferas nas quais maior esforço se faz necessário serão abandonadas ao irmão pelo fato de que

o êxito deste dá toda a gratificação necessária. Desta forma, evita-se a colisão competitiva com

ele. É esta também a base de certos tipos de "altruísmo", nos quais o êxito que se inveja é

deixado de boa vontade à outra pessoa (604). Pela identificação com esta, o seu êxito é

desfrutado, em situações nas quais, por causa dos sentimentos de culpa, seria impossível

desfrutar o indivíduo o seu próprio êxito (541). O campo da atividade sexual presta-se de modo

particular à influência deste tipo de evasão, graças ao qual se evita a competição sexual com o

irmão, quando o indivíduo, homossexual, o deseja como objeto.

Claro que existem muitos pontos de contato entre este tipo de identificação

supercompensatória e os tipos de homossexualismo já descritos. O irmão relativamente ao qual

se comporta o indivíduo "altruisticamente" pode representar, ao mesmo tempo, a imagem

daquilo que ele próprio desejara ser. A identificação com a mãe, é certo, não exclui a presença

concomitante de identificação com um irmão em algum outro nível.

De modo geral, a identificação influi mais no amor homossexual do que no amor

heterossexual. Os objetos homossexuais assemelham-se à própria pessoa do paciente mais do

que os objetos heterossexuais, daí se explicando a relação íntima entre a homossexualidade e o

narcisismo (1364).

A compreensão dos mecanismos da homossexualidade permite voltar ao problema da

etiologia diferencial. As fixações pré-genitais, particularmente as anais, e a disposição a

substituir relações objetais por identificações são os pré-requisitos necessários; disposição que

se terá de combinar a intensidade especial de narcisismo secundário, ou seja, do amor a si

mesmo. A probabilidade da orientação homossexual aumenta com a tendência que tenha o

menino de identificar-se com a mãe. As crianças, de modo geral, tendem a identificar-se mais

com aquele dos pais do qual haja recebido as frustrações mais marcantes. E o que explica os

achados de Freud no sentido de que mais tendem a tornar-se homossexuais aqueles homens que

hajam tido pai "fraco" ou que pai algum hajam tido (555); aqueles homens, noutros termos, que

tenham sido frustrados pela mãe em coisas cruciantes. Também vale, no entanto, o inverso: os

meninos que não tiveram mãe inclinam-se, igualmente, para o homossexualismo, sao porém

diferentes, os motivos: o gozo dos prazeres passivos da época pré-Senital, aos cuidados de um

homem e não de uma mulher, cria a disposição Para o homossexualismo. Freud aventou a

hipótese de que o auge da homossexualidade masculina na Grécia antiga se devesse ao fato dos

meninos serem criados por escravos homens (555).

HOMOSSEXUALIDADE FEMININA

O trauma da castração, que se segue à observação dos genitais femininos, é o fator

principal por que o homossexual homem não aceita o sexo feminino. Será possível que a vista

de um pênis transtorne da mesma forma o prazer sexual de umas tantas mulheres? A resposta é

"Sim", desde que se levem em conta algumas diferenças. A vista de um pênis pode criar o

temor de violação iminente; com mais frequência, mobiliza ideias e emoções relativas à

diferença da aparência física. Temores, ideias e emoções desta ordem são capazes de

transtornara capacidade de gozo sexual a ponto de este só ser possível quando não se tem de

enfrentar um pênis. Até aí, a homossexualidade feminina é, na realidade, análoga à masculina.

Mas há outro fator que complica o quadro: Com as mulheres, a exclusão dos genitais

heterossexuais pode realizar-se mediante *regressão;* o primeiro objeto de todo ente humano é a

mãe; todas as mulheres, em contraposição aos homens, tiveram um amor homossexual primário

que pode reviver, posteriormente, no caso da heterossexualidade normal serbloqueada. Se. de

um lado, o homem, nesta situação tem apenas a possibilidade de regredir da "relação objetal

com a mãe" para uma "identificação com a mãe", a mulher, de outro lado, pode regredir da

"relação objetal com o pai" para uma "relação objetal com a mãe" (328, 329, 626, 628, 1007).

Assim é que, a homossexualidade feminina, dois fatores etiológicos tem de ser

considerados: (a) a repulsão da heterossexualidade por força do complexo de castração; e (b) a

atração que resulta de fixações precoces na mãe. Um fator suplementa o outro, visto que a

fixação na mãe pode ter função protetora e tranquilizadora, equilibrando as forças do

complexode castração, de modo que a fórmula geral das perversões vem a ser, aqui também,

válida: Revivem-se aquelas fixações que tendem a dar, do mesmo passo, satisfação sexual e

segurança.

São análogas a homossexualidade masculina no que diz respeito aos fatores que rejeitam

a heterossexualidade normal. Freud descreveu um caso em que o fator crucial no

desenvolvimento de um homossexualismo feminino foi a severa decepção causada pelo pai

quando a paciente era adolescente. Reagiu a esta decepção identificando-se com o pai e, daí por

diante, inclinou-se a escolher para objetos amorosos mulheres que se parecessem com a sua

mãe. Neste caso, foram muito evidentes os ganhos secundários que se obtiveram no evitar da

competição com a mãe, e, bem assim, pela oportunidade de se vingar do. pai agressor (604).

Este caso corresponde a homossexualidade masculina que designamos como tipo (2) (ver págs.

312 e seg.). Após identificação com a mãe, os homens deste tipo desenvolveram o desejo de ser

amados pelo pai do mesmo modo pelo qual este amava a mãe. Há neste caso depois da identifi-

cação com o pai, o desejo de amar a mãe da mesma maneira que o pai a amava.

A decepção crucial, no caso descrito por Freud (604), foi o nascimento de um

irmão durante a puberdade da paciente; ou seja, a um tempo em que ela mesma,

inconscientemente, nutria o desejo intenso de ter um neném do pai. Discutindo o caso,

Freud indagou se o desenvolvimento daquela orientação homossexual particular não

resultaria do fato da decepção decisiva haver sido experimentada pela menina durante a

puberdade e não antes. O que é mais provável parece que o acontecimento, ocorrendo na

puberdade, haja produzido efeito tão severo pela circunstância de ter sido percebido

como repetição de experiência infantil análoga. É de esperar que esta experiência

infantil se haja ligado ao complexo de castração, mas a análise incompleta do caso nada

revelefeneste particular. Apenas sabemos que, além da criança nascida durante a

puberdade da paciente, outro irmão nascera três anos antes.

Este tipo (2) dá a impressão dê ser frequente entre as mulheres homossexuais. As

pacientes reagem à decepção relacionada com os seus desejos edipianos mediante identificação

com o pai; daí assumirem relação masculina ativa para com as mulheres, que representam

substitutas maternas. A atitude destas homossexuais "masculinas" ativas diante dos seus objetos

(equivalentes maternos) contém, frequentemente, todos os traços que se encontram no tipo

"realizador de desejos" do complexo feminino de castração que Abraham descreveu (20). A

paciente de Freud se servia da sua homossexualidade para agredir o pai e, do mesmo modo,

outras pacientes podem juntar a homossexualidade à hostilidade contra os homens em geral,

como se quisessem provar: "Não preciso de homem algum, eu mesma posso ser homem."

Quando descrevemos o desenvolvimento sexual normal, dissemos que a

sexualidade clitoridiana tem mais facilidade de itranstornar a sexualidade normal nas

mulheres do que a erogeneidade prostática nos homens (ver pág. 74). É uma das razões

por que a "masculinidade" nas mulheres tem mais importância do que a "feminilidade"

nos homens. Outra razão é o tratamento diferente que, em nossas atuais condições

culturais se dá aos homens e às mulheres.

Nas mulheres, a "masculinidade" vale dizer, o objetivo sexual da inserção de

alguma coisa no corpo do parceiro, tem origem análoga à da "feminilidade" nos

homens: identificação com a figura parental do sexo oposto (ou com um irmão). De um

lado, o objetivo "feminino" nos homens corresponde a objetivos pré-genitais de

incorporação; de outro lado, o objetivo da "masculinidade" nas mulheres a eles se opõe.

Quando frustrações dos desejos de incorporação hajam levado a uma atitude sádica que

consiste em tomar pela força aquilo que não foi dado, esta força, em que é frequente

pensar, originalmente, como penetração no corpo da mãe (958), pode serremobilizada

em "masculinidade" posterior.

Mais ainda: nas mulheres, a "masculinidade" não se liga necessariamente a

homossexualidade. Também as mulheres podem comportar-se de modo muito masculino

em relação aos homens; as deste tipo têm traços de identificação que se entrelaçam

muito intimamente com o seu amor: nos parceiros masculinos vêem e amam a si mesmas

como homens (1565). Podem enfatizar a virilidade do parceiro masculino, reagir

intensamente ao pênis dele; e é frequente interessarem-se muito pela idéia da

homossexualidade masculina. É freqüente as moças pensarem que não são amadas pelo

pai porque são mulheres; e pensarem que seriam amadas se fossem rapazes. Na vida

amorosa posterior, farão o papel do rapaz amado pelo pai, ou do pai que ama o filho.

A "masculinidade" combinar-se-á, nas mulheres, a homossexualidade dependendo

de duas condições: (a) a intensidade da fixação precoce na mãe; (b) a configuração

especial do complexo de castração.

Há também analogias femininas com o tipo (1) da homossexualidade masculina:

mulheres homossexuais ativas que depois de se terem identificado com o pai, escolhem para

objetos amorosos moças que representam, idealmente, a sua própria pessoa; comportam-se,

então, com estas moças como desejariam ter sido tratadas pelo pai.

Criança, certa paciente estivera exposta a ataques incestuosos por parte do pai,

que costumava botar a mãozinha da menina no seu pênis e com ela masturbar-se. A

homossexualidade da paciente começou pelo incidente seguinte: na puberdade, foi para

a cama da irmã mais nova e pôs a mão desta no seu clitóris; noutras palavras,

comportou-se com a irmãzinha tal qual o pai se portara com ela. As experiências

incestuosas levaram-na a desenvolver medo extremo de que os genitais lhe fossem

machucados; o grande pênis do pai podia entrar-lhe no pequeno corpo, parti-la, rasgá-

la. Por causa desta angústia, repugnava-lhe o pênis em geral e só conseguia amar

homens se o pênis fosse eliminado. Nas relações heterossexuais, preferia os impotentes,

mas gostava mais de mulheres que de homens, com elas repetindo a experiência infantil

que tivera com a irmã: assumia o papel do pai e tentava fazer nas mulheres o que o pai

fizera nela (415).

Este tipo de amor, em que a homossexual se comporta em relação aumob-jeto que a

representa a ela mesma "altruisticamente", isto é, da forma pela qual quereria ser tratada, pode

ser tão ambivalente quanto o tipo masculino análogo.

Uma paciente amava moças "bonitas" e tinha intenso complexo de feialdade, com

desejo muito forte de ser tão bela quanto os seus objetos. Diante de espelhos costumava

fingir que era o objeto amado, além de ter muita inveja da irmã mais nova. O

comportamento em relação aos amores homossexuais ambivalentes tinha características

evidentes de identificação com o pai.

Enfim, o antagonismo entre irmãs pode também vira se supercompensar e se desenvolver

em amor homossexual brando, misturado a identificação.

Uma paciente, embora não francamente homossexual, tinha quantidade

desacostumada de amigas. Sempre preocupada com sentimentos dos mais ternos em

relação à irmã mais velha, recriminava-se severamente pelos mínimos gozos de que

desfrutava e a que a irmã tinha de renunciar. Era muito altruísta e sentia as alegrias da

irmã como se fossem suas. Neste caso, não foi difícil demonstrar a presença de ódio

original subjacente por esta irmã.

Nas mulheres que fogem à heterossexualidade, há regressão que revive traços mnêmicos

de relacionamento primitivo com a mãe; daí por que a homossexualidade feminina tem cunho

mais arcaico do que a homossexualidade masculina, reavivando os padrões comportamentais,

objetivos, prazeres, mas também os temores e conflitos dos primeiros anos de vida. As

atividades reais das homossexuais consistem, sobretudo, no jogo mútuo de "mãe e filha" (328,

329); também o fato empírico de que avulta, em geral, o erotismo oral na homossexualidade

feminina (tal qual o erotismo anal no homem) corresponde-lhe à índole arcaica.

As mulheres cuja homossexualidade se destaca a atitude passiva-receptivo para

com a mãe não são necessariamente "masculinas" no comportamento geral.

Confrontando a análise da homossexualidade com o que dissemos sobre as perversões em

geral, podemos dizer: Nem o complexo de Êdipo, nem o complexo de castração é consciente,

mas a análise mostra que ambos são decisivos. Tem-se visto que a homossexualidade resulta de

mecanismos específicos de defesa, os quais facilitam a persistência da repressão tanto do com-

plexo de Édipo quanto do complexo de castração. Do mesmo modo, a escolha homossexual de

objeto visa o evitar de emoções que se ligam ao complexo de castração, emoções que, se não

fosse isso, prejudicariam o prazer sexual, ou quando menos, a obtenção de tranquilização das

mesmas (601, 1331).

FETICHISMO

A forma de perversão que discutiremos a seguir, o fetichismo, também consiste,

simplesmente, na hipertrofia de um instinto parcial infantil, não nele a negação de medo de

castração tem função que se evidencia de forma particular. Na literatura pré-psicanalítica sobre

o fetichismo, este se descrevia como sendo determinado por alguma experiência infantil, a qual

teria estabelecido uma espécie de reflexo condicionado. Supunha-se que o impulso fetichístico

se seguisse ao deslocamento da excitação sexual para uma condição que, por forma acidental,

acompanhava a primeira manifestação sexual. Analiticamente, estes fatos "acidentais" têm o

valor de recordações encobridoras. O fetichista do pé que se fixou no incidente da exposição

do pé da governante (596) teve alguma razão inconsciente para que a vista de um pé, que,

habitualmente, é inocente, o excitasse sexualmente. A significação verdadeira desta recordação

encobridora se esclarece pela equiparação simbólica do pé ao pênis. A memória parece ocultar

a idéia inconsciente seguinte: "Vi o pênis da minha governante"; ou "Vi que minha governante

tem pênis". Claro que o paciente não podia ter visto coisa alguma desta ordem e é mais do que

evidente que utilizou esta ideia para negar o fato de haver visto que a governante *não* tinha

pênis; foi esta recordação desagradável que a recordação encobridora repudiada manteve

reprimida. A excitação sexual que experimentou ao ver o pé pode descrever-se da seguinte

maneira: "A ideia de que há seres humanos sem pênis e de que eu talvez seja um deles não

permite que eu me proporcione excitação sexual. Mas estou vendo, agora, um símbolo de pênis

numa mulher, e isso me ajuda a eliminar o meu medo, de forma que posso deixar excitar-me

sexualmente." O mesmo mecanismo atua, depois, persistente, por toda a vida do indivíduo, que

consegue reagir sexualmente a uma mulher só e quando o pé desta lhe dá a garantia de que

"mulher tem pênis".

Conforme salientou Freud, quase todos os fetiches típicos são símbolos penianos:

sapatos, cabelos longos, brincos. As peles são substitutos simbólicos dos pêlos pubianos, cuja

vista ocasionará a indagação infantil: Cobrem ou não um pênis? O interesse sexual pelas roupas

íntimas femininas aumenta, como alusão à nudez da mulher, quando se tem de evitar a nudez

completa. Quando se empregam fetiches menos típicos, a história dos primeiros anos do

indivíduo revela experiêndas em que fetiche em causa terá adquirido, subjetivamente, o

significado de um "pênis feminino" (621).

Um paciente analisado relatou a seguinte recordação: Mais ou menos aos quatro

anos, estava na cama dos pais, quando, se descobrindo acidentalmente o pai, lhe viu o

pênis e ficou apavorado com o tamanho deste. Cismou se a mãe tinha pênis igualmente

grande e esperou uma oportunidade em que. sem ser observado, pudesse levantar-lhe um

pouco a camisola: viu um grande pênis e ficou muito satisfeito com a descoberta: Claro

que o paciente compreendia o absurdo desta narrativa, mas o incidente lhes estava na

memória tão vívido que julgava poder garantir-lhe a exatidão. A contradição que se

continha na sua narrativa (primeiro, o tamanho do pênis do pai o horrorizara, mas

depois, na mãe, e contentara) veio a constituir ponto de partida para a análise desta

recordação encobridora. Viu-se a probabilidade de estarem invertidos os verdadeiros

fatos: decerto, quando a mãe, acidentalmente, se descobrira, lhe tinha visto os genitais;

ficara apavorado com o que vira, cismara se o pai também era assim, levantara a camisa

dele e. muito satisfeito, vira um grande pênis (437).

Este paciente nao se tornou fetichista. A percepção de que se serviu para negara

falta de pênis na mãe resultou da observação do corpo paterno. Podemos imaginar que.

a se ter servido de algum substituto do pênis relacionado com o corpo da mãe no mesmo

sentido em que, de fato, utilizara o pênis do pai, se teria tornado fetichista.

Parecem opor-se a esta teoria do fetichismo (621) os casos em que o fetiche representa

símbolo não de pênis, mas de fezes, urina, objetos que, noutros tempos, se ligaram a atividades

pré-genitais (77, 677, 987). Certos fetichistas escolhem objetos ocos para fetiches, objetos nos

quais introduzem os dedos, ou coisas que significam pênis, quando não este mesmo; o fetiche

deste tipo parece até representar uma vagina (476). Mais ainda nos fetichistas, a impulsão pos-

sessiva, a aspiração a ser o único dono do objeto acentua-se de modo particular; e há fetichistas

que são "colecionadores" (1597); o fetiche pode ser coisa de pouco valor intrínseco, mas

assume importância imensa pela sobrevaloração fetichística. Muitas vezes, é decisivo o cheiro.

Este material não se opõe à tese de que o fetiche visa a representar, principalmente, o

"pênis da mãe". São candidatos a fetichismo posterior tanto os indivíduos nos quais a angústia

de castração é provocada súbita e intensamente quanto aqueles que tendem a fugir aos perigos

da castração mediante regressão a níveis pré-genitais (1072; 1515). Assim, podemos considerar

as características pré-genitais dos fetiches da mesma forma que os fenómenos compulsivos em

que se entrelaçam impulsos e angústias genitais e pré-genitais; ou tal qual atributos fálicos de

figuras maternas falicamente temíveis.

A análise de um homem que tinha preferência fetichista por certos odores,

preferência na certa analmente determinada, revelou fantasias inconscientes espantosas

como determinantes da mesma. Perdera a mãe muito pequeno e fora criado na suposição

de que a madrasta fosse a mãe verdadeira. Suspeitando, porém, da verdade, gastava

muita energia na repressão desta suspeita. Viu-se que o seu comportamento

marcadamente feminino era determinado pela ideia de mostrar ao pai que, melhor do

que a madrasta substituiria a mãe morta: a identificação com esta baseava-se em

"introjeção respiratória" da "alma" dela (420). A preferência por certos odores

representava esta preferência da introjeção nasal. A "introjeção respiratória pré-genital

se ligava muito de perto a tendências genitais que se originavam do complexo de

castração. Os desejos femininos do paciente eram bloqueados pelo medo intenso de que

a realização do seu desejo de ser mulher lhe arriscasse o pênis. Por muitos modos

procurava garantir a si mesmo que era possível tornar-se mulher e, também, conservar o

pênis (era simultaneamente travesti). A inalação de fezes, que, em certo nível,

significavai a inalação da mãe morta, significava, ao mesmo tempo, a inalação do

"espírito do pênis", que garantia a posse deste.

É possível que, para certos homens, toda mulher provoque um temor de castração. Neste

caso, o objeto que representa o pênis da mulher desperta excitação sexual só na medida em que

não se liga a um corpo de mulher. O objeto original continua inteiramente reprimido e somente

o fetiche, que já foi parte dele, permanece consciente com intensidade exagerada. Não sente

desejo por sapatos em mulheres, mas por sapatos *de* mulheres, isolados delas. Freud falou em

"repressão parcial", que permite a retenção na consciência de uma *pars pro totó,* enquanto o

totum continua reprimido (621; cf, também 4, 1215).

Há tipos de fetichistas que também apresentam característica sadicadas marcadas. Podem

ganhar satisfação executando "castrações simbólicas", ligadas aos seus fetiches. É como se o

medo da castração os impelisse para a idéia de castração sempre que ficam sexualmente

excitados (220). Os "cortadores de tranças" são fetichistas dos cabelos. O modo pelo qual uma

atividade castradora é capaz de tranquilizar contra o medo da castração será discutido em

relação ao corte de tranças e ao sadismo (ver págs. 235 e 331 e seg.).

Como tentativa de negar uma verdade que outra parte da personalidad conhece, o

fetichismo pressupõe certa cisão do ego do indivíduo Daí tere predisposição para o

desenvolvimento do fetichismo aqueles cuja história infan til lhes haja possibilitado o uso

excepcionalmente intenso do mecanismo defensivo da negação (633, 635, 694, 1215).

Existe relação entre o fetichismo e as pré-condições subjetivas. normais do amor,

pré-condições que, em parte, não representam mais do que fixações infantis ("tipo

analítico") (585); em grau mais elevado, contudo, edificam-se de conformidade com um

mecanismo análogo

ao fetichismo. As condições necessárias representam,

inconscientemente, garantias contra perigos que se supõem ligados à sexualidade.

Esta teoria do fetichismo parece aplicar-se somente aos casos masculinos. A ênfase em

um símbolo peniano não possibilitaria à mulher a manutenção da crença de possuir pênis. De

fato, as mulheres fetichistas são muito raras, ou, pelo menos, muito mais raras do que os

fetichistes. Todavia, os casos que se têm estudado sugerem a probabilidade de que condições

excepcionais levem as mulheres em questão àquilo que é, em geral, pouco provável, que seja, à

aceitação da presença de um símbolo peniano como fator qua acalma as emoções ligadas à

ideia da ausência deste órgão. Ê também o complexo de castração que, no fetichismo feminino,

desempenha o papel principal, com ênfase do tipo "realizador de desejos" (20); casos em que o

fetiche também representa um pênis, ao mesmo tempo temido e desejado, o pênis que a mulher

deseja possuir por força de identificação com o pai (824).

TRAVESTISMO

O homem que é homossexual substitui o amor pela mãe por uma identificação com ela; o

fetichista se recusa a reconhecer que a mulher não tem pênis. O travesti masculino pressupõe

assumir, de uma só vez. as duas atitudes (161, 416): Fantasia que a mulher possui pênis, deste

modo superando a sua angústia de castração, e se identifica com esta mulher fálica. Daí a

tendência fundamental do travestismo será mesma que se observa na homossexualidade e no

fetichismo: a contestação da ideia de haver um perigo de castração. A identificação com a mãe,

no entanto, se estabelece não pelo fato de imitar a sua escolha de objeto, mas pelo fato de que

ela é mulher. O ato do travesti tem dois significados inconscientes: (a) um que é erótico-objetal:

não é com uma mulher que a pessoa co-habita, mas com as vestes dela, as vestes que,

simbolicamente, representam o seu pênis; (b) o outro significado é narcísico: o próprio travesti

representa a mulher fálica debaixo de cujas roupas um pênis se esconde. Os travestis que são

exibicionistas no que diz respeito à ostentação da roupagem feminina mostram o seu pênis

simbólico do mesmo modo e pela mesma razão que os verdadeiros exibicionistas exibem, de

fato, o pênis. Comportamento desta ordem pressupõe, a bem dizer, orientação narcísica. Em

níveis mais profundos, encontram-se fantasias de introjeção, nas quais se equipara o pênis a

uma mulher introjetada; em nível mais superficial, o travesti, identificado com uma mulher

fálica, procura novos objetos — principalmente, do tipo homossexual; (2) o pai a quem parece

dizer: "Ama-me como amas minha mãe" e "Não é verdade que este meu desejo coloque em

perigo meu pênis". Fator acidental frequente é que a identificação feminina talvez represente

identificação não com a mãe. mas com uma "menininha" — por exemplo, uma irmãzinha (real

ou imaginária) e em nível mais profundo, com o pênis do próprio indivíduo (428).

Quanto aos travestis femininos, o fato de vestir roupas de homens não pode dar, é claro, à

portadora a ilusão de que tem um pênis por baixo delas; mas dará a ilusão de que os

espectadores acreditem na existência deste pênis, com a significação de que "se brinca de

homem". "Fingir que se tem pênis" e "brincar de pai" são os significados inconscientes do

travesti feminino. A diferença entre os travestis homens e mulheres reside em que,

respectivamente, os homens, embora "brincando de mulher", têm a possibilidade real de

demonstrar a si mesmo que a brincadeira não o priva do pênis, ao passo que a mulher não está

na situação de se tranquilizar por esta forma; o único que pode fazer. Assim, pois, o travesti

feminino é deslocamento da inveja do pênis para inveja da aparência masculina. O travesti

masculino tem caráter mais sério; o feminino tem caráter "fingido", "simulado".

EXIBICIONISMO

No exibicionismo, se tenta negar a castração mediante simples superca-texia de um

instinto parcial. O exibicionismo nas crianças tem, certamente, caráter de instinto parcial. Toda

criança se satisfaz com a exibição dos genitais e, nas fases pré-genitais, das outras zonas

erógenas e funções respectivas (ver pág. 65). Os pervertidos regridem a este objetivo infantil

peio fato de que a sua ênfase pode servir para negar um perigo que se supõe ligado à

sexualidade normal. O exibicionista pode sentir-se garantido contra a castração das seguintes

maneiras:

1. Inconscientemente, diz aos demais: "Garantam-me que tenho pênis reagindo à vista

dele." A dúvida íntima leva o indivíduo a pedir que os objetos sejam testemunhas.

2. Diz inconscientemente aos demais: "Mostrem-me que têm medo do meu pênis, quer

dizer, que me temem; assim, não preciso ter medo de mim mesmo" ("identificação com o

agressor") (541); é o que se vê de modo particularmente claro quando os exibicionistas se

satisfazem apenas pela prática da perversão diante de meninas pequenas, que nunca viram um

pênis. (Há vezes em que também pode haver o temor de que, devido à inferioridade do pênis,

só fiquem impressionadas meninas de pouca idade, mas não mulheres adultas.)

Pode um significado sádico do exibicionismo masculino seguir-se a ideias infantis

de ataques uretrais e se ligar ao significado agressivo da enurese noturna;

porconseguinte, se ligar também a uns tantos tipos de ejaculação precoce.

3. O ato exibicionista é praticado como uma espécie de gesto mágico, significando:

"Mostro a vocês o que quero que vocês me mostrem" (555). Neste nível, tanto o exibicionismo

mascara a escoptofilia quanto se pensa na exibição Ho pênis como meio mágico de realizar

uma situação em que as mulheres atacadas possam exibir a mesmíssima coisa, isto é, um pênis

e não um órgão feminino; sentindo este em que os exibicionistas procedem tal qual os travestis:

estão representando o papel "da mulher que mostra o pênis".

Tranquilizando o indivíduo quanto à castração, o instinto parcial do exibicionismo pode

empenhar toda a energia sexual, com o que facilita a repressão das outras partes da sexualidade

infantil; em particular, do complexo de Édipo.

Combinação notável do complexo de castração e "romance familiar" se viu em

certo caso de exibicionismo: a fantasia do paciente era que o pai não era. na verdade,

seu pai, mas um reles padrasto que queria castrá-lo. O pênis do paciente, que este

sobrevalorava narcisicamente, lhe dava a evidência visível da sua origem elevada.

Expondo o pênis, estava pedindo que se reconhecesse este fato, reconhecimento de que

necessitava para-se proteger do perigo de castração.

Esta interpretação do exibicionismo como tentativa de superar a castração não pode, se

aplicar ao caso das mulheres; de fato, o exibicionismo genital com o aspecto de perversão não

existe nas mulheres; mas a exposição não genital de todas as outras partes do corpo, visando ao

pré-prazer, é mais comum no sexo feminino que no masculino.

Harnik explicou esta diferença que apresenta o desenvolvimento do exibicionismo nos

dois sexos pela diferença entre o complexo de castração masculino e o feminino. O próprio fato

da mulher não ter pênis e de se sentir por isto ferida em seu narcisismo faz que desloque os

seus impulsos exibicionistas e substitua o desejo infantil de expor os genitais pelo desejo de

expor o corpo inteiro, menos os genitais (736). Daí não se prestar o exibicionismo deslocado a

servir para tranquilizar, nem poder evoluir para perversão.

Tanto um quanto o outro sexo têm o instinto parcial original do exibicionismo.

Enquanto o homem, que teme a possibilidade de perder o pênis. pode tranquilizar-se

mostrando que este ainda está presente, a mulher, que. de fato. não tem pênis e se sente

por isto ferida em seu narcisismo, tenta ocultar esta falta, de modo que, nos homens, o

exibicionismo genital infantil original tende a garantir contra o medo da castração. Por

conseguinte, o exibicionismo masculino continua a ser genital e é capaz de evoluir para

perversão (quer dizer, os homens mostram a sua potência); o exibicionismo das mulheres

desloca-se dos genitais, ou seja, as mulheres mostram os seus atrativos. Quando o

deslocamento não basta, as mulheres exibicionistas ficam com medo de ser feias,

ridículas, sujeitas a magoar-se. Também as mulheres tentam utilizar o exibicionismo com

fins mágicos, isto é, enfeitiçando os espectadores e obrigando-os a dar o que é

necessário, sem nunca se livrar, do medo de que semelhantes tentativas malogrem. As

exibicionistas comportam-se sempre como se estivessem fingindo e temem que se

descubra a Verdade. A ideia de serem ou estarem expostas em seu estado "castração" é o

conteúdo inconsciente principal de muitas fobias femininas; e também é o significado

típico do medo do palco feminino. (O fato de ideias análogas se observarem igualmente

no medo do palco masculino resulta de que os homens também são capazes de

desenvolver um tipo "feminino" de complexo de castração, isto é, a ideia de que, em

certa ocasião, terão sido feridos, realmente, e de que se verá que os genitais deles são

inferiores aos de outros homens (501). Há condições em que um exibicionismo paradoxal

de feialdade se segue a certo tipo obstinado de vingança do complexo feminino de

castração, "gesto mágico" que visa a castrar homens obrigando-os a olhar para o

"ferimento" que terá resultado da castração (483 634, 739, 1249). Também atuam nos

exibicionistas perversos todos os conflitos neuróticos ligados ao "exibicionismo como

meio de conseguir satisfações narcísicas". conflitos que discutimos a propósito da

eritrofobia (ver pág. 301) e das inibições sociais (ver pág. 168).

Entretanto, há vezes em que tendência franca a exibir os órgãos genitais desempenha

papel no pré-prazer das mulheres. Mostra a análise que isso acontece naquelas cujas

experiências lhes possibilitaram conservar em grau elevado a ilusão de possuírem um pênis.

A preferência pelo exibicionismo genital nas mulheres se liga, costumeiramente, a

preferência pela cunilíngua, que enseja a exposição particularmente intensa dos genitais

ao homem. Certa paciente tinha a fantasia masturbatória de que precisava cortar um

pedaço do vestido para expor os genitais, exibicionismo este que se combinava a

predileção pela cunilíngua. A idéia inconsciente que tinha era de se vingar dos homens

fazendo-os, magicamente, dependentes e temerosos do próprio órgão que, noutros

tempos, "desprezavam". Mostrar-se "castrada" representava gesto mágico que visava a

castrar o espectador. Noutro nível, a paciente acreditava, inconscientemente, ter um

pênis; e a sua perversão exigia que os homens "olhassem com mais cuidado" para,

então, encontrar o órgão viril.

Compreende-se que tendência exibicionística desta ordem se apresente mais

frequentemente como se se houvesse deslocado dos genitais para um "pênis simbólico".

Uma paciente tinha muita vaidade dos bonitos pés, gostava de andar sem sapatos, de

mostrar fotografias suas em que aparecia descalça; também havia nela o sintoma

neurótico que consistia na necessidade de esticar e abrir os dedos dos pés durante o

coito.

Embora não tranquilize o sentimento de castração, o exibicionismo feminino pode

servir a fins vingativos, isso de duas formas: (a) pela ostentação da beleza e do encanto

feminino, talvez com a atitude inconsciente de humilhar os homens, fazendo-os admirar e

ficar dependentes daquilo que antes desprezavam: é o expediente da maga Circe, que

seduzia os homens com a sua beleza e depois os transformava em porcos (Odisseia,

Homero — N. doT.), (fa) pela exibição dos "feios" genitais, o que representa a atitude

inconsciente de humilhar os homens com a ameaça obstinada: "Sou castrada, está muito

bem; mostrando isto, vou castrar vocês também!".

A serem fortes, estas atitudes sádicas inconscientes despertam sentimentos de culpa

e temores. Exemplo do medo que desta forma se produz as crianças e experimentam

quando a brincadeira de "fazer caretas" é sucedida pelo temor de que a feialdade

simulada se torne permanente (ver pág. 298).

VOYEURISMO

As mesmas tendências dos exibicionistas se encontram no inconsciente dos voyeurs. As

experiências infantis em que os voyeurs se fixam são cenas que tranquilizaram, cenas, por

exemplo, do tipo do incidente que ocorreu com o fetichista do pé descrito por Freud. É mais

comum os voyeurs se fixarem em experiências que lhes despertaram a angústia de castração:

cenas primárias ou a vista de genitais adultos. O paciente tenta negar a justificação do seu

temor pela repetição das cenas apavoradas com certas alterações; é um tipo de voyeurismo que

se baseia na ânsia de experiências encobridoras, ou seja, de experiências que se assemelhem ao

original a ponto de se lhe substituírem, diferindo, porém, no ponto essencial; daí tranquilizarem

no sentido de não haver perigo (1198). Esta tendência pode condensar-se com a tendência a

repetir a cena traumática para o fim de realizar um controle retardado (ver. pág. 110).

A significação inconsciente, a que aludimos, da escoptofilia vê-se com clareza máxima

naqueles casos em que a gratificação só é obtida se a cena sexual que o paciente

querpresenciarpreenche condições muito definidas; condições que, neste caso, representam a

repetição de condições existentes na experiência infantil importante, ou a negação destas

condições mesmas (ou ainda a negação da índole perigosa que elas têm).

Relatou Abraham o caso de um pervertido que só se gratificava se um homem e

uma mulher tivessem relações sexuais no quarto pegado. Começava a chorar e, então, a

mulher teria de correr para junto dele, largando o parceiro. É provável que isso

representasse o desejo que persistia sem realização, quando, criança, assistia, de fato, à

cena primária. Sabina Spielrein descreveu um caso de voyeurismo em que o paciente

buscava superar certa repressão antiga da ero-geneidade genital e manual, produzida

por medo de castração intenso (1454).

O fato de espetáculo algum dar, realmente, a tranquilização por que se anseia tem umas

tantas consequências para a estrutura dos voyeurs: ou desenvolvem atitude de insaciabilidade

(precisam estar sempre olhando, ver cada vez mais. com intensidade que vai sempre

crescendo), ou deslocam o interesse dos genitais para o pré-prazer e a pré-genitalidade, quando

não, de modo geral, para cenas que tranquilizem mais do que a observação genital verdadeira.

Por força da insaciabilidade, o desejo de olhar pode adquirir significado sádico cada vez

mais intenso. Na escoptofilia feminina, isto é, nas mulheres em que a ideia de outras terem

pênis não consegue tranquilizar o complexo de castração, o voyeurismo pode, desde o início,

substituir uma atividade sádica. "Não fiz isto, só olhei para o outro camarada fazer" é desculpa

muito frequente que as crianças dão (ver pág. 462). Tal qual, os voyeurs deslocam o interesse

da destruição (castração) para a contemplação, a fim de evitar sentimentos de responsabilidade

e culpa; falham, em geral, e a contemplação passa a ter a significação inconsciente do impulso

original.

Nas mulheres, há vezes em que a curiosidade visa, de modo mais ou menos franco,

a presenciar catástrofes, acidentes, cenas bélicas, operações, cenas de hospital e coisas

semelhantes, esta curiosidade representa tendências sádicas ativas de castração,

reduzidas da ação à observação.

A vontade de substituir a ação pela contemplação cria, nas pessoas que hesitam,

conflitivamente, entre seguir ou não um impulso, o desejo de encontrar alguém que pratique o

ato; desta forma libertam-se da responsabilidade, o que explica a efetividade do "exemplo

sedutor" (1258).

CORTE DE TRANÇAS

Suplementando a discussão do exibicionismo e do voyeurismo, mencionemos uma forma

específica de sadismo que se relaciona com estas perversões e que pode servir, mais adiante de

ponto de partida para o exame do sadismo; é perversão, por motivos evidentes, rara hoje em

dia. Associando um ataquo sádico a uma preferência fetichística pelos cabelos, resulta,

principalmente do mesmo mecanismo tranquilizador que funciona no exibicionismo: a

identificação com o agressor, significando: "Se corto as tranças de outra pessoa. as minhas não

serão cortadas. Eu sou aquele que corta, e não aquele a quem se corta".

No caso, entretanto, a castração simbólica mostra-se com transparência espantosa.

Harnik, analisando um cortador de tranças, fez ver que, no paciente, se condensavam uma com

a outra estas duas ideias: "Sou o castrador, e não o castrado" e: "Só estou praticando uma

castração simbólica, não uma castração verdadeira." Na fantasia deste homem, a ideia de que os

cabelos das mulheres atacadas havia de voltar a crescer desempenhava o papel mais importante.

A análise descobriu outras condições que serviam para repudiar a ideia de castração (740):

O prazer tranquilizador' que se contém na brincadeira de castrar simbolicamente,

isto é, sem realidade nem definição, manifesta-se no contentamento com que os meninos

puxam os cabelos das meninas, o que, sem dúvida, significa forma atenuada de cortar

tranças. A preferência por mulheres aleijadas (370a) ou outra ênfase aparente na

castrarão do parceiro sexual aparecem, na análise, com o aspecto de combinação das

duas maneiras de tranquilizar a angústia de castração; "Sou o castrador, não o

castrado" e "Ela só é castrada simbólica, não realmente". As perversões deste tipo

ligam-se de muito perto a atitudes contrafóbicas que se vêem na personalidade do

indivíduo (verpágs. 445e segs.).

COPROFILIA

A pessoa adulta que ainda tem a sua excitabilidade sexual ligada às funções excretórias

(às do seu objeto, ou, auto-eroticamente, às suas próprias) mostra, nitidamente, que a sua

sexualidade está em nível infantil. Nestes casos também, a regressão serve de defesa contra

desejos genitais, tanto de maneira geral (como em qualquer neurótico obsessivo) quanto de

modo mais específico, no sentido de que as fantasias coprofílicas representam sempre ten-

tativas de negar o perigo da castração. É muito freqüênte ver, nas perversões anais marcadas,

que este interesse aumentou à custa de um interesse uretral que, na origem, terá sido igualmente

intenso, visto não existir diferença sexual nas funções anais. O aumento da analidade exprime o

desejo de ter prazer sexual sem ter de lembrar-se da diferença dos sexos, o que mobilizaria o

medo da castração. Em nível mais profundo, é válida a equação simbólica *fezes = pênis* (593).

O escoptófilo homem que quer ver as mulheres defecar exprime, desta forma,

inconscientemente, a idéia: "Quero ver que, afinal, uma coisa que se parece com o pênis sai do

corpo da mulher." Do mesmo modo, as mulheres que se interessam sexualmente pelas suas

próprias funções anais sentem: Tenho um órgão que, afinal de contas, sai para fora." A

concepção de "criança" (Presente, dádiva) serve de ponte entre a concepção de fezes e as idéias

genitais.

Francês Deri observou um caso de coprofilia determinado pelo fato do paciente,

muito pequeno, ter visto a mãe defecando. O significado inconsciente " esta experiência

foi análogo ao do fetichista que viu o pé da governanta. As fezes da mãe foram

percebidas como símbolo de pênis.

As perversões erótico-uretrais (de modo particular, o interesse sexual de certos homens

pela micção das mulheres) parecem dirigir a atenção para a diferença dos sexos; daí não se

prestarem, provavelmente, a tranquilizar temores de castração. Contudo, a análise destes casos

mostra que algumas experiências especiais da infância realmente permitem usar a micção

feminina objetivando obter esta tranquilização.

Num caso em que o interesse sexual se concentrava na micção das mulheres, viu-

se, primeiro, que este interesse significava, de modo geral: "Sempre que estou

sexualmente excitado, mobiliza-se meu complexo de castração." Veio-se a perceber que a

perversão significava, primariamente, rejeição intensa de qualquer ideia de pênis; e se

desenvolvera a fim de garantir a repressão de experiências homossexuais anais da

infância. O que a urina das mulheres significava era "que não era fezes de homens".

Criança, o paciente pensara que as mulheres tinham uma abertura só e que urinavam

pelo ânus. A perversão, portanto, era tentativa de ganhar prazer sexual sem ser

lembrado nem de pênis, nem de fezes. A micção das mulheres, que se afigurava limpa e

divertida, não mobilizava as ideias temíveis que se implicavam na evacuação dos

homens. O que condicionava a perversão era uma inibição simultânea da tentação de

olhar, que permitia ao paciente apegar-se à fantasia de que as mulheres urinam pelo

ânus, desta forma evitando, também aqui, a recordação da castração pela vista da

mulher urinando. Em nível mais profundo, o interesse em ver mulheres urinando

significava a esperança de descobrir que também elas têm pênis. A própria "mulher

urinando" tinha o significado de "pênis que urina" (428).

Combinação de coprofilia, exibicionismo e sadismo exprime-se na co-prolalia, que

consiste no prazer de proferir obscenidades e no interesse excessivo pela pornografia (366). Os

vocábulos obscenos conservam o poder mágico arcaico que a linguagem em geral tinha,

obrigando o ouvinte a visualizar com clareza alucinatória os objetos que indicam (451). Os

leitores de literatura pornográfica imaginam com frequência a presença de um ouvinte

"inocente" (ou se imaginam a si mesmos como ouvintes inocentes), o qual desempenha o

mesmo papel que os objetos "atemorizados" do exibicionista ou do cortador de tranças (daí ser

a coprolalia substituída pelo praguejar) (1154). A coprolalia durante o coito serve-se do

parceiro para o mesmo fim de lograr tranquilização. O uso de palavrões dá o sentimento de que

os perigosos " demônios da sexualidade" estão sob controle (ver pág. 276).

Os amantes da pornografia apresentam, em muitos casos, atitudes tranquilizadoras

contrastante. (1) O fato de se descreverem detalhes sexuais em caracteres impressos

prova a existência objetiva da sexualidade; pelo mecanismo da "partilha da culpa",

alivia sentimentos de culpa, fazendo mais "objetivas" as fantasias sexuais. (2) No

entanto, a sexualidade que se teme não é inteiramente real; desfruta-se em emparia,

lendo a respeito dela num livro, não pela experiência real; donde ser menos perigosa.

A masturbação com a ajuda de literatura pornográfica está mais próxima, em certo

particular, à sexualidade normal do que a masturbação sem ela, porque o livro constitui

intermediário entre a fantasia sexual e a realidade sexual. Nos adolescentes ou nas

pessoas que têm inclinações perversas, mas que se envergonham de exibir os seus

desejos, o livro de figuras substitui, às vezes, o parceiro sexual.

Os próprios termos "pornografia" e "coprolalia" enfatizam a conexão com o erotismo

anal. Há casos em que se preferem mesmo as obscenidades anais às genitais; ainda que não seja

o caso, o prazer das obscenidades genitais se liga, muitas vezes, à concepção de que estas

obscenidades são "sujas".

O "negativo" dos impulsos coprolálicos desempenha papel importante na

psicologia da gagueira e do tique, como também em muitos sintomas compulsivos, nos

quais a sexualização consciente das palavras sempre tem significado anal. A conexão

entre as palavras e o erotismo anal é evidente na compulsão habitual a ler sentado no

vaso sanitário, resultando da idéia de que, ao mesmo tempo que se expele do corpo certo

material, outro é introduzido.

PERVERSÕES ORAIS

Preferência pela zona oral como instrumento de gratificação sexual é raro ocorrer como

perversão completa em si mesma, com exclusão da possibilidade de outras modalidades de

gratificação. Também nestes casos, vê-se, na análise, que a boca se torna substituto preferido

dos genitais, caso em que a atividade genital é inibida pelo medo da castração (13). É o que se

observa com clareza naqueles casos de felação que, na análise, se percebe constituírem

negações do arrancamento do pênis, ou equivalentes respectivos. Também na preferência pela

cunilíngua podem os dois sexos ser influenciados pela tendência a excluir o pênis do ato, ou

pela fantasia de um pênis feminino oculto.

A análise de um paciente que preferia a cunilíngua revelou que tinha a fantasia de

ser uma mulher a desfrutar a homossexualidade feminina, fantasia que constituía fuga do

pênis, com a qual se mobilizava o medo da castração.

SUBMISSÃO SEXUAL EXTREMA

A submissão extrema que representa condição de gratificação sexual é perversão que

ocorre frequentemente em mulheres e também em homens (1200, 1261), constituindo exagero

intenso de certas características observadas no "namoro" ou na "paixão", ou seja, no fato de que

toda ênfase se desloca da existência do próprio indivíduo para a personalidade do parceiro; o

indivíduo não vive mais do que com e pelo parceiro, se sente a si mesmo nada e o parceiro,

tudo; pronto a todo sacrifício por amor deste (e, 'particularmente, para o fim de despertar o

interesse do mesmo). "Apaixonar-se", "enamorar-se", claro, não é perversão senão quando a

única excitação sexual possível consiste em que o indivíduo sente a sua própria insignificância

ante a magnificência do parceiro (606).

Por aí se vê a perversão a que nos referimos é estado de transição entre o namoro e o

masoquismo: em comum com aquele, tem o caráter monomaníaco; com este, o gozo da própria

insignificância.

O sentimento "Sou pequeno, meu amado é grande", antes de mais nada, certamente, é

reminiscência inconsciente de um tempo em que isso era literalmente verdade, quer dizer,

aquele tempo em que o paciente era criança e estava apaixonado por um adulto. A "submissão"

insinua o complexo de Édipo e alguns dentre os seus traços sao frequentes nos histéricos em

geral. Quando vai a ponto de formar uma espécie de perversão, tanto reflete o amor da criança

pelos pais quanto, em particular, um dos aspectos deste amor.

Já dissemos que o clímax genital pleno de uma relação objetal gera também uma espécie

de regressão ao seu precursor mais arcaico; é incorporação na medida em que ocorrem o

sentimento de união e o desaparecimento do sentimento de se separar. A paixão se

caracterizapela forma que este sentimento assume: "Somos um só; mas o parceiro é a 'metade'

mais importante". Super-valorizar, o parceiro sexual simultaneamente significa: "Estou

participando da grandeza do meu parceiro." Neste sentido, todo o amor é "gratificação narcí-

sica", recuperação da onipotência perdida e projetada (585).

De maneira mais exagerada, o mesmo sentimento ocorre em relacionamentos que não se

chamarão, amor: em pessoas que supervalorizam os seus parceiros sem que, entretanto, tenham

interesse pela personalidade real deles, nem ideia a respeito da mesma; são pessoas capazes de

desenvolver a mesma admiração por um objeto hoje, por outro amanhã: são pessoas que jamais

se tornaram indivíduos por si mesmos completos; daí precisarem "participar" em união mais

estreita, a fim de poder sentir a sua própria existência; são as pessoas oralmente fixadas, que

estão sempre precisando ter a prova de ser amadas, sem poder amar ativamente (ver "áditos ao

amor", pág. 355).

Pode-se lutar pelas provisões narcísicas necessárias de diversas formas. Uma delas

representa-se na fantasia de ser incorporado pelo objeto, de mais nada ser senão parte de uma

personalidade mais forte, de superar por este modo a própria incompetência (265, 712). A ideia

de ser incorporado pode servir, ao mesmo tempo, de defesa contra a ideia sádica de

incorporação ativa. Se se puder realizar o sentimento de que a união com o parceiro se

estabelece sem ação pelo sujeito, já não haverá necessidade de forma violenta de estabeleci-

mento (428). A negação do sadismo nem sempre, contudo, logra êxito e são muitos os casos em

que, evidentemente, o "amor" da pessoa submissa pelo parceiro onipotente é de índole muito

ambivalente.

A base inconsciente da perversão a que ora nos referimos é a fantasia de ser parte do

corpo do parceiro; fantasia com que se tenta negar o medo de ser abandonado, medo que, em

época anterior, prejudicou o gozo sexual.

Em 1925, Josine Muller, descrevendo caso desta ordem, disse: "A paciente imaginava ser

o pênis do pai exaltado; por esta forma, a parte dele favorita e mais importante" (1160).

Posteriormente, Francês Deri sustentou a ideia de que a fantasia de ser parte do corpo do

parceiro é a base da "submissão extrema". Outros autores têm confirmado esta tese (428, 436,

1055, 1261).

A identificação com o pênis do parceiro é fantasia que se vê nos dois sexos. E freqüênte a

fantasia básica do travesti masculino "Apresento-me como se fosse uma mulher fálica" se

condensa com a fantasia de desempenhar o papel do pênis.

Certo paciente ligava a sua feminilidade ao ingénuo amor narcísico pelo seu pênis,

ao qual dava um nomezinho carinhoso. Até o nome feminino que gostava de assumir

quando se fazia de mulher era muito parecido com este nomezinho do pênis (416).

Nas mulheres, a identificação com o pênis é ainda mais frequente. Nestes casos, a

fantasia "Sou um pênis" representa fuga do conflito entre as duas tenciências antagónicas

"Gostaria de ter um pênis" e "Gostaria de amar um homem". A fantasia de ser o pênis de um

homem e, desta forma, ligar-se ao homem em harmonia inseparável serve à repressão

supercompensatória da idéia oposta: "Quero despojar um homem do seu pênis e, por isto, tenho

medo de que ele se vingue."

Os perigos que se negam podem ser de índole diferente nesta fantasia. Ou o pênis com o

qual a pessoa está identificada representa um "pênis materno" e, assim, nega a existência de

entes sem pênis, ou representa o "pênis paterno", desta forma negando a angústia pela

"identificação com o agressor".

Todas as relações com o pênis que são governadas por fantasias de introjeção-se baseiam

em história pré-genital. O pênis com que as pessoas submissas se identificam também

representam criança, fezes (o conteúdo de úterc materno), leite. O pênis não é mais do que um

elo derradeiro numa longa cadeia de introjeções. (593).

Também se vê a submissão extrema em algumas formas de culto dos heróis que se

baseiam na fantasia inconsciente de que se é parte do herói. É característica de certo tipo de

religiosidade em que a devoção divina se liga à fantasia de que Deus sem o indivíduo seria tão

incompleto quanto este o é sem Deus. Desenvolve-se a fantasia de que se é fraco, inerme, nada

mais que parte do parceiro poderoso, mas também se representa a parte mais importante e

poderosa do parceiro. O indivíduo depende, na realidade, deste, mas este, por sua vez, é visto

dependente, magicamente, do indivíduo.

RILKE

"Was wirst Du tun, Gott, wenn ich sterbe?

Ich bin Dein Trank, wenn ich verderbe,

bin Dein Gewand und Dein Gewerbe,

Ich bin Dein Krug; wenn ich zerscherbe,

mit mir verlierst Du Deinen Sinn."

ANGELUS SILESIUS

Ich bin so gross ais Gott; er ist ais ich so klein:

erkann nicht ubermich, ichunterihn nicht sein."

"Ich weiss, dass ohne mich Gott nicht ein Nu kann leben,

werd'ichzu nicht, ermuss vor Not den Geist aufgeben."

_____

(RILKE: Que farás, Deus, se eu morrer? / Sou o que bebes, se me arruino, / Sou Tua

roupagem, Tua ocupação; / Sou Teu jarro; se me despedaço, comigo perdes Teu sentido."

ANGELUS SILESIUS: Sou tão grande quanto Deus / que tão pequeno é quanto eu; / Ele não

pode estar acima de mim, nem eu abaixo dele; / Sei que sem mim Deus um instante não vive; /

Se me aniquilo, extingue-se-lhe, sem alimento, o espírito.")

SADISMO

A teoria geral das perversões pode aplicar-se ao sadismo? Ou seja, admite-se que torturar

um objeto sirva para tranquilizar o medo da castração? Em caso afirmativo, que é que

determina a escolha desta forma, justamente, de tran-qtiilização?

Se o prazer sexual é transtornado pela angústia, compreende-se que uma "identificação

com o agressor" (541) represente alívio. Quem pode fazer a outros indivíduos aquilo que teme

lhe seja feito já não precisa ter medo, de modo que tudo quanto tender a aumentar o poder ou o

prestígio do indivíduo pode servir para tranquilizar angústias. *Aquilo que pode acontecer ao*

indivíduo passivamente ê feito ativamente por ele, prevendo um ataque, a outros.

Entre as crianças que sofrem de angústia, os irmãos mais velhos estão sempre em

posição melhor do que os mais novos porque podem ameaçara estes.

Claro, a idéia "Antes de poder desfrutar a sexualidade, tenho de me convencer de que seu

forte, poderoso" não significa "Obtenho prazer sexual pela tortura de outras pessoas"; mas é o

ponto de partida do desenvolvimento sádico. O tipo "ameaçador" do exibicionista, o cortador

de tranças, o homem que mostra figuras pornográficas ao parceiro "inocente" goza a fraqueza

dele porque esta significa "Não preciso ter medo dele", assim possibilitando o prazer que, a não

ser isso., seria bloqueado pelo medo. Os sádicos deste tipo, ameaçando os seus objetos,

mostram estarem preocupados com a ideia de que eles mesmos podem ser ameaçados.

Muitas pesseoas temem não só ser vítimas de alguma forma de castração durante o aito

sexual, mas também de que a sua própria excitação lhes faça mal. Mais ainda, conseguem

livrar-se deste temor quando despertam em outros indivíduos um medo semelhante da

excitação.

Da mesma ordem é o sintoma obsessivo frequente que consiste em rir reagindo à

notícia da rrnorte de alguém, é sintoma que não ocorre só à morte de pessoas contra as

quais já se tinham desejos inconscientes homicidas; também pode ser expressão muito

mais geral de tranqüilização contra a angústia gerada pela notícia mediante enfatiziação

do triunfo: "Quem morreu foi o outro, não fui eu."

É freqüênte os sádicos estarem combatendo tanto uma angústia inconsciente de castraçãío

como a sua própria excitação perigosa quando certas tendências autodestriutivas que dentro

deles existem; tendências cuja origem mais adiante exarrninaresrnos (verpág. 334 e segs.). Uma

vez estabelecidas, no entanto, estas tendências, o indivíduo combate-as voltando-as

extremamente contra objetos sexuais. Visto que o masoquismo, em regra, resulta de um

sadismo original que se vcolta para dentro, pode haver um estrato tríplice, o sadismo manifesto

do terceiro estrato é muito diverso da hostilidade original do primeiro estrato. No estudo "Uma

Criança Está Sendo Espancada", Freud descreveu o desenvolvimento histórico típico das

formações desta ordem (601).

Tal qual o ccortador de tranças, outros sádicos também seguem a fórmula Sou o

castraidor, es não o castrado" e, mais, se juntam na ideia complementar de que "Sou um

pseiudocastrador, não sou um castrador de verdade". Castrando mais simbólica do que

realmente, se tranquilizam, mediante as experiências das vítimas, no sientidilo de que as coisas

terríveis que temiam não são assim tão teríveis no fimal daas contas. É freqüênte os atos

perversos realmente praticados pelos sádicos terem caráter lúdico e visarem ao mesmo fim que

qualquer tipo de brincadeina. Temeroso de que a excitação sexual plena se ligue à castração,

procura o paiciente aprender a controlar esta situação associando, ativa e tentativamente, atos

sexuais a "castrações de pequeno vulto".

Nos cortadores de tranças, a ideia de que os cabelos tornam a crescer e nos

coprófilos, de que as fezes tornam a ser produzidas todos os dias serve para "provar"

que a castração não tem de ser final (740, 1054). Os casos que se seguem mostram a

mesma tendência de maneira um tanto mais complicada. As fantasias sexuais de um

neurótico obsessivo eram cheias de mais complicada. As fantasias sexuais de um

neurótico obsessivo eram cheias de idéias sádicas de envergonhar mulheres, ou seja, de

obriga-las a mostrar-se sexualmente excitadas de maneira que as humilhasse. Na

infância, o paciente costumava a masturbar-se analmente, do que muitíssimo se

envergonhava e o que, realmente, escondia com cuidado. Dominava-lhe na neurose o

medo de ser desberto e a vergonha antecipada. Inconscientemente, em criança, desejara

ser descoberto e até havia tentado provocá-lo, provocação que representava menos

necessidade de punição do que tentativa de seduzir outras pessoas, anseio por

substituir ao autoerotismo objetos que participassem das suas atividades sexuais. Nas

suas atividades ou fantasias sádicas, fazia a outras pessoas o que já pensara

ambivalentemente pudesse acontecer a ele. O seu sadismo significava o sequinte1 I1)

Aquilo que teme não acontece ao paciente, pelo contrário, ele atua sobre outras pessoas.

(2) Aquilo que desejava mas temia acabou acontecendo, e ele o experimenta de maneira

"altística" e, portanto, segura pelo fato de que sente com as mulheres a quem maltrata

aquilo que devia ser a ele feito. (3) O que de fato ocorre não é castração, e sim o "mal

menor" de ficar envergonhado.

O sentimento de unidade com um objeto, sentimento que resulta em tran-quilização da

angústia de abandono, é realizado com submissão extrema pela ideia de que se é pequena parte

do enorme corpo do parceiro; também pode realizar-se pela ideia oposta, ou seja, de que a outra

pessoa não é mais do que uma pequena parte do corpo do indivíduo. Este sentimento pode

resultar da criação da situação em que o parceiro é de todo dependente do paciente e dos seus

caprichos.

Menino, um paciente costumava praticar a brincadeira "sádica" de "hipnotizar"

todo o mundo, desfrutando a ideia da impotência das vítimas. Tinha sido gago,

ridicularizado pela irmã, e esta recordação servia para encobrir outras situações em que

ela lhe zombara da inferioridade sexual. A fantasia sádica do hipnotismo era um modo

de se vingar da irmã, permitindo-lhe provar a ela a sua superioridade e até a sua

onipotência. Pelo sadismo, negava o seu temor de ser sexualmente inferior (castrado). As

dúvidas da irmã quanto à sua masculinidade, impressionavam-no porque coincidiam

com as suas próprias dúvidas. Os sonhos revelaram que a ideia de hipnotizar substituíra

uma ideia mais antiga: de ser Hipnotizado pelo pai, de modo que o sadismo servia para

contestar um masoquismo perigoso.

A tranqüilização no sentido de que aquilo que se faz à vítima não é, realmente, serio não

pode valer, em geral, para o sadismo, visto ocorrerem atos sádicos em que a vítima é ferida

gravemente e até morta. Em casos assim, serão decisivas as idéias de que se evita experiência

passiva terrível pela perpetração ativa da mesma em outras pessoas e pelo estabelecimento de

união mística com vítima.

Nunca se analisou um assassino sexual. Se, no entanto, se considerarem tanto os casos

em que fantasias desta ordem desempenharam o papel principal (1444) quanto as experiências

com sádicos menos excessivos, é de admitir-se que, em casos assim, o superego desempenha

papel que complica (1029). O ato sádico significa "Mato para evitar ser morto" e significa

também "Puno para Punido"; ou antes, "Consigo o perdão pela violência". As pessoas que estão

necessitando provisões narcísicas tendem, quando frustradas, a reagir com sadismo intenso. Há

condições em que esta tendência pode até culminar em ato que nega o medo, "Se fizer uma

coisa sexual, tenho de ser punido", niediante o outro, "Torturo-te até obrigar-te, pela

intensidade do teu sofrimento, a perdoar-me, a libertar-me do sentimento de culpa que bloqueia

o meu prazer e, deste modo, pelo teu perdão e nele, a dar-me satisfação sexual". O sádico que

se supõe independente trai, desta forma, a sua dependência profunda em relação à vítima. Pela

força, tenta obrigar esta a amá-lo; o amor que busca é primitivo, significando "provisão

narcísica".

O modelo deste tipo de sadismo é o rei Frederico Guilherme da Prússia, que

costumava bater nos súditos, berrando: "Não tens que me temer, tens que me-amar!"

As complicações desta ordem que se originam do superego também desempenham papel,

sem dúvida, no tipo "mal menor" de sadismo. O material acima mostra que, na perversão em

causa, a verdade é que o componente instintivo do sadismo serve para tranquilizar o medo da

castração. A tendência a controlar a angústia por este meio depende, certamente, da história

anterior relativa ao componente instintivo do sadismo. (1157).

De início, este componente instintivo pode ter, constitucionalmente, força particular. Há

crianças que mais do que outras mostram prazer em torturar animais. As fixações sádicas

resultam das mesmas causas que outras fixações (ver pág. 58 e seguintes). As frustrações

intensificam a qualidade sádica com que, afinal, se persegue o objetivo do impulso frustrado. E

não se pode duvidar de que as características sádicas se liguem mais a objetivos pré-genitais do

que a objetivos genitais. Os impulsos sádicos não se limitam, a desejos que se originem de certa

zona erógena específica. Há sadismo manual, ou. mais corretamente. sadismo relacionado com

o erotismo muscular (1338, 1346); há sadismo cutâneo, que talvez seja projeção do

"masoquismo erógeno" da pele e talvez dê origem ao prazer sexual do espancamento (601,

613): há sadismo anal (rejeitado na neurose compulsiva) (581): há sadismo oral, cujos traços

distintivos se têm estudado mais especificamente nas neuroses que representam "negativos"

destas perversões (neurose impulsiva e depressão) do que nas próprias perversões; entretanto,

Abraham (26) e Van Ophuijsen (1205) mostraram que, também na perversão do sadismo. os

objetivos sexuais podem originar-se nas tendências destrutivas do período oral. E há também

sadismo fálico (385). O fato da idéia de incorporação se ligar objetivamente, a destruição do

objeto faz que sejam ambivalentes todas as relações objetais que têm a finalidade de incorporar:

aqueles que regridem a objetivos de incorporação são os mesmíssimos que também tendem a se

tornar sádicos.

No seu estudo, "Uma Criança Está Sendo Espancada", Freud investigou a história

desenvolvimental das fantasias sádicas (ou antes, sadomasoquísticas) típicas da infância: e

conseguiu demonstrar que os conflitos ligados ao complexo de Édipo associam a ideia da

excitação sexual a hostilidades, angústias e sentimentos de culpa. As fantasias espancatórias

resultam destas conexões complicadas.

A idéia sempre recorrente de que "uma criança está sendo espancada" resulta de

um desenvolvimento que passa por vários estádios. No nível mais profundo, a fantasia

conserva a recordação do período auto-erótica: a criança espancada significa o pênis ou

o clitóris; o espancamento significa a estimulação masturbatória (617) A recordação da

masturbação infantil se distorceu mediante condensação do prazer sexual com a idéia de

que uma pessoa odiada deve ser surrada. Segundo Freud, esta pessoa odiada representa

o rival, a outra criança: "Se o pai bate na outra criança, isso me garante que me ama"

(601). Também pode representar a mãe odiada (112). Os sentimentos de culpa ligados a

este ódio originam identificação com a pessoa espancada; e a ideia "O pai me bate" vem

a exprimir punição dos desejos maus que se entretém contra o rival e, simultaneamente,

a substituir com distorção, a ideia "O pai me ama". Difere nos dois sexos o

desenvolvimento posterior. Nas meninas, a ideia de ser espancada pelo pai está

perigosamente próxima do desejo edipiano censurável. Ocorre repressão das ideias de

que quem espanca ê o pai e quem é espancado, o indivíduo, o que resta é a fantasia

obscura de "uma criança (em geral, um menino) estar sendo espancada", isso podendo

experimentar-se de modo sádico ou masoquístico (60). Para os meninos, a fantasia só se

mantém decisiva se um desejo edipiano negativo sexualizar a idéia de ser espancado pelo

pai. Os homens masoquistas substituem a ideia inconsciente de ser espancados pelo pai

pela ideia, menos censurável, de ser espancados por uma mulher (pela mãe); os homens

sádicos modificam a ideia inicial, se identificando com o pai que espanca, assim negando

que eles próprios são a criança que apanha (112, 1432).

Deste modo, também as perversões sadomasoquísticas servem para reprimir as ideias

ofensivas habituais da sexualidade infantil, os desejos edipianos e o medo da castração.

Acentue-se que o sádico é pessoa que manteve consciente e até uma exagerada parte da sua

sexualidade infantil, de modo a facilitar a repressão das partes respectivas mais censuráveis.

MASOQUISMO

São análogos aos do sadismo os problemas do masoquismo; mais complicados, porém,

em certo particular. O masoquismo, ao que parece, se opõe ao princípio do prazer: Enquanto os

homens, em geral, tendem a evitar todo sofrimento, nos fenómenos do masoquismo a dor

parece dar prazer, que parece valer que se busque.

Quem tentar aplicar a fórmula geral das perversões esbarrará em contradições aparentes.

Por um lado, o conflito entre impulso e angústia é evidente nos masoquistas, os quais mostram

abertamente as tendências antagónicas de buscar satisfação e de a prolongar; ao que parece,

preferem o pré-prazer ao prazer final, a fantasia à realidade (1297, 1299). Por outro lado, se

afigura paradoxal evitar ou negar uma dor que se teme pela sua produção real.

Mostra a experiência clínica que este paradoxo é mesmo possível e ocorre, quando uma

ou várias dentre as seguintes condições se realizam:

1. Certas experiências podem haver estabelecido com tamanha firmeza a convicção de

que o prazer sexual se há de ligar à dor que o sofrimento se torna pré-requisito deste prazer;

pré-requisito a que não se visou originalmente, mas que secundariamente se buscou como preço

necessário a ser pago, a fim de excluir sentimentos de culpa importunos (1277).

2. As atividades masoquistas seguem o mecanismo do "sacrifício"; o preço que

antecipadamente se paga visa a apaziguar os deuses e contentá-los a custo relativamente baixo.

As atividades masoquísticas deste tipo são "mal menor" (1240); os masoquistas usam os

símbolos da autocastração para evitar a castração. Freud fez notar que quase todos os

masoquistas procuram ferimentos e sofrimentos de todos os tipos, menos aqueles capazes de

machucar ou lesar os genitais (613).

3. Qualquer angústia pode ser combatida por ação antecipatória lúdica daquilo que se

teme. É função de todo jogo ou brinquedo antecipar ativa-mente o que pode ser esmagador se

vier inesperadamente, tempo e grau sendo determinados pelo ego (1552). Tal qual os sádicos

(certos dentre eles), torturam outras pessoas para o fim de negar a ideia de que podem eles

próprios ser torturados, os masoquistas se torturam (ou arranjam para serem torturados

mediante planos e instruções auto-elaborados), a fim de excluir a possibilidade de ser

torturados por forma em grau inesperados (349, 350, 351).

4. Também o exagero da passividade pode servir a uma finalidade pro-tetora. A

regressão ao tipo oral-receptivo de controle pode representar reunião a uma força onipotente

protetora; e o exagero da própria fraqueza e a pequenez visará a apelar para a misericórdia da

força que ameaça ou protege. E deste tipo o masoquismo da pessoa extremamente submissa

que acima discutimos.

Embora atuem, sem dúvida no masoquismo, os quatro mecanismos descritos não bastam

para o explicar. Podem ajudar a compreender que alguém tenha de padecer certa quantidade de

sofrimento antes de alcançar a capacidade de desfrutar prazer, mas isso não é característico do

pervertido masoquista, que parece se satisfazer mais enquanto sofre do que após sofrer.

E, em parte, questão de observação exata. Há masoquistas que, de fato, sentem mais

prazer depois do sofrimento do que enquanto o padecem. Os masoquistas são indivíduos cuja

capacidade de obter orgasmo está, evidentemente, transtornada pela angústia e pelo sentimento

de culpa. Daí transferirem a ênfase para as tensões do pré-prazer e edificarem complicadas es-

truturas fantásticas, procedimento este que, muitas vezes, lhes faz a masturbação mais

gratificante do que a realização verdadeira das suas atividades perversas, as quais não

preenchem todos os pormenores esperados (1297, 1299). E fora de dúvida que os complicados

sistemas fantásticos visam a superar o medo que bloqueia a capacidade do prazer final.

Também é característico o fato de que aquilo que ao paciente ocorre tem de ser pré-arranjado

para ser pra-zeroso. Os masoquistas receiam surpresas, mas conseguem controlar o seu temor

desde que saibam de antemão o que vai acontecer.

Com isso não se explicam, porém, os casos de verdadeiro "prazer no sofrimento", que,

sem dúvida, existe. No masoquismo propriamente dito, a antecipação ativa de um mal menor

complica-se com outro fator, o qual explica a simultaneidade de sofrimento e prazer. Como

ocorre em outras perversões, a medida que tranquiliza está condensada com um prazer erógeno.

A existência de masoquismo erógeno é de atribuir-se ao fato de que, como todas as sensações

do organismo humano, a sensação da dor também pode provocar a excitação sexual (555, 601)

(ver pág. 63); mas é o que acontece somente em certas condições: a dor não deve ser intensa

demais, nem demasiado séria. Levar pancada excita sexualmente as crianças porque é excitação

intensa das zonas erôgenas da pele das nádegas e dos músculos subcutâneos (O deslocamento

da libido do ânus para a pele parece ser antecedente característico de qualquer prazer de levar

pancada.) Se a dor se torna por demais intensa, o desprazer contrabalança a estimulação

erógena e o prazercessa.

O desejo da gratificação de um masoquismo erógeno nas crianças e também,

posteriormente, o desejo da gratificação de um masoquismo perverso nos adultos

escondem-se, às vezes, por trás de comportamento aparentemente muito ativo e até

sádico. Muitas crianças (e também pessoas de mais idade) sabem muito bem "portar-se

mal" de maneira a induzir os outros a que batam nelas ou as castiguem por uma forma

que equivale a espancar.

Podem ocorrer fixações no masoquismo erógeno pelas mesmas razões que fixações em

qualquer outro componente instintivo. Se os indivíduos portadores de fixação desta ordem vêm

a ser, posteriormente, compelidos pelo medo da castração a usar os mecanismos que

descrevemos, o resultado será que o sofrimento se transforma tanto em pré-requisito do prazer

quando até em fonte de prazer.

Entre as causas de fixação no masoquismo erógeno, há um tipo que predomina: a fixação

baseada na simultaneidade do prazer erógeno e da tranquilização do medo. Obtém-se a

segurança pelo fato de que se sofre "castigo", graças ao qual se alcança o perdão; e o prazer

sexual, que estava bloqueado pelos sentimentos de culpa, volta a ser acessível.

Os objetivos passivos acentuam-se em particular, na sexualidade de um indivíduo, em

duas condições:

1.

Depois que a hostilidade se voltou contra o próprio ego. De fato, mostra a experiência clínica que o masoquismo representa uma volta do sadismo contra o próprio "self" do indivíduo, isto é, contra si mesmo.

2.

O conceito freudiano de masoquismo primário baseia-se, exclusivamente, na

especulação de Freud relativamente à existência de um instinto de morte (613). Sob o

ponto de vista clínico, os desejos masoquistas revelam-se com o aspecto de tendências

destrutivas que, pela influência do medo ou do sentimento de culpa, mudaram de direção

e se voltaram contra o ego.

Vale a pena citar umas passagens de Freud, escritas antes de ele formular a

hipótese do instinto de morte.

"Antes de mais nada, nos é lícito duvidar se o masoquismo jamais ocorre de

maneira primária, ou se não ocorre mesmo constantemente por transformação a partir

do sadismo" (555).

"Com o par de opostos sadismo-masoquismo, podemos representar o processo da

seguinte maneira: (a) O sadismo consiste no exercício da violência ou da força sobre

uma outra pessoa como seu objeto. (b) Este objeto é abandonado e substituído pelo

próprio sujeito, pelo "self deste. Junto com esta volta na direção do self, também se

produz a modificação de um objetivo ativo para um objetivo passivo do instinto, (c)

Também aqui, outra pessoa é procurada como objeto, pessoa que, pela alteração

produzida no objetivo do instinto, tem de assumir o papel original do sujeito. O caso (c)

é o estado que comumente se chama "masoquismo . Neste caso, a satisfação se produz

pela via do sadismo original, o ego passivo recolocando-se na fantasia, na sua situação

anterior, a qual, está sendo, então, cedida a outro sujeito fora do self. E muito duvidoso

que exista, aJem desta, satisfação masoquista mais direta. Masoquismo primário, não

derivado (da maneira que descrevo) do sadismo não parece existir" (588).

Parece confirmar-se a ideia de que o masoquismo não seja manifestação de um

instinto primário, mas se origine do sadismo, o qual terá sido virado e dirigido para o

self, ou seja, mediante, regressão a partir de um objeto do ego. Tem-se de reconhecera

existência de instintos com objetivo passivo... mas a passividade não constitui todo o

masoquismo, o qual compreende também a característica da dor... acompanhamento

fantástico da gratificação de um instinto. A transformação do sadismo ém masoquismo

dá a impressão de seguir-se à influência do sentimento de culpa" (601).

Analisando a fantasia espancatória típica, Freud também mostrou que o desejo de

ser espancado era precedido do desejo de que o rival odiado o fosse (601).

2. Nos homens, a acentuação dos objetivos passivos, pré-requisito do desenvolvimento do

masoquismo, resulta do desenvolvimento de desejos femininos: a ideia de ser torturado pode

ser distorção da ideia de ter experiências sexuais femininas ("masoquismo feminino") (613). Os

fatores responsáveis pela evolução para a feminilidade nos homens já os discutimos (ver pág.

313 e seg.). Intensificam-se desejos pré-genitais passivos (anais) como defesa contra desejos

masculinos, naqueles casos em que se julga perigosa a atividade.

Por outro lado, a feminilidade pode aumentar a angústia de castração por causa da ideia

de que a satisfação feminina só se atinge à custa da castração (599), de modo que asxonexões

.entre, a feminilidade nos homens, a angústia de castração e os sentimentos de culpa são muito

estreitas. Se os homens deste tipo também desenvolvem um dos mecanismos supradescritos,

ocorre que distorcem os seus desejos femininos de maneira masoquística. "Ser batido por uma

mulher" (pela mãe) encobre a ideia oculta mais'profunda de "ser batido por um homem" (pelo

pai); e as práticas masoquistas acabam tendo a significação do desempenho feminino no coito

ou no parto (601. 613).

Mais marcado do que no sadismo é o papel que desempenha o superego no masoquismo

(cf. 337). A idéia de apanhar associa-se constantemente à ideia de que a pancada é punição de

mau comportamento (desejos edipianos (642) e desejos de que outra pessoa apanhe), isso

condensando-se com uma ideologia de "mal menor": habitualmente, percebem-se as pancadas

como coisa sem maior importância, produzida no ambiente do quarto das crianças.

Há vezes em que os arranjos masoquistas dão outra impressão. Tal qual os neuróticos

traumáticos estão sempre procurando repetições dos traumas penosos, assim também existem

certos masoquistas que parecem incapazes de se libertar das ideias de castração: têm de repetir

a todo momento alusões à cassação, provavelmente na luta pela segurança apaziguadora.

"Desta vez. na certa que é apenas pancada, e não castração: na certa apenas brincadeira, sem

gravidade"; mas, ao que parece, jamais conseguem se tranquilizar de todo e estão sempre

precisando da aproximação tranquilizadora de atos que se assemelham à castração.

Sexualmente excitados, interfere sempre o medo inconsciente importuno da castração. O

masoquista quer apanhar porque esta ideia desperta o masoquismo erógeno da pele e dos

músculos e também porque tenta um castigo que não seja demasiado sério, na esperança de

eliminar a pressão importuna do superego.

Também neste caso, a condensação da agressão carregada de culpa e do trazer erógeno se

liga, associativamente, ao complexo de Édipo e serve ao fim de garantira repressão deste (121,

642, 1604).

Criança, certa mulher tinha sido muito apaixonada pelo pai, misógino que sem

peias mostrava à filha a sua antipatia pelas mulheres. A paciente tinha uma irmã mais

velha, predileta evidente do pai, este sendo muito severo na proibição de práticas

erótico-anais, fossem quais fossem. Daí ter a paciente de enfrentar os seguintes

problemas: amar o pai (conforme lhe exigia o instinto), mas eliminar toda consciência

da evidência de um pênis (base dos seus distúrbios, visto que o fato de não o tercausava

a aversão do pai porela; mais ainda, precisava impedir a expressão dos seus intensos

desejos anais e também do seu desejo de se vingar da irmã; tinha de aprender a aturar a

severidade e o desprezo paternos sem deixar de amá-lo. Tornou-se masoquista, com o

objetivo sexual de levar pancada. O pênis que a ofendia, foi substituído pela mão que

batia; o ânus, também ofensivo, pela superfície cutânea das nádegas. Inconscientemente,

não era ela, mas a irmã, que estava apanhando e só secundariamente é que a punição

para ela própria se desviava; e o comportamento verdadeiro do pai podia conservar a

capacidade de satisfazer-lhe os desejos edipianos masoquisticamente distorcidos.

É freqüênte uma fantasia masoquista explicar apenas metade de uma fantasia completa,

cuja outra metade terá sido reprimida; a descoberta da segunda metade revelará a conexão com

o complexo de Édipo.

O objetivo sexual de apanhar, na paciente a que acabamos de referir, poderia ser

relacionado com duas experiências infantis. Lembrava-se de um rapazinho que apanhava

muito e de uma menininha que costumava exibir as nádegas e os genitais. Costumava a

paciente fantasiar que esta garota estava apanhando, pelos seus maus modos, da

maneira por que realmente o menino apanhara. Identificava-se com a menina; e a

fantasia inconsciente que criava pode formular-se assim: "Desejo expor-me tal qual esta

garota e depois apanharpor causa disto, como o rapazinho." O prazer de expor-se

ocupou muito tempo da análise. A princípio, tinha este exibicionismo caráter feminino,

mostrando-se, por exemplo, no orgulho que lhe dava adoecer ou sangrar, o que se

condensava em fantasias de parto. Mais tarde, viu-se que este orgulho em sangrar era

supercompensação de um grande medo da castração. Enfim, evidenciou-se que todo o

seu exibicionismo feminino era substituto relativamente tardio de um exibicionismo

fálico original, inibido pela angústia. Vários sonhos levaram a concluir que tanto a

menina exibicionista quanto o rapazinho realmente espancado se haviam exposto à

paciente e urinado. Daí significar o texto completo da fantasia sexual de que as

pancadas mais não eram que pequena parte: "Quero poder mostrar um pênis como o

menino, de modo que papai me ame. Recuso-me a acreditar que me tenham castrado (ou

que me quisessem castrar) por causa de um ato assim. Não, apenas vão ralhar comigo,

pois vejo que neste garoto que apanhava ainda tem o seu pênis" (cf. 326, 1008).

Parece ser típica a conexão entre o masoquismo e o exibicionismo, que tão evidente se vê

neste caso.

É responsável esta conexão pelo caráter demonstrativo e provocativo que têm

alguns dentre os arranjos masoquistas (1297, 1299). Não é só o exibicionismo: também

outras perversões, como o fetichismo e a coprofilia, condensam-se, freqüentemente, com

o masoquismo ou porele são encobertos.

As personalidades masoquistas costumam se satisfazer com a exibição das suas misérias.

"Vejam quanto sou desgraçado" representa, tipicamente, "Vejam quão desgraçado vocês me

fizeram"; o comportamento masoquísti-co tem matiz acusatório, chantagista; o sadismo, que se

virou contra o ego no masoquismo, retorna na maneira por que os pacientes tentam forçar os

seus ob-jetos a que lhes dêem amor ou afeição. O erotismo cutâneo, base erógena da fantasia de

apanhar, exprime-se no anseio pela proximidade reconfortante dos objetos, proximidade que,

faltando, se obtém" pela autotortura. O conflito característico de todas as pessoas portadoras de

anseios receptivos — a saber, o conflito entre uma destruição sádica do objeto que nega e o

abandono masoquista completo ao objeto na esperança de que este não possa, então, resistir —

mostra-se neste tipo de masoquismo; é masoquismo que representa compromisso entre as duas

atitudes; é submissão absoluta, que se utiliza para fins sádicos (1277). O "exibicionismo da

feialdade" a que já aludimos (exibicionismo da inferioridade e de características negativas)

relaciona-se com este tipo de masoquismo.

Uma paciente que tinha medo de experiências sexuais fazia-se feia a fim de repelir

os homens. Analisada, chegou a admitir que tinha satisfação masoquista paradoxal em

ser sem atrativos; masoquismo que mostrava também de outros modos. Costumava puxar

os pêlos pubianos até sentir dor e até desenvolver uma dermatite. Criança, o pai lhe

punha talco nas regiões genitais e anal. Sem dúvida que, criando a dermatite, tentava

inconscientemente seduzir ao pai para que repetisse esta atividade, mas a experiência de

ser tratada pelo pai não fora pra-zerosa. O pai, pessoa muito severa, que fizera a filha

masoquista com a sua severidade, dera-lhe a impressão de que o tratamento era castigo

da masturbação. O medo que ela tinha da sexualidade era o temor de que se descobrisse

o fato (por ela imaginado) de haver estragado o seu próprio corpo. Tentando evitar esta

descoberta pelo expediente de fazer-se feia, daí resultava a volta daquilo que fora

rejeitado; a tentativa de evitar a exibição da sua deterioração resultavaem demonstração

exatamente desta. Em nível mais profundo, estava cheia de fantasias de castração,

ativas, vingativas. Fazer-se feia queria dizer: (a) obrigar o pai a que lhe fizesse alguma

coisa sexual; (b) enraivecê-lo masturbando-se debaixo dos seus próprios olhos (fazer-se

feia = destruir-se = masturbar-se); (c) destruir o pai obrigando-o a ver que estava

destruída.

Da mesma categoria é a psicologia do ascetismo. Nos ascetas, que procuram mortificar a

carne, o próprio ato de se mortificar vem a representar expressão distorcida da sexualidade

bloqueada e a dar prazer masoquista, tipo de masoquismo que, em regra, é mais anal,

caracterizado pela retenção e pela capacidade de tensão. Tem relação com o "orgulho em

sofrer" exibido por muitas crianças que tentam negar a própria fraqueza sustentando uma

tensão.

No masoquismo "moral", não é a dor física, mas são a humilhação e o malogro que,

aparentemente, se procuram: às vezes, pelo fato de produzirem prazer sexual, às vezes sem

conexão aparente alguma com a sexualidade. O gozo da humilhação indica que a ideia de ser o

objeto sexual do pai, inicialmente transformada em apanhar dele, veio a transformar-se,

ulteriormente, na ideia de ser batido por Deus ou pelo destino. A moral, derivado genético do

complexo de Édipo, terá regredido ao Édipo (613).

Não se podem considerar perversões sexuais certos casos mais severos de masoquismo

moral em que não é manifesta conexão alguma com a sexualidade ou em que o paciente nem

sequer tem consciência de que se está torturando. Inconscientemente, é certo que traços

caracterológicos deste tipo não se desenvolveram independentes da sexualidade, mas

representam tentativas do ego para se ajustar a um superego severo. Duas medidas

contraditórias que se praticam em tentativas desta ordem, a rebeldia e a adulação, se condensam

no masoquismo moral. O sofrimento do próprio indivíduo ele o vê como demonstração do grau

de favorecimento (adulação), da quantidade que está pronto a padecer a fim de ganhar o perdão

paterno. Do mesmo passo, o comportamento masoquista é expressão de rebeldia, demonstrando

de modo hostil que açoes terríveis o pai é capaz de perpetrar (ver pág. 373).

É evidente que não se pode explicar como "mal menor" a autodestruição severa real, se

bem que possa constituir "antecipação ativa daquilo que, de outra forma, pode ocorrer

passivamente". De fato, não está "além do princípio do prazer" (605), visto representar

consequência que não se deseja de uma coisa desejada. A autodestruição pode ter visada,

subjetivamente, para a destruição do objeto, o qual, depois da introjeção, é pelo ego

representado; e esta destruição do objeto pode até condensar-se com o favorecimento do objeto.

A tentativa de eliminar a pressão que vem do superego é o objetivo de toda autodestruição; e é

o que com *clareza* especial se vê nos casos em que a autodestruição se liga a uma espécie de

orgulho ascético. A análise do orgulho ascético exibe, constantemente, a ideia de auto-

sacrifício para o fim de recuperar a participação na onipotência: o orgulho significa o triunfo

pela realização desta participação. "Sacrifico-me pela grande causa, de modo que a grandeza

desta incida em mim." É o que fazem os sacerdotes que se castram com o fim de se dedicar a

Deus; quando se castram, estão pretendendo entrar na grande união protetora (436).

De um lado, os ritos de iniciação prometem privilégios e proteção sob condição da

obediência, condição que é reforçada pela castração simbólica (1284); doutro lado. os

masoquistas deste tipo tentam conseguir os seus privilégios mais a proteção emanada

das pessoas onipotentes mediante castração mais ou menos real. Feito o sacrifício, os

onipotentes têm de dar o que prometeram (523, 1481). Enquanto um dos extremos do

objetivo que visa a recuperar participação na onipotência consiste em matar a pessoa

onipotente, o outro extremo consiste na autocastração. simbolizando o abandono de toda

atividade, a fim de lograr fusão passiva-receptivo com a pessoa onipotente; e,

paradoxalmente, é possível uma atitude do segundo extremo encobrir atitude

inconsciente do primeiro (ver pág. 361).

Possivelmente, toda autodestruição real, em última análise, representa re-

manescentes do padrão reativo arcaico da autonomia: supera-se uma tensão pelo

abandono do órgão catexizado (1242).

Freud enfatiza,muito este ponto: as inclinações perversas apresentam-se como pares

antitéticos, com objetivos tanto ativos quanto passivos (555). O estudo do sadismo e do

masoquismo mostra a razão por que um e outro impulso se apresentam sempre,

necessariamente, numa certa e mesma pessoa.

COMBINAÇÕES

DE

PERVERSÕES

COM

NEUROSES

ETIOLOGIA

DIFERENCIAL DAS PERVERSÕES

Ocorrem, às vezes, as perversões estarem combinadas com neuroses; com grande

frequência pela fixação pré-genital comum, combinadas às neuroses obsessivas e as psicoses.

Todas três dentre as possibilidades que se seguem podem acontecer: (1) A perversão e a

neurose desenvolvem-se uma ao lado da outra; (2) Uma neurose complica uma perversão que

se haja primariamente estabelecida; (3) Uma perversão acresce-se a uma neurose

primariamente estabelecida.

O ego do pervertido, na sua luta com o conflito edipiano, dá a sua aprovação a um

representante da sexualidade infantil, o que, no entanto, não exclui a possibilidade de usar,

simultaneamente, contra os impulso algum outro mecanismo de defesa, daí formando-se,

talvez, a base de uma neurose; são casos em que a perversão e a neurose caminham paralel uma

à outra. Também pode acontecer que uma pessoa com perversão bem desenvolvida depare-se

com uma situação que ou relacione a perversão mais mente com o complexo de Édipo, ou que

represente aumento do medo tração; situações desta ordem exigem, então, medidas posteriores

de d capazes de criar neurose. A irrupção súbita de uma fobia ou de reações n nóides, por

exemplo, complicam, às vezes, uma perversão antiga; a homo sexualidade nos homens pode

complicar-se com "impotência", isto é,com perda da ereção. E também há terceira possibilidade

de que os sintomas de uma neurose obsessiva antiga se tornem tão gratificantes que assumam a

aparência de perversão secundária (475).

Quanto à etiologia diferencial das perversões, os seguintes pré-requisitos hão de se

cumprir para permitir o desenvolvimento de uma perversão: (1) Fatores constitucionais.de

facilitação orgânica, a exigir investigação endocrinológica. Em princípio, consiste este fator no

aumento relativo da erogeneidade das zonas erógenas específicas. É provável que o sadismo e o

masoquismo se relacionem não só com experiências especiais (frustrações, em particular), mas

também com aumento constitucional da erogeneidade oral, anal. cutânea ou muscular (549,

1630). (2) Experiências que hajam levado à fixação patogênica decisiva. As fixações em que se

fundam as perversões diferem daquelas em que as neuroses se baseiam na medida em que são.

geralmente, fundadas na simultaneidade da gratificação sexual e de um sentimento de

segurança ou tranqüilização que se opõe ao temor inibitório.

TERAPÊUTICA PSICANALÍTICA NAS PERVERSÕES

Quando se pensa na indicação do tratamento psicanalítico das perversões, um fator existe

que, ausente nas neuroses, complica o problema. É que nas perversões os sintomas são, ou,

quando menos, prometem ser. prazerosos. O tratamento, de um lado, ameaça reacender os

próprios conflitos a que o paciente fugira mediante a sua doença; por outro lado, também

ameaça destruir um *prazer;* aliás, destruir o único prazer sexual que o paciente conhece. 0

prazer sexual normal, que o analista lhe promete, é um pássaro a voar; donde ser muito difícil

analisar indivíduos que estão intimamente em paz com as suas perversões (604). Depende o

prognóstico, em primeiro lugar e antes de mais nada, da extensão a que se constata a

determinação de se recuperar, ou da extensão a que esta se pode despertar; determinação, claro,

capaz de ter muitas motivações. Além do descontentamento do paciente, podem motivá-lo

certas considerações pelas pessoas que lhe são próximas. Em casos desta ordem, uma análise

experimental terá por objetivo principal avaliar a vontade de se recuperar: daí por Que.

paradoxalmente, o prognóstico terapêutico será o melhor possível naqueles casos em que os

pacientes pior se sentem, ou seja. nos casos em que se vê combinação com uma neurose.

Vez por outra, nos deparamos com pacientes que dizem querer se livrar da sua neurose,

mas conservando a sua perversão. Claro, claríssimo que a própria índole da psicanálise não

permite prometer resultado algum desta ordem. Decerto, é possível à psicanálise, quando um

homossexual haja, secundariate, desenvolvido angústia, curar esta sem afetar a

homossexualidade. Mas não se pode dizer, de antemão, se isso é ou não possível; muito mais

provável é que tenha o paciente de enfrentar as alternativas do tudo ou nada.

Além deste problema particular, a análise das perversões não é, globalmente vista, mais

difícil do que a análise das neuroses pré-genitalmente determinadas. Também não faltam nas

neuroses os fatores constitucionais. No caso dos homossexuais que apresentam, em sua

aparência física, traços nítidos do sexo oposto, isto ê, no caso que represente transição-

biológica na direção de um pseudo-hermafroditismo, a análise terá uma maior dificuldade.

Mesmo, porém, que, prudentes, rejeitemos, todos aqueles que mostrem características assim,

grande número ainda resta em que a psicanálise se indica. Autores diversos têm salientado o

fato de que o prognóstico do tratamento psicanalítico dos homossexuais é melhor do que, em

geral, se presume (742, 1516). Certas modificações técnicas fazem-se necessárias, análogas às

que Freud sugeriu para a neurose fóbica (600); a situação sexual normal representará a situação

fobicamente evitada, cuja busca ou procura ò analista pode sugerir a certa altura da análise

(742).

A necessidade de tranquilização que se exprime no desenvolvimento das perversões

deve-se, em muitos casos, à intensificação de necessidades narcí-sicas; a capacidade de

"negações tranquilizadoras" resulta da instabilidade da função do juízo da realidade. Daí haver

muitos pacientes que mostram tanto em seu comportamento transferencial quanto em sua

atitude geral diante da vida um transtorno caracterológico narcísico; ou que são até capazes de

apresentar quadro quase psicótico (1215). Em casos desta ordem, é claro o tratamento

psicanalítico há de se deparar com as mesmas dificuldades que se vêem nos transtornos

caracterológico ou nas psicoses.

NEUROSES IMPULSIVAS EM GERAL

Outros atos impulsivos, ego-sintônicos, se bem que não sexuais, também servem ao fim

de fugir a um perigo, de negar um perigo, de tranquilizar contra um perigo. (Esta fórmula, é

verdade, só tem validez se se incluírem entre os "perigos" as "depressões".) O objetivo de

combate ao perigo pode realizar-se, ou pode falhar.

O fim defensivo dos impulsos patológicos não exclui a possibilidade de,

simultaneamente, produzirem satisfação instintiva distorcida, de índole sexual ou agressiva. A

maneira por que o desejo de segurança e o desejo de gratificação instintiva se condensam entre

si é o que caracteriza os impulsos irresistíveis.

As impulsões patológicas não são experimentadas como compulsões. São ego-sintônicas

e não ego-alheias, mas não se experimentam da maneira por que as pessoas normais

experimentam os impulsos instintivos normais. Revelam *irresistibilidade* característica, diversa

daquela que se vê no impulso instintivo normal; irresistibilidade produzida pela condensação da

impulsão instintiva e do desejo defensivo (99).

"Irresistibilidade" quer dizer que os pacientes em causa não toleram tensões. Tudo quanto

precisam têm de obter imediatamente. O bebé, na medida em que age segundo o princípio do

prazer (675), tenta descarregar a tensão imediatamente e experimenta seja qual for excitação

como "trauma", ao qual respondem movimentos de descarga incoordenados. A superação deste

estado baseia-se em dois fatores do desenvolvimento: (a) a capacidade fisiológica de controlara

motilidade, ou seja, de transformar movimentos de descarga incoordenados em atos

intencionais; e (b) a capacidade de retardar a reação imediata. É como se os neuróticos

impulsivos houvessem aprendido o primeiro destes dois passos desenvolvimentais, sem

aprender, porém, o segundo. Executam não movimentos incoordenados, mas atos; que

significam atuar em vez de pensar. Porque não podem esperar (114), não têm ainda plenamente

desenvolvido o seu princípio da realidade e interpretam erroneamente a realidade em função de

experiências passadas. Atuam como se toda tensão fosse trauma perigoso. Os atos que praticam

não se dirigem (ou pouco se dirigem) para o objetivo positivo de realizar uni alvo, e sim se

dirigem mais para o objetivo negativo de eliminar a tensão; não visa'm ao prazer, visam à

descontinuação do sofrimento, da dor. Toda tensão é sentida como o bebé sentiu a fome, quer

dizer, como ameaça à própria existência.

Que é que faz estes pacientes intolerantes à tensão, que é que determina a índole das

impulsões ego-sintônicas que visam à superação das tensões intoleráveis?

Quanto à primeira indagação, os pacientes de que nos ocupamos se caracterizam por

fixação erótico-oral e erótico-cutânea, talvez baseada em fatores constitucionais ou em

experiências fixadoras. A experiência precoce de traumas que aumentam o temor de tensões

dolorosas também desempenham papel predisponente.

Os atos escolhidos para eliminar tensões são de vários tipos. Casos há em que estes atos

chegam quase a perversões, como é o caso dos piro-maníacos. Noutros casos, a defesa é que

está no primeiro plano. Em geral, as neuroses impulsivas mostram, como nenhum outro

fenómeno neurótico mostra, a conexão dialéctica entre os conceitos de gratificação de um

instinto e defesa contra o mesmo. A gratificação mais antiga de todas, o leite, terá trazido ao

bebé, simultaneamente, gratificação e segurança. As exigências instintivas posteriores são

derivados da fome do bebé, mas também o são as exigências posteriores de segurança e as

necessidades narcísicas. Os pacientes que temem perigo instintivo podem ansiarpela segurança

que tinham no seio materno, mas estão em dilema sério se conceberem este próprio anseio

como tensão instintiva perigosa. Os atos impulsivos deles significarão, então, o esforço por um

objetivo que ao mesmo tempo tentam evitar porque o temem. Fazem os seus objetos

responsáveis por não lhes darem o relaxamento necessário e se sentem culpados pela

agressividade com que provocam os seus objetos. Daí poderem evocar repulsas, que lhes

aliviam os sentimentos de culpa pelo fato de que a idéia se estabelece de tratamento injusto;

donde a racionalização de atitudes sádicas vingativas. A impulsividade destes pacientes orais

significa, por conseguinte, ou "Não hei de dar coisa alguma porque ninguém me dá coisa

alguma", ou "Dou a qualquer um para mostrar que sou mais generoso do que os meus pais

foram para comigo" (104, 106, 110). Via de regra, estes conflitos foram pela primeira vez

experimentados nas lutas ligadas à masturbação, esta sendo, mais adiante, substituída pelo

desejo mórbido (1440).

Os neuróticos impulsivos estão fixados na fase precoce (a que aludimos com freqüência)

do desenvolvimento em que o esforço pela satisfação sexual e o esforço pela segurança ainda

não se diferenciaram entre si. São dependentes oo amor ou da aprovação, da afeição e do

prestígio. O fato de precisarem destas provisões para a sua própria existência explica a

intensidade com que,por elas se batem Fixados na fase oral. tendem a reagir com violência às

frustrações. O conflito que neles mais avulta é aquele que se trava entre esta tendência à

violência e a tendência a reprimir toda agressividade, pelo medo da perda do amor isto é, o

medo de receber ainda menos no futuro. Os objetos ainda não são pessoas, mas apenas

fornecedores de provisões e, daí, interpermutáveis. Esta fixação é também característica das

depressões (ver págs. 361 e segs.); e o fato de ser uma só e a mesma a disposição básica dos

impulsos patológicos e da depressão é a razão pela qual quase todos os atos impulsivos servem

ao fim de evitar depressões. Claro, são coisas muito diversas solicitar de um objeto real a

provisão e existir no paciente uma regressão narcísica, pela qual as suas solicitações se dirigem

para o seu próprio superego.

FUGA IMPULSIVA

A fuga impulsiva (85, 1083, 1310, 1471, 1482, 1483) significa ou (a) fugir a um perigo

suposto e uma tentação: ou (b) fugir em busca de tranqüilização ou satisfação. O perigo,

geralmente, é representado pela depressão e por sentimentos de culpa, que o "vagabundo" tenta

deixar para trás de si. O ato da fuga pode representar defesas contra depressões e equivalentes

destas. A relação entre o vaguear e os estados maníaco-depressivos vê-se no fato de, nalguns

casos, ocorrerem os ataques a intervalos periódicos regulares.

Há analogia entre o comportamento deste tipo de paciente, que foge de uma situação

externa, mas está, de fato, tentando escapar a um estado interno de tensão, e o comportamento

do fóbico. o qual projefâ um perigo interno. O que há de trágico para ele é que, para onde quer

que fuja, está levando a si mesmo consigo. O seu desassossego típico resulta da sua intolerância

à tensão e de uma regressão a formas passiva-receptivos de controle, de modo que "fugir"

querdizer "fugir de um lugar onde ninguém ajuda para um lugar em que se dispõe de ajuda,

proteção". A fuga complica-se, habitualmente, com a violência sádica mediante a qual o

paciente tenta conseguir a ajuda de que necessita e complica-se também com o medo desta

agressividade.

A modalidade segundo a qual se esquivam situações de punição ou tentação mediante a

fuga será escolhida pelas pessoas que, crianças, hajam tido acasjão. de aplicar com êxito esta

medida. Bernfeld fez ver que isso só acontece em certos ambientes sociais nos quais as crianças

podem fugir de casa para as ruas ou para a casa de amigos sempre que se sentem intranquilas e

voltar depois, quando o perigo tenha passado (133).

O fato do lugar que os fujões tentam alcançar significar uma "mãe oral protetora, uma

"gratificação sem culpa" pode ver-se nos casos raros em que a neurose inteira se cura de

repente, quando o paciente logra encontrar lugar assim. Abraham descreveu o caso de um

impostor que se regenerou quando encontrou uma situação que lhe permitia satisfação profunda

dos seus desejos edipianos e da sua fixação materna oral, sem ter que sentir-se por isso culpado

(29). Do modo simbólico, esta busca de repouso e proteção no seio materno exprime-se no

anseio frequente pelo oceano ilimitado, que deve gratificar, mas jamais gratifica, ("long voyage

home"). O desassossego habitual dos vagabundos enraíza-se no fato de que. para quase todos

eles, a proteção que buscam volta a transformar-se em perigo porque a violência do seu desejo

é sentida como instinto perigoso. Para que obtenham repouso relativo, é preciso que a situação

para a qual fogem esteja tão perto do alvo inconsciente original que se *aceite* como substituto e,

ao mesmo tempo, tão, longe 'que não crie angústia. £m casa, o marujo pensa que este lugar há

de ser o mar; a bordo, será a sua casa.

A mais disto, o próprio ato de fugir pode ter significado sexual oculto. Viajar é bom para

todo o mundo pela multiplicidade das suas conexões com instintos sexuais parciais. Ver o

mundo gratifica a escoptofilia; errar pelo mundo gratifica o erotismo muscular; viajar em

veículos rápidos gratifica o erotismo do equilíbrio. Irembora significa, em geral, "exogamia",

isto é, ir para um lugar em que o tabu do incesto e as ameaças que se ouvem em casa não

atuam; retornando da repressão aquilo que se tenha reprimido, ir embora significa, noutro nível,

em geral, ir à busca da conquista de uma mãe (10). Todos estes significados sexuais ocultos só

produzirão, contudo, o quadro de uma neurose impulsiva se os sintomas exprimirem, do mesmo

passo, os conflitos típicos acima descritos.

CLEPTOMANIA

Em princípio, a cleptomania significa tomar posse de coisas que dão a força ou o poder

de combater supostos perigos; em particular, tal qual em casos anteriores, perigos supostos de

perda da auto-estima ou da afeição. A fórmula inconsciente é a seguinte: "Se vocês não me

derem isto, eu tomarei" (47, 92, 169, 248, 644, 756, 757, 912, 944, 955, 1043, 1112, 1401.

1408, 1526, 1606, 1646).

Se é certo que o cleptômano está lutando por uma satisfação sexual perdida, que ao

mesmo tempo foi proteção, perdão, regulação da auto-estima, ao mesmo tempo, a propriedade

que se furta tem de ser, necessariamente, a representação simbólica do leite, sem que, no

entanto, esta interpretação das mais profundas seja, por força, a única. O anseio cleptomaníaco

também pode exprimir um desejo de objetos que correspondam a níveis superiores de organi-

zação — fezes, pênis, criança, nos casos em que o desejo destes objetos se matiza de um modo

"orai", mais profundo, de querer. A importância relativa destes diversos significados

inconscientes que tem o objeto furtado depende dos pontos de fixação que mais avultam no

paciente. Nos desejos cleptomaníacos dos pacientes que não se mostram muito profundamente

transtornados, é o significado de "pênis" que mais se destaca; é o que explica o fato da

cleptomania ser mais comum nas mulheres que nos homens. "Furtar um pênis" é a fantasia

principal de algumas mulheres que pertencem ao "tipo vingativo" do complexo de castração

feminino (20), mulheres que receiam a agressividade franca e substituem o "furto" ao "assalto".

Mesmo nos rapazes o desejo de ter um pênis ião é tão absurdo quanto pode afigurar-se à

primeira vista; podem querer um Pênis diferente, grande, igual ao do pai.

A complicação mais freqüênte da cleptomania é representada pelos conflitos travados

entre o ego e o superego. Os pacientes procuram convencer-se de que, por não conseguirem

afeição suficiente, têm o direito de furtar, mas, em geral, não logram êxito; pelo contrário,

sentem-se culpados, tentam combater este sentimento de culpa por diversas formas e chegam a

tornar-se "criminosos por sentimento de culpa" (592), furtando cada vez mais, e daí enredando-

se num círculo vicioso (ver pág. 464).

Furtar (tal qual vaguear) também tem, às vezes, significação sexual direta Por exemplo,

pode representar "prática secreta de uma coisa proibida", desta forma significando a

masturbação. Há casos em que este significado sexual direto ocupa o primeiro plano; as

cleptomanias deste tipo aproximam-se da perversão.

Uma mulher de quarenta anos. que furtava com frequência, relatou excitar-se

sexualmente sempre que roubava e até experimentar orgasmo no momento em que

praticava o furto. Era frígida quanto ao coito; masturbando-se, costumava imaginar que

estava furtando.

Em casos assim, o tomar posse oral, que dá satisfação sexual, serve, do mesmo passo,

para tranquilizar a possibilidade ameaçadora de castração, do mesmo modo que atua o fetiche

no fetichismo. É muito provável que os objetos furtados por "cleptômanos perversos" sejam, de

fato, os seus fetiches.

PIROMANIA

A excitação sexual à vista do fogo é ocorrência normal nas crianças. Isto não é fácil de

explicar. A análise revela a efetividade de impulsos sádicos, os quais visam a destruir o objeto,

além de prazercutâneo ao calor do fogo. Mas há também alguma coisa mais específica

relacionada com a excitação provocada pelo fogo É constante deparar uma relação profunda

com o erotismo uretral; e foi daí que Freud partiu para uma hipótese especulativa concernente à

origem do uso cultural do fogo (627). Do mesmo modo que existem perversões co-profílicas

baseadas no erotismo uretral, também se podem desenvolver perversões que se baseiam no

derivado do erotismo uretral, o prazer com o fogo. 0 prazer de atear fogo (na realidade ou na

fantasia) pode vir a constituir a condição indispensável para o gozo sexual (229, 1221, 1623; cf.

também 788). Na perversão incendiária, a vida sexual é governada por desejos sádicos intensos,

e a força destruidora do fogo serve de símbolo à intensidade da impulsão sexual. Os pacientes

estão cheios de impulsos vingativos, os quais recebem a sua forma específica a partir de uma

fixação erótico uretral. Analogamente ao que se vê em outras neuroses impulsivas, o objetivo

típico desta hostilidade consiste em obrigar o objeto a que dê a afeição ou a atenção

narcisicamente necessária.

JOGO

A paixão do jogo é também expressão deslocada de conflitos ligados à sexualidade

infantil, suscitados pelo medo de perdera tranquilização necessária que diz respeito à angústia

ou aos sentimentos de culpa (116, 623, 1435). Em geral, os conflitos são os que giram em volta

da masturbação.

Corresponde a excitação do jogo à excitação sexual; a de ganhar, corresponde ao

orgasmo (e ao assassinato); a de perder, ao castigo pela castração (ou pela morte) Tal qual os

neuróticos obsessivos inventam vários tipos de oráculos com a intenção de fazer Deus permitir

a masturbação e libertá-los do sentimento de culpa (o que. em regra, falha), assim também o

jogador tenta o destino a que declare se está a favor do seu jogo (da sua masturbação), ou se vai

castrá-lo.

Como ocorre em todos os conflitos que se ligam à masturbação, aqui também a tividade

serve de bode expiatório às fantasias (hostis) censuráveis de que ela é o *agente.* A intensidade

dos conflitos que dizem respeito à obtenção das "provisões" indica também, no caso, uma

fixação oral; mais ainda, o elemento anal (o papel que o dinheiro desempenha) também se

mostra evidente.

Tudo isto, contudo, não basta para explicar a paixão específica pelo jogo: este é, em sua

essência, uma provocação do destino, o qual é forçado a decidir pró ou contra o indivíduo. A

sorte significa promessa de proteção (de provisões narcísica) nos atos instintivos futuros. O

mais importante, contudo, é que o jogador típico, consciente ou inconscientemente, acredita

que tem o direito de pedir a proteção especial do destino. Quem joga está tentando obrigar o

destino, de maneira mágica, a fazer o que é seu "dever", mas jogar é *lutar* com o destino. O

jogador ameaça "matar" o destino, se este recusar as provisões necessárias; e está disposto, para

este fim, a correr o risco de ser morto. Na realidade, é frequente as "fantasias masturbatórias"

inconscientes do jogo girarem em torno do parriddio (623).

Um homem que jogava apaixonadamente na loteria se comportava como se fosse

certo e inevitável que, um dia, tiraria a sorte grande; era apenas uma dívida que o

destino tinha para com ele. A análise mostrou que o "destino" encobria a figura do pai.

Aceitar ou tirar dinheiro do pai, ou rejeitar este dinheiro, era o leit-motiv da sua vida. O

paciente fora muito mimado nos três primeiros anos de vida, após os quais o pai o

privara, subitamente, dos seus privilégios. Durante a vida inteira, exigia, então,

compensação.

No jogo honesto, a chance de perder é tão grande quanto a de ganhar. O jogador atreve-se

a forçar os deuses a decidir em seu favor, esperando-lhes o perdão; mesmo perder, no entanto

(ou ser condenado, ou morto) parece-lhe preferível a que se mantenha a pressão insuportável do

superego.

Se ganhar no jogo significa rebeldia a fim de conseguir o que é necessário, perder é visto,

inconscientemente, como facilitação que visa ao mesmo fim.

Na realidade, há muitos atos impulsivos que tendem a exprimir tanto impulsos instintivos

quanto exigências também de um superego severo. O jogador pode, afinal, arruinar-se; o

piromaníaco e o gatuno podem ser, enfim, apanhados. É frequente o comportamento impulsivo

apresentar-se nos masoquistas morais que têm necessidade intensa de punição. Sob o ponto de

vista qualitativo, não existe diferença, quanto a este particular, entre os impulsos desta ordem e

as compulsões ou as perversões; muitas são as compulsões que visam a satisfazer exigências do

superego mediante punição; e há exibicionistas que só se sentem tentados quando vêem policial

perto. Quantitativamente, porém, há diferença: é mais frequente o conflito com o superego

dominar o quadro nas neuroses impulsivas (1133). O verdadeiro jogador tem de arruinar-se

afinal. E a mesma coisa se vê no fato de as neuroses impulsivas, frequentemente, tal qual os

estados maníaco-depressivos, apresentarem alterações periódicas entre fases carregadas de

culpa e fases em que, segundo parece, não atua o superego (ver Pág. 382).

Exemplo extremo deste tipo, Freud descreveu o "criminoso por sentimento de culpa"

(592), ou seja, o indivíduo tão opressor por uma culpa inconsciente que pratica certo ato

repreensível a fim de encontrar alívio na punição e na racionalização do seu sentimento de

culpa, dissipando a sua culpa de origem ignorada pela conexão respectiva com um fator

conhecido.

O jogo e a masturbação têm outro ponto típico em comum: é que ambos visam a uma

finalidade, por assim dizer, lúdica. A função psicológica lúdica é eliminar tensões extremas

mediante repetição ativa ou mediante antecipação delas em dosagem auto-escolhida e em

momento auto-escolhido. Neste sentido, a masturbação da infância e da puberdade quer dizer

"brincar" de excitação sexual, familiarizando o ego com esta excitação e preparando-o para a

capacidade de controlá-la. O jogo, no início, é imaginado como "brincadeira" no sentido de que

se inquire o oráculo, "ludicamente", de que modo decidirá em situações mais sérias. Sob a

pressão de tensões internas, perde-se o caráter lúdico; o ego já não pode controlar aquilo que

iniciou, mas é esmagado por um círculo vicioso muito sério de angústia, necessidade violenta

de tranquilização e angústia pela intensidade desta violência. O passa-tempo transforma-se em

caso de vida ou morte (984).

PERSONALIDADES DOMINADAS PELOS INSTINTOS

Existem também atos impulsivos menos típicos: existem pessoas com fixação narcísica-

oral nas quais toda ação pode enredar-se no círculo vicioso descrito e ter de praticar-se da

maneira patologicamente impulsiva.

A análise não confirma o pressuposto de que as personalidades impulsivas sejam

"psicopatas narcisistas" felizes, sem superego e, portanto, capazes de gratificar todas as suas

exigências sem consideração alguma dos outros (1603). Seguramente a falta de relações

objetais permanentes na primeira infância, ou uma fixação oral. ou experiências traumáticas são

capazes de impossibilitar o estabelecimento completo e definido de um superego efetivo; por

exemplo, as figuras parentais pódem haver mudado em sucessão tão rápida que não tenha

havido, objetivamente, nem tempo, nem oportunidade a que se desenvolvam relações e

identificações permanentes; mas as pessoas deste tipo também experimentam frustrações, às

quais desenvolvem reações. Não lhes falta superego, mas é incompleto ou patológico; e as

reações do ego ao superego patológico refletem as ambivalências e contradições que estas

pessoas sentiram relativamente aos seus primeiros objetos (84, 1122, 1266, 1525). A

psicanálise de delinquentes juvenis dá exemplos vários de relações por esta forma distorcidas

para com o superego (31, 756, 911, 1266). Os casos menos severos caracterizam-se pela

insatisfação crónica; são "hipersexuais" e hiperinstintivos porforça do seu estado de

represamento; os casos mais severos são governados por fixações orais e cutâneas, pela

ambivalência extrema para com todos os objetos, pela identidade de necessidades eróticas e

narcísicas e por conflitos entre rebeldia e o favorecimento.

Há intrujões com muita capacidade para fazer as vítimas apaixonarem-se por eles,

apenas para depois trai-las Domina-os a necessidade narcísica de provar a si mesmos

que são capazes de ser amados; mas continuam insatisfeitos e vingam-se desta

insatisfação.

As anomalias compreendem-se, às vezes, imediatamente em função da história infantil.

Os achados anamnésicos típicos entre os delinquentes desta ordem consistem em mudança

freqüênte de meio, ambiente sem amor, influência ambiental muito irregular. O complexo de

Édipo e a sua respectiva solução são, este contexto, fracos, inconscientes; há pacientes que

simplesmente jamais prenderam a desenvolver relações objetais.

Vários tipos de anomalias qualitativas do superego e da sua relação com o eqo têm papel

significativo no problema da impulsividade. Um deles é o "suborno" do superego, a compra de

liberdades instintivas pela realização anterior ou simultânea de uma exigência ideal, ou de um

castigo (ver pág. 272 e seg.). Mecanismo mais geral que pode ou não utilizar este "suborno",

Reich o descreveu como característico das personalidades muito instintivas (1266): o

"isolamento" do superego inteiro. De ordinário, o ego tenta atender às exigências do superego,

ou, ocasionalmente, procura'rejeitá-las; mas, no caso, o ego dá a impressão de manter o

superego, ativa e constantemente, a distância. Certas experiências com as pessoas cuja

incorporação haja criado o superego terão permitido que o ego sinta a consciência em certo

lugar ou em certos períodos (quase sempre de formas muito distorcidas), mas também lhe terão

permitido sentir-se relativamente livre das influências inibidoras do superego, quando tentado

pela impulsão irresistível de desejos de gratificação instintiva e de segurança. Cede-se ao

impulso imediatamente antes que qualquer inibição superegóica se possa desenvolver e o

"remorso" sente-se mais tarde, muitas vezes após deslocamento para conexão absolutamente

outra.

Isolamento deste tipo cria-se se o ego tiver antes experimentado tanto intenso prazer

erógeno quanto frustrações ambientais poderosas; em particular, quando os que deparam com

experiências desta ordem já são pessoas caracterizadas pela regulação oral da auto-estima e

pela intolerância de tensões, que se tenham desenvolvido sob a influência de traumas dos

primeiros anos ou de experiências oralmente fixadoras.

Certo paciente tornara-se extremamente impulsivo sob a influência de um pai

patológico e muito inconstante, que ora dava presentes generosos, ora os tomava; que

fazia promessas e não as cumpria, de modo que o filho aprendera a pegar logo e rápido

tudo quanto ganhava antes que lhes tirassem de novo; aprendera também a seguir todos

os impulsos logo que possível antes de lhe fazerem qualquer proibição.

A alternância de períodos de ação e períodos de remorso mostra a relação entre estas

anomalias e os distúrbios maníaco-depressivos: os atos são análogos à mania; o remorso, à

depressão.

Muito ligada ao "isolamento do superego" é a formação de uma espécie de segundo

superego, complacente com os instintos; idealização da atividade instintiva, quer pela

racionalização da própria obstinação do indivíduo ("luta por uma boa causa"), quer sob a

influência de adultos que se mostram complacentes (840). Isso, contudo, não é tão

característico da "impulsividade" quanto o é o chamado comportamento associai, que, em

certos casos, não é em absoluto impulsivo (ver págs. 468 e seg.).

Relaciona-se com o problema do comportamento impulsivo aquele do "acting out" no

tratamento psicanalítico (445, 1570). Pelo influxo da transferência, todo aquele cujos conflitos

infantis a análise remobiliza é capaz de desenvolvera tendência à repetição de experiências

passadas na realidade presente, ou à mterpretação errónea da realidade como se fosse repetição

do passado, em vez de recordar os fatos reprimidos em conexão adequada. Há pacientes,

contudo, que tendem mais do que outros ao "acting out"; e há um tipo de neurose em que este

procedimento não se limita ao tratamento analítico, mas em que toda a vida do paciente

consiste em atos que não se adaptam à realidade, visando, sim, ao alívio de tensões

inconscientes. Este tipo de neurose Alexander foi o primeiro a descrever sob o nome de caráter

neurótico (38). Discutiremos estas formas com pormenores mais adiante (ver págs. 469 eseg.).

De modo geral, têm a mesma estrutura oral que as neuroses impulsivas. Complicação que é

também válida para certos neuróticos impulsivos mostra-se no fato de que os atos em questão

igualmente podem representar tentativas de controlar experiências traumáticas mediante

repetição e mediante "dramatização" ativa.

ADIÇÃO A DROGAS

O mesmo anseio que governa outros impulsos patológicos atua nos adictos: a necessidade

de obter uma coisa que não é mera satisfação sexual, mas também segurança e garantia de auto-

afirmação; assim sendo, essencial à própria existência do indivíduo. Os adictos representam o

tipo mais nítido, mais preciso, de "impulsivos".

Certos cleptômanos metem-se em círculos viciosos fatais pelo fato de que o furto por eles

praticado aos poucos se vai tornando insuficiente para aliviá-los; têm de furtar cada vez mais;

podem ser chamados, então, adictos do furto. Outros são compelidos, violenta e

impulsivamente, a devorar todo alimento que lhes esteja ao alcance, no momento: são adictos

da comida. A palavra adicção insinua a urgência da necessidade e a insuficiência fina! de todas

as tentativas de satisfazê-la. Diferem as adicções de drogas, em certo ponto, destas "adicções

sem drogas", ponto que muito mais as complica, ou seja, os efeitos químicos das drogas.

Os efeitos habituais das drogas que os adictos usam são sedativos ou estimulantes. São

muitas as ocasiões da vida humana em que o desejo de lograr estes efeitos é muito legítimo. Se

alguém em situação desta ordem usar drogas e deixar de usá-las quando a situação muda, não

se dirá que é adicto. Quem sofre dores e toma uma injeção de morfina terá recebido a proteção

necessária. Tal qual, as drogas euforizantes protegem contra estados mentais dolorosos: por

exemplo, as depressões, casos em que é freqüênte, produzirem bons efeitos. Enquanto o uso das

drogas subsiste como medida puramente protetora, adiação não há. O adito, pelo contrário, é

aquele para quem o efeito de certa droga tem significado sutil, imperativo. De início, o paciente

talvez não tenha buscado mais do que consolo; mas, depois, chega a usar (ou a tentar usar) o

efeito da droga para a satisfação de outra necessidade íntima. A pessoa passa a depender deste

efeito, dependência que, afinal, se torna esmagadora a ponto de anular todos os demais

interesses. Assim, pois, o problema da adição reduz-se à questão da índole da gratificação

específica que as pessoas deste tipo obtêm ou tentam obter da sua sedação ou estimulação

quimicamente induzida: e reduz-se ainda às condições que determinam a origem do desejo de

semelhante gratificação.

Noutros termos, os adictos são pessoas predispostas a reagir de maneira específica aos

efeitos do álcool, da morfina, de outras drogas; a saber, de maneira tal que tentam utilizar estes

efeitos para a satisfação do desejo oral arcaico que é o desejo sexual e, simultaneamente, para a

satisfação da necessidade de segurança e da necessidade da manutenção da auto-estima (1236,

1239). Assim, pois, a origem e a índole da adição não são determinadas efeito químico da

droga, e sim pela estrutura psicológica do paciente (691 692).

Por conseguinte, o fator decisivo é a personalidade pré-mórbida. Torna se adictos aquelas

pessoas para as quais o efeito da droga tem significado pecífico. Para elas. significa realização,

ou, quando não, esperança de realização, de certo desejo profundo e primitivo, que elas mais

urgentemente sen tem do que as pessoas normais sentem os desejos instintivos sexuais ou

outros. Este prazer ou a esperança de consegui-los lhes torna desinteressante a sexualidade

genital. Rompe-se a organização genital e inicia-se uma regressão extraordinária. Os vários

pontos de fixação determinam quais serão as esferas da sexualidade infantil — complexo de

Édipo. conflitos ligados à masturbação e particularmente, impulsos pré-genitais — que hão de

vir ao primeiro plano; e por fim, a libido assume o aspecto de "energia tensional erótica

amorfa", sem "características diferenciais, nem formas de organização" (1236).

O estudo precedente do comportamento impulsivo facilita a compreensão do tipo de

prazer que os adictos estão buscando. Os indivíduos dispostos a renunciar a toda libido objetal

são, necessariamente, indivíduos que jamais estimaram muito as relações objetais. Fixados a

um objetivo passivo-narcisista, interessam-se, unicamente, em conseguir a sua gratificação,

sem preocupação com a satisfação dos parceiros, nem, aliás, com as personalidades específicas

destes. Para eles, os objetos não são mais do que fornecedores de provisões. Quanto à

erogeneidade, as zonas principais são a boca e a pele; a auto-estima, a própria existência

dependem de obtenção de alimento e calor.

O efeito da droga baseia-se no fato de que ela se sente como se fosse este alimento, este

calor. As pessoas assim não reagem do mesmo modo que os demais às situações que criam a

necessidade de sedação ou estimulação. Não toleram a tensão: não consegüem suportar a dor, a

frustração, a expectativa. Apegam-se a toda oportunidade de fugir com mais presteza e são

capazes de experimentar o efeito da droga como uma coisa que gratifica muito mais do que a

situação original, interrompida pelo sofrimento ou pela frustração precipitante. Seguindo-se à

exaltação, o sofrimento e a frustração tornam-se tanto mais difíceis de suportar, induzindo o

aumento do uso da droga. Todos os demais interesses vão sendo substituídos pelo "desejo

farmacotóxico" (1239). Na realidade, desaparecem os interesses, pouco a pouco, menos aqueles

que dizem respeito à obtenção da droga. Afinal, para eles nada mais existe do que a agulha

hipodérmica. A tendência a desenvolvimento desta ordem é fundada numa dependência oral de

provisões externas e constitui a essência da adicção de drogas; incidentais todas as demais

características.

A análise dos adictos mostra que a primazia genital tende a colapsar naqueles indivíduos

em que ela haja sido sempre instável. A análise, vê-se aparecerem todos os tipos de desejos e

conflitos pré-genitais. e aparecerem de maneira tumultuada. Os estádios finais esclarecem

mais do que os quadros confusos que se mostram durante o processo. A "tensão amorfa" final

assemelha-se, de fato, ao estádio mais arcaico de todos do desenvolvimento libidinal, antes de

haver surgido qualquer organização, a saber, a orientação oral do bebé, que pedia gratificação

sem capacidade alguma de dar e sem consideração alguma da realidade. São manifestas as

tendências orais e cutâneas nos casos em que se toma a droga pela boca ou em injeção; a

seringa, também terá qualidade simbólica genital, mas o prazer se obtém pela pele e é de

índole passivo-receptiva. Mais importante do que qualquer prazer erógeno na exaltação à droga

é, contudo, a elevação extraordinária da auto-estima. Enquanto dura esta exaltação, as

satisfações eróticas e narcisísticas tornam visivelmente a coincidir; e este é o ponto decisivo.

É fácil harmonizar com esta formulação vários achados de outros autores (299). Segundo

Simmel, o uso das drogas representa, primeiro, a masturbação genital, acompanhada de

fantasias e conteúdos correspondentes; mais tarde porém, mostram-se conflitos oriundos de

níveis desenvolvimentais mais profundos, que vão até o estádio oral (1441). Isso corresponde à

desintegração regressiva gradual da sexualidade, desintegração cujo ponto terminal é, na certa,

mais significativo do que as posições intermediárias. Simmel também mostrou que. para os

adictos de drogas, os órgãos podem representar objetos introjetados, o que também está de

acordo com a regressão oral. Igualmente, os achados de Gross no sentido de que existe, no

adicto, disfunção do superego e de outras identificações (721) se ajustam ao mesmo ponto de

vista, dado que a identificação é a relação objetal do estádio oral.

A relação entre a adição de drogas e os estados maníaco-depressivos explica-se pela

identidade do conflito decisivo. Simmel foi correto, quando chamou a exaltação produzida por

drogas de "mania artificial" (1441). Nas fases finais da doença, os adictos vivem em estados

alternantes anobjetais de exaltação e depressão "do dia seguinte", o que, em última análise,

corresponde à alteração de fome e saciedade no bebé ainda psiquicamente indiferenciado (ver

pág. 382).

As depressões "do dia seguinte" mostram-se cada vez mais nítidas no desenvolvimento

posterior das adições. O que complica decisivamente a psicologia dos adictos é a insuficiência

crescente da exaltação conseguida. Condições fisiológicas e psicológicas, ainda porse

investigarem, anulam a suficiência ou até o aparecimento da exaltação. O paciente tem de

recorrer a doses maiores a intervalos mais breves. A falta de efeito acresce o desejo; e a tensão,

quando este não gratifica, se torna mais difícil de suportar. Já então, a agulha hipodérmica é

usada menos para o fim de ganhar prazer do que para servir de proteção (inadequada) contra

uma tensão intolerável, que se relaciona com a fome e com o sentimento de culpa.

O decréscimo do efeito da droga tem, na certa, raiz fisiológica, uma psicológica também

existe. Se, em seguida à exaltação pela droga, tiverem de ser novamente enfrentadas as mesmas

desgraças que hajam iniciado o seu uso. é claro que elas ainda se mostrarão mais difíceis de

tolerar, exigindo fugas cada vez mais frequentes e mais intensas. Já sé disse também que os

próprios atos impulsivos praticados para o fim de proteger contra supostos perigos podem tor-

nar-se perigosos, desta forma se constituindo num círculo vicioso. Ê o que acontece,

igualmente, com os adictos. Se sentem que se estão desintegrando, psiquicamente, cada vez

mais. Percebem, que é um perigo, mas outro meio não têm de enfrentá-lo que não seja o

aumento da quantidade da droga. A ideia de que talvez seja perigoso forçar os deuses a dar

proteção e de que. por causa do perigo, se tem de forçá-los mais ainda é válida para qualquer

neurose impulsiva. Na adição de drogas, porém, a ideia do perigo que existe nas medidas

protetoras é muito real. por motivos fisiológicos. E um perigo: o paciente percebe-o e envolve-

se num círculo vicioso do qual não consegue sair. O ciclo maníaco-depressivo entre exaltação e

"dia seguinte" vai-se fazendo cada vez mais irregular; a exaltação, cada vez mais breve, por fim

desaparece e a depressão torna-se permanente.

Quanto aos efeitos específicos das várias drogas individuais sobre a trutura da

personalidade, quase não se tem atacado, até o momento, o pr blema de uma suplementação

psicanalítica à respectiva farmacologia especj 1 malgrado o programa de Schilderde uma

"farmacopsicanálise" (1379).

A exaltação específica pelo álcool caracteriza-se pelo fato de que as inibições bem como

as considerações restritivas da realidade são removidas da consciência antes que o sejam os

impulsos instintivos, de maneira que quem não se atreve a praticar atos instintivos pode ganhar

tanto satisfação quanto alívio com a ajuda da droga. Tem-se definido o superego como "a parte

da mente que é solúvel em álcool". Daí este haver sempre sido gabado pelo seu poder de

afugentar preocupações; os obstáculos mostram-se menores, mais próxima a realização dos

desejos: em alguns indivíduos, pela diminuição das inibições; em outros, pela fuga à realidade

de devaneios prazenteiros.

Nesta conformidade, as razões por que se retorna ao álcool são ou a existência de

frustrações externas, isto é, estados desgraçados que se querem esquecer e substituir por

fantasias agradáveis, ou inibições internas: estados em que o indivíduo não ousa proceder

contra o superego sem ajuda artificial desta ordem; inibições entre as quais são de importância

máxima as inclinações depressivas.

Uma vez cessada a infelicidade (externa ou interna), cessará ou não o hábito de beber.

Chamam-se alcoólatras, ou alcoolistas aqueles em quem isto não cessa, características

personalidades pré-mórbidas orais e narcísicas, conforme descrevemos acima quando tratamos

das adições em geral, embora haja uns tantos pontos que são específicos do alcoolismo. Knight

(960,

963,

964)

e

outros

(2,

157,260,273,301,

450,685,799,856,

903,

926,

947,1142,1155,1156,1305, 1561) mostraram que, nos alcoolistas, certas constelações familiares

difíceis criam frustrações orais específicas na infância; frustrações de que se originam fixações

orais, com todas as consequências que estas têm para a estrutura da personalidade. Nos

meninos, as frustrações também resultam em separação da mãe frustradora para o pai, ou seja,

para tendências homossexuais, mais ou menos reprimidas. Os impulsos inconscientes dos

alcoolistas são, tipicamente, de índole tanto oral quanto homossexual.

Basta ter em mente os inúmeros costumes libatórios para ver a confirmação do que

dizemos. Que os homossexuais latentes, seduzidos por frustrações sociais, gostem muito do

álcool é mais provável do que, pela sua eficácia tóxica, o álcool leve ao homossexualismo.

É muito importante determinar se alguém recorre ao álcool por angústia (depressiva)

externa ou interna, parando quando deixa de necessitá-lo, ou sé toda a psicossexualidade do

indivíduo, toda a sua auto-estima são governadas pelo desejo da embriaguez exaltada; ou,

enfim, se este desejo da embriaguez exaltada está correndo o risco de romper-se, caso em que o

indivíduo, "farmacotoxicamente impotente", tenta alcançar uma felicidade inatingível.

Decisivo também é se ainda se exige de um objeto a provisão necessária,

utilizando-se, então, o álcool como meio de facilitara conquista deste objeto; ou se o

álcool veio a tornar-se a provisão em si mesmo, o interesse por ele substituindo todo

interesse pelos objetos.

Com certo grau de segurança, o comportamento geral do paciente em relação ao

ambiente indica a extensão a que se desintegraram as suas relações objetais. Quem bebe

em convívio com amigos tem prognóstico melhor do que os bebedores solitários.

O transtorno dos bebedores periódicos constrói-se segundo as mesmas linhas que a

periodicidade dos estados maníaco-depressivos. Nos casos em que usou o álcool para fugir à

desgraça externa ou interna, esta parecerá pior, uma vez cessada a exaltação.

O álcool, em geral, ajuda a eliminar estados de ânimo depressivos, que só

reaparecem nos efeitos "do dia seguinte", mas há gente em quem ele não tarda a

precipitar as depressões. Há casos em que a análise consegue explicar em função da

história do paciente este malogro da intenção do bebedor. Toda obtenção real das

provisões necessárias transforma-se em novo perigo, em culpa nova. Nestes casos, beber

significa a "introjeção patognomônica", que precipita as depressões (ver págs. 370 e

seg.).

Os psicanalistas têm estudado pouco as psicoses dos áditos (205, 946, 1254, 1379, 1529.

1585). Na medida em que são de índole maníaco-depres-siva, basta para explicá-las na

correlação psicológica dos dois estados; quando se pode ver na adição um último recurso para

evitar um colapso depressivo, compreende-se que este ocorra quando a adição se faz

claramente insuficiente. A inutilidade do mundo objetal, superfluizada pela orientação

farmacotóxica, facilita, é claro, a "ruptura psicótica final com a realidade". É freqüênte as

psicoses começarem durante períodos de abstinência, pela circunstância que a própria retirada

fez ainda mais difíceis de aturar os remanescentes da realidade. Nas psicoses que não têm

caráter maníaco-depressivo, não se acha precisamente estabelecido onde se originam os

sintomas clínicos, a que extensão são psicogênicos e a que extensão são orgânicos ou tóxicos.

Dicussão dos sintomas paranóides vê-se no capítulo relativo à esquizofrenia (págs. 427 e segs.).

Em artigo muito ilustrativo, Tausk (1529) interpretou o delírio ocupacional alcoólico

como expressão da excitação sexual em pacientes que são erotica-mente estimulados e. ao

mesmo tempo, impotentes por efeito do álcool; são indivíduos, em níveis mais profundos,

homossexuais e narcísicos.

ADIÇÕES SEM DROGAS

Os mecanismos e os sintomas das adições também podem ocorrer sem o emprego de

quaisquer drogas e, sem as complicações resultantes dos efeitos químicos das mesmas.

Categoria especial é aquela dos já mencionados adi-tos da comida, que abrange vários tipos

diferentes (99). Nestes áditos, não ocorreu deslocamento algum que haja transformado o objeto

original (comida) dos desejos de gratificação simultânea da sexualidade e da auto-estima. Mas

estádios posteriores de desenvolvimento acresceram outros significados inconscientes à comida

desejada com anseio patológico; ela representará fezes, criança (embrião), pênis. Há casos

severos em que o comer constitui a única esfera de interesse que prende a pessoa à realidade.

Wulff descreveu um tipo especial de adição da comida, ocorrendo apenas em mulheres, de

evolução cíclica e intimamente relacionada com os transtornos maníaco-depressivos (1619)

(ver págs. 226 e seg.).

Por vezes, o alimento que se exige é de tipo específico, dependente de experiências

esquecidas que despertaram, incisivamente, os conflitos básicos. Caso desta ordem foi o

de uma adição de linguiças e salsichas.

Compreende-se que, na gravidez, se mobilizem fantasias inconscientes arcaicas

ligadas à introjeção. As mulheres que têm fixações orais e atitudes ambivalentes para

com a sua gravidez reviverão os seus anteriores conflitos relacionados com desejos

orais, de modo que as "adições específicas da comida" são mais freqüêntes durante a

prenhez do que em qualquer outro estado (829, 1144).

Há pacientes que conseguem manter a sua "adição" em nível inferior, sem a

explosão dos áditos da comida; são pessoas que precisam de café, leite, coca-cola ou até

água de maneira mais ou menos obsessiva; absolutamente normais, porém, quanto ao

mais.

Há relação característica entre desejos ansiosos de comida e fobias a alimentos ou

certos tipos de anorexia. Estes últimos estados são, às vezes, determinados pela

repressão de desejos mórbidos. A análise consegue, às vezes, em casos de fobia a

alimentos, descobrir um período esquecido da infância, em que ocorreu desejo mórbido

do tipo de alimento posteriormente evitado.

Em outros casos, a distorção terá efeito menos evidente sobre o caráter alimentar dos

objetos morbidamente desejados. Exemplo: a adição da leitura, que não é rara nos adolescentes

e, vez por outra, nos adultos.

Um paciente que não tinha capacidade de esperar precisava, obsessivamente,

levarlivros para onde ia, afim de lera qualquer minuto livre; não podia estar só consigo

mesmo. O livro no bolso dava-lhe a mesma segurança que dá a morfina no bolso do

adito. Viu-se à análise que, inconscientemente, se equiparavam ler e comer. É o

significado típico tanto da adição da leitura quanto dos distúrbios neuróticos desta

atividade (124, 1512). As fobias da leitura podem originar-se da repressão de um anseio

pela mesma; os rituais da compulsão a ler representam, às vezes, estados em que se pode

ceder novamente à ânsia de ler. O impulso a ler enquanto se come constitui tentativa de

distrair a atenção de uma excitação erótico-oral, a qual, no entanto, volta da repressão.

Diga-se o mesmo dos "hobbies", que tendem a exceder o seu caráter lúdico e a evoluir

para a preocupação obsessiva, vindo, afinal, a tornar-se absolutamente indispensáveis à

tranquilidade e à proteção contra a depressão (99).

De todos os tipos o mais importante representam-no os "love addicts", "áditos do amor"

— pessoas para as quais a afeição ou a confirmação que recebem dos objetos externos

desempenha o mesmo papel que o alimento no caso dos áditos da comida. Não conseguem

retribuir o amor, mas têm necessidade absoluta de um objeto pelo qual se sintam amados:

apenas, porém, como instrumento com que obter a gratificação oral condensada. Estes "áditos

do amor" constituem percentagem elevada das pessoas "hipersexuais" que já descrevemos (ver

págs. 227 e segs.), candidatos frequentes a distúrbios maníaco-depressivos posteriores (ver

págs. 352 e segs.).

Uma mulher, por força de certas experiências infantis, sofria de severa angústia de

ser abandonada. Tal qual a criança amedrontada não dorme sem a mãe protetora à

cabeceira, esta paciente, adulta, tinha de sentir uma união protetora com outras pessoas.

A sua principal resistência, na análise, consistiu em que ela só se interessava por

certificar-se de que o analista estava tomando seu lado, razão porque não conseguia

dizer Não a homem algum; sempre que se via só. tinha de ir a procura de um homem,

sem mais tardar. Ao que parecia, tinha atividade sexual adulta. Na realidade, a vida

sexual era para ela a mesma coisa que a mão protetora da mãe para a criança com

medo. O comportamento sexual era um meio com que reprimir os seus impulsos sexuais

plenos, os quais, certamente, tinham índole sádico-oral (ver págs. 479 e seg.).

Todos os impulsos mórbidos e também as adições (com e sem drogas) são, repita-se,

tentativas malogradas de controlar a culpa, a depressão ou a angústia pela atividade; como tais,

relacionam-se com as atitudes contra-fóbicas (ver págs. 445 e segs.).

Os pacientes tentam representar novamente, sob forma lúdica, os perigos temidos, desta

forma aprendendo a controlá-los. É frequente, porém, acontecer que o "jogo" se transforma na

"coisa verdadeira" e o perigo que tentaram evitar os esmaga.

ESTADOS DE TRANSIÇÃO ENTRE OS IMPULSOS MÓRBIDOS E AS COMPULSÕES

Neste capítulo diferenciaram-se com precisão os impulsos mórbidos ego-sintônicos, e os

sintomas ego-distônicos dos neuróticos obsessivos. Há também, no entanto, certas formas de

transição; umas tantas "adições sem drogas" dificilmente se distinguem das obsessões. Por

vezes, certos sintomas compulsivos, em sua maior parte relativamente insignificantes pela sua

índole, vêm a se tornar secundariamente sexualizados e a servir de fonte de prazer para o ego.

Podem chamar-se "obsessões prazerosas" e constituem transição para as perversões (475). Há

indivíduos, por exemplo, que costumam passar horas lendo mapas ou horários, escriturando

contas ou calculando, daí derivando prazer considerável. Combinando os hábitos com jogos

compulsivos diversos, todos os hobbies deste tipo representam, na certa, derivativos que estão

tão distanciados do impulso original que se podem tolerar, mas ainda tão próximos que dão

satisfação. Podemos também considerá-los transição entre o sintoma neurótico e a sublimação,

mas na maior parte dos casos a índole compulsiva avulta demasiadamente para que possamos

ver neles sublimação. Até certo ponto, quase todo neurótico obsessivo, além dos sintomas de

maior porte, apresentará uma quantidade de jogos compulsivos menores desta ordem, os quais

proporcionam o divertimento que o paciente não quer perder. A semelhança entre estes jogos

compulsivos e as brincadeiras infantis, nas quais se obedece a regras estritas, conduz à

expectativa de que uma sexualização secundária de atividades que, originalmente, servem de

medidas defensivas, também desempenha papel na psicologia das brincadeiras infantis. Há

hobbies e atividades prediletas ou obsessivas que representam derivativos do auto-erotismo

infantil e que ocupam posição intermediária entre os atos compulsivos e as perversões (1159,

1304).

A estrutura respectiva é, de fato, a das perversões; ou seja, eles representam

condensações de desejos erógenos e tranquilizações de perigos antagónicos. Um

paciente tinha o hobby de extrair excertos de tudo quanto lia e de arrumá-los em fichas;

com esta atividade, gozava (a) prazer erótico-anal: o que lia representava alimento; as

fichas representavam as fezes nas quais ele transformara a comida; gostava de olhar

para as fezes e de admirar a sua "produtividade" (b) tranqtlilização: com o sistema de

fichas, tinha impressão de provar que "controlava" as coisas.

Outro paciente tinha prazer obsessivo em comprar coisas pelo correio; e or-

gulhava-se de entender de todos os tipos de mercadorias. Criança, costumava estudar os

catálogos da Sears-Roebuck em todo os pormenores: no hobby posterior tentava mostrar

que não fizera isso à-toa. Veio-se a descobrir que a história desta preferência era bem

complicada, mas os fatos a seguir bastarão para mostrar-lhe a dupla natureza de

atividade sexual e tranquilização:

1. Quando o paciente era pequeno, o pai mostrou-lhe, certa vez, um catálogo em

que havia uma estátua de mulher nua, dizendo-lhe: "É assim que são as mulheres." O

que o paciente recordava era que não entendera bem o que o pai queria dizer e que

ficara confuso. (Na análise, admitiu-se que. de fato, ele vira a figura espontaneamente,

ficara confuso, com a falta do pênis. perguntara ao pai e recebera a resposta: "É assim

que as mulheres são.") O estudo posterior de catálogos tinha analogia com uma

perversão escoptofílica: olhando as figuras, ele tentava superar e negar a sua ignorância

e confusão; em nível mais profundo, seu medo da castração. Masa mulhernua original

era pordemais apavoradora e tivera de ser substituída por "mercadoria".

2. Mais ou menos na mesma época, o paciente foi sozinho a uma loja de. ferragens

comprar ferramentas; não sabendo ao certo o que queria, o vendedor ralhou com ele e

mandou-o embora. A mortificação narcísica teve de ser compensada, primeiro, pela

aquisição de conhecimentos extraordinários relativos a mercadorias (o estudo dos

catálogos era "preparação" obsessiva para a "coisa verdadeira" de uma compra real);

segundo, pela substituição da encomenda postal à compra pessoal. Sonhos e sintomas

mostraram que o fato ocorrido na loja servia para encobrir outro fato anterior. Pela

reconstrução analítica, viu-se que o menino molhara, uma vez, as calças enquanto estava

na loja, o que lhe produzira vergonha.

3. A mãe do paciente era muito crítica e severa, se bem que muito incoerente nas

suas críticas. Tanto magoava com frequência o orgulho viril do menino quanto criticava

o marido por não ser ativo e por deixar que outros se aproveitassem dele. A ambição de

ser bom comprador também representava o desejo edipiano do menino.

Quando estudava catálogos, o paciente preparava-se para provas futuras da sua

masculinidade e para tentar evitar repetições de falhas e confusões. Toda mercadoria

significa "mulheres nuas", que o paciente, a esta altura, conhece quanto basta para

orgulhar-se de si mesmo e exibir a sua virilidade. Mas o caráter obsessivo do hobby e a

intensidade das encomendas postais, que, na verdade, constitui fobia de comprar,

mostram ainda' não estar muito seguro. Realmente, embora muito ambicioso, tinha

grande angústia de castração e sentimentos de inferioridade, a cuja negação visava o

hobby prazeroso.

Um prazer secundário nas obsessões tem de distinguir-se da prática obsessiva de atos

aparentemente sexuais sem sentimentos sexuais, ou sem sentimentos suficientes desta ordem.

Os sintomas que se criaram para o fim de rejeitar a lasturbação, mediante penetração pelas

forças rejeitadas, acabam sendo substituídos pela masturbação, esta não produzindo prazer. A

falta de satisfação Jumenta a necessidade da mesma e o perdão-proteção dos deuses, que pos-

sibilitaria a satisfação relaxadora, será procurado com a mesma fúria agressiva, mediante a

masturbação, com que o jogador o procura no jogo. E tal qual este ultimo, a masturbação

também pode ser praticada com o fim de punição, nela se pensando como equivalente da

castração (412). O ego demonstra a sua 3uto-destruição ao seu superego, pedindo perdão pelo

favorecimento e pela teimosia; e o superego se comporta tal qual os deuses que puniram a

ganância do rei Midas, arruinando-o pela realização dos seus desejos. A sexualidade que o ego

queria é concedida, mas de maneira dolorosa e devastadora. O mesmo se diga de certos atos

perversos que, desta forma, se podem chamar perversões compulsivas. O comportamento

instintivo desta ordem talvez represente tentativa desesperada e inadequada de descarregar, por

forma sexual, tensões de qualquer sorte. O ato pratica-se tanto para obter *prazer* ou produzir

castigo quanto para eliminar uma tensão dolorosa intolerável e para aliviar um estado

depressivo (665). Do mesmo modo que a droga pode tornar-se insuficiente nas adições e haver

necessidade de quantidade cada vez maior, assim também a impotência orgástica (1270) pode,

em casos assim, exigircada vez mais dos atos pseudo-sexuais. Em casos severos de "adições

sexuais", a sexualidade perde a sua função específica e passa a constituir proteção não

específica malograda contra os estímulos.

Os indivíduos deste tipo, que se preocupam com a sexualidade sem obter prazer

sexual, podem, pelo contrário, ganhar prazer narcísico da sua suposta potência (ver pág.

515).

Em algumas atividades sexuais, o parceiro sexual serve ao mesmo fim que a droga na

adição.

PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA NAS NEUROSES IMPULSIVAS E NAS ADIÇÕES

Muito ainda se discute sobre a terapia psicanalítica das pessoas portadoras de impulsos

mórbidos ou dos adictos. Quem compreender os mecanismos envolvidos verá claramente que,

em princípio, os pacientes deste tipo respondem à psicanálise; do ponto de vista prático,

contudo, existem problemas particulares a superar. Não só os sintomas são prazerosos, de modo

que os casos criam para o analista as mesmas dificuldades que as perversões; mas, além disto, a

constituição narcísica, pré-genital, dos pacientes exige que se retorne aos estratos mais

profundos; e a intolerância da tensão obriga a modificações da técnica. Admite-se, em geral,

todavia, que o tratamento psicanalítico deve ser tentado sempre que possível. Se se deixar

inalterada a disposição pré-mórbida do adicto após a retirada da droga, o paciente não tardará a

sofrer a indução do retorno ao uso desta. Não é o efeito químico da droga que se combaterá,

mas o desejo mórbido de ficar inebriadamente eufórico.

O melhor momento para iniciar a análise é, durante ou logo após a retirada; mas não se

espere que o paciente permaneça abstinente em todo o curso da análise. Se tiver oportunidade,

tornará a usar a droga, provavelmente, sempre que predominar na sua análise a resistência. É

por isto que os adictos têm de ser analisados em instituições, de preferência em ambulatórios

(219, 964, 1440). Não há regras gerais que se possam estabelecer quanto ao momento e quanto

ao modo pelo qual se suspenderá o uso da droga nos casos de recaída. Do conceito geral que se

tem do transtorno resulta que a adição segue a evolução de um processo desintegrante crónico e

que a consideração mais importante de todas, no ponto de vista terapêutico, reside no estádio de

desintegração a que se inicia a análise. O conceito "áditos de drogas" abrange indivíduos cujas

relações com a realidade são muito diversas e cujas capacidades também diferem muito no

tocante ao estabelecimento de transferências (1440).

Também não se menospreze o fato de que as adições começam como busca de proteção

contra estimulação penosa. Muitos dos chamados beberrões bebem, essencialmente, para fugir

a condições externas insuportáveis. Em casos , desta ordem, a terapia não adiantará enquanto

persistirem tais condições: e se fará desnecessária se elas mudarem.

Relativamente aos casos de determinação mais interna, pode-se afirmar, em geral, que

quanto mais recente a adição, melhor o prognóstico.

No que toca a outras formas de comportamento impulsivo, depende o prognóstico,

primeiro, dos mesmos fatores que infuem nas perversões; e segundo, da forma por que a

intolerância à tensão responde ao tratamento. Mediante certo tipo de tratamento preliminar, será

possível aumentar a consciência da doença no paciente e reforçar-lhe o desejo de curar-se antes

de iniciar a psicanálise propriamente dita; e certa atividade da parte do analista, tal qual já

referimos, será necessária ao trato da intolerância à tensão e da tendência ao "acting out". As

modificações necessárias da técnica são referidas na literatura especial (438, 445, 491, 506,

669, 1271, 1279 e outros).

17

Depressão e Mania

DEPRESSÃO E AUTO - ESTIMA

Se compreendermos as neuroses impulsivas e as adições, teremos o pré-requisito básico

do estudo daquele mecanismo de formação de sintomas que é o mais freqüênte e também o

mais problemático: referimo-nos à depressão. Em grau ligeiro, ocorre esta em quase toda

neurose (quando menos, sob a forma de sentimentos neuróticos de inferioridade): em grau mais

elevado, é de todos os sintomas o mais terrível no tormentoso estado psicótico da melancolia.

Baseia-se a depressão na mesma predisposição que a adição e os impulsos patológicos.

Para o indivíduo que se fixa no estado em que a auto-estima lhe é regulada por provisões

externas, ou para o indivíduo cujos sentimentos de culpa o fazem regredir a este estado, tais

provisões são necessárias. Vivem em situação *de* perpétua avidez. A não se lhes satisfazerem

as necessidades narcísicas, diminui-lhes a auto-estima a ponto de risco. Tudo serão capazes

de fazer para evitá-lo; todos os meios tentarão como para induzir os demais a deixá-lo

participar do suposto poder que tenham. De um lado. a fixação pré-genital dos indivíduos deste

tipo manifesta-se em tendência a reagir a frustrações com violência: doutro lado, a dependência

oral respectiva leva-os a tentar obter aquilo de que precisam pela propiciação e pela submissão.

O conflito que se produz entre estes dois artifícios é característico das pessoas portadoras da

predisposição a que aludimos.

E freqüênte os processos propiciatórios revelarem-se, à análise, com o aspecto

simultâneo de rebeldia. O sacrifício e a prece, que são os processos clássicos de

propiciação, sentem-se muitas vezes como se constituíssem uma espécie de violência

mágica que se usa para obrigar a Deus a dar o que é necessário Há muitas atitudes

depressivas que representam nitidamente, condensações desta or dem de propiciação e

agressividade.

As pessoas deste tipo, necessitam continuamente de provisões que dêem satisfação sexual

e aumentem, do mesmo passo, a auto-estima. são 'adictos do amor", incapazes de amar

ativamente. mas passivamente necessitados de se sentirem amados. Mais ainda: caracterizam-se

pela sua dependência e pelo seu tipo narcísico de escolha objetal. As relações objetais para elas

misturam-se a traços de identificação: e elas tendem a mudar com frequência de objetos por

que objeto algum é capaz de dar a satisfação necessária. Exigem dos seus ob jetos um

comportamento que lhes permita ou estimule a participação, capacitando-os a sentir-se

unificados ao parceiro (ver págs. 473 e segs.). Sem con sideração alguma pelos sentimentos dos

seus semelhantes, deles exigem que lhes compreendam somente os seus sentimentos; sempre

inclinados a estabelecer "bom entendimento'" com as pessoas, se bem que incapazes de preen-

cher o seu papel respectivo nesse entendimento: é uma necessidade que os obriga a tentar negar

a sua permanente disposição à reação hostil.

De acordo com a fixação precoce das pessoas deste tipo, a personalidade do objeto não

importa muito. Elas precisam de suprimentos, não importando quem as dê. Nem tem de ser,

necessariamente, uma pessoa; pode ser uma droga, um hobby obsessivo. Algumas dentre elas

vivem pior do que outras: tanto necessitam provisões quanto, do mesmo passo, receiam obtê-

las pelo fato de que as consideram, inconscientemente, perigosas.

Tal qual no caso dos áditos de drogas, os "áditos do amor" também podem vir a tornar-se

incapazes de conseguir a satisfação desejada, o que. por sua vez, lhes aumenta a adição. A

causa desta incapacidade decisiva é a ambivalência extrema que se lhes associa à orientação

oral (1238).

Compreenderemos com mais facilidade este tipo arcaico de regulação da auto-estima

recapitulando os estádios desenvolvimentaís dos sentimentos de culpa (ver págs. 123 e segs.).

Na vida do bebé, alternam os estádios de fome e saciedade. O bebé faminto se lembra de que já

foi satisfeito e tenta forçar a volta deste estado pela afirmação da sua "onipotência", gritando e

gesticulando. Mais tarde, depois de perder a crença na sua onipotência, projeta-a nos pais e

tenta recuperá-la pela participação na onipotência destes, participação de que precisa, o

sentimento de ser amado, do mesmo modo que, anteriormente. precisava do leite. A esta altura,

a sucessão de fome e saciedade é substituída pela sucessão de estados em que a criança se sente

sozinha e, daí, experimenta uma espécie de autodepreciação — chamamo-la aniquilamento -- e

estados nos quais se sente amada e se lhe restabelece a auto-estima. Mais tarde ainda, o ego

adquire a capacidade de julgar pela previsão do futuro e, então, cria (ou antes utiliza) estados de

"aniquilamentos menores" ou "diminuições pequenas da auto-estima. como precaução contra a

possibilidade de uma perda real e definitiva das provisões narcísicas. Mais tarde ainda, o

superego desenvolve-se e assume a regulação interna da auto-estima. Já não basta, como pré-

requisito único, o sentimento de ser amado; o sentimento de haver feito o que e direito faz-se,

então, necessário A consciência desenvolve a sua função de advertência; a "consciência má"

cria estados de aniquilamento menores ou de diminuições pequenas da auto-estima, a fim de

advertir do perigo que consistira na perda definitiva das provisões narcísicas; desta vez, perda

que vem do superego. Há condições nas quais o sinal de advertência da consciência falha e se

transforma no sentimento tormentoso do aniquilamento completo que e • melancolia, do

mesmo modo que. na histeria, o sinal de advertência da angústia pode transformar-se,

subitamente, em pânico completo. Prolongamos a explicação deste tipo de falha da consciência,

mas o estudo da depressão é o lugar em que cabe a ela voltar.

Uma depressão severa representa o estado a que o indivíduo oralmente dependente chega

quando faltam as provisões vitais; as depressões ligeiras são antecipações deste estado para fins

de advertência.

Os motivos de defesa contra os impulsos instintivos são a angústia e o sentimento

de culpa. Do mesmo modo que, na histeria, ainda se vê, manifesta, uma angústia que

motiva a defesa, também se vê em algumas depressões simples um sentimento de culpa

motivando-a.

Após épocas de privação e frustração prolongada, todos os indivíduos tendem a

ficar apáticos, morosos, lentificados, desinteressados. Ao que parece, até as pessoas

normais precisam de certa quantidade de provisões narcísicas externas, cessando as

quais inteiramente, elas caem na situação do bebé que não é suficientemente assistido.

Estes estados são modelos de "depressões simples"; há estados transitórios entre as

"depressões" deste tipo e as regressões a um estado passivo de realização alucinatória

de desejos, situação em que já não se dirigem exigências para o mundo real e a vida é

substituída por uma existência vegetativa, passiva, anobjetal. tal qual se vê nos estados

catatônicos (ver pág. 112).

De um lado. as depressões neuróticas são tentativas desesperadas de forçar um objeto a

que dê provisões vitalmente necessárias; por outro lado, as depressões psicóticas mostram que

se produziu, de fato. perda completa verdadeira, as tentativas regulatórias visando apenas ao

superego (597. 668. 1238).

Esta não é. contudo, uma diferença absoluta. Nas depressões neuróticas, também

desempenham papel importante os sentimentos de culpa e o medo do abandono pelo

superego; a afeição dos objetos externos é. então, necessária para o fim de opor-se ao

superego acusador. Nas depressões psicóticas, onde a luta se trava em nível narcísico.

ainda permanece visível a ambivalência em relação aos objetos externos.

ORALIDADE NA DEPRESSÃO

A pré-genitalidade destes pacientes exibe-se, antes de mais nada. na orientação anal.

Mostrou Abraham que a personalidade das pessoas maníaco-depressivas se assemelha, nos

intervalos livres, em muito, à dos neuróticos obsessivos (5.26). É freqüênte combinarem-

se as depressões às neuroses obsessivas. Muito comumente. o dinheiro desempenha papel

importante no quadro clínico (medo de perda de dinheiro e medo da miséria nas depressões):

Por trás da orientação anal. é fácil sempre ver tendências francas de iixação oral. A recusa de

alimento não só é o sintoma clínico mais comum da melancolia, como é concomitante de toda

depressão. Vez por outra, este sintoma alterna com a bulimia.

No capítulo em que tratamos dos distúrbios psicossomáticos, falamos num tipo de

depressão neurótica em que as fases depressivas se combinavam a bulimia, ao passo que

as fases em que os pacientes comiam menos eram aquelas em que se sentiam bem (ver

pág. 226)

Mostram-se fantasias canibalísticas nos delírios dos melancólicos, bem como em tipos

menos severos de depressão, nos quais são observadas em sonhos ou representando significado

inconsciente de um ou outro sintoma. É comum os pacientes deprimidos regredirem a

atividades erótico-orais da infância: por exemplo, chupar o dedo. Os deprimidos também

exibem vários traços orais de personalidade (5. 13. 26. 597) (ver pág. 453).

As idéias inconscientes das pessoas deprimidas (e, freqüêntemente, também bém os seus

pensamentos conscientes) são cheios de fantasias de pessoas ou partes de pessoas que hajam

comido. Para quem tem experiência de análise não se enfatizará demais com que concretude

esta incorporação oral se conceb como devorar (153).

No capítulo anterior, aludimos a uma paciente que não podia comer peixe porque

os peixes tem "almas" e assim lhe representavam o pai, morto quando ela tinha um ano.

A paciente tinha sintomas gastrintestinais neuróticos e achava que o "diafragma" lhe

doía; sintomas nos quais estava rejeitando o seu desejo edipiano, que assumira a forma

do desejo de comer o pai morto. Descobriu-se que, no dialeto alemão que ela falava,

Zwerchfell (diafragma) se pronunciava como se se escrevesse Zwergfell (e Zwerg quer

dizer anão); a mulher imaginava que um anãozinho, aos saltos, lhe fazia reboliço no

ventre. O seu Zwerchfell era o pai devorado, ou melhor, o pênis dele devorado.

É bem freqüênte as crianças mostrarem que acreditam, emocionalmente, na

possibilidade de comer uma pessoa e de serem comidas, mesmo muito tempo em seguida

à rejeição intelectual desta ideia (cf. 177)

A oralidade receptiva característica acompanha um erotismo cutâneo receptivo, isto é, o

desejo de calor que conforte.

Uma paciente severamente ansiosa jião conseguia ir de noite para a cama porque

não realizava o relaxamento necessário e porque, inconscientemente, considerava o fato

de não ir para cama como forma de obrigar o destino a suprir-lhe as necessidades.

Obtinha repouso e relaxamento relativos com dois atos que substituíam o amor: (a)

bebia; (b) sentava-se no calorífero e gozava-lhe a quentura.

Os objetivos de incorporação assinalam também diferença entre a analidade que se vê nas

depressões e a analidade dos neuróticos obsessivos. A analidade do deprimido não tenta reter o

objeto, mas, sim, a incorporar, mesmo que o objeto deva ser destruído para este fim. Abraham

demonstrou que este tipo de analidade corresponde ao subtipo mais arcaico do estádio sádico-

anal. Uma regressão ao nível anal mais arcaico é, evidentemente, passo decisivo. Com a perda

parcial dos objetos que'ocorre neste estádio, o paciente está livre de todo constrangimento e a

sua libido regride mais ainda à oralidade e ao narcisismo (26),

SUMARIO DOS PROBLEMAS RELACIONADOS AOS MECANISMOS DA

DEPRESSÃO

As experiências que precipitam depressões representam ou uma perda da auto-estima, ou

uma perda de provisões que, na expectativa do paciente, lhe garantiriam ou até aumentariam a

auto-estima. São experiências que, em pessoas normais, também implicam perda da auto-

estima: por exemplo, fracassos, perda de prestígio, perda de dinheiro, estado de remorso; ou

implicam a perda de provisões externas, quais sejam a decepção amorosa, a morte de um aman-

te; mais ainda, podem ser tarefas que o paciente tem de cumprir e que, objetiva ou

subjetivamente, o fazem mais consciente da sua "inferioridade" e das suas necessidades

narcísicas; experiências até que, para quem é normal, significariam aumento da auto-estima

podem precipitar uma depressão, no caso do êxito amedrontar o paciente como ameaça de

punição ou retaliação; ou ainda, mo imposição de tarefas posteriores, por esta forma

aumentando-lhe a ne-ceSsidade de provisões.

Os pacientes que reagem a decepções amorosas com depressões severas são

sempre pessoas para as quais a experiência do amor terá significado tanto gratificação

sexual quanto gratificação narcísica; com o amor, perdem a própria existência. Têm

medo desta perda e, em geral, são muito ciumentas. É de se notar que a intensidade do

ciúme não corresponde em absoluto à intensidade do amor. Aqueles que são mais

ciumentos não conseguem amar, mas precisam do sentimento de que são amados.

Percam o que perderem, tentam, sem demora, encontrar substituto do parceiro perdido,

bebendo, por exemplo, ou procurando outro parceiro imediatamente, esta atitude

podendo aumentar-lhes o ciúme, em base projetiva; o desejo de achar outro parceiro é

projetado e o paciente crê que os parceiros é que estão procurando novo objeto

(verpágs. 403 e 475 e seg.).

Na fenomenologia da depressão, o que mais aparece é uma perda maior ou menorda auto-

estima. A fórmula subjetiva será: "Perdi tudo; agora, o mundo está vazto", quando a perda da

auto-estima resultar, sobretudo, de uma perda de provisões externas; ou será: "Perdi tudo

porque nada mereço", quando se segue, principalmente; a uma perda de provisões internas que

venham do superego.

Os pacientes tentam fazer que as pessoas circunstantes lhes restituam a auto-estima

perdida. É frequente tentarem cativar os seus objetos pela forma característica dos masoquistas,

exibindo a sua miséria e acusando os objetos de serem os causadores da desgraça; por esta

forma, exigem e até lhes extorquem afeição, como era o caso, já mencionado, do rei Frederico

Guilherme da Prússia (ver pág. 333). E o que se observa com mais facilidade nas depressões

neuróticas do que nas psicóticas, visto que a atitude propiciatória do neurótico se dirige mais

para objetos externos.

Isto se observa até em simples sentimentos neuróticos de inferioridade e no "mau-humor"

(1617) que com freqüência se exprime pela fórmula "Eu não presto"; os neuróticos mostram

comumente sentimentos latentes de culpa porque sentem que os seus impulsos "maus"

rejeitados ainda atuam dentro deles.

Em geral, enraízam-se no malogro do complexo de Edipo os sentimentos

neuróticos de inferioridade, significando: "Já que a minha sexualidade infantil acabou

em fracasso, inclino-me a pensar que terei de fracassar sempre" (585). Estes sentimentos

também se ligam intimamente ao complexo de castração, de modo que-o paciente, por

exemplo, nos confrontos que faz entre si e os outros, está comparando, inconsciente, os

genitais. Mas não são só estas condições que determinam os sentimentos neuróticos de

inferioridade, cuja fonte verdadeira está na consciência do empobrecimento do ego por

força dos conflitos neuróticos inconscientes (585). Há muitas "depressões neuróticas"

simples que se devem ao fato de Que, a percentagem maior da energia psíquica

disponível se gastando em conflitos inconscientes, não sobra "quantum" baste para

permitir o desfruto normal da existência e da vitalidade. Mais outra determinante dos

sentimentos neuróticos de inferioridade é aquela que resulta do sentimento latente de

culpa, visto continuarem a atuar os impulsos rejeitados. As pessoas que tendem ao

desenvolvimento de depressões tentam eliminar o sentimento de culpa fazendo os objetos

dar-ihes afeição; se este influenciamento assume forma mais sádica, suscitam-se

posteriores sentimentos de culpa e cria-se um círculo vicioso.

Até psicóticos deprimidos se inclinam a acusar os objetos de não amarem e inclinam-se

também a se comportar sadicamente para com os objetos externos. É o que se vê em certas

modalidades de comportamento destes pacientes, modalidades que se opõem, em sentido

estrito, ao sentimento consciente de que eles próprios são as piores criaturas do mundo. O

paciente deprimido, que, na aparência, é tão extremadamente submisso, na realidade con segue,

muitas vezes, dominar todo o seu ambiente. A análise mostra que aí reside manifestação de

intenso sadismo oral.

Em uma das suas psças, Nestroy faz um melancólico dizer: "Se não conseguisse

aborrecer os outros com a minha melancolia, não a desfrutaria em absoluto."

Acentue-se, mais uma vez, não ser nítida a fronteira que separa as depressões neuróticas,

com lutas ambivalentes, ligadas às provisões narcísicas, entre o paciente e os seus objeios, das

depressões psicóticas, nas quais o conflito se internalizou. Os conflitos entre o superego e o ego

atuam em todo aquele que tem necessidades narcísicas. Resíduos de esperança na ajuda externa

ainda atuam, talvez, nas psicoses depressivas severas (1383).

Já que as depressões começam com aumento das necessidades narcisís-ticas, isto é, com o

sentimento "Ninguém me ama", seria de esperar que o paciente sinta que todos o odeiam.

Embora, de fato, ocorram delírios desta ordem, o sentimento de ser universalmente detestado

vê-se com mais frequência nos casos que representam estados de transição para os delírios

persecutórios Os deprimidos clássicos tendem mais a sentir que não são tão odiados quanto

deveriam ser. que a sua depravação não se mostra com bastante clareza para os outros. A

posição característica é menos "Todos me odeiam" do que "Eu me odeio". Evidentemente, o

paciente deprimido não pode amar a si mesmo, como não pode amar o objeto externo; é tão

ambivalente para consigo mesmo quanto para os objetos. Estratificam-se, porém, de modo

diferente os dois componentes da ambivalência. Relativamente ao objeto, os impulsos

amorosos (ou. quando menos, os impulsos para a vontade de ser amado) são mais manifestos,

ao passo que o ódio está oculto. Relativamente ao seu próprio ego, é o ódio que mais alto fala.

enquanto a supervalorização narcísica primária do ego permanece oculta. £ só a anáiise que

revela se portar o paciente deprimido, muitas vezes, com arrogância considerável e se impor

aos seus objetos, importunando-os.

A hostilidade em relação aos objetos que frustram ter-se-á transformado em hostilidade

contra o próprio ego do indivíduo. A autodetestação mostra-se sob a forma de sentimento de

culpa, ou seja, de discórdia entre o ego e o superego. Foi pelo estudo da depressão que se

reconheceu pela primeira vez a existência da instância psíquica que se conhece pelo nome de

superego (597. 608). A efetividade deste só se faz evidente quando conflita com o ego, isso,

certamente, ocorrendo em todos os casos de má consciência mas em grau extremo nas

depressões.

Uma reorientação da hostilidade (que, originalmente, visava aos objetos contra o ego e os

conflitos patológicos resultantes dentro da personalidade, nos os vemos também em fenômenos

fora de esfera da depressão. Na hipocondria e em alguns sintomas de conversão pré-genital, os

conflitos entre o indivíduoe objetos externos transpõem-se para a personalidade, nela se

mantendo sob? forma de conflitos entre o ego e o superego, ou entre o ego e certos órgãos.

Existem sintomas compulsivos em que se reconhecem manifestações dos ataques do ego

contra o superego (ver págs. 272, e segs.). A internalização dos conflitos externos originais

processa-se na depressão, da mesma maneira que gstes fenómenos: por introjeção, isto é, pela

fantasia de que o objeto ambivalentemente amado tenha sido devorado e passado a existir

apenas dentro do corpo; introjeção esta que, do mesmo modo constitui fantasia sexual do

paciente cuja sexualidade tem direção oral.

E característica da depressão (em particular, da depressão psicótica) a circunstância de

que falham as tentativas de restabelecer o equilíbrio narcísico perdido mediante a introjeção

dos objetos. A introjeção, pela sua índole sádica, é percebida como perigo ou culpa, e as lutas

originalmente travadas com o objeto externo prosseguem, dentro do "estômago" do paciente,

com o objeto in-trojetado. O fato de já estar presente no superego outro objeto introjetado. en-

volvendo-se na luta, vem complicar o quadro. A pessoa deprimida, após a introjeção do objeto,

não experimenta raiva alguma do tipo "Quero matá-lo (matar-me)", mas, sim, o sentimento

"Mereço ser morto". Em regra, é o superego que se volta contra o ego com a mesma fúria que

este ego já terá usado em sua luta com o objeto. O ego, por sua vez, enfrenta este superego tal

qual já enfrentou o objeto. Daí resulta que a luta *sujeito uersus introjeto* se complica de dois

modos: no primeiro plano, está a luta *superego uersus ego + introjeto;* mas o ego. na sua

ambivalência relativamente ao superego, transforma-a em luta de *ego uersus superego +*

introjeto (26, 597).

LUTO E DEPRESSÃO

Para clarificar esta introjeção e as consequências respectivas. Freud com-oarou a

depressão ao fenómeno do luto, que é normal e afim (597). Quando uma criança perde um

objeto, os desejos libidinais, já não mais ligados àquele, inundam-na e são capazes de criar

pânico. Na saudade dos mortos, o adulto aprendeu a controlar esta inundação pelo retardamento

do processo afrouxador necessário. O vínculo com o objeto perdido é representado por centenas

de recordações separadas; a dissolução do vínculo para cada uma delas realiza-se

separadamente, isso levando tempo. Freud chamou este processo "trabalho do luto", cuja

execução constitui encargo difícil e desagradável, que muita gente snta ainda retardar

apegando-se à ilusão de que o ente perdido ainda vive, desta forma prolongando o trabalho

necessário. A falta aparente de emoção nas Pessoas que perderam entes queridos também pode

resultar de identificação com o morto.

A ilusão de que a pessoa perdida ainda vive e a identificação com ela ligam-se

intimamente. Todo aquele que perdeu alguém tende a simplificar a sua tarefa pela edificação de

uma espécie de objeto substituto dentro de si mesmo, em seguida à partida do objeto

verdadeiro, para este fim utilizando o mesmo ecanismo que empregam todas as pessoas

desapontadas, inclusive os deprimidos; a saber, a regressão do amor à incorporação, da relação

objetal à identificação. É freqüênte a possibilidade de observar que quem está de luto se põe,

numa ou noutra particularidade, a assemelhar-se ao objeto perdido; por exemplo, segundo

relatou Abraham, os cabelos se lhe fazem grisalhos como eram os do morto (26); desenvolve

sintomas cardíacos, se o objeto tiver morrido de cardiopatia; assume uma ou outra das

peculiaridades da fala ou da mímica do morto. Freud salientou que este processo não se limita

ao caso de perda pela morte, mas também se vê na situação meramente psíquica (referia-se às

mulheres que, depois que se separam, assumem características dos amantes) (608). A bulimia

(que se institucionaliza sob a forma de repastos funéreos, recordando os festejos totêmicos dos

selvagens) (579, 1640), significando, inconscientemente, a ideia de comer o morto, e a recusa

de alimento, que quer dizer a rejeição desta ideia, enquadram-se nos lirnítes do luto normal; e

tudo isso evidencia uma identificação com o morto, subjetivamente percebida como in-

corporação oral que ocorre no mesmo nível que na depressão psicótica, porém com menos

intensidade.

O estudo do folclore da morte e das praxes'funéreas convence da universalidade da

introjeção como reação à perda de um objeto (606, 1640). As roupas pretas do luto são resíduos

do luto primitivo "com saco e cinza", o qual representava identificação com o morto (1642).

Tudo quanto estamos dizendo corrobora a formulação freudiana: "E bem possível que a

identificação seja a condição geral na qual o id há de abandonar os seus objetos" (608). Muita

gente que perdeu o pai ou a mãe nos primeiros anos de vida mostra sinais de fixação oral e

tende a estabelecer, de par com as suas relações objetais propriamente ditas, identificações

extensas, ou seja, tende a incorporar os seus objetos.

Ao que parece, para a pessoa normal, é mais fácil afrouxar os vínculos com uma

introjeção do que um objeto externo. O estabelecimento de uma introjeção é meio de facilitar o

afrouxamento final. Consiste o luto em dois atos: o primeiro é o estabelecimento de uma

introjeção; o segundo, o afrouxamento da vinculação ao objeto introjetado.

O luto complica-se ainda mais, faz-se até patológico, quando a relação de quem sobrevive

para com o objeto perdido tiver sido extremamente ambivalente, caso em que a introjeção

adquire significado sádico; a incorporação nesta ocorrência, representa tentativa tanto de

conservar o objeto amado quanto de destruir o objeto odiado. Se no primeiro plano houver

significado hostil desta ordem, a introjeção criará novos sentimentos de culpa.

Um caso de morte tem sempre probabilidade de mobilizar ambivalência. A morte

anteriormente desejada de alguém será, às vezes, percebida, como realização deste desejo. A

morte de outras pessoas pode gerar sentimentos alegres pelo fato de haver atingido outrem, não

a nós mesmos. Pessoas narcísi-camente orientadas, durante o penoso estado do luto, tendem,

inconscientemente, a recriminar os amigos mortos por lhes terem causado essa situação

dolorosa. São reações que criam sentimentos de culpa e remorso; aliás, mesmo nos rituais

mortuários normais, nunca faltam sintomas de remorso.

Os mendigos e os empresários desonestos muito bem percebem o ânimo contrito,

impregnado de remorsos, dos parentes dos mortos; e sabem tirar daí proveito.

A identificação com o morto também tem significado punitivo: "Desejaste que outra

pessoa morresse; por isto, tu mesmo tens de morrer." Em casos assim, o enlutado receia que,

por ter provocado a morte pela "onipotência" do eudesejo, o morto pode querer vingar-se e

voltar para matá-lo a ele, o que está vivo. O medo dos mortos aumenta, por sua vez, a

ambivalência. O enlutado tenta apaziguar o morto *(de mortuis nil nisi bonum)* e tenta também

matá-lo de novo e com mais eficácia. Os rituais piedosos dos velórios ao lado do ataúde, o

hábito de atirar areia na sepultura, de erguer monumentos de pedra remontam a pedidas

arcaicas que visam a impedir os mortos de voltarem (591, 1640). De modo geral, a saudade dos

mortos é um "amansamento" da descarga afetiva violenta, que se caracteriza pelo medo e pela

autodestruição, observada nos selvagens quando estão de luto (ver pág. 150); explosões estas

tanto mais fortes quanto mais ambivalente a atitude.para com o objeto perdido. O nosso "luto",

que se estende por certo prazo, é defesa contra a possibilidade de esmagamento por este afeto

primitivo (332).

Em resumo, podemos dizer que o luto se caracteriza pela introjeção ambivalente do

objeto perdido, pela continuação, em relação ao introjetado, dos sentimentos que haviam sido

dirigidos, em outros tempos, para o objeto e pela participação de sentimentos de culpa no

decorrer de todo o processo.

Há outros tipos de tristeza em que atuam mecanismos da mesma ordem. O estado afetivo

da tristeza caracteriza-se por decréscimo da auto-estima. A pessoa ligeiramente triste precisa de

consolo, piedade, "provisões"; a pessoa muito triste retira-se dos objetos e faz-se narcisista pela

incorporação do objeto que não satisfaz; e, depois que o introjeta, continua no nível

intrapsíquico a luta pelo restabelecimento da auto-estima.

Em determinadas condições, a necessidade narcísica e os conflitos que giram em volta da

introjeção, na pessoa enlutada ou triste, serão mais intensos do que de costume. É o que se vê

se (c) o objeto perdido não houver sido amado em nível amadurecido, mas, por assim dizer,

usado como doador de provisões narcísicas; (b) a relação anterior com o objeto tiver sido

ambivalente; (c) a pessoa tiver sido oralmente fixada e houver tido desejos inconscientes por

um "comer" sexualizado.

Os tipos que acima descrevemos como predispostos ao desenvolvimento de depressões

têm todos as três características seguintes: aumento da necessidade narcísica acréscimo da

ambivalência, aumento da oralidade. Uma pessoa nestas condições que perde um objeto odeia-

o porque o abandonou, tenta forçá-lo, mediante recursos mágicos violentos, a compensar a

perda; continua estas tentativas após a introjeção ambivalente do objeto e, tentando diminuir os

seus sentimentos de culpa, na realidade os intensifica. O prosseguimento altamente catexizado

da luta contra uma introjeção constitui a depressão que representa esforço desesperado no

sentido de obrigar um objeto oralmente incorporado a conceder perdão, proteção, amor,

segurança. Os elementos desrutivos liberados por esta coação criam mais sentimentos de culpa

e mais temores de retaliação. O deprimido fica em situação insustentável porque teme que a

concessão das provisões, de que tem necessidade tão desesperada, sig-n'nque, do mesmo passo,

a vingança do objeto ou da introjeção.

Pode a ambivalência também compor o quadro do luto em condições que não sejam as da

depressão; por exemplo, nas auto-recriminações obsessivas que se seguem a uma morte.

Patognomônicos da depressão são a profundidade mais o caráter definido e pleno da regressão,

que, excedendo a fase anal tardia, vai até a oralidade e o narcisismo (26, 608).

A INTROJEÇAO PATOGNOMÔNICA

Dissemos que a depressão é uma perda da auto-estima: ou colapso completo de toda auto-

estima, ou colapso parcial, que representa advertência da possibilidade do colapso total.

Suplementemos, a esta altura, a nossa formulação declarando que a pessoa deprimida tenta

anular esta perda e, na realidade, a agrava mediante introjeção patognomônica do objeto

ambivalentemente amado. Daí se explica a falha do sinal de advertência da consciência e tam-

bém se explicam os sentimentos resultantes de aniquilamento extremo. A introjeção sádico-oral

do objeto, cujo amor se quer como provisão narcísica, é o fósforo que faz explodir a pólvora da

necessidade narcísica reprimida.

A introjeção, portanto, não é só tentativa de anular a perda do objeto; é, ao mesmo tempo,

tentativa de realizar a *unio mystica* com uma pessoa externa onipotente: de tornar-se

"companheiro" daquele que se perdeu, ou seja, camarada no alimento, o que a pessoa

conseguirá transformando-se na substância do objeto perdido e fazendo-o trahsformar-se na sua

própria substância (ver págs. 35 e seg. e 57). Mas a ambivalência dá a esta introjeção um

significado hostil: o desejo de obrigar o objeto a consentir uma união acaba atingindo o castigo

pela violência do mesmo desejo. Feita a introjeção, continua a luta pelo perdão em base

narcisística; já agora, o superego luta com o ego.

O paciente deprimido queixa-se de que nao vale nada e procede como se houvesse

perdido o seu ego; concretamente, perdeu um objeto, de modo que ego e objeto são, de alguma

forma, equiparados. O sadismo que, no passado, se referia ao objeto, se terá, a esta altura,

voltado contra o ego.

Este retorno contra o ego Freud descobriu analisando as auto-recrimina-ções de pacientes

deprimidos (597). Viu-se que, aparentemente sem sentido, elas tinham significação, se "eu"

fosse substituído pelo nome do objeto odiado. Originalmente, eram censuras dirigidas contra o

objeto, de modo que a introjeção que está na base da depressão é, na verdade, o oposto "do

mecanismo de defesa da projeção: se as características más de um objeto, que não se ousam

perceber porque se teme o ódio que suscitariam, são percebidas, pelo contrário, no ego mesmo

do indivíduo. O paciente deprimido diz: "Sou mau porque sou mentiroso", quando quer dizer:

"Estou zangado com *X* porque me mentiu"; o,u "Sou mau porque sou um assassino"; quando

quer dizer: "Estou zangado com X, que me tratou mal, como se quisesse assassinar-me".

Há auto-recriminações das pessoas deprimidas que, no entanto, dão a impressão

de ser mais ou menos objetivamente corretas, e não delirantes. Tal qual os paranóicos,

os deprimidos são muito sensíveis àquelas partes da realidade que se lhes ajustam às

necessidades psíquicas e a que reagem com exagero.

Por força desta introjeção, parte do ego do paciente se terá tornado o objeto; conforme

disse Freud, "A sombra do objeto caiu sobre o ego" (597). Esta identificação, em

contraposição, à identificação histérica, temos de chamá-la identificação narcísica, visto que,

no caso, o objeto é de todo substituído por uma alteração do ego (408). "Regressão da relação

objetal à identificação", "regressão ao narcisismo", "regressão à oralidade" são expressões que

uma so e mesma coisa significam, conforme os diversos pontos de vista por que se encarem.

Recordemo-nos de que Helen Deutsch relatou identificação semelhante com um

objeto odiado na psicogênese da agorafobia (325, 327). Trata-se, pois, de saber de que

modo a identificação na depressão difere daquela que se vê na agorafobia. Não é difícil

a resposta. Há relativamente menos regressão ao nível oral na agorafobia. "Esta

diferença é que, na agorafobia, a identificação se afeta em nível mais elevado do

desenvolvimento libidinal, daí ser transitório e corrigível" (327).

O CONFLITO ENTRE O SUPEREGO E O EGO

Depois da introjeção, o sadismo coloca-se ao lado do superego e ataca o ego que foi

alterado pela introjeção. Não é raiva, mas sentimento de culpa que se experimenta. O sadismo

do superego na depressão excede o sadismo que se vê no superego dos neuróticos obsessivos,

na mesma medida em que a ambivalência do deprimido excede a do neurótico obsessivo. O

superego trata o ego da mesma forma que o paciente, inconscientemente, desejara tratar o ob-

jeto que se perdeu.

No entanto, ainda existem outras complicações. Dissemos que a luta na melancolia nem

sempre tem a forma *superego versus ego + introjeto;* e, sim, por vezes, a forma *ego versus*

superego + introjeto: ou seja, o objeto de introjeção recente também pode juntar-se ao

superego.

Para Freud, as auto-recriminações depressivas são acusações que se dirigem contra o

objeto introjetado (597). Acrescentou Abraham que é frequente as queixas darem a impressão

de vir, revertidas, do objeto introjetado sob a forma de acusações que o objeto verdadeiro

fizera, de fato, ao paciente (26). Este alinhamento do objeto introjetado ao lado do superego

ajusta-se à ideia freudiana básica de que também o superego se terá originado em introjeção de

ob-jetos.

Relatou Abraham um caso em que dois objetos foram introduzidos, um no

superego, outro no ego. As auto-recriminações do paciente correspondiam a queixas que

uma mãe introjetada fazia de um pai introjetado (26).

Nas depressões melancólicas, não é raro o delírio de que se está envenenado, radicado no

sentimento de destruição por uma força oralmente introjetada. Weiss provou refletir este delírio

de uma introjeção do objeto no superego (1566).

Esta interpretação não conflita, necessariamente, com o que se interpreta a idéia,

em nível mais superficial, como fantasia de gravidez. O introjetado perigoso, que se

sente como veneno, pode ter diversos significados em níveis diferentes: pode representar

criança e pênis, tanto quanto seios e leite. O sentimento de que se está envenenado

contém uma parte de verdade psicológica. O Paciente terá introjetado um objeto que,

então, o incomoda de dentro, de modo que os delírios hipocondríacos de grande alcance,

na melancolia severa, representam reconhecimento distorcido do processo de introjeção.

O medo de ser comido Por uma coisa que está dentro do corpo é medo retaliatório da

introjeção sádica; coisa esta que se pode racionalizar como sendo vírus patogênico.

assim formando ponte para a fobia mais comum de infecções. E é a ideia de ser devorado

por um objeto introjetado que leva tantos neuróticos ao pavor da doença misteriosa que

é o câncer (948, 1566).

Na melancolia, o que parece é que a ênfase principal da personalidade se transferiu do

ego para o superego. A consciência do paciente representa a sua personalidade total: o ego

alterado pela introjeção não é mais do que mero objeto desta consciência, absolutamente por

ela subjugado.

Descreveu Freud situação semelhante num estado de ânimo que é d reverso mesmo

da depressão — o humor (620). O estado de ânimo do humor também se realiza pelo fato

de que a ênfase da personalidade se desloca do ego para o superego. A diferença está em

que, no humor, o superego supercatexizado é o ego-ideal amistoso, positivo, que protege;

na depressão, é a consciência negativa, hostil, punitiva.

Tem duplo aspecto o superego: representa poder que protege e poder que pune. Em

condições normais, é o primeiro aspecto que vigora e punições ocasionais se aceitam para fins

de conciliação. Na depressão, a regressão aboliu o primeiro aspecto do superego, mas o ego

continua as suas tentativas pela reconciliação. O processo depressivo inteiro apresenta-se como

tentativa de reparação, que visa a restaurar a auto-estima lesada. A supressão de provisões

narcísicas terá transtornado o equilíbrio psíquico. No processo depressivo, o objeto que se

acredita haver produzido este transtorno é punido e destruído por esta mesma razão; mas o

objeto se terá tornado, por introjeção, parte do próprio paciente. Tentando destruir o objeto

mau, o ego depressivo depara com o destino de Dorian Gray. que teve de morrer para destruir o

seu retrato.

O ego, perseguido a este grau pelo seu superego, não dispõe de outro meio que não seja

aquele que tem o ego dos neuróticos obsessivos, quando discorda do seu superego: reage tanto

com submissão quanto com tentativas de rebeldia. Estas, porém, não podem lograr êxito por

causa do poder que terá adquirido o superego sádico. È manifesto, nas depressões, o fato de que

o ego é mais desamparado, concede mais aos ataques do superego: as atitudes de rebeldia

atuam apenas de maneira oculta.

Quando discutimos a submissão do neurótico obsessivo, dissemos que, cedendo ao seu

destino, o ego tenta conciliar-se com o superego na esperança de conseguir perdão. Escolhe a

submissão e até a punição como "mal menor"; além do que,.pode, em certas condições, obter

até prazer masoquista por meio destas imposições (ver págs. 273, 339, e 465 e seg.). O mesmo

é o que espera o ego dos pacientes deprimidos. O sadismo do superego, contudo, condena ao

malogro a esperança de perdão e aumenta o sofrimento além de toda possibilidade de gozo.

A auto-recriminação na depressão não é apenas (do ponto de vista do superego que

recrimina) tentativa de ataque ao objeto introjetado; também representa (do ponto de vista do

ego recriminado) adulação do superego e apelo de perdão, que visa a convencer o superego do

quanto as suas acusações foram vistas com seriedade.

Com atitude desta ordem, o ego apenas repete aquilo que fez ao tempo em que foi criado

o superego. O menino disse ao pai, durante a construção do seu superego: "Não precisa zangar-

se comigo; vou cuidar eu mesmo disto. Edificando um superego, introjetou o comportamento

irado do pai, deste modo eliminando a necessidade da zanga externa do pai e conservando

como pessoa verdadeira o seu pai "bom". É com o mesmo espírito que o melancólico diz ao seu

superego (e o paciente neuroticamente deprimido ao seu objeto); "Vê, sou bom menino,

aceitando todos os castigos: agora, tens de amar-me outra vez." Malogra, porém, esta tentativa

do melancólico. O sadismo desordenado, inerente à orientação instintiva-oral e remobilizado

pela regressão, foi entregue superego; e toda a fúria com que o ego, inconscientemente, desejou

atacar o objeto solta-se, então, contra ele próprio (1238).

SUICÍDIO

A forte tendência para o suicídio que se vê no paciente deprimido reflete a intensidade

desta luta. Na tentativa de apaziguar o superego pela submissão, o ego calculou errado. O

perdão pretendido não se pode obter porque a parte adulada da personalidade se fez, mediante a

regressão, desatinadamente cruel, perdeu a capacidade de perdoar.

Examinado do ponto de vista do superego, o suicídio do paciente deprimido é uma virada

do sadismo contra a própria pessoa; e o suicídio depressivo comprova a tese de que ninguém se

mata sem ter pretendido matar a outrem. Do ponto de vista do ego, o suicídio, antes de mais

nada, exprime o fato de se haver tornado insuportável a tensão horrível induzida pela pressão

do superego. É freqüênte parecer exprimir-se a ideia passiva de renúncia a todo combate ativo;

a perda da auto-estima é tão completa que se abandona qualquer esperança de recuperá-la. "O

ego vê-se abandonado pelo seu superego e deixa-se morrer" (608). Desejar viver significa, é

claro, sentir certa auto-estima, sentir-se sustentado pelas forças protetoras do superego.

Desaparecendo este sentimento, reaparece o aniquilamento original do bebé faminto

abandonado.

Há outros atos suicidas de caráter muito mais ativo, dando a impressão de tentativas

desesperadas no sentido de conseguir, a todo custo, a cessação da pressão do superego. São os

atos mais extremos de submissão facilitadora ao castigo e à crueldade do superego; ao mesmo

tempo, também constituem os atos mais extremos de rebeldia, isto é, o assassinato — o

assassinato dos objetos originais, cuja incorporação terá criado o superego; assassinato, sim, do

tipo daquele que contra a sua própria imagem pratica Dorian Gray. Esta mistura de submissão e

rebeldia é o clímax da demonstração incriminatória de desgraça, visando a extorquir o perdão:

"Vejam o que me fizeram; agora, têm de ser bons outra vez."

As crianças "neuroticamente" deprimidas costumam ter fantasias suicidas, cuja

tendência a extorquir o amor é evidente: "Quando eu morrer, meus pais lamentarão o

que me fizeram e tornarão a amar-me" (95, 135, 573. 639, 1587). Quando tentam

chantagear o seu superego cruel por esta mesma forma, os pacientes melancólicos estão

em situação pior do que as crianças que adulam pais verdadeiros, capazes de perdoar e

amar.

Significa isto que se pratica o suicídio pelo fato com esperanças e ilusões e gratificações

relaxadora se ligam à ideia do suicídio. Realmente, as análises de tentativas de suicídio

mostram, com freqüência, haver-se ligado a fantasias esperançosas e prazenteiras a idéia de

estar morto ou de morrer.

As esperanças desta ordem aparecem mais nos suicídios que não são do tipo

melancólico e nos quais a introjôção e as lutas entre o superego e o ego não

desempenham papel algum (277, 1063, 1219, 1556). O que, muitas vezes, se procura nas

tentativas suicidas não é a "destruição do ego", mas alguns objetivos libidinosos, os

quais, pelo deslocamento, se ligaram a ideias que, objetivãmente, acarretam a

autodestruição, embora não se vise a isto intencionalmente (764). São ideias, por

exemplo, que consistem na esperança de reunir-se a um morto; na identificação

libidinosa com um morto (1632, 1633); no desejo oceânico de união com a mãe (641,

664); ou mesmo no próprio orgasmo simplesmente, cuja obtenção, mediante certos fatos

históricos, pode vir a representar-se pela ideia de morrer. As fantasias específicas que se

ligam à ideia de morrer (206, 207, 284, 699, 1153, 1330, 1631) podem ser, em muitos

casos, inferidas do processo pelo qual se tenta ou se planeja o suicídio (1540)

As ilusões esperançosas que se ligam à ideia do suicídio na melancolia visam a obter

perdão e reconciliação, os quais são de obter pela submissão e rebeldia máximas simultâneas,

matando o superego punitivo e recuperando a união com o superego protetor — reunião que

acaba com todas as perdas da auto-estima, pela volta do paraíso original da onipotência

oceânica (1238).

Os atos autodestrutivos que ocorrem durante os estados melancólicos e que se

praticam como autopunição, como expressão de certos delírios ou sem racionalização

alguma, têm sido considerados "suicídios parciais" (204, 1124, 1131). A expressão é de

todo correia na medida em que os mecanismos inconscientes subjacentes sejam idênticos

aos do suicídio.

Há vezes em que, por motivos ignorados, as esperanças do ego parecem não haver sido

inteiramente vãs. Uma simples modificação de catexia liberta o ego das forças terríveis que

existem dentro dele mesmo. As esperanças que são ilusórias, no caso do suicídio, são, em certo

grau, realizadas, de fato, na mania. O superego mau é destruído e o ego parece unir-se, em

amor narcísico, a um superego protetor purificado. Há ainda outros casos nos quais uma

depressão terminará sem mania alguma, tal qual um luto normal termina após certo tempo.

Ainda se ignoram os fatores (sem dúvida, de índole quantitativa) que determinam se ou quando

o resultado há de ser suicídio, ataque maníaco ou recuperação.

A REGRESSÃO DECISIVA E SUAS CAUSAS

A diferença que existe entre a depressão neurótica e a depressão psicótica, já dissemos,

determina-se pela profundidade da regressão narcísica. "Regressão narcísica" significa que

certas relações dentro da personalidade substituem as relações objetais; o paciente perde suas

relações objetais pela regressão a uma fase em que não existiam ainda objetos. Os pacientes

deprimidos percebem esta retirada de catexias objetais pela sensação dolorosa de que eles

próprios estão "vazios", de que "vazio" está o mundo. Mas não é, necessariamente, total esta

retirada de catexias objetais. A não ser nos casos de melancolia severa, sempre existem

remanescentes de objetos, bem como tentativas de maior ou menor êxito de recuperar o mundo

objetal perdido (743).

O ego formou-se com a percepção dos objetos; o estabelecimento dos objetos

estabeleceu, simultaneamente, o ego. Em uma psicose, o conceito de objetos e, do mesmo

modo, a estrutura do ego são transtornados pela regressão à época anterior ao estabelecimento

do ego. A psicose desperta os fatores que caracterizavam o ego arcaico durante o processo do

seu estabelecimento. Não é, contudo, esta "repetição" idêntica ao original; todas as psicoses

contêm elementos que não representam a repetição de fatores infantis, mas remanesentes da

personalidade adulta pré-psicótica.

Que é que determina a ocorrência ou não de regressão narcísica fatal?

A primeira possibilidade é de que um fator orgânico ignorado seja decisivo. Na verdade,

são muitos os psiquiatras a acreditar que as psicoses maníaco-depressivas não possam ser

plenamente entendidas em termos mentais (psíquicos); opinião que se tem defendido até com

mais tenacidade em relação às psicoses maníaco-depressivas do que em relação à

esquizofrenia. A investigação somática tem revelado, contudo, pouca coisa que leve a achados

positivos quer num grupo, quer noutro.

Há três considerações que sugerem a atuação de fatores somáticos.

1. A periodicidade estrita que caracteriza com freqüência as alternâncias do humor;

periodicidade que parece independer de qualquer evento externo e indicar a atuação de um fator

biológico.

2. Mesmo naqueles casos em que o ciclo não é nitidamente periódico, a espontaneidade

com que frequentemente ocorrem as alternações do humor, sem qualquer precipitação externa

aparente, opõe-se a que sejam puramente psicogênicas.

3. Não há outra neurose em que se veja evidência tão nítida da hereditariedade, com

recorrência em gerações sucessivas do mesmo tipo de transtorno.

Nenhum destes argumentos, entretanto, é por demais decisivo. A periodicidade, sim,

parece ser de origem endógena, mas o que se vê periodicamente talvez se possa

compreenderem termos psicológicos. A ausência aparente de causas que precipitem as

oscilações de humor não impressionarão demais aos analistas, vistoque o argumento deixa de

levar em conta a existência do inconsciente. Têm-se distinguido as chamadas depressões

endógenas das depressões reativas conforme a presença ou a ausência de causa precipitante que

se demonstre. De que forma, porém, este tipo de diferenciação se firmaria, se, por exemplo, o

aplicássemos aos ataques histéricos, que, por vezes, se mostram produzidos por fatos

precipitantes imediatos, mas, em outros casos, surgem espontâneos, sem razão externa

aparente? Quem é, que distingue entre ataques histéricos "endógenos" e "reativos"? Pelo

contrário, o que se presume é que os ataques aparentemente espontâneos tenham causa

precipitante inconsciente, causa que terá escapado à atenção do observador. O mesmo aplica-se

às depressões. Também em outros transtornos neuróticos, uma dis-repancia entre provocação

ligeira e reação intensa não se atribui a fator orgânico que seja inacessível ao estudo

psicológico; a discrepância é compreenda como efeito de um deslocamento. Mais ainda: note-

se não ser em absoluto verdade que os casos reativos (os casos que têm fatores precipitantes

evidentes) sejam os ligeiros; severos, os endógenos. É freqüênte uma depressão severa e

nitidamente psicótica seguir-se à morte de um marido ou de uma esposa; e é equente

depressões claramente não psicóticas (ou até simples modificações do numor) ocorrerem

espontaneamente sem que o paciente, nem o observador Possa designar qualquer causa

precipitante. Segundo Freud, há uma série complementar de causas precipitantes externas e de

causas pré-disponentes inconscientes (596). Também isso se aplica ao grupo maníaco-

depressivo. Uma pessoa predisposta à doença por fixação oral e precoce do ego pode adoecer

por força de condições precipitantes brandas que não sejam fáceis de observar; e, no entanto,

mesmo alguém que tenha predisposição relativamente pouca pode adoecer, se ocorrerem

condições severas e evidentes.

Nem a hereditariedade, apesar de mais visível do que noutras neuroses ou psicoses,

separa os transtornos maníaco-depressivos dos outros distúrbios psíquicos, nos quais não se

pensa que ela, com a sua ação, impeça de estudá-los de um ponto de vista psicológico. A

constituição e a experiência, como fatores etiológicos, também neste particular formam uma

série complementar. Os transtornos maníaco-depressivos por certo que não dão razão a que se

modifique este ponto de vista. A influência constitucional orgânica, presente indubitavelmente,

não precisa ser o determinante único. Do estudo psicanalítico se pode deduzir a probabilidade

de que esta constituição consista em predominância relativa do erotismo oral, tal qual consiste,

na neurose obsessiva, em aumento do erotismo anal.

Que tipo de experiências acidentais favorece o desenvolvimento posterior das

depressões?

Quando discutimos a etiologia diferencial da neurose obsessiva, dissemos que tendem a

reagir a conflitos com regressão anal e, desta forma, com neurose obsessiva, aqueles pacientes

que, crianças, sob o influxo de fixações anais, hajam usado o mesmo tipo de defesa (ver pág.

285). O mesmo se aplica também à regressão oral e à depressão. Não existe depressão que não

represente repetição de uma primeira reação decisiva a dificuldades infantis, estas formando o

modelo do colapso futuro. A luta pela manutenção da auto-estima nos pacientes deprimidos se

realizam de forma semelhante àquela que usaram, em crianças, sob o influxo de fixações orais.

Abraham mostrou que aqueíes que tendem a ficar deprimidos sem exceção sofreram frustrações

na infância, a que responderam mediante mecanismo semelhante; frustrações que terão im-

plicado mortificações sérias das necessidades narcísicas e que, de acordo com a fixação pré-

genital, terão ocorrido muito cedo, nos primeiros anos de vida. Daí formular Abraham da

seguinte maneira os pré-requisitos do desenvolvimento de depressões psicóticas futuras:

"Mortificação séria do narcisismo infantil" mediante combinação de decepções amorosas;

ocorrência do primeiro grande desapontamento amoroso antes que os desejos edipianos hajam

sido controlados com êxito; a repetição do desapontamento original na vida posterior é o fato

que precipita a doença" (26). As depressões subsequentes seguem a via aberta pela "depressão

primária" infantil, a qual terá fixado a tendência fatídica a reagir de modo análogo a

desapontamentos futuros.

Uma paciente que tinha perversão sexual do tipo de submissão extrema, que vivia

constantemente lutando por provisões narcísicas e cujo comportamento frequentemente

se caracterizava por uma impulsividade semelhante à dos adictos, dava a impressão de

produzir este comportamento neurótico para o fim de tugir à depressão. Tinha êxito nas

suas tentativas e não sofreu de depressões severas na vida adulta. Certo dia, teve um

pesadelo, cujo conteúdo esqueceu, apenas conseguindo descrever o que sentira no sonho.

Haviam sido sentimentos horríveis, que descrevia com as mesmas palavras, exatamente,

que os melancólicos empregam quando descrevem o que sentem de pior na sua

depressão. O mundo, no sonho da paciente, perdera todo o valor para ela; sentia-se

inteiramente "esvaziada", desligada de todos os demais, em absoluto aniquilada; ao

mesmo tempo, tinha impressão de haver cometido os mais graves pecados. Chorara no

sonho e até depois de acordar.

Parece estranho o fenómeno de "psicoses num sonho" em pessoa que desta não

sofre quando desperta. Na análise do sonho da paciente, se descobriu que não era assim

tão estranho, afinal de contas. O que nele ocorrera fora uma coisa que é frequente

acontecer em sonhos: recordações esquecidas se tornarem manifestas. A depressão que a

paciente sentia, sonhando, era a repetição de uma "depressão primária" que

experimentara quando tinha quatro anos, ao nascimento de um irmãozinho; depressão

primária que fora esquecida, servindo a neurose para evitar a repetição desta

experiência infantil, terrível.

Pode variar o conteúdo das "mortificações do narcisismo infantil", precipitantes da

depressão primária. Estas mortificações serão, talvez, experiências extraordinárias de abandono

e solidão, ou consistirão, em pessoas particularmente predispostas, nas decepções habituais e

inevitáveis, por exemplo, do nascimento de irmãos, experiências de humilhações de menor

porte, inveja do pênis, frustrações dos desejos edipianos.

Abraham chamou as mortificações que causam depressões primárias "pré-

edipianas", a fim de indicar que as frustrações só produzem este efeito quando se

experimentam como "perda de provisões narcísicas essenciais". Em geral, a criança que

se sente privada por esta forma volta-se para outra pessoa que lhe dê aquilo que o

primeiro objeto negou, ou seja, da mãe para o pai, ou vice-versa. Piora a situação, se

ocorre uma "combinação de desapontamentos amorosos" (26). Por conseguinte, o

complexo de Édipo dos ulteriores maníaco-depressivos é, frequentemente, "completo",

isto é, bissexual, é um complexo cujos componentes terminaram, ambos, em danos

narcisísticos (844).

Podemos, enfim, a esta altura, compreender que condições, contribuem para predispor a

depressões futuras. As mortificações narcísicas decisivas terão de ter tomado a forma de

decepções severas com os pais, a um tempo em que a auto-estima da criança era regulada pela

"participação na onipotência deles"; tempo a que o destronamento dos pais significa, neces-

sariamente, destronamento do próprio ego da criança. Talvez não seja só desta forma que, após

decepções deste tipo, a criança exige provisões narcísicas externas, compensatóriase

subsequentes, durante toda a vida, assim transtornando o desenvolvimento do seu superego; ela

também tenta compensar as insuficiências dos pais mediante o desenvolvimento de um

superego particularmente "onipontente", isto é, estrito, rígido; e, futuramente, precisará de pro-

visões narcísicas externas com que contrabalançar as solicitações insuportáveis deste superego

qualitativamente diferente.

Apresenta-se manifesto naquelas formas de depressão chamadas nostalgia (1170, 1488) o

fato de que, em última análise, é o "sentimento oceânico" (622) de união com uma mãe

"onipotente" que as pessoas deprimidas desejam.

Uma criança de quatro ou cinco anos que experimenta "depressão primária", um

adulto que sofre de nostalgia, toda pessoa exposta durante muito tempo a privações e

frustrações severas — todos estão novamente, sob o ponto de vista psicológico, na

situação do bebé narcisicamente faminto a quem falta a assistência externa necessária.

O comportamento impulsivo e a adição de drogas podem servir para vencer depressões

pelo fato destes transtornos representarem outros meios com alcançar o mesmo fim: a obtenção

das provisões narcísicas necessárias.

Porque as depressões sao estados que se desenvolvem quando faltam estas provisões, as

adições e as neuroses impulsivas, na medida em que ainda são capazes de realizar os seus fins,

constituem meios adequados com que se evadir de depressões.

A esta altura, podemos estabelecer a formulação de que a disposição para o

desenvolvimento de depressões consiste em fixações orais que determinam a reação aos

choques narcísicos. As experiências causadoras das fixações orais podem ocorrer muito antes

dos choques narcísicos decisivos; ou a mortificação narcísica é capaz de criar disposição

depressiva pelo fato de ocorrer tão precocemente que ainda tenha de ser enfrentado por um ego

oralmente orientado. Também ocorre às vezes, que certos, choques narcísicos, por se ligarem à

morte (e a reação à morte é sempre introjeção oral do morto), criem a fixação oral decisiva.

Tendo em vista os fatores que em primeiro lugar criam fixações orais, o mesmo se aplica

a outras fixações: os determinantes são satisfações extraordinárias, frustrações extraordinárias,

ou combinações de umas e outras; em particular, combinações de satisfação oral a alguma

garantia tranquilizadora de segurança; na realidade, é mais frequente encontrar experiências

traumáticas do período de aleitamento em pacientes maníaco-depressivos futuros do que em

posteriores esquizofrênicos.

Além da fixação pré-genital, enfatizou, Freud a importância de uma orientação narcísica

como pré-requisito etiológico das depressões (597); sem orientação desta ordem ,não ocorrerá

com tamanha intensidade uma regressão do amor objetal à identificação. Antes que se instale a

doença, pode o narcisismo mostrar-se no tipo de escolha objetal (585) e na índole receptiva e

ambivalente do amor do paciente.

A psiquiatria clínica distingue as melancolias involutivas dos verdadeiros transtornos

maníaco-depressivos. Sob o ponto de vista psicanalítico, não é muito o que se sabe sobre a

estrutura e os mecanismos das melancolias involutivas, as quais parecem ocorrerem

personalidades francamente compulsivas, de índole particularmente rígida (18, 938). No

climatério, falham os sistemas defensivos compulsivos, casos nos quais a regressão oral

decisiva parece resultar de alterações físicas da economia da libido.

A ciclotimia e as variações do estado de ânimo representam estados de transição entre a

doença maníaco-depressiva e a normalidade. A existência destes estados intermediários mostra

não ser o estado maníaco-depressivo senão exagero mórbido de algo universalmente presente: a

saber, as lutas que giram em torno da manutenção da auto-estima. Há problemas multiformes

na psicologia normal; por exemplo, elevação e a redução da auto-estima (por veze designadas

pela expressão "instinto de auto-afirmação"), os estados de ânimo e os humores, a tristeza e a

alegria, a natureza do luto, todos eles tendo suas contrapartidas entre as manifestações que

ocorrem dentro da esfera maníaco depressiva. Todos estes fenómenos normais diferem dos

fenómenos maníaco-depressivos, em primeiro lugar, pelas quantidades relativamente pequenas

de energia investida; em segundo, pela ausência de regressão narcísica.

Em condições sociais difíceis, em épocas instáveis, aumenta o número de depressões e de

suicídios depressivos, fato que tem servido de objeção à teor psicanalítica da depressão, em

contraste à objeção, frequentemente suscitada, que se baseia na hereditariedade. Talvez mais

não seja a depressão do que "um modo humano de reagir a frustrações e a desgraças"? È mais

complicada, porém, a conexão. Basta afirmar que uma sociedade que não consegue dar

satisfações necessárias aos seus membros por força cria grande número de indivíduos de caráter

oralmente dependente. Os tempos instáveis a as depressões económicas, privando os homens

das suas satisfações, também privando-os do seu poder e prestígio e dos modos habituais por

que regular a auto-estima, aumentam-lhes as necessidades narcísicas e a dependência oral. Por

outro lado. aquelesque, seguindo-se a experiências infantis, tenham desenvolvido personalidade

oralmente dependente estarão em pior situação nas condições sociais desta ordem, visto serem

incapazes de suportar frustrações sem reagir de forma depressiva.

MANIA

Até o momento discutimos apenas o lado depressivo dos fenómenos maníaco-

depressivos; na realidade, este lado a psicanálise o compreende muito melhor do que a mania.

Descritivamente, um acréscimo enorme da auto-estima constitui o centro de todos os

fenómenos maníacos. Dizer que a consciência parece estar ou abandonada ou muito limitada

em sua afetividade tem o mesmo significado porque "sentimentos de consciência" e

"decréscimo da auto-estima" são em essência idênticos. Todos os problemas da mania podem

ser atacados do ponto de vista deste acréscimo da auto-estima ou decréscimo da consciência.

Os pacientes têm fome de objetos, não porque precisem tanto ser sustentados ou assistidos por

eles, mas para o fim de exprimir as suas próprias potencialidades e de se livrar dos impulsos ora

desinibidos, à procura de descarga. Não está só ávido de objetos novos: o paciente também se

sente liberado porque bloqueios até então efetivos ruíram, e mais ou menos o esmaga esta

ruptura de represas; os impulsos liberados e também as energias, que até o momento haviam

sido ligadas nos esforços pela restrição respectiva, fluem, já agora, servindo-se de qualquer des-

carga disponível.

Em outros termos: aquilo por que a depressão lutava *parece* ter-se realizado na mania;

tanto provisões narcísicas, que tornam a fazer a vida amável, quanto uma vitória narcísica total

se alcança; é como se todo o material provisional possível de imaginar estivesse, de repente, ao

dispor do paciente, de modo que a onipotência narcísica primária é mais ou menos recuperada e

a vida se sente incrivelmente intensificada (869, 1367).

Disse Freud que, no estado maníaco, cessa, aparentemente, a diferença entre o ego e o

superego (606). De um lado, na melancolia, o ego está de todo impotente, onipotente o

superego; de outro lado, na mania, o ego recuperou onipotência, triunfando de alguma forma

sobre o superego e recuperando a onipotência, ou unindc-se ao superego e participanclo-lhe do

poder (436). O ânimo tolgazão do maníaco será interpretado, economicamente, como sinal de a

poupança do dispêndio psíquico (556). Demonstra este ânimo que a tesão entre o superego e o

ego, que fora antes extremamente grande, teve de ser afrouxada de um momento para o outro.

Na mania, o ego conseguiu, de algum modo, liberar-se da pressão do superego; encerrou o seu

conflito com a "sombra" do objeto perdido e, então, por assim dizer, "comemora" o

acontecimento.

Conforme se disse, o paciente maníaco-depressivo é ambivalente em relação ao seu

próprio ego; nas depressões, ele demonstra o elemento hostil desta ambivalência: a mania traz à

tona o outro aspecto da mesma: o seu extremo auto-amor.

Que foi que possibilitou esta alteração? Do mesmo modo que uma consciência má

constitui o modelo normal do estado mórbido da depressão, a mania tem modelo normal no

sentimento de "triunfo" (436), cuja análise mostra que este se sente sempre que um dispêndio

se torna supérfluo — dispêndio que já fora necessário nas reações ambivalentes de um sujeito

impotente a um objeto poderoso. O triunfo significa: "Agora, sou novamente poderoso"; e

sente-se tanto mais intensamente quanto mais de súbito se produziu a alteração da impotência

para o poder. O triunfo deriva do prazer que sente a criança sempre que o seu ego crescente

realiza o sentimento "Já não preciso ter medo, porque posso controlar uma coisa que. até agora,

considerava perigosa; agora, sou tão poderoso quanto os adultos são onipotentes" (ver pág. 39).

Os meios pelos quais se consegue a participação no poder tranquilizador variam do assassinato

(original) do tirano onipotente. para o fim de tornar-lhe o lugar, à submissão facilitadora para o

fim de obter que o tirano autorize a participação. Os homens sentem "elação" sempre que vêem

que estão livres de uma obrigação, sujeição, ou dependência geral até o momento efetiva (tipo

rebelde de triunfo); ou ainda quando obtêm perdão externo ou interno. E mais, sempre que,

passando por um tipo de "exame", são novamente amados ou têm o sentimento de haver feito o

que é certo (tipo propiciatório de triunfo).

Na mania, realiza-se uma verdadeira liberação da mesma ordem em relação à pressão do

superego? E o que parece indicar o quadro clínico.

Sem dúvida que a pressão depressiva está finda, que o caráter triunfante da mania resulta

de que se libera a energia até então ligada na luta depressiva e ora buscando descarga. Uma

profusão de impulsos, quase todos de índole oral. aparecem e, juntamente com o aumento da

auto-estima, produzem o sentimento de "riqueza da vida", oposto à "vacuidade" opressiva que

se experimenta na depressão.

A hipergenitalidade aparente do maníaco típico tem caráter oral, visando à incorporação

de toda a gente. Abraham descreveu este estado quando disse que. na mania, aumenta o

"metabolismo mental". O paciente tem fome de ob-jetos novos, mas também se livra deles com

presteza e os abandona sem remorso algum (26; cf. também 153. 345).

A "incorporação de toda gente" foi confirmada pelos achados de Lewin (1053.

1058. 1060). segundo os quais são características dos estados maníacos as identificações

múltiplas. Este autor descreveu um paciente cujos ataques maníacos correspondiam ao

"acting out" de uma cena primária em identificação com o pai e a mãe (1053). Os

padrões comportamentais ("inautênticos") típicos cios maníacos talvez resultem de

identificações temporárias e relativamente superficiais com ol jetos externos.

Todas as sociedades têm a instituição dos "festejos", ou seja, ocasiões ei que.

periodicamente, se anulam as proibições de superego; instituições que : baseiam, certamente,

em uma necessidade social. Toda sociedade que cria m satisfação crônica em seus membros

precisa de instituições pelas quais as tendências represadas à rebeldia sejam "canalizadas":

assim é que, por estes festejos, se dá uma forma de descarga aos desejos hostis contrários às

instituiçõe existentes, isso implicando o menor dano possível às mesmas. Uma vez por ano,

com garantias cerimoniais, em condições específicas e de maneira institucionalizada, permite-

se a expressão dos impulsos rebeldes. De quando em vez, o superego é "abolido"; os fracos são

autorizados à "participação" lúdica, o que cria neles um bom estado de ânimo e lhes possibilita

a obediência por mais um ano (579, 606).

O bom estado de ânimo que se sente nos festejos se correlaciona na certa, orn a mania.

Freud disse que a periodicidade da ciclotimia e, bem assim, dos festejos talvez seja, em última

análise, baseada em necessidade biológica. Todas as diferenciações do aparelho psíquico

precisam de abolição temporária, vez por outra No sono, o ego submerge-se, durante a noite, no

id, do qual se originou; assim também nos festejos e na mania, o superego talvez, desapareça,

novamente, no ego (606).

A tragédia é seguida pela farsa, a sátira; ao culto divino sério, a feira alegre em frente à

igreja; tragédia e sátira, culto e feira, têm o mesmo conteúdo psicológico, sendo enfrentado por

atitudes diferentes do ego. O que é ameaçador e sério na tragédia e no culto é jogo e

divertimento na peça satírica e na feira (847). Sem dúvida que esta sequência remonta a um

ciclo de dura sujeição a uma autoridade severa e rejeição da mesma. Uma sequência original de

pressão pela autoridade e rebeldia contra ela veio, provavelmente, a ser substituída por uma

sequência de pressão autoritária e.festejos institucionalizados. Em base intrapsíquica,

representa-se a mesma sequência no ciclo de sentimentos de culpa inescrupulosos; mais tarde,

na sequência de sentimentos de culpa e perdão. O que, outrora, ocorreu entre chefes e súditos

internalizou-se e ocorre entre superegos e egos.

Em Totem e Tabu (579) Freud suscitou uma hipótese filogenética quanto ao modo

por que este ciclo se teria formado.

O ciclo maníaco-depressivo é ciclo que medeia entre períodos de acréscimo e

descréscimo os sentimentos de culpa, entre sentimentos de "aniquilamento" e de "onipotência",

de punição e novo ato; ciclo que, em última análise, remonta ao ciclo biológico da fome e

saciedade no bebê.

Parece subsistir, no entanto, diferença decisiva entre o modelo normal de triunfo —

baseado em vitória real sobre a tirania (externa ou interna) ou em realização feliz da

participação — e o fenómeno patológico do ataque maníaco.

O exagero de todas as expressões maníacas não dá a impressão de liberdade autêntica. Na

verdade, a análise da mania mostra que os temores do Paciente em relação ao seu superego não

estão, via de regra, inteiramente superados. Inconscientemente, ainda atuam e o paciente sofre,

na mania, pelos mesmos complexos por que sofria na depressão. Consegue, porém, contra eles

aplicar o mecanismo de defesa da negação pela supercompensação. A índole espasmódica que

se vê nas manifestações da mania deve-se ao fato de estas serem do tipo da formação de

reações, de servirem ao fim de negar atitudes opostas (61, 330, 597, 1053). A mania não é

liberação autêntica em relação à pressão, mas negação espasmódica de dependência.

Ocorre, freqüêntemente, que a liberação é fictícia: repetem-se simulações que a criança

faz na sua luta contra choques narcísicos, utilizando os mecanismos primitivos de defesa da

negação e também outros. Utilizam a projeção os pacientes que, na sua mania, sentem que são

amados e admirados por toda a gente; ou até, de forma mais paranóica, maltratados e, pois, com

direito a fazer quanto queiram sem pensar em quem quer que seja (330). Há maníacos que, nos

outros, perseguem as mesmas características que, na depressão, odiavam em si mesmos. Em

certos casos, a atuação persistente do superego é manifesta; 0 comportamento maníaco é

racionalizado ou idealizado, às vezes, como se preenchesse um objetivo ideal; nestes casos, a

liberação mantém-se por uma contracatexia que nega; e corre risco pela possibilidade de que

irrompa outra depressão.

Em uma espécie espasmódica de protesto, descarregam-se impulsos es-tressantes, todos

ou muitos: "Não preciso mais de controle algum", impulsos agressivos, sensuais, ternos; nada

mais tem importância; a razão vem abaixo com o superego. Cria-se um estado que se assemelha

ao princípio original do prazer, sob cuja atuação se cedia aos impulsos, quando quer que

surgissem, sem consideração alguma da realidade. Um ego razoável volta a ser esmagado;

desta vez, não por um superego que pune, e sim pelo abandono completo da razão que limita.

Na mania, o que, de fato, ocorre é aquilo mesmo de que têm medo os neuróticos temerosos da

sua própria excitação; ou seja, o colapso da organização do ego, resultando da descarga

descontrolada dos impulsos instintivos. Reatualizam a onipotência do narcisismo primário; não

são, apenas, pessoas sem sentimentos de culpa, mas como se fossem bebés que, depois de obter

o alimento, perdem com isto o conceito de objetos.

O fato do maníaco não viver tranquilo, mas em estado de impulsos tensos e irresistíveis é

de atribuir, talvez, a duas condições (1) Contrariamente ao bebé, ele represou muitos impulsos,

durante muitos anos, e toda a sua energia mental investiu em catexias intrapsíquicas "tônicas",

que, já agora, supérfluas, precisam ser abreagidas. (2) Os seus atos são espasmódicos e

exagerados porque negam atitudes contraditórias, ainda atuantes no inconsciente.

Já se disse que impulsos mórbidos podem proteger contra as depressões, na

medida em que são formas diferentes de realizar os mesmos fins. Existe relação nítida

entre impulsos mórbidos específicos e impulsos maníacos inespecíficos; muitas neuroses

impulsivas são, na realidade, equivalentes da mania.

A idéia de que o ciclo maníaco-depressivo pode remontar, em última análise, ao ciclo da

fome e saciedade nos coloca, novamente, ante o problema da periodicidade. A periodicidade é

um fator biológico. Primeiramente, pensou-se que fosse modalidade de expressão de um ritmo

inerente a todos os processos vitais. Freud supôs, em seguida, que fosse necessidade biológica,

relacionada com uma pressão que impõe o abandono periódico de diferenciações no aparelho

psíquico (606). Entretanto, a relação que impera, segundo *parece,* entre os estados sem

superego e o bebé saciado e entre os tormentos da consciência e os da fome revelou mais um

tipo de alternância biológica. A alternância de fome e saciedade é. necessariamente, recorrente

(contanto que o bebé não morra de inanição); e isso indelevelmente se imprime na memória.

Toda alternância futura de prazer e dor sente-se como se seguisse o padrão da recordação; de

acordo com isso se espera o prazer após toda dore se admite a dor depois de todo prazer. Assim

se estabelece a ideia de que todo sofrimento concede o privilégio de alegria compensadora

posterior; todo castigo admitirá um pecado futuro. A punição e a perda do amor parental foram

percebidos como análogos à fome; a absolvição percebe-se como correspondendo à saciedade.

Uma vez introjetados os pais, o ego repete, intrapsiquicamente, o mesmo modelo em relação ao

superego. Nas depressões o ego já não se sente amado pelo superego, terá sido abandonado, os

seus desejos orais não se realizaram. Na mania, reStaura-se a união com o superego, união

amorosa oral, união que perdoa. Ao se reconhecer esta relação, muita coisa ainda resta que

intriga no tocante à periodicidade; particularmente, a questão principal: Por que é que, nuns

casos, tem *de* haver um precipitante externo, evidente ou oculto, que produza as modificações

fásicas, ao passo que, noutros casos, esta modificação corresponde a ritmo regular, de base, ao

que parece, biológica? Por exemplo, é certo que, nas depressões menstruais, a análise

demonstra que a menstruação se sente, subjetivamente, como frustração, significando "Não

tenho filho, nem pênis" (322); mas não é impossível fugir à impressão de que se envolvem

outros fatores, puramente biológicos (257).

SUMÁRIO HISTÓRICO

O conhecimento psicanalítico básico no tocante aos transtornos maníaco-depressivos

estão contidos numas poucas publicações isoladas, suplementando-se umas às outras. A melhor

maneira de sumarizar consistirá na discussão sucinta destes trabalhos. Dois ensaios importantes

de Abraham, em 1911 (5) e em 1916 (13) foram seguidos de um ensaio de Freud "Luto e

Melancolia", em 1917 (597), este contendo a formulação de conceitos fundamentais, que, por

sua vez, Abraham elaborou e ampliou em 1924 (26). Por fim, uma publicação de Rado, em

1927 (1238), solucionam certos problemas importantes e pertinentes, ainda sem clarificação.

A primeira publicação mencionada de Abraham (5) relatou a descoberta básica de que a

ambivalência é a característica fundamental da vida psíquica dos deprimidos, característica cuja

influência se mostra muito maior do que na neurose obsessiva. As quantidades de amor e ódio

que coexistem se aproximam muito. Os pacientes deprimidos não conseguem amar porque

sempre odeiam quando amam. Abraham também descobriu o fundamento pré-genital desta

ambivalência e disse que o paciente é tão ambivalente para consigo mesmo quanto para com os

outros. O sadismo com que o deprimido se ataca nasce do fato de se haver voltado para dentro

um sadismo originalmente dirigido para fora.

A segunda publicação de Abraham (13) registrou a sua descoberta de que, nos

deprimidos, o erotismo oral está muito aumentado.

Mostrou este autor que conflitos centrados no erotismo oral atuavam nas 'nibições

depressivas, nos distúrbios do ato de comer e em traços característicos orais". Ficou claro que a

ambivalência e o narcisismo descritos no primeiro trabalho têm raiz oral.

Em seu trabalho "Luto e Melancolia" (597), principiando pela análise das auto-

recriminações depressivas, Freud disse que os deprimidos, perdido um ob-jeto, procedem como

se tivessem perdido o seu ego. Após descrever a introjeção patognomônica, Freud mostrou de

que maneira os estados depressivos provavam a existência de um superego; e que as lutas entre

o superego e o ego, depois da introjeção, substituem as lutas que se travam, originalmente,

entre o ego e o seu objeto ambivalente amado.

O livro de Abraham (26) não se limitou a fornecer uma quantidade de material clínico

convincente, que corroborou a ideia por Freud suscitada corno formulação teórica; também

acresceu alguns pontos teóricos valiosos. Introduziu as duas subdivisões dos estádios oral e

anal da organização libidinal; mostrou que as auto-recriminaçoes não são apenas recriminações

internalizadas do ego contra o objeto mas também censuras internalizadas do objeto contra o

ego. O livro, além disto, introduziu novas formulações dos pré-requisitos etiológicos (a mais

importante das quais se representa na descoberta da depressão primária da infância) e um

estudo da mania, que constituiu elaboração das observações de Freud sobre esta em "Psicologia

das Massas e a Análise do Ego" (606).

O trabalho de Rado (1238) mostrou que, na verdade, as auto-recrimi-nações são

propiciação ambivalente (do objeto e) do superego. Clarificou as conexões entre depressão e

auto-estima. Explicou a introjeção dual do objeto no ego e no superego: e a diferenciação dos

aspectos "bons" (isto é, que protegem) e "maus" (isto é, que punem) do superego foi utilizada

para clarificar os objetivos dos mecanismos depressivos. Mais ainda: Rado explicou a periodi-

cidade maníaco-depressiva como caso especial da periodicidade geral de transgressão e

expiação, resultando, em última análise, da periodicidade biológica fundamental de fome e

saciedade no bebé. Trabalhos posteriores apresentaram elaborações e ilustrações clínicas (688,

844, 1078).

PSICOTERAPIA

PSICANALITICA

NOS

TRANSTORNOS

MANÍACO-

DEPRESSIVOS

Difere muito dos casos de depressões neuróticas para os de psicose maníaco-depressiva a

perspectiva terapêutica da psicanálise. Quanto à depressão neurótica, os casos mais brandos não

necessitam tratamento especial; solucionados os conflitos infantis básicos, no decurso da

análise da neurose principal, solucionam-se automaticamente os sentimentos neuróticos da

inferioridade, produzindo-se harmonia relativa com o superego. Casos mais severos, em que a

depressão domina o quadro clínico, apresentam as mesmas dificuldades que as neuroses

obsessivas, visto que se baseiam em fixação pré-genital semelhante

As dificuldades com que deparamos no tratamento psicanalítico das psicoses maníaco-

depressivas são de índole absolutamente diversa. Quanto mais "internalizados" sejam os

processos patogênicos, mais difícil será estabelecer o contacto transferencial necessário à

análise. Nos estados narcísicos, não tem o analista outro recurso senão utilizar os restos não

narcísicos da personalidade, tentando (tanto quanto baste para iniciar o trabalho analítico) au-

mentar as relações objetais do paciente. Discutir-se-ão a propósito da terapia analítica da

esquizofrenia (ver págs. 416 e segs.) as modificações da técnica que para este fim se exigem.

Existem três tipos especiais de dificuldades que a psicoterapia tem de superar no caso dos

maníaco-depressivos. Problema1 relativamente' tácil é c primeiro, que também ocorre nas

depressões neuróticas, a saber, a fixação oral, isto é, a distância temporal das experiências

infantis cruciais, que a análise precisa desvelar (a história da depressão primária). Mais severa é

a segunda dificuldade, que consiste na índole narcísica da doença e na frouxidão consequente

da relação transferencial. Mesmo nos casos em que se estabelece, esta relação é

persistentemente ambivalente, e ambivalente a um grau que não se vê em qualquer outro tipo

de neurose; mais: esta relação está constantemente ameaçada pela tendência a uma regressão

narcísica súbita, que não se explica A terceira dificuldade é de todas as mais crucial; é que, nurr

estado depressivo ou maníaco severo, o paciente é inacessível à influência analítica. O ego ra-

zoável, que, supostamente, aprende com a análise a enfrentar os seus conflitos simplesmente

inexiste. Abraham, contudo, chamou a atenção para o fato (que muitos psiquiatras têm, depois

dele, confirmado) de que mesmo aqueles pacientes deprimidos inacessíveis — ansiosos

agitados, bem como lamuriosos monôtonos, sem contato aparente com o mundo objetivo —

são gratos a quem os escuta atentamente e são capazes de recompensar a paciência amistosa

com contato repentino; o que, no entanto, não é tarefa fácil com os pacientes desta ordem.

Para vencer esta última dificuldade, os pacientes maníaco-depressivos não oferecem mais

do que uma saída natural: a frequência de intervalos livres durante os quais são capazes de

estabelecer relações objetais; intervalos que são, é evidente, o período de escolha para os

esforços psicotarápicos, embora a ambivalência, mesmo nestes intervalos, mais a orientação

narcísica continuem a representar obstáculos. De mais a mais, existe o perigo potencial de que

uma análise iniciada em intervalo livre precipite outro ataque. Aoraham, com base em rica

experiência clínica, contesta a seriedade deste perigo; e, aliás, relata que a psicoterapia

realizada durante o período livre tende a prolongá-lo (26). Também conseguiu produzir

verdadeiras curas, ainda que só após tratamento muito demorado, que mais se prolongou por

força de ataques intenorrentes da doença (26; ver também as histórias clínicas: 200, 246, 275,

333, 336 386 398 509, 668, 844, 1053, 1060, 1094, 1217; eoutras).

Considerando a futilidade aparente de quase todos os outros tipos de tratamento e na

esperança de que o progresso crescente da experiência clínica mostre que modificações técnicas

são necessárias, não se há de menosprezar o fato de que, mesmo falhando a psicoterapia; o

paciente se alivia, durante algum tempo, pela oportunidade de descarregar-se com o diálogo. À

base destas considerações, pode-se aconselhar a psicoterapia para o paciente maníaco-

depressivo, depois que ele ou os parentes hajam sido informado: da dubiedade do Prognóstico.

Há, porém, algo a ter em mente: O analista pode enganar-se com a dissimulação do paciente e

com o caráter repentino com cue as coisas acontecem nas depressões, sempre presente, como

está em todas as depressões severas, um grave risco de suicídio. Se bem que o seu conteto com

o paciente seja diverso daquele que tem o psiquiatra não analítico, jaimeis menosprezará o

analista a cautela que a psiquiatria ensina. O estudo psicanalítico planejado, mais extenso, dos

transtornos maníaco-depressivos, necessário ao bem tanto aos pacientes quanto da ciência, deve

fazer-se dentro de instituições.

Quanto à convulsoterapia, umas tantas observações far-sp-ão adiante (ver Pág. 525 e

segs.).

18

Esquizofrenia

OBSERVAÇÕES PRELIMINARES

Mais do que em qualquer outro tipo de transtornos mentais, a diversidade dos fenômenos

esquizofrênicos dificulta uma orientação abrangente. Já se tem duvidado de que esta seja sequer

possível e de que os vários fenômenos esquizofrênicos tenham o que quer que seja em comum.

A tantas coisas diferentes aplica-se; o rótulo "esquizofrenia" que este nem mesmo serve para

fins de prognóstico. Há "episódios esquizofrênicos" passageiros em pessoas que. na aparência,

estão bem quer antes, quer após os mesmos; e há psicoses severas que terminam em demência

permanente. Daí por que, às vezes, se tem distinguido entre "episódios esquizofrênicos" e

"psicoses processuais" malignas (ver pág. 411). Na certa, a esquizofrenia não é entidade

nosológica definida, mas, sim, abrange todo um grupo de doenças.

Caracteriza-se o grupo, no entanto, por traços comuns, apesar da dificuldade de enquadrá-

los numa fórmula exata. Os aspectos comuns abrangem a estranheza e a índole fantástica dos

sintomas, o absurdo e impredizibilidade dos afetos e das ideias intelectuais: mais: a conexão

evidentemente inadequada entre estes dois últimos. A questão é a seguinte: Estas características

comuns resultam de mecanismos psíquicos específicos, também comuns?

Freud conseguiu ajustar os mecanismos esquizofrênicos à sua teoria da formação dos

sintomas neuróticos; e o fez agrupando todos os fenómenos em redor do conceito básico da

regressão. Assim agrupando-os, não se deu julgamento algum quanto à origem somatogênica

ou psicogênica desta regressão, que, conforme os casos, pode ter causas diferentes e diferente

alcance, sempre tendo, porém, a mesma grande profundidade, e alcançando épocas muito mais

arcaicas do que alcança em qualquer neurose; especificamente, o tempo em que o ego começou

a existir.

O bebê parte de um estado *de* "narcisismo *primário"* em *que os sistemas* do aparelho

psíquico ainda não estão diferenciados entre si e em que não existem ainda objetos. Com a

descoberta destes coincide a diferenciação *do ego.* Um ego existe na medida em que está

diferenciado dos objetos que não são ego; daí as seguintes fórmulas significarem uma só e

mesma coisa, apenas variando o ponto de vista: O esquizofrênico regrediu ao narcisismo; o

esquizofrênico perdeu os seus objetos; o esquizofrênico separou-se da realidade; o ego do

esquizofrênico colapsou, rompeu-se (ver pág. 30).

Muitos fenómenos parecem indicar que uma esquizofrenia é coisa basicamente diversa de

uma neurose, embora tenham muitos traços em comum. Resta instruir-se quanto ao fato das

diferenças resultarem de diferença na profundidade e severidade de processos essencialmente

semelhantes, ou de a neurose e a esquizofrenia terem etiologia em absoluto diversa, cada uma

delas seguindo leis patológicas diferentes. Se bem que a irracionalidade do comportamento

esquizofrênico pareça impossibilitar a empatia com os pacientes, pode-se tentar, com

legitimidade, compreender em termos psicológicos esta brecha que separa o esquizofrênico do

neurótico ou do mentalmente normal; e ainda que se provasse ser essencialmente somática a

etiologia da esquizofrenia, ainda seria importante estudar os aspectos psicológicos desta

desintegração mental que por forma heterogénea se produz (193, 705). As contribuições que a

psicanálise traz à pesquisa neste campo não podem ser mais do que parte de uma teoria geral da

esquizofrenia; parte essencial, embora (cf. 149, 200. 238, 596, 786. 1096, 1138, 1229, 1241,

1359, 1467, 1557). Mais ainda: É que restam os importantes campos dos problemas somáticos

e, do lado psicológico dos estudos descritivos. Os estudos "microscópicos" da psicanálise

pressupõem aqueles "macroscópicos" da psiquiatria, tal qual a histologia pressupõe a anatomia.

Os comentários que se seguem exigem conhecimento das descrições "macroscópicas" e apenas

se preocupam com a discussão de achados "microscópicos".

Sob o ponto de vista psicanalítico, hoje em dia, a esquizofrenia é compreendida e

diferenciada das neuroses com rigor suficiente a que se pense na probabilidade de que o papel

desempenhado por fatores somáticos etiológicos, se bem que talvez decisivos, não difere, em

princípio, daquele que vigora nas neuroses. Nestas se entendeu que a disposição e as

experiências precipitantes formam uma série complementar; a constituição física é parte da

disposição, mais decisiva nuns casos, menos noutros.

Quando discutimos, em algumas passagens deste livro, as várias neuroses, tocamos em

assuntos que se relacionam com o campo da esquizofrenia. Nas conversões pré-genitais e em

alguns estados hipocondríacos, viu-se que as representações intrapsíquicas de objeto haviam

perdido as suas catexias e que, ao contrário, com ele se haviam investido as representações de

órgãos; as relações objetais eram substituídas pelo narcisismo. Os casos em que se notavam

inibições gerais amplas se caracterizavam pela perda de interesse no mundo externo e por

eliminação quase absoluta das relações objetais (ver pág. 173). Certos tiques psicogênicos

davam a impressão dê que uma catexia de órgão represada se exprimia no sintoma (ver pág.

299 e seg.). Nos estados depressivos se observou que os conflitos, originalmente, se travavam

entre o paciente e um objeto externo que continuava dentro da mente do paciente após a

introjeçac do objeto (ver págs. 299 e segs.).

Todos estes estados caracterizam-se por certo traço comum: uma. regres são que, pelo

menos parcialmente, alcança o nível narcísico dos primeiros anos. Na esquizofrenia, o colapso

do juízo da realidade, aquela função básica do c-go. bem como os sintomas de "desintegração

do ego", que chegam a rupti severa da continuidade da personalidade, também se podem

interpretar come sendo retorno ao tempo em que o ego ainda não estava estabelecido, ou

apenas começava a estabelecer-se; daí poder-se esperar que o estudo da equizofrenia elucide os

processos do primeiríssimo período de vida do bebe, tal nual o estudo da neurose obsessiva

permite compreender o papel do sadismo anal.

Há sintomas esquizofrênicos que são expressões diretas do colapso regressivo do ego e da

anulação de diferenciações que se adquiriram pelo desenvolvimento psíquico (primitivização);

outros sintomas existem que representam tentativas diversas de restituição, ou restauração. A

primeira categoria de sintomas abrange fenómenos tais como fantasias de destruição do mundo,

sensações físicas (corporais), despersonalização, delírios de grandeza, modos arcaicos de

pensar e falar, sintomas hebefrênicos e certos sintomas catatônicos; na segunda categoria

incluem-se as alucinações, os delírios, a maior parte das peculiaridades verbais e sociais

esquizofrênicas, além de outros sintomas catatônicos.

SINTOMAS DE REGRESSÃO NA ESQUIZOFRENIA

Fantasias de Destruição do Mundo

A percepção interna da perda de relações objetais produz, segundo Freud, a fantasia com

que freqüêntemente deparamos nos estádios iniciais da esquizofrenia: a de que o mundo está

para acabar (574). Os pacientes que experimentam sentimentos desta ordem estão corretos no

sentido de que, quanto ao que lhes diz respeito, o mundo objetivo, de fato, se rompeu (709,

974). Há vezes em que só uma parte do mundo é sentida como fendo perdido a existência. Por

exemplo, a idéia delirante de que alguém está morto representa a percepção intrapsíquica

de.que a conexão libidinal com este alguém foi retirada (,142). O mundo é sentido como vital e

significativo enquanto está investido de libido. Quando um esquizofrênico se queixa de que o

mundo parece "vazio", "sem sentido", "monótono", quando diz sentir que alguma coisa mudou,

como se as pessoas fossem imagens fluidas, quando afirma que se sente perplexo e abandonado

neste novo mundo, está refletindo em tudo isso o fato de que a sua libido se retirou dos objetos

(1462). A mesma coisa exprime-se, de maneira mais localizada, pela despersonalização; e com

mais intensidade, mais com-pletamente, no estupor catatônico.

Pode dizer-se que, em seguida a experiências decepcionantes, a libido é retirada da

realidade também nas pessoas neuróticas e normais; assim pois, por que é que esta retirada

caracteriza a esquizofrenia? Diga-se, antes de mais nada, que a retirada, nas pessoas neuróticas

e normais, é de tipo diverso daquela retirada que se processa nos esquizofrênicos; é uma

"virada" para a fantasia, a que se dá o nome de introversão. O lugar dos objetos reais, que a

pessoa Menospreza, decepcionada, é tomado por figuras fantásticas, que representam os objetos

da infância. O esquizofrênico, por outro lado, desihteressa-se completarnente dos objetos.

Abraham, na primeira das publicações em que tratou deste problema (1), salientou com nitidez

o fato de que a diferença entre neurose e psicose depende de que as representações de objeto se

conservem ou não, no processo de retirada da realidade. Se, de um lado, nas psicoses

depressivas, as representações de objeto são, de algum modo, transplantadas Para o sujeito, na

esquizofrenia a retirada da libido permanece difusa, apesar da ase especial em certas zonas

erógenas.

Muitos fatos existem, contudo, que parecem contrapor-se ao que estamos dizendo:

qualquer visita superficial a um hospício dá a impressão de provar o contrário. Os

esquizofrênicos exibem interesse por objetos — às vezes, corri tamanha intensidade que o

visitante é capaz de, sem demora, tornar-se objeto de atos transferenciais por parte dos

pacientes, atos ternos, sensuais, hostis. São, no entanto, justamente estes tipos desordenados e

intensos de reação que invalidam a contradição suposta com a teoria; é que a índole fugidia e

pouco confiável dos atos transferenciais dá a impressão de que estes pacientes, deixando um

estádio narcísico e tentando recuperar contato com o mundo objetivo, só o conseguem em

explosões repentinas e durante curto espaço de tempo. Estes tipos de comportamento para com

os objetos são parte dos sintomas "res-titucionais".

Certos sintomas esquizofrênicos revelam a índole intencional da perda dos objetos. Um

mutismo tanto pode exprimir o fato do paciente já não ter mais interesse algum pelo mundo

objetivo, como pode conter certa quantidade de antagonismo hostil. No sintoma do

negativismo, exprime-se, franco, um ressentimento contra o mundo externo.

Sensações Corporais e Despersonalizaçâo

Muitas esquizofrenias existem que começam com sensações hipocondríacas. A teoria da

hipocondria segundo a qual as catexias de órgão se desenvolveram à custa das catexias de

objeto permite compreender esta sintomatologia precoce. O início do processo esquizofrênico é

regressão ao narcisismo, donde resulta aumento do "tônus libidinal" do corpo (ou do corpo

inteiro, ou, dependendo da história individual, de certos órgãos), aumento que se faz sentir sob

a forma de sensações hipocondríacas.

A descoberta do ego (e do mundo objetivo) o bebê a faz em conexão com a descoberta do

seu próprio corpo, o qual se distingue de todas as outras partes do universo pelo fato notável de

que é percebido mediante dois tipos de sensação, ao mesmo tempo: mediante sensações tácteis

externas e mediante sensações internas da sensibilidade profunda (1231) (ver págs. 38 e seg.).

Freud declarou que o ego é, primariamente, uma coisa corporal, isto é, a percepção do corpo de

si mesmo (608). A "imagem corporal" é o núcleo do ego (134, 1372). As sensações

hipocondríacas que ocorrem no início da esquizofrenia mostram que, com as alterações

regressivas do ego, este núcleo novamente se apresenta: e está alterado (68, 1531).

Os sintomas corporais, na esquizofrenia incipiente, não têm, necessariamente, o caráter

de sensações intensas. É muito frequente consistirem num sentimento de falta de sensações.

Certos órgãos, áreas corporais, ou o corpo inteiro são percebidos como se não pertencessem à

pessoa, ou pelo menos, como se não fossem bem os mesmos que são habitualmente; o que

também se explica à base da mesma alteração libidinal. Quando o sentimento corporal normal

desaparece da consciência, isso não quer dizer, por força, que a quantidade correspondente de

libido haja sido retirada do órgão em questão (387). Pode significar que este órgão se tornou

carregado de grande quantidade de libido, que é oculta por uma intensa contracatexia (1291,

1366). Tausk salientou que este período de estranhamento do corpo costuma suceder-se a

período hipocondríaco mais precoce. A retirada da catexia de objeto intensificou a catexia do

órgão; e isso se sente, primeiro, sob a forma de sensações hipocondríacas. O ego, no entanto,

conseguiu rejeitar estas sensações mediante uma contracatexia. daí resultando o estranhamento

(410, 1531). Tanto o acréscimo quanto o decréscimo dos sentimentos corporais alteram,

necessariamente, a imagem corporal do paciente e fazem-no sentir-se estranho. As alterações

peculiares da imagem corporal são determinadas pelos conflitos psíquicos subjacentes e podem

servir de ponto de partida para a análise destes (233, 387, 389, 391 395, 746, 1366, 1418,

1605).

Certo episódio esquizofrênico começou com o desespero de um paciente pelo fato

de que um chapéu novo não lhe assentava. A análise revelou que ele se sentia diferente

quando o usava, acreditando que a forma da cabeça era alterada pelo chapéu. A imagem

corporal da cabeça dele estava alterada. A reação exagerada ao chapéu era expressão

distorcida do medo que tinha de que houvesse alguma coisa errada na sua cabeça. A

reação exagerada a roupas costuma significar reação exagerada a sensações corporais

(521) (ver págs. 32 e 243). Oberndorf descreveu casos em que a incerteza em relação aos

sentimentos corporais resultava de incerteza em relação ao próprio sexo do paciente

(1186 1187 1188 1189, 1191).

Nos estádios de estranhamento, reações defensivas contrabalançam o aumento da catexia

narcísica do corpo. Na despersonalizaçâo se passa o mesmo pela intensificação das catexias

narcísicas dos processos mentais. Na responsabilização, há repressão de sentimentos ou

conceitos sobrecarregados. O paciente enquanto se observa, percebe a ausência da plenitude

dos seus sentimentos, tal qual uma pessoa que percebe a ausência de um nome esquecido,

tendo-o na ponta da língua. As experiências de estranhamento e despersonalizaçâo resultam de

um tipo especial de defesa, qual seja, de uma contracatexia contra os sentimentos do próprio

indivíduo, os quais haviam sido alterados e intensificados por acréscimo anterior do narcisismo

(402, 410, 1173, 1291, 1531). Os resultados deste acréscimo são percebidos como despraze-

rosos pelo ego, o qual, por conseguinte, põe em prática medidas defensivas contra eles;

medidas que, às vezes, consistem em retirada ativa da libido (1173); em geral, é uma

contracatexia que as edifica. O aumento da auto-observação e o sentimento de que. as

sensações ausentes ainda existem, tal qual o nome esquecido, são a manifestação clínica desta

contracatexia (410).

De modo expresso, Schilder enfatizou que "aqueles que sofrem de desper-sonahzação não

são carentes de sentimentos; os pacientes, apenas, percebem, vindo de dentro, uma oposição às

suas próprias experiências" (1379); a intensicação da auto-observação é que manifestamente

exprime esta oposição, de maneira que temos, na despersonalizaçâo, duas direções

conflitantes", a saber, a direção para os sentimentos de sensações corporais e a direção contra

os mesmos. “O órgão que porta a catexia narcisística é aquele que mais sujeito está à

despersonalização" (1379).

O acréscimo do narcisismo não é, em todos os casos de despersonalizaçâo,

necessariamente tão intenso quanto numa esquizofrenia incipiente. Como sintomas de

tentativas no sentido de rejeitar sentimentos e sensações censuráveis, espersonalizações

também ocorrem fora da esfera da esquizofrenia, poden-exprimir defesa contra sentimentos de

excitação; em particular, contra uma curiosidade muito forte (107, 1347) ou contra certo tipo de

pensamento (1186, 1187, 1188, 1189, 1191).

O que se disse dos sentimentos de estranhamento e despersonalização, isto é, que

representam reação do ego à percepção do aumento da libido narcísica, também se pode dizer

da perplexidade geral do esquizofrênico, do seu sentimento de que tudo mudou. Todos estes

sintomas iniciais resultam de uma percepção interna da regressão narcísica e dos deslocamentos

libidinais que a acompanham.

Idéias de Grandeza

Uma retirada das catexias dos objetos para o ego mental não se manifesta,

necessariamente, como despersonalização. Nem sempre é rejeitado o acréscimo narcísico; há

condições nas quais ele se faz sentir -como inflação grandiosa e prazerosa do ego do paciente.

A fusão súbita das catexias de representações de objeto e do ego é capaz de produzir uma

espécie de estado maníaco e de experiência estática (574).

Foi dito e repetido que a criança, ao perder o seu sentimento de onipotência, acredita

serem os adultos onipotentes e se esforça pela reunião com eles. Os psicóticos podem conseguir

simplesmente negar que perderam a sua onipotência e conservar ou recuperar a "reunião

oceânica", de modo que o mundo ob-jetivo, preenchida a sua função de dar prazer, novamente

desaparece, tal qual desapareceu quando o bebé saciado adormeceu (324) (ver pág. 30). Os in-

divíduos assim reagem a qualquer mortificação narcísica, na vida posterior, do mesmo modo

que tentaram reagir à primeira, ou seja, à ideia de que não são onipotentes; negam a

mortificação do narcisismo e aumentam a sua auto-es-tima por forma supercompensatória. Para

eles, uma regressão ao narcisismo é também regressão à onipotência narcísica primária, a

reaparecer sob a forma de megalomania.

Ao discutirmos os mecanismos de defesa, mostramos de que modo o desenvolvimento

normal do ego e do seu juízo da realidade impossibilita o uso amplo do mecanismo da negação

(ver págs. 134 e seg.). Há vezes, porém, em que um ambiente fora do comum, fechando o

desenvolvimento da criança e favorecendo o isolamento, permite à pessoa apegar-se ao seu

distanciamento narcísico e super-compensar todas as mortificações narcísicas pelo desenvol-

vimento de mais alta opinião de si mesma. De outras vezes, as causas de uma fixação narcísica

responsáveis por semelhante supercompensação são menos evidentes.

De narcisismo supercompensatório deste tipo pode partir, em alguns casos, o

desenvolvimento de atitudes masoquisto-ascéticas. Em outros, con-'tudo, não há elaboração

posterior e o paciente simplesmente compensa uma perda de amor com aumento do auto-amor.

Já se disse que, em pessoas normais ou neuróticas, um objeto perdido pode ser substituído por

identificação com o mesmo: o ego oferece-se ao id pelo se assemelhar ao objeto amado (608)

(ver pág. 368). Nas pessoas às quais é possível regredir à onipotência narcísica, o sentimento de

ser mais admirável do que qualquer objeto substitui a semelhança com o objeto. O amor dos

objetos é substituído pelo auto-amor; e a sobrevaloração que, em geral, se dirige para uma

pessoa amada se dirige, então, para o próprio ego do indivíduo, este tanto se inclina a

novamente crer na sua onipotência quanto se entrega ao apaixonado amor por si mesmo imagi-

nando o contato sexual consigo mesmo. O auto-amor deste tipo, é claro, não corresponde ao

estado primário, anterior à existência de qualquer objeto (re-qressão a este estado representa-se

mais no estupor catatónico do que na megalomania) (924); diz respeito, todavia, ao "narcisismo

secundário" (585, 608), em que os objetos tornaram a ser substituídos pelo ego.

A crença que o indivíduo tem na sua própria onipotência não é mais do que um dos

aspectos do mundo animístico-mágico que torna a predominar nas regressões narcísicas (cf.

1250).

O narcisista acredita, de fato, nos seus devaneips, que se transformam em delírios; sente-

se rei, presidente, Deus, isso resultando da perda do juízo da realidade. O conteúdo dos delírios

pode analisar-se tal qual se analisam os devaneios dos neuróticos e das pessoas normais. Esta

"grandeza" é sentida como expressão direta do narcisismo reativado; os delírios que envolvem

este sentimento constróem-se tal qual outros delírios (70) (ver págs. 398 e segs.).

Pensamento Esquizofrênico

A maneira pela qual os esquizofrênicos usam conceitos e palavras não é sempre

desordenadamente. Existe, em verdade, uma ordem definida no pensamento deles, sem

obedecer, no entanto, às leis da nossa lógica "normal". A lógica esquizofrênica é idêntica ao

pensamento primitivo, mágico, ou seja, àquela forma de pensamento que também se vê no

inconsciente dos neuróticos, nas crianças pequenas, nas pessoas normais fatigadas, representan-

do "antecedentes" do pensamento (1363), e no homem primitivo (1047). É o modo arcaico de

pensar (166, 234, 235, 236, 732, 930. 1042, 1550). O que se vê na neurose obsessiva em grau

leve encontra-se marcadamente desenvolvido na esquizofrenia: o pensamento esquizofrênico

retrocede do nível lógico ao nível pré-lógico.

A índole regressiva do pensamento esquizofrênico confirma-se no fato de que a

investigação deste tipo de pensamento prova a sua identidade com o que se presume

sejam os precursores arcaicos do pensamento lógico (ver págs. 40 e segs.). O

pensamento esquizofrênico é relativamente mais concreto e ativo do que o pensamento

normal, incapaz ainda de abstrações realísticas, menos preparado para a ação futura e

constituindo mais um equivalente simbólico da ação. É apenas "relativo" o seu caráter

concreto, na medida em que as suas imagens concretas não correspondem a realidades

objetivas, mas são formadas ou influenciadas pelas qualidades mágicas, capazes de

realizar desejos, do pensamento primitivo. O seu caráter ativo resulta do fato da

percepção dos estímulos e a reação aos (elaboração subjetiva dos) estímulos se

entrelaçarem entre si (ver págs. 32 e segs.).

Nos indivíduos não psicóticos, esta modalidade de pensamento ainda atua no

inconsciente; daí a impressão de que, na esquizofrenia, "o inconsciente se tornou consciente".

Como o "processo primário" e os modos arcaicos de pensar retomaram sua atividade estes

mecanismos já não alienam os esquizofrênicos, °s quais, por exemplo, mostram compreensão

intuitiva do simbolismo. As interpretações dos símbolos, que os neuróticos acham tão difícil

aceitar na análise, os esquizofrênicos fazem-na espontaneamente, como coisa natural. Para eles,

o Pensamento simbólico.não é mero processo de distorção; é, de fato, o tipo arcaico de

pensamento que lhes é próprio (cf. 982) (ver págs. 42 e seg.).

Também quanto ao conteúdo ideacional, é frequente os esquizofrênicos imirem

livremente ideias que outras pessoas reprimem profundamente; por exemplo, o complexo de

Édipo (181, 228, 806, 808, 973, 1506, 1625). Daí a pressão do ego do esquizofrênico haver

sido esmagado pelas suas exigências instintivas intensas, as quais terão irrompido na

consciência. O ego esmagado pode ser envolvido numa regressão defensiva. Há vezes em que

esta regressão (parece) ou tira o paciente de um mundo censurável e perigoso para outro mundo

prazeroso, que realiza desejos. É mais freqüênte prosseguir o conflito: o paciente, deixando-se

precipitar em fantasias sexuais infantis como meio de fugir à realidade perigosa, não o

consegue e os riscos de que tentou livrar-se voltam na inundação dos impulsos infantis.

Se considerarmos a índole defensiva da regressão, é fácil responder à pergunta:

"Como é que pode ser um esquizofrênico analisado, visto que a análise consiste em fazer

o paciente enfrentar os seus desejos inconscientes, quando estes desejos, no

esquizofrênico. já são de algum modo, conscientes?" A primeira interpretação a dar-se

não é que o paciente tenha um complexo de Édipo, mas que tem medo de certos aspectos

da realidade. Se a análise for bem sucedida, a procura destas angústias conduzirá ao

complexo de Édipo do paciente de um ângulo inteiramente diferente. Neste caso, como

nas neuroses, o analista deve tentar fazer o paciente enfrentar as angústias de que

procura fugir, e não participar das suas tentativas de fuga (ver pág 418).

Hebefrenia

Na hebefrenia. a perda do mundo objetivo ou de todo interesse, nele é de observar-se sem

quaisquer outras complicações. A índole passiva do mecanismo de defesa da regressão mais

clara se faz: o ego não realiza atividade alguma para o fim de defender-se, mas, acossado pelos

conflitos, "abandona-se". E desagradável o presente? O ego recai no passado. Falham novos

tipos de adaptação? Refugia-se em tipos mais antigos, nos tipos infantis de receptividade pas-

siva: talvez até. nos intra-uterinos. No caso de ser por demais difícil um tipo mais diferenciado

de vida. a este se renuncia em troca de existência mais ou menos apenas vegetativa. Campbell

chamou a hebefrenia de "rendição esquizofrênica" (239).

A ausência de tentativas restitucionais visíveis dá à hebefrenia a característica de tipo

puramente regressivo de esquizofrenia. £ comum produzir-se muito gradualmente a perda das

relações objetais, mas esta pode ser inexoravelmente progressiva. É possível encontrar, entre

pessoas geralmente inibidas, estados de transição para a hebefrenia As pessoas deste tipo. com

complexo de Édipo de matiz pré-genital e com predisposição a renunciara realizações novas,

mostram-se, muitas vezes, normais durante o período de latência, mas não conseguem ajustar-

se ao aumento somático da excitação instintiva que a puberdade acarreta (“dementia praecox").

Ocorre, às vezes explosões violentas de raiva excessiva. destruidora: os impulsos destrutivos

terão sido antes rejeitados por uma aquiescência "pacata".

Certo paciente, que. em criança, assistira com freqüência a cenas primárias,

desenvolvera conceito sádico do ato sexual (identificação com a mãe) e medo sexual

intenso, daí resultante. A reação original às cenas primárias, hostilidade em relação aos

pais, em particular contra o pai, foi rejeitada mediante indiferença crescente para com o

mundo. A identificação com a mãe e as inclinações homossexuais passivas exprimiam se,

de forma distorcida, nesta indiferença.

Sintomas Catatônicos como Fenômenos Regressivos

Tausk mostrou que inúmeros sintomas esquizofrênicos revivem experiências do período

em que o ego, no seu desdobramento, se descobriu a si mesmo e o seu ambiente (1531). O

modo passivo pelo qual os pacientes experimentam os seus próprios atos, como se de forma

alguma atuassem, mas fossem obrigados a realizar certos movimentos ou a pensar certas ideias,

que sentem "introduzidas" na sua mente, relaciona-se com um estádio primitivo do desenvol-

vimento do ego. O mesmo se aplica à crença na onipotência das palavras ou dos gestos. Outros

padrões esquizofrênicos típicos (por exemplo, o negativismo e a obediência automática —

ecolalia e ecopraxia,), embora não se reconheçam, desde logo, como manifestações do período

do aleitamento, são contudo, na certa, arcaicos, e primitivos; e revelam apercepção indistinta

dos objetos, fronteiras imprecisas do ego e ambivalência (oral) profunda em relação ao

universo dos objetos. A obediência automática corresponde à "fascinação" imitativa dos bebés

(130) (ver pág. 32). Perdida a comunicação emocional com os objetos, as conexões entre as

atitudes emocionais individuais também se perdem; e as emoções individuais se fazem rígidas,

automatizadas. Há sintomas — por exemplo, as posturas e movimentos catatônicos — que

sugerem a possibilidade de ter havido até recorrência de impulsos, originados do período da

vida intra-uterina (1531). Depois que a regressão remove inibições normalmente presentes, vol-

tam a aparecer tipos arcaicos de motilidade, com o aspecto de atividades motoras catatônicas

(1460).

Ainda permanecem obscuras muitas questões concernentes a estas atividades. que dão

impressão de ser manifestações dos estratos mais profundos do aparelho motor; estratos que,

em seguida à desintegração do ego, terão adquirido uma espécie de efetividade independente.

Quando discutimos o "tique psicogênico", falamos em "traços amnêmicos narcísicos" (492)

(ver págs. 299 e seg.). os quais se teriam tornado relativamente independentes da personalidade

total, buscando saída: o esforço que fazem por descarregar conflitam com pendência oposta, daí

resultando acúmulo: este. contudo, é liberado mediante “curto-circuito". Os movimentos

catatônicos resultam, sem dúvida, de curto-circuito do mesmo tipo. Em algumas estereotipias,

em certas atitudes esquisitas, ainda se reconhece a intenção proposital original, que. falhando,

se automatizou pela desintegração da personalidade e pela profunda regressão motora. Na

neurose obsessiva, não é raro o paciente sorrir amistosamente para fins de defesa, quando se

depara com situações que lhe recordam algo capaz de ameaçar a produção de angústia; do

mesmo modo, muitos casos de "sorriso obtuso, vago”, em pacientes catatônicos. ou muitas

situações que envolvem "cisão entre o afeto e o conteúdo ideacional". visam a negar e repudiar

emoções sombrias, temíveis; às vezes, quem sabe. a ideia de estar mentalmente enfermo. A

desintegração do ego rejeitador, contudo, transforma esta intenção em mera sombra, isola-a da

personalidade total e produz o caráter "obtuso, vago", do sorriso. Nos divíduos normais e nos

neuróticos, a expressão facial é maneira decisiva de manifestar sentimentos relativos aos

objetos. Que se percam, no entanto, as relações objetais. também a expressão facial perde a sua

finalidade e o seu caráter pleno, tornando-se "vazia", enigmática, apenas representando ténue

remanescente. É muito freqüênte, porém, as estereotipias e as atitudes esquisitas não serem,

apenas, "remanescentes" de sentimentos perdidos, mas representarem, a bem dizer, tentativa

malograda de recuperá-los. Daí por que a discussão a seguir-se se há de subordinar à categoria

dos "sintomas restitucionais" (ver págs. 407 e segs.).

SINTOMAS RESTITUCIONAIS NA ESQUIZOFRENIA

Fantasias de Reconstrução do Mundo

Do mesmo modo que as fantasias de destruição do mundo são características dos estádios

iniciais da esquizofrenia, é frequente ocorrerem várias fantasias de reconstrução nos estádios

mais tardios. Consistem em ideias delirantes de que o próprio paciente tem o encargo de salvar

o mundo e talvez haja sido por Deus escolhido para refazer o mundo; ou, simplesmente, há o

sentimento de que alguma forma de salvação ou renascimento se há dé esperar (974). O mundo

já não parece vazio e sem sentido, mas, ao contrário, riquíssimo, cheio de significados novos,

indescritivelmente grandiosos. Tudo quanto se percebe tem outra significação, às vezes oculta,

às vezes clara, quase sempre. porém, profética e simbólica. O paciente tem revelações de toda

sorte. Estas experiências são percebidas por alguns pacientes como extasiantes; outros, como

apavoradoras. Todas elas representam percepções internas das tendências a restaurar aquilo que

se perdeu pelo narcisismo patogènico; a índole promissora ou amedrontadora das experiências

representa a atitude esperançosa ou desesperada do paciente com relação a este encargo. Não

são, porém, necessariamente, muito "progressivas" as restituições que se tentam. É freqüênte

experimentarem-se as salvações de maneira passivo-receptiva, mostrando sinais da *unto*

mystica narcísica. da mais profunda reunião oral do sujeito com o universo; e também do

restabelecimento do "sentimento oceânico" original (622).

O delírio religioso, geralmente, enraiza-se em desejos de salvação deste tipo. com

tentativas simultâneas de controlar, mediante a verbalização respectiva, as sensações

esquizofrênicas esmagadoras, indescritíveis (939). As palavras que se usam nesta verbalização

são tiradas à tradição religiosa. Visto que esta, em nossa cultura, é patriarcal, a verbalização

esquizofrênica dará oportunidade especial que se exprimam os impulsos conflitantes dos

complexos paternos do paciente. E o que se vê de modo particular com os homens, nos quais o

desenvolvimento psicótico terá sido iniciado pela defesa contra sentimentos homossexuais

ambivalentes em relação ao pai (574) (ver págs. 398 e seg.)

Mais profunda do que a dependência do homem moderno em relação ao pai (e a

deuses paternais) é a dependência universal, biologicamente determinada, em relação à

mãe, que é quem terá cuidado do bebé durante o seu período passivo-dependente. Daí

não ser raro que o delírio religioso dos esquizofrênicos mostre traços matriarcais e se

assemelhe às antigas religiões deste tipo (1559).

Alucinações

As alucinações são "substitutos das percepções" depois que se perde ou se lesa o juízo da

realidade objetiva. Não significa a expressão "substitutos da percepção" que já não existam

quaisquer percepções reais, as alucinações ocorrem ao mesmo tempo que as percepções e até se

mistura com elas, constituindo "ilusões".

Duas indagações hão de ser respondidas: (1) Que é que faz certas impressões terem

feições perceptuais características, de modo que da respectiva realidade objetiva não se duvida?

(2) Que é o conteúdo das alucinações, ou seja, que é que determina *aquilo* que os pacientes

julgam perceber?

A primeira indagação — porque é que ocorrem alucinações? — ainda não está de todo

resolvida; também a fisiologia terá de contribuir para a resposta. Antes que se desenvolva o

juízo da realidade, existe um estádio em que os desejos se realizam de maneira primariamente

alucinatória (457); estádio cujas condições mais as condições da sua recorrência nas psicoses e

nos sonhos foram por Freud estudadas (552). E provável que os sistemas mentais, cuja estimu-

lação produz as percepções, se tornem sensíveis a estímulos que vêm de dentro sempre que está

bloqueada a aceitação de outros estímulos externos. Bloqueio desta ordem pode produzir-se de

vários modos; no estado de sono, as portas que dão acesso ao mundo exterior estão fechadas

por motivos biológicos e, pois. os pensamentos se transformam em alucinações (595): na

esquizofrenia, é a retirada patogênica das catexias objetais que gera o mesmo efeito (590, 611,

614).

A segunda indagação, que diz respeito ao conteúdo das alucinações, pode ser respondida

sem demora quanto a certo tipo de alucinose aguda, em geral, não incluída no grupo da

esquizofrenia. Os estados alucinatórios agudos que com freqüência se desenvolvem após

traumas definidos — operações, partos (404. 1628) -- são muitas vezes, fáceis de reconhecer

como realizações de desejos (62. 1368). Um homem que teve a perna amputada é capaz de

desenvolver psicose aguda, na qual nega a amputação e imagina possuir ainda uma perna sadia

(1612). Não podendo livrar-se inteiramente de percepções ou sensações desprazerosas, ele as

projeta e alucina suas próprias deficiências nas pessoas que o rodeiam (1045, 1362). As

psicoses deste tipo são realizações de desejos pelo abandono do juízo da realidade. Repudia-se

uma realidade penosa - cria-se outra mais simpática, no lugar daquela, tal qual ocorre nos

sonhos da; pessoas normais (552, 395). O psicótico nestas condições foge ao conflito com a

realidade pela negação desta: não "reprime" o impulso instintivo que conduziu ao conflito, mas,

sim, as percepções que lhe barram os desejos. E esta ruptura com a realidade volta a seguir a

via regressiva, de maneira que o paciente retrocede ao estado em que os desejos se realizam

alucinatoriamente, estado em que vivia antes de adquirir a capacidade de julgar a realidade

(611).

As alucinações da esquizofrenia diferem das que ocorrem na psicose alucinatoria aguda,

mas têm certos traços em comum: o ego, depois de romper com a realidade, tenta criar uma

realidade nova que seja mais conveniente. As relações normais com a realidade jamais

dependem apenas de imagens mnêmicas. mas exigem suprimento de percepções novas; para o

esquizofrênico, as alucinações são substituto destas percepções, substituto que ocorre quando

tiver sido bloqueada a aceitação de percepções reais novas. Assim é que se possibilitam

relações com uma realidade substitutiva, de criação recente (611, 614).

No entanto, em sua maior parte, as alucinações esquizofrênicas não são prazerosas. nem

parecem representar simples realizações de desejos. É comum serem muitíssimo penosas e

apavoradoras. Freud sugeriu que a angústia que freqüêntemente acompanha as alucinações

resulte do reaparecimento de parte da realidade que foi repudiada, tal qual nas neuroses, em que

a angústia se deve ao reaparecimento de partes repudiadas do id (611).

Não é só. uma realidade repudiada que retorna sob a forma de alucinações, mas também

um id ou um superego repudiados. As alucinações exprimem apenas a evasão do ego;

exprimem também a falha desta evasão, exprimem o retorno distorcido de impulsos rejeitados

sob a forma de projeções (663). É o que se faz particularmente claro num tipo de alucinação

esquizo-frênica que representa as ameaças ou punições do superego, ameaças ou punições que

o ego havia tentado evitar. De acordo com a origem auditiva do superego, quase todas as

"vozes" que o paciente ouve são desta índole (585).

Assim, pois, as alucinações são fenómenos complicados, que contêm elementos de

percepções, de ideias que se traduzem em sensações, e de recordações pictóricas ("o cerne

histórico das alucinações"); as ideias e recordações serão alusões a desejos instintivos

rejeitados e a ameaças do superego. As alucinações podem ser interpretadas da mesma forma

que os sonhos (141 262 294. 1365).

Delírios

Os delírios - que são falsos-juízos da realidade, baseados na projeção - têm a mesma

estrutura que as alucinações. Os elementos das alucinações li-mitam-se a sensações

perceptuais. ao passo que os delírios se constrôem com ideias mais complicadas e. às

vezes,mais sistematizadas. Embora por vezes sejam, como as alucinações, realizações de

desejos, é mais comum terem caráter penoso e apavorador. Representando tentativa de

substituir as partes perdidas da realidade, é freqüênte conterem elementos da realidade

repudiada (a qual, no entanto, retorna) e porções de impulsos rejeitados, além de exigências

projetadas do superego.

É o que se mostra no exemplo do delírio de perseguição, que é o tipo mais

completamente investigado; complicado, na verdade.

Quem primeiro revelou o significado deste delírio foi Freud, no caso Schreber (574),

significado que muitos estudiosos corroboraram a seguir (143, 319, 401, 452, 464, 587, 854,

1017, 1203, 1260, 1358, 1379, 1398, 1421, 1465, 1470, 1531). Caracterizava-se o sistema

delirante de Scheber pela sua atitude ambivalente em relação a Deus e pala idéia de que estacva

emasculado. Freud interpretou isso, de forma forma convincente, como tentativa da parte do

paciente no sentido de superar o seu complexo paterno; em particular, seu componente

homossexual-passivo. Schereber buscava com as suas idéias delirantes proteger-se de

tentações homossexual-passivas, que se originavam na sua atitude infantil para com o pai. O

fato de não ser o complexo de Édipo normal, mas o negativo (homossexualismo), que formava

a sexualidade infantil contra a qual tinha o paciente de defender-se veio a assumir significação

geral, tendo em vista a circunstância de se notarem conflitos girando em torno do

homossexualismo na maior parte das esquizofrenias paranóides, por assim dizer, o

homossexualismo representa um estado entre o amor de si mesmo e o amor de um objeto

heterossexual. Em regressão ao narcisismo, o nível do homossexualismo é passo intermediário,

no qual a regressão pode temporariamente deter-se; e a pessoa que haja regredido ao nível do

narcisismo, no esforço pela recuperação e pelo retorno ao mundo objetivo, pode não conseguir

ultrapassar um nível homossexual.

Schreber protegia-se das suas tendências homossexuais pela negação e pela projeção. "Eu

não o amo, odeio-o", diz, primeiro, o ego. em autodefesa, segundo Freud (574); depois, a

projeção transforma "Eu o odeio" em "Ele me odeia"; desta forma, o ódio que o próprio

indivíduo sente é racionalizado em "Eu o odeio porque ele me persegue". A perseguição

representa a tentação homossexual, transformada em ameaça temível, independente da vontade

do paciente. Pela destruição da função do juízo da realidade, esta defesa malograda contra a

tentação homossexual ganha o seu caráter delirante. A forma e o conteúdo do delírio,

correspondendo à regressão profunda do ego, mostram todas as características dos níveis

mágico e arcaico.

Interessante é que o ódio nunca é projetado ao acaso, mas se sente, em geral, ligado com

alguma coisa que tem base na realidade. Os pacientes que têm ideias persecutórias são

muitíssimo sensíveis à crítica e servem-se da percepção de críticas insignificantes reais como

base real do seu delírio; base que, decerto, tem de exagerar-se e distorcer-se muito para servir a

este fim. Tal qual os "monstros" do sonho podem representar uma "ameaça" da vida cotidiana

(1328), assim o monstro do delírio paranóide pode ser um micróbio verdadeiro, falsamente

apreendido. O indivíduo paranóide tem sensibilidade particular para perceber o inconsciente

dos outros, quando as percepções desta ordem podem ser utilizadas para racionalizar-lhe a

tendência à projeção. O paranóico sente com clareza o inconsciente alheio, quando isso o

capacita a deixar de ouvir o seu próprio inconsciente (607).

A transformação aparente de amor em ódio à base de ideias persecutórias só é possível se

tiver havido antes forte ambivalência — em outros termos, se a atitude do paciente para com o

objeto houver sempre permanecido arcaica (608). O homossexualismo latente dos paranóides é,

em geral, do tipo agres-sivo-ambivalente, que Nunberg descreveu (1181) (ver pág. 312); o

ódio, no delírio, é manifestação desta agressividade original (968). De fato, consegue-se

demonstrar nas pessoas que sofrem delírio persecutório a presença do objetivo pré-genital de

incorporação, o qual terá sido o precursor indiferenciado tanto do amor quanto do ódio. A

projeção como tal baseia-se numa fluidez da fronteira que separa o ego e o não-ego; fluidez a

que também correspondem ideias de incorporação. O objeto incorporado tornou-se parte do ego

do indivíduo: quando este objeto é de novo projetado, conserva certa "qualidade de ego" até no

mundo exterior. O perseguidor, como o instrumento que ele utiliza, vem a representar,

comprovadamente, tanto o objeto amado (ambivalente) quanto uma projeção também do

paciente, ou de todo o seu corpo, ou de partes deste, ou de partes específicas da sua mente.

Staercke (1465) e Van Ophuijsen (1203) demonstraram que o perseguidor, embora represente

um objeto real, é percebido no inconsciente (curioso!) como se fosse as fezes do próprio

paciente; as sensações de perseguição representam sensações intestinais, as quais terão sido

particularmente acentuadas, por força da regressão narcísica, e depois projetadas (49, 94, 119)

Bibring relatou o caso de uma mulher que se julgava perseguida por um homem chamado

"Traseiro", a quem atribuía uma quantidade de características que, de fato, correspondiam à

própria região glútea dela (143).

A idéia de encontrar o próprio corpo ou partes deste no mundo exterior corresponde à

orientação narcísica do paciente, esta fazendo que o indivíduo auto-enamorado deseje encontrar

o seu próprio ego, personificado em objeto

Fora da esfera do delírio persecutório, também acontece que um órgão se torne o

representante de um objeto externo, por força de regressão narcísica e em conexão com

fantasias introjetivas; por exemplo, na hipocondria nas neuroses de conversão pré-genital, nas

depressões (1171, 1436). No delírio de perseguição, contudo, o objeto introjetado, ao inverso

do que ocorre nas outras condições, novamente se projetou. Subsiste, sim, a certeza do primeiro

achado de Freud de que o perseguidor representa o objeto homossexual, mas o fato de o

perseguidor representar, ao mesmo tempo, as características do próprio sujeito mostra que este

objeto, na fantasia do paciente, terá sido incorporado e reprojetado.

Em grau leve, a "passagem de um objeto através do ego" (1567), que dá ao objeto

feições do ego, também desempenha, às vezes, certo papel na escolha objetal do amor

normal (1565).

É interessante que, entre os órgãos projetados no perseguidor, as fezes e as nádegas

desempenhem papel predominante: Segundo Abraham, pensa-se no processo de incorporação

das fantasias paranóides como se fosse realizado pelo ânus (26). A introjeção anal representa a

relação objetal ao nível da orientação sádico-anal primitiva da libido; percebe-se como

destruição do objeto e é, por sua índole, mais arcaica do que o nível sádico-anal a que regride o

neurótico obsessivo (caso em que o objeto é conservado).

No entanto, não se limitam à zona anal as fantasias de incorporação dos esquizofrênicos

paranóides; também se vêem fantasias de incorporação oral (57. 230), epidérmica e

respiratória, o que se demonstra pela existência de ideias de comer ou ser comido, de inalar ou

ser inalado (1172).

Um dos primeiros sintomas de certo jovem hebefrênico era um grande medo de

cães, combinado à incapacidade de comer na presença da mãe. A análise mostrou que

um e outro sintomas era defesa contra o desejo de mordê-la e devorá-la.

Quando se analisam as frequentes idéias de que se é influenciado por máquinas, estas

sendo supostamente usadas pelos perseguidores do paciente vê-se que elas são réplicas do

corpo do próprio paciente (1531) É frequente o aparelho representar um ou outro órgão do

paciente, que ele ao máximo valorize. Muitas vezes mesmo, é símbolo "dos órgãos genitais; em

outras ocasiões, representa as nádegas.

Coisa semelhante se diga das diversas invenções dos esquizofrênicos em que se

reconhecem projeções dos seus órgãos (945, 1077). O impulso a inventar e projeção do impulso

a eliminar todos os distúrbios internos.

O que mais chama a atenção no tocante a todas estas máquinas é que as réplicas do ccrpo

do paciente não servem a fantasias prazerosas. mas. pelo contrário, se mostram com o aspecto

de objetos cruéis nas mãos de perseguidores imaginários; em certos casos, são "duplos" dos

perseguidores A defesa terá transformado o prazer erógeno que se busca em sofrimento

horrível que ameaça.

Elementos do corpo, características mentais do indivíduo também po dem ser projetadas

no perseguidor. Isto não ocorre somente na projeção de ódio que é básica no delírio; também

certas atitudes e expressões definidas se atribuem ao perseguidor, correspondem a traços do

paciente e, com frequê cia particular, a exigências do seu superego. O perseguidor, então,

observa critica o paciente; as próprias perseguições representam projeções da má con ciência

do paciente. Este fato, que, a. princípio, dá a impressão de complic mais o quadro, corrobora a

teoria de que uma introjeção terá sido reproietad pois o superego resulta da introjeção de

objetos externos. Também é frequent que órgãos afetados por conflitos hipocondríacos

representem a consciência que dissemos acima pode sumarizar-se na seguinte equação

simbólica: *perseguidor = objeto homossexual = órgão narcisicamente hipercatexizado*

projetado (fezes, nádegas) = superego projetado.

Onde com clareza máxima se vê a projeção do superego é nas ideias d referência e de

influência (585). O paciente sente que está sendo observade controlado, influenciado, criticado,

chamado a responsabilidade, punido A vozes que ouve proferem censuras contra ele, em geral

referentes às suas at vidades sexuais, que se descrevem sujas e homossexuais. O paciente ouv

críticas contra sua homossexualidade e pelas suas tendências pré-genitais tal qual uma criança

travessa ouve críticas de pais severos; ou as vozes provam es tarem observando o paciente

pelos comentários a respeito do que faz e enquar to está fazendo: "Agora, está comendo, agora

está sentado, agora está-se li vantando." É freqüênte as vozes proferirem projeções de dados

inconveniente fornecidos pela auto-observação: por exemplo, "Ele está louco, está maluco!”

Um paciente com medo social extremo do tipo eritrofóbico tinha medo de que todos

estivessem rindo dele e dizendo que era "feminino' Não sabia dizer exatamente em que

lhe consistia a feminilidade. Fosse como fosse, as pessoas olhavam para ele e faziam

observações no sentido de que era homossexual. O mesmo paciente costumava olhar no

espelho e imaginar-se enamorado de si mesmo, fantasiando, primeiro, que era um

homem bonito: depois, uma bela mulher.

O perseguidor, em caso relatado por Schilder. chamado "o fisionomista",

enumerava todos os pecados do paciente servindo-se de um instrumento complicado, o

que corrobora a interpretação de Tausk de que estes aparelhos sejam "duplos" do corpo

do paciente (1379).

O delírio deste tipo não faz mais do que trazer de fora ao paciente aquil que a sua

consciência auto-observadora e auto-crítica de fato lhe diz. De acordo com a origem auditiva

do superego (608). tais recriminações externas! *ouvem,* em geral, sob a forma de vozes (11.

838). Há casos em que se desei volve um delírio exprimindo a ideia de punição, por esta forma

aliviando se, timentos cie culpa e justificando a hostilidade do paciente. É como o delírio de

melancólicos: idéias de estar arruinado, doente, de ser feio, malcheiroso, Na maior dos casos,

todavia, existe diferença importante entre as recriminações que maioria dos casos, existe

diferença importante entre as recriminações que as vozes e os perseguidores berram para o

paciente e as auto-recriminaçoes vêm de fora e, pois, se sentem, habitualmente, como sem

justificativa.

O superego normal é. via de regra, um objeto introjetado do mesmo sexo. O aumento

nítido da tensão homossexual que se vê nos esquizofrênicos produz ressexualização das

catexias sociais e superegóicas dessexualizadas; é assim, de fato, ou porque se alcança a

homossexualidade a meio-caminho entre a heterossexualidade e o narcisismo na senda

regressiva da retirada da libido, ou porque a ele se chega por força de uma tentativa de

recapturar os objetos no processo de restituição. Antes sequer de introduzir o conceito de

superego, escrevia Freud: "As idéias de referência representam a consciência sob forma

regressiva; revelam a sua génese e a razão pela qual o paciente se revolta" contra ela (585). Eis

por que a luta contra o superego ainda representa luta contra a homossexualidade do próprio

sujeito. "É pelo fato", diz Freud, "de que a pessoa deseja livrar-se de todas estas influências, a

começar pelas dos pais, e delas retira a sua libido homossexual" (585). Mas os delírios do

superego não são determinados, simplesmente, pela defesa contra tentações homossexuais. O

superego, aquela parte da mente que copia objetos externos, constitui a parte da personalidade

que, por assim dizer, mais perto está de representar um objeto. Em certo sentido, o superego é

meio-ego, meio-mundo exterior. Daí serem as suas funções as que com a maior presteza se

mostram quando, em seguida a uma regressão narcísica, o paciente quer recuperar o mundo

objetivo, sem, porém, consegui-lo

Certo paciente, com esquizofrenia, em desenvolvimento rápido, mostrou com

clareza particular fenómeno do apego aos objetos pelo medo de perdê-los. Tentava

seduzir toda a gente, mesmo quem lhe era indiferente, entabulando longas conversas,

apenas com o fim de criar para si o sentimento de ter ainda relações com as pessoas.

Perdera todas as outras relações objetais; daí acentuar-se ao extremo uma angústia

social severa (projeção do seu superego). No tocante às pessoas, apenas queria saber o

que pensavam dele e se estava fazendo aquilo que dele se esperava. Por fim, desenvolveu

ideias de referência. Desejando relações objetais, mais não conseguia obter mais do que

"relações superegóicas".

Neste sentido, as funções do superego também são sombras do mundo objetivo que se

perdeu. O sentimento de que se é olhado por todos exprime um esforço de recuperar relações

com todos.

A erotização das funções do superego, em que Freud vê a raiz do pendor à sistematização

de tendências paranóides (574), nota-se tanto nas ideias de referência quanto noutros sintomas

esquizofrênicos.

As criações delirantes, contudo, não só ameaçam e punem o paciente; e frequente

também se apresentarem com o aspecto de seduções, que levam o indivíduo ao pecado ou lhe

enfraquecem a potência sexual. Isso pode explicar-se pelo fato de que, como ocorre no caso do

perseguidor, as alucinações e delírios de referência representam tanto o superego quanto, do

mesmo modo, o objeto amado (ambivalente); o desejo sexual por este objeto percebe-se como

influência sexual destrutiva que dele emana.

Outras tendências delirantes estruturam-se de maneira análoga à fórmula persecutória:

"Não o amo, odeio-o porque ele me persegue." Segundo Freud, a erotomania ajusta-se à

fórmula: "Não o amo a ele, amo-a a ela, porque ela me ama" (574). É freqüênte aparecer

vestígio deste mecanismo até em esquizofrênicos sem erotomania nítida alguma. Comumente,

vêem-se homens que se apegam freneticamente a mulheres, ou tentam exagerar uma paixão;

vê-se análise que este amor desproporcionado por mulheres ou este desejo ser amado é defesa

contra um amor inconsciente por homens. Resulta, então, delírio da utilização excessiva de um

mecanismo que também se observa em homossexuais latentes que nada têm de psicóticos. São

muitos os homens que se sentem intensamente desejosos do amor feminino e que passam o

tempo todo contemplando um objeto amoroso feminino, sem conseguirem jamais atingir este

alvo; estão negando, inconscientemente, desta forma, a sua homossexualidade. Sem o

perceberem, transferem a sua curiosidade, supostamente relativa às mulheres, para as aventuras

eróticas entre homens e mulheres; e nas fantasias da maneira por que outros homens se portam

quando querem conquistar uma mulher, identificam-se com a mulher. Outros pacientes, mais

próximos da psicose, dão a impressão de que, na busca frenética de objeto amoroso, não tem o

sexo este papel essencial; são casos em que o ponto crucial está em que percebem vagamente a

iminência de uma perda objetal e tentam fugir a esta situação pelo apego frenético a um objeto.

Se o desejo exagerado de um objeto se projeta para a mulher, de maneira tal que o

homem se sinta "perseguido com amor", estabelece-se a erotomania, tipo de delírio mais

comum nas mulheres que nos homens, ocorrendo com frequência particular com o aspecto de

sensibilidade paranóica em mulheres que, fora desta esfera delirante, se apresentam

relativamente normais.

O delírio de ciúmes, serve à mesma finalidade psicológica, de acordo com a fórmula:

"Não o amo, é ela quem o ama" (574). O delírio de ciúme difere do ciúme normal ou neurótico

pelo fato de que se mostra sem justificação objetiva alguma. Na análise se vê que o paciente,

suspeitando da mulher, está, de fato, interessado no outro homem; e luta por livrar-se da sua

homossexualidade usando a projeção (607, 1089). Também na área do ciúme, há transições do

comportamento psicótico franco para o comportamento normal; e um tanto desta projeção da

homossexualidade que se encontra em todos os casos de ciúme (verpágs. 476 e segs.). Em

geral, demonstra-se que homem enciumado não está irritado simplesmente pelo fato da parceira

ter interesse por outro homem, mas também se irrita com o fato de que este dá atenção a ela e

não a ele. Pensamentos tormentosos de índole ciumenta conduzem a imagens de cenas

amorosas entre a parceira e a terceira pessoa. Nestas fantasias, o homem enciumado coloca-se

no lugar da mulher (607, 807, 1035, 1207). Sterba fez notar que esta situação se exprime na

circunstância de que "ter ciúmes de... estar com ciúmes de..." são expressões que têm dois

significados, aplicando-se tanto à Pessoa infielquanto ao rival (1494). Aquele que para o fim de

manter o seu equilíbrio psíquico, precisa do sentimento narcísico de ser amado sem reservas

esta, muitas vezes, inconscientemente, rejeitando tendências homossexuais (113, 426, 1314).

Todavia, mesmo nos neuróticos em que o componente nomossexual desempenha apenas o

papel normal, o ciúme pode resultar de urna projeção; são casos nos quais a base do ciúme é

uma tendência inconsciente à infidelidade, que se projeta no parceiro (607).

A psicanálise ainda não se tem ocupado muito com o estudo do tipo querelantte de

delírio, mas lhe é evidente a índole narcísica, pois estes pacientes consideram o

estabelecimento externo da sua integridade e da sua inocência como a coisa mais importante do

mundo. Porque estas se estabelecem através de conflitos autoridades, é razoável admitir que

este tipo de delírios, como os delírios de referência, seja projeção do superego; em particular,

nos seus aspectos críticos e punitivos. O traço que se destaca, nestes casos, é uma atitude hostil

para com a autoridade que representa o superego; hostilidade que se baseia em auto-segurança

e supervalorização da pessoa do próprio pascientente, ambas resultando da regressão narcísica.

A atitude hostil é racionalizada, de acordo com a tendência paranóide à sistematização.

Também nestes casos a projeção não é casual, mas ocorre na área em que a realidade a encontra

a meio-caminho. O paranóide querelante vê o cisco no olho do vizinho e é nos casos de delírio

querelante que mais evidente se vê o tipo de defesa que se conhece pelo nome de

"deslocamento para o mínimo". A mesquinhez destes pacientes foi descrita muito antes do

advento da psicanálise, mas a coisa "grande" de que se desloca a ênfase foi só a psicanálise que

a descobriu. O sentimento persistente de que se é lesado por toda a gente constitui defesa

projetada contra o sentimento oposto de que se é culpado. Um ego que regrediu à "inocência"

do estado narcísico primitivo tenta lutar contra os restos de um sentimento de culpa que havia

iniciado, como defesa, a regressão. Os conflitos que giram em redor do sentimento de culpa

podem representar, em última análise, antigos conflitos com o pai; e combatem-se as

autoridades do mesmo modo que se havia (ou não se havia) combatido o pai na infância. Tal

qual ocorre no delírio de referência, há sexualização ("homossexualização") das esferas da

culpa e da punição. Neste particular, a necessidade que tem o paciente de comprovara sua

inocência é tentativa de defender-se contra os seus impulsos homossexuais, ao passo que o

esforço por conseguir este triunfo é reativação desta mesma homossexualidade, que volta da

repressão. Assim como no caso das ideias de referência, o conflito homossexual assinala, às

vezes, um passo intermediário no processo de regressão ao narcisismo; ou talvez resulte de uma

tentativa de restituição.

A análise fragmentada de um caso deste tipo demonstrou que todas as lutas do

paciente com as autoridades visavam a provar que o pai lhe fizera uma injustiça . O

paciente fora criado só pelo pai que se divorciara quando o filho tinha cinco anos. O que

o paciente queria provar aos juizes representava, inconscientemente, a ideia de que o pai

o prejudicara privando-o da mãe. Durante toda a sua infância, a mãe litigara com o

marido. O impulso querelante do paciente representava identificação com a mãe; e havia

elemento homossexual inconsciente na recriminação que fazia ao pai. O que ele achava

era que o pai, primeiro, o privara da mãe, e, depois, embora os dois morassem juntos,

não pusera o filho no lugar da mãe. Na imaginação do paciente, o pai tratara filho e mãe

de modo igualmente errado.

O fator precipftante real do divórcio dos pais fora uma briga sobre o modo porque

o menino devia ser criado. Pai e mãe lutavam pela preferência do filho, cada um

irritando o outro. O filho participava ativamente em muitas destas intrigas; não era

perceptível, no seu quadro clínico externo, algum sentimento de culpa. A

autocomplacência enorme, que lhe possibilitava conservar o narcisismo primitivo e

enfrentar o mundo com o sentimento de que não havia ninguém mais importante, também

lhe permitia projetar os seus sentimentos de culpa. Não se sentia, de fato, culpado, mas

esta isenção dependia da sua^capacidade de obrigar as autoridades externas a que lhe

confirmassem a inocência. Para ele, esta confirmação provaria a falsidade da ideia de

que houvesse tentado expulsar a mãe de casa; a culpa era só do pai. Inconscientemente,

estava pedindo uma certidão de que nenhum pecado seu o fizera indigno da afeição do

pai; a arbitrariedade paterna em relação a ele e à mãe é que era por tudo responsável. O

fato de estar sempre envolvendo-se cada vez em mais processos mostrava a

.impossibilidade de obter a prova que exigia.

O sexo do paciente não parece influenciar, essencialmente, na estruturação do delírio. É

fácil substituir "ela" a "ele" e vice-versa nas fórmulas freudianas que caracterizam os delírios

persecutório, erotomaníaco e de ciúme. Em certo caso de paranóia de ciúme (uma mulher

inteiramente analisada por Ruth Mack Brunswick) o conflito relativo à homossexualidade

seguia as mesmas linhas que Freud esboçou para os homens. A paciente era personalidade

infantil, cujos conflitos giravam em torno do seu relacionamento pré-edipiano com a mãe; e

nunca realizara seu complexo de Édipo normal (1089). Nos delírios de perseguição e de

referência também existe, provavelmente, paralelo estreito Quando uma mulher paranóide,

contradizendo aparentemente a teoria, se julgava perseguida por um homem, Freud mostrou

que o caso, na realidade, se ajustava à regra, porque o homem era a figura que encobria a de

uma mulher (a mãe) (587). O fato da homossexualidade feminina se enraizar no apego pré-

edipiano primitivo à mãe e tender a reviver todos os conflitos arcaicos dos períodos pré-genitais

mais remotos também se mostra nas maneiras paranóides pelas quais as mulheres lutam contra

impulsos homossexuais.

Há autores, contudo, que têm sugerido não ser completa a analogia da etiologia dos

delírios, por não se encontrar a homossexualidade como base dos delírios paranóides nas

mulheres com a mesma constância que nos homens (142, 1358).

De maneira diferente dos livros de psiquiatria, a literatura psícanalítica tem diferenciado a

paranóia da esquizofrenia paranóide (cf. 968). Pode-se admitir que os mesmos mecanismos

essenciais atuem em ambos os estados. Na paranóia propriamente dita, uma constelação mais

feliz de forças psicológicas permite o encapsulamento nítido do processo patológico. A relação

do paciente com a realidade parece estar rompida num ponto só; e a brecha enche-se com o sis-

tema delirante. A própria sistematização, mais intensa do que a sistematização que ocorre como

defesa na neurose obsessiva (ver págs. 265 e segs.) é meio pelo qual o ego do paranóico realiza

o encapsulamento dos delírios. A ruptura com a realidade não se faz de um momento para o

outro, nem de forma completa, mas é, a bem dizer, parcial. Freud diz que, em casos de paranóia

com instalação e desenvolvimento insidioso, o delírio dá a impressão de remendo na

personalidade quanto ao mais intacta, colocado exatamente no lugar do rasgo original da

relação com a realidade (611).

Existe transição gradual entre os paranóicos clássicos e aqueles "excêntricos", cujo ego

terá concordado ern "evitar a ruptura, deformando-se, submetendo-se a perder algo da sua

unidade ou até, no final de contas, a ser talhado, rasgado" (611) (ver págs. 424 e seg.).

Idéias delirantes de menor porte, menos típicas e sistematizadas, é frequente encontrar

nos esquizofrênicos; representam falsas-percepções de fatos reais, resultando da orientação

narcísica do pacjente. Tudo quanto ocorre tem significado especial" para ele, experimentando-

se dentro de moldura subjetiva e irracional de referência. As excitações temidas são projetadas

na natureza ou ern situações ambientais particulares, que se discutiram a propósito da fobia (ver

págs. 190 e segs.); isso ocorre de maneira mais franca e evidente na esquizofrenia.

Cohn falou num esquizóide, atormentado por constipação severa e desejo violento

de evacuar, que se impressionou horrivelmente quando presenciou tremenda avalanche

(283).

Resumindo: Os delírios, tal qual as alucinações, são condensações de elementos

perceptivos, ideias, recordações, distorcidos sistematicamente, de acordo com tendências

definidas, as quais representam desejos instintivos rejeitados, bem como ameaças que vêm do

superego. Os delírios também se podem interpretar como os sonhos (905); revelam, à análise, o

"cerne histórico" que se distorceu em delírio (630).

Uma mulher delirava que tinha matado os filhos; viu-se que era elaboração do

medo frequente de que, pela masturbação, tivesse destruído a sua capacidade de parir. O

"cerne histórico" era o fato da sua masturbação infantil.

Relações Objetais e Sexualidade nos Esquizofrênicos

No capítulo relativo ao comportamento impulsivo, falamos nos "adictos do amor" (ver

pág. 355); há também os "adictos dos objetos", que não precisam particularmente de amor,

mas, a bem dizer, de prova mais geral de conexões com o mundo objetivo. As pessoas deste

tipo apegam-se a todos e a tudo; grudam-se aos seus objetos, dirigidos pelo temor extremo de

perdê-los, sempre descontentes, sempre exaurindo os que os cercam. Não é difícil ver que estas

pessoas podem ser esquizofrênicos prospectivos que lutam contra a perda iminente dos objetos,

ou esquizofrênicos verdadeiros, cujo sintoma representa uma tentativa de restituição. Há outros

pacientes que aderem com a mesma tenacidade não a objetos, e sim a substitutos de objetos, a

ideias de todo tipo, a obsessões e monomanias, a inventos, a tudo quanto represente para eles

conexão com o mundo objetivo. Perdida a sua índole concreta e real, as representações desta

ordem dizem respeito, frequentemente, a abstrações. Muitos esquizofrênicos existem cheios de

ideias de salvação da humanidade, projeções da percepção de que eles próprios estão

precisando salvar-se da perda de objetos.

Numerosos esquizofrênicos são capazes de reações transferenciais muito repentinas e

intensas, tanto amorosas quanto sensuais ou hostis. A índole fugidia e instável de todas estas

reações mostra que os pacientes, saindo do estado narcisíco, estão tentando ganhar contato

com o mundo objetivo, mas só o conseguem em ataques súbitos e durante curto prazo. A

violência notável dos esforços que fazem resulta do medo que têm de tornarem a perder os

objetos. As expressões sexuais, numerosas e múltiplas, dos esquizofrênicos, mistura de todos os

níveis do desenvolvimento libidinal, apresentam-se como tentativas de restituição desta ordem.

A índole específica destas expressões é determinada por pontos secundários de fixação entre a

fixação narcísica decisiva, precoce, e a primazia genital. Mostram-se atividades auto-eróticas

de toda sorte: dificuldades alimentares, que vão desde a recusa de alimento até a bulimia (230,

1578), manifestações primitivas de erotismo anal: incontinência, defecação, coprorilia, formas

primitivas de relações com os objetos; objetivos de incorporação (57, 68, 1172); sobrevaloração

mágica das funções excretórias (19). As manifestação francas do complexo de Édipo tão

visíveis são que atraíram a primeira atenção dos psicanalistas (181, 228, 806, 808, 973, 1506,

1584). No entanto, os impulsos genitais apresentam-se em competição constante com os pré-

gem (1625); donde parecer não ter sido jamais muito forte a primazia genital nas pessoas

predispostas à esquizofrenia.

Todas as manifestações que derivam do desenvolvimento passado do paciente podem

reviver ou como sintoma da tendência à regressão narcisi ou durante a restituição que ele tenta.

Peculiaridades Esquizofrênicas da Linguagem

Freud mostrou que a forma notável pela qual os esquizofrênicos usam as palavras

também se deve entender como fenômeno que visa à restituição. "É freqüênte o paciente dar

cuidado especial à sua maneira de exprimir-se, esta se tornando preciosa e complicada. A

construção das frases sofre desorganização peculiar, que as faz tão incompreensíveis para nós

que as observações do paciente parecem absurdas. Comumente, alguma relação com órgãos ou

inervações corporais avulta no conteúdo das verbalizações. Na esquizofrenia, as alavras

sujeitam-se ao mesmo processo em que os pensamentos oníricos são ransformados em imagens

oníricas, o processo que chamamos primário" (590). Freud explica este comportamento verbal

estranho pela hipótese de queoes-quizofrênico, tentando recuperar o mundo objetivo, alguma

coisa se recupera, mas não tudo que quer; em vez das representações objetais perdidas, ele con-

segue recapturar apenas as "sombras" delas, ou seja, as representações verbais; a perda dos

objetos obriga-o a substituir as representações objetais pelas representações verbais, tratando

estas do mesmo modo que o neurótico trata as representações objetais (590). Esta hipótese veio,

depois de Freud, a ser confirmada e elaborada por diversos autores (931, 932, 1146, 1168,

1377, 1583).

O esquizofrênico manipula as funções exageradas de observação e crítica de

superego tal qual manipula as palavras; funções que também são sombras do mundo

objetivo por ele perdido.

Nem todas as peculiaridades da fala esquizofrênica são desta natureza. As es-

quisitices, as estereotipias, os padrões arcaicos do seu pensamento (ver págs.;393 e seg.)

e, hst, but not least, a moldura subjetiva de referência que o paciente usa e que o leva a

utilizar palavras com significado ignorado pelo ouvinte, complicam-lhe as expressões

verbais.

Sintomas Catatônicos como Fenômenos Restitucionais

Um anseio restitucional no sentido do mundo objetivo perdido é a base também de

muitos sintomas catatônicos. Jung, em seu próprio primeiro trabalho sobre a esquizofrenia, viu

nas estereotipias e nos maneirismos, tentativas mórbidas de recuperar ou manter relações

objetais que estão escapando (905, 906), opinião que foi confirmada e elaborada por diversas

formas (1016, 1171, 1558 *).* No capítulo relativo ao tique, dissemos que os gestos e as

expressões anímicas são modalidade arcaica muito importante da comunicação com os jetos,

modalidade cuja patologia (patognomia) a psicanálise ainda não estudou suficientemente (986).

Os distúrbios grosseiros dos catatônicos mostram não só que as emoções em relações aos

objetos são conflitantes, mas também que eles já são capazes de emoções completas; as

estereotipias e os maneirismos são substitutos de emoções, alusões a emoções, não visando

mais à comunicação. Estes "resíduos emocionais" perderam a conexão com a personalidade

total e entre si, fato que se reflete na palavra esquizofrenia. Muitas estereotipias, maneirismos,

atos esquisitos são menos, contudo, simples sintomas da perda das relações objetais que

tentativas ativas de recuperá-las. Do mesmo modo que as palavras e as críticas são apreendidas

em vez dos objetos ou de amor, também se apreendem, em vez de emoções completas que se

dirigem para os objetos, as expressões mágicas estranhas, ininteligíveis ao observador. O "riso

desmotivado", muito-citado, dos esquizofrênicos caracteriza uma tentativa malograda de

recuperar contato. Em algumas expressões mímicas ou em alguns atos raros, ainda se

reconhecem os impulsos originais, sensuais ou (com mais freqüência) hostis, que não

conseguiram exprimir-se com plenitude (70). Há expressões na mímica catatônica que parecem

caricaturar a brincadeira infantil de "fazer caretas", cujo significado mágico referimos (981)

(ver pág. 298). Fromm-Reichmann vê nas estereotipias um compromisso entre a tendência a

exprimir impulsos objetais (ternos ou hostis) e a tendência a contê-los por medo da rejeição

(660). A desintegração da personalidade transforma a expressão completa das emoções nas

alusões das estereotipias.

A ecolalia, a ecopraxia e a obediência automática também podem ser consideradas

tentativas primitivas de recuperação do contato. O bebê adquiriu a capacidade de usar

expressões mímicas para estabelecer contato com outras pessoas, imitando os gestos daqueles

que o cercam, utilizando o mecanismo da identificação primária. Os catatônicos procuram

recuperar o que perderam regredindo a este mecanismo primitivo; os gestos deles,

freqüêntemente, visam a imitar os gestos de outras pessoas, mas o fracasso da intenção faz o

gesto "vazio, sem sentido". Outra circunstância contribui para o fato da imitação dos gestos se

transformar numa espécie de caricatura respectiva: os impulsos hostis, aindg (ou novamente)

atuantes, exprimem-se à maneira da imitação, caso em que os estranhos maneirismos tanto

imitam o que se viu no passado quanto antecipam, como "gestos mágicos", o comportamento

alheio no futuro (983, 985).

A rigidez catatônica reflete conflito entre o impulso a atuar e a defesa em contrário.

Ferenczi observou que a catatonia é, de fato, uma cataclonia, alternância em alta freqüência de

dee impulsos ativadores e inibitórios (492).

Nos espasmos musculares dos histéricos, nos fenómenos distônicos das pessoas

normais, também existe luta entre impulsos motores e impulsos inibidores; nestes casos,

porém, ambos os tipos de impulsos exprimem relações inconscientes para com os

objetos. Na catatonia, ambos os impulsos são narcísicos ou centram-se em volta da luta

pela recuperação dos objetos. A hipertonia distônica relaciona-se com a rigidez

muscular catatônica do mesmo modo que a introversão dos neuróticos se relaciona com

a orientação narcísica dos esquizofrênicos.

Outras atitudes catatônicas parecem que não visam tanto à recuperação de objetos sendo

mais uma negação de sentimentos desagradáveis ou da consciência da doença. É como se

muitas expressões mímicas catatônicas pretendessem dizer, sem êxito: "Estão vendo, não estou

louco!" Em estados ainda mais profundos de regressão, as expressões deste tipo vão-se

tornando cada vez menos específicas'até que, afinal, os "raptus" não mais se afiguram do que

movimentos de desordenada descarga, tendendo a aliviar tensão extrema (que se exprime,,em

geral, sob a forma de rigidez muscular geral, "cataléptica"). Há casos em que esta tendência a

livrar-se de tensões internas a todo custo leva a extremos que parecem superar quaisquer

considerações de autoconservação (cf. 204). Têm-se relatado, repetidas vezes, autocastrações

em casos de esquizofrenias. atos este que talvez se comparam, psicologicamente, às autocas-

trações realizadas por fanáticos religiosos que, assim negando, radicalmente, os seus desejos

sexuais ativos, tentam recuperar a "unidade pacífica com Deus, ou seja, submissão passiva

extrema, cuja índole "oceânica" é menos feminina do que infantil primitiva (112. 1131). O fato

de atos desta ordem se raticarem em estados de regressão profunda recorda o reflexo biológico

arcaico Ha autotomia, no qual a gratificação instintiva e a defesa contra os instintos ain- *Aa* se

confudem. Objetivos arcaicos deste tipo reaparecem com mais facilidade em estados de

regressão, se a esfera do superego tiversido sexualizada.

A RUPTURA COM A REALIDADE

De dois pontos de vista diferentes se pode descrever o fato do núcleo da esquizofrenia ser

a ruptura do paciente com a realidade. O primeiro ponto de vista acentua a semelhança entre a

esquizofrenia e as neuroses. Tanto as psicoses quanto as neuroses baseiam-se em reações do

organismo a conflitos mediante regressão; mas é diferente a profundidade da regressão. Os

primeiros anos da infância não têm "realidade"; a "perda da realidade" que se siga representa

regressão a este período primitivo. O ego volta ao seu estado indiferenciado original; quer

dizer, dissolve-se inteira ou parcialmente no id, o qual não tem conhecimento nem de objetos,

nem de realidade.

O segundo ponto de vista enfatiza o contraste entre psicoses e neuroses. Segundo Freud

(611), pode-se fazer o confronto do seguinte modo: Em ambos os casos, ocorre conflito básico

entre o id (um impulso instintivo) e o mundo exterior. O ego do neurótico obedece ao mundo

exterior e volta-se contra o id pela instituição de uma repressão. O ego do psicótico, pelo

contrário, rompe com o mundo exterior que lhe restringe a liberdade instintiva. Este contraste

não leva, no entanto, muito mais longe; se bem que o ego do neurótico, virando-se contra o id,

cumpra as exigências do mundo exterior, não é possível dizer, simplesmente, que o ego

psicótico, virando-se contra o mundo exterior, fique do lado do id. Pode isso dizer-se de certa

minoria de psicoses alucinatórias (62); na maioria dos casos de esquizofrenia, o que parece é

que a ruptura com a realidade não serve ao fim de ganhar mais prazer instintivo, e sim serve ao

fim de combater os impulsos instintivos que se dirigem para os objetos; a realidade é repudiada

não tanto pelos seus efeitos frustrantes mas pelo fato de conter tentações (663).

A citação que se segue, de Freud, mostra que a ruptura com a realidade, na

esquizofrenia, talvez não seja tanto ruptura com os aspectos proibitivos e punidores

quanto ruptura, mas sim, com os aspectos tentadores da realidade: "Tomarei, como

exemplo, um caso analisado há muitos anos, em que uma jovem, apaixonada Pelo

cunhado, com a irmã para morrer, se horrorizou da idéia: 'Agora, ele pode casar-se

comigo!' Esta cena foi imediatamente esquecida, de modo que o processo de repressão,

que levou a dores histéricas, foi posto em movimento... A reação psicótica teria sido uma

negação de fato da morte da irmã" (614). A morte da irmã, contudo, não era ameaça

punitiva, mas, a bem dizer, tentação.

E o que se vê com clareza particular na análise das ideias de perseguição. Freud veio a

enfatizar que o contraste não é decisivo: os psicóticos também têm contracatexias contra o id e

os neuróticos também podem mostrar traços de rupura com a realidade, quando,

inconscientemente, se recusam a aceitar fatos desagradáveis; por exemplo, quando negam a

ausência de pênis nas mulheres (621. 633, 635).

Nas neuross dois passos se distinguirão: (a) a repressão da exigência censurável do id; e

(b) a sua volta de forma distorcida. No desenvolvimento das psicoses, vêem-se dois.passos

análogos: (a) ruptura com a realidade; e *(b) as* tentativas de reaperar a realidade perdida (614).

Há, contuo, corforme Freud salientou, diferenças características (614) Nas neuroses,

osegundo passo, em que o material reprimido volta da repressão, tem mais irportârcia na

produção da doença; nas psicoses, a perda da realidade produz resultado patológico. Nas

neuroses, o id, contra o qual o ego tentou defender-se, afirma-se contra o ego mediante o

segundo passo; nas psicoses, o mecnismo é um tanto análogo, visto que partes da realidade que

estavam rejeitads podam reaparecer malgrado as defesas do ego; de modo mais amplo, comdo,

ainda é o id (e, às vezes, o superego) que, tentando lutar contra a realidad frustradora e ganhar

gratificação, caracteriza o segundo passo. Pela distinção entre sintomas regressivos e

restitucionais, seria de esperar que toda psicose começasse com o primeiro tipo de sintomas,

isto é, com sentimentos de que o mundo está para acabar, hipocondria, despersonalização,

idéias de grandea, mas certos sintomas catatônicos, ao passo que outros sintomas como

fantasias de salvação do mundo, alucinações, delírios, expressões da sexualidade irantil,

peculiaridades esquizofrênicas da fala e estereotipias, só se apresentariamdurarre o curso

posterior do processo. É este, de fato, o caso de muitas esquizofrenias. Quase sempre se

descrevem as fantasias de destruição do mundo, a hipicondra, a despersonalização como

"sintomas iniciais", desenvolvendo-se mai tarde os delírios sistematizados. Não contradizem a

teoria aqueles casos meios freqüêntes em que a ordem dos sintomas é diversa. A perda dos

objetos não tem de ser repentina e completa, porque há oscilações quantitativas entre a renúncia

ao mundo objetivo e pendores à restituição, o que se vê, de modo paricular, nos casos

paranóides de instalação e desenvolvimento insidiosos. Os primeiros: sintomas a se notarem

podem ser tentativas de restituição, seguindo-se a um período de renúncia ao mundo objetivo,

período que terá escapado à atenção.

Os fatores precipitantes, nas psicoses (403, 830, 1086, 1628) não diferem, na essência,

daqueles que precipitam as neuroses: são acréscimos quantitativos da tensão instintva,

conforme se vê no fato da esquizofrenia iniciar-se com freqüência na puberdade ("dementia

praecox"); ou circunstâncias que estimulam a sexualidade infantil reprimida (em particular, a

homossexualidade e o erotismo anal) (4i2, 79?); ou experiências que parecem justificar ou

aumentar angústias infantis e sentimentos de culpa (ver págs. 422 e segs.).

Os fatores precipitantes e a constituição também formam uma série complementar (596).

É freqüênte as psicoses começarem durante uma crise, isto e, em situações nas quais alguma

experiência distorce o equilíbrio até então vigorante, ou nas quais se hajam tornado

insuficientes os processos defensivos habituais do ego. French e Kasanin descreveram uns

tantos casos em que o colapso ocorreu depois de fatos externos provarem a insuficiência dos

processos de adaptação do ego 533).

A psicose que poresta forma se precipita é, contudo, mais o colapso de toda

adaptação do que um tipo novo e patológico de adaptação. Os sintomas resti-tucionajs

podem ser considerados primeira tentativa de restabelecer alguma coisa que seja

"adaptação". Alcançada nova adaptação, a psicose está curada; é possível que

incompletamente, mediante o desenvolvimento de traços caracterológicos, patológicos,

ou com outras cicatrizes que se vêem subsistirem dentro da personalidade.

Não só os fatores precipitantes: também as primeiras reações a estes ainda são as mesmas

nas psicoses que nas neuroses, consistindo em revivescência e intensificação de impulsos

sexuais infantis. O complexo de Êdipo ê fator essencial; aliás, tem-se impressão de que uma

fixação particularmente intensa deste complexo cria predisposição à psicose; e, de fato,

gratificações edipianas anormais encontram-se com muita frequência na história da

esquizofrenia (1411). Todavia, a genitalidade mostra-se, a bem dizer, fraca, estruturando-se o

complexo de Édipo sobre alicerce pré-genital.

Diferencia decisivamente psicose e neurose a maneira pela qual o paciente se defende

contra este redespertar dos seus conflitos instintivos infantis. O psicótico "rompe com a

realidade".

Na "ruptura", pode ser descrita como um mecanismo de defesa muito arcaico,

análogo ao desmaio em resposta a um trauma (ver pág. 109). Quando o ego faz

experiências más, se renuncia novamente ao ego. A tendência a aplicar este mecanismo

de defesa arcaico talvez seja a essência do que se chama "fixação narcísica".

O pressuposto de que isso resulte de fixação num período em que o conceito de realidade

ainda não se estruturara reduz o problema da etiologia àquele da origem e da índole da fixação

narcísica. Tem-se de admitir que, até o momento, coisa alguma se sabe de específico no tocante

a fatores constitucionais ou experiências pessoais que determinem a fixação narcísica maligna.

A disposição narcísica se relaciona com (mas não lhe é idêntica) a constituição oral descrita em

conexão com as psicoses maníaco-depressivas. Embora teoricamente se admitam, não há, na

esquizofrenia, achados concretos relacionados a experiências patogênicas importantes da

infância que, tanto quanto nos transtornos maníaco-Jepressivos, se tenham estabelecido como

prováveis. As fixações patogênicas e esquizofrenia podem ser consideradas, tentativamente

relacionadas com estádio ainda mais arcaico do que aquelas que se vêem nas depressões — na

classificação de Abraham, relacionadas com o período oral anobjetal, primitivo, que Precede a

fase sádico-oral. Pode-se admitir que fatores orgânicos ignorados Jeterminem ou contribuam

para a profundidade maligna da regressão. Talvez a anamnese infantil típica da esquizofrenia

reflita não tanto um trauma singular nos primeiríssimos anos de vida e mais uma série de

impedimentos gerais de todas as atividades vitais: particularmente, daquelas atividades que se

dirigem Para os objetos. O que é muito provável é que os casos reais representem combinações

diversas destas três possibilidades: disposição orgânica, traumas precoces, impedimentos

múltiplos.

Uns tantos autores têm tentado distinguir entre "o uso de mecanismos esquizóides em

base psicogênica" e "processos esquizofrênicos reais": subordinando à primeira categoria

aqueles casos em que traumas e impedimentos produzem regressão narcísica e reservando o

nome de "processos esquizofrênicos" para os casos em que fatores orgânicos (ignorados) são

decisivos (362, 70). Pudesse esta distinção aplicar-se realmente, seria muito útil na probleática

questão do prognóstico. Há vezes em que o ego, por mais intacto, é capaz de, temporariamente,

se desligar de uma realidade desprazerosa em "episódios esquizofrênicos" de curta duração, aos

quais se davam os nomes de "psicose histérica" ou "amência" na antiga terminologia

psiquiátrica (ver págs. 115 e 397). Na maior parte dos casos, porém, tanto atuam influências

psi-cogénicas quanto a disposição orgânica, formando série complementar.

Gero discutiu os critérios a se usarem, quando se aplica às psicoses o conceito de

psicogênese (ou psicogeneidade).

O que ocorre após a regressão verdadeira é como resultado da luta em torno da restituição

que melhor se pode entender. Parecem ter muita importância para o conteúdo ideacional dos

sintomas os pontos futuros de fixação, cujas relações psicoeconômicas determinam os quadros

clínicos e alterações respectivas.

A esquizofrenia nas crianças é assunto que muito se discute (185, 186, 266, 310, 734,

1487). De um ponto de vista psicanalítico, pode-se dizer, de modo geral, que as psicoses

infantis representam menos "regressões" do que, a rigor, transtornos severos do

desenvolvimento do ego, o qual, por esta forma, conserva características mais ou menos

arcaicas (1487).

A compreensão psicanalítica do "background" psicológico da esquizofrenia insinua

relação estreita entre a esquizofrenia e a psicose maníaco-depressiva. Ambas baseiam-se em

regressão narcísica, na perda consecutiva dos objetos e na lesão da estrutura do ego e do juízo

da realidade; semelhança dinâmica que se reflete em certa semelhança clínica: de fato, há casos

que mostram feições mistas de uma doença e outra; por exemplo, estados catatônicos

periódicos ou idéias de perseguição nas melancolias. Esta relação serve de argumento contra

aqueles que empregam as diferenças entre os fenômenos esquizofrênicos e maníaco-

depressivos como ponto de partida para a classificação dos tipos caracterológicos em geral (ver

págs. 488 e seg.).

CASOS FRONTEIRIÇOS (BORDERLINE CASES)

São diferentes dos mecanismos neuróticos os mecanismos esquizofrênicos. Não é

verdade, certamente, que as psicoses representem uma espécie de grau

mais elevado de neurose. É possível que uma mesma pessoa desenvolva um tipo e outro

de mecanismos. Há pessoas neuróticas que, sem desenvolver psicose completa, possuem

tendências psicóticas, ou têm disposição a empregar mecanismos esquizofrênicos sempre que

ocorrem frustrações; pessoas que, algumas delas, podemos chamar esquizofrênicos potenciais;

quer dizer, ainda "não romperam com a realidade", apesar de mostrarem certos sinais de que es-

tão iniciando esta ruptura; e em condições desfavoráveis de vida podem evoluir para psicóticos;

ou são pessoas que "canalizaram" a sua disposição esquizofrênica, por assim dizer; excêntricos

que são loucos em certa área mais ou menos circunscrita, quanto ao mais conservando o

contato normal com a realidade.

Aqueles que. sem ter psicose verdadeira, mostram, no entanto, traços ou mecanismos

singulares de tipo esquizofrênico têm sido chamados "esquizóides ; a respeito deles fala-se em

"esquizofrenia mitis" (branda), "esquizofrenia am-bulatorial' ou coisas parecidas. Expressões

como estas não querem dizer que o psiquiatra ainda não consiga ver se há neurose ou psicose;

no que diz respeito aos mecanismos patogênicos atuantes, estes casos são, na verdade, uma

coisa e outra. Não é o curso de um processo interno que há de mostrar, afinal, se o paciente

teve, de fato, ou não uma psicose; e sim são as circunstâncias que hão je decidir se a

predisposição psicótica será provocada mais adiante ou abrandada.

Pertencem a este grupo os psicopatas extravagantes, os paranóides abortivos, os muitos

indivíduos "apáticos" que podemos chamar personalidades hebefrenóides, todos os tipos que,

adultos, conservam ou recuperam grande parte do seu narcisismo primitivo, porque conseguem

responder a mortificações ou ferimentos narcisísticos com negações simples e com mais

narcisismo pro-tetor; tendem a reagir a frustrações com a perda de relações objetais, se bem que

esta perda seja, muitas vezes, apenas parcial e temporária. Podem ocorrer sintomas de perda

objetal combinados a depressões ou a manias, a sensações hipocondríacas, sentimentos de

estranhamento dos órgãos, estereotipias limitadas e padrões comportamentais esquisitos; ou

ainda outros sinais de intensificação da atitude narcísica (203, 1635).

Não obstante o contestem alguns psiquiatras, há até transições de pseudo-alucinações

para alucinações verdadeiras; de devaneios para delírios (1373, 1382). É frequente

desenvolverem-se ideias de conteúdo delirante típico, o paciente ainda capaz, no entanto, de

pleno juízo da realidade, não acreditando nas ideias e chamando-as "malucas", de modo que,

por definição, não são delírios, mas representam "devaneios", "sonhos acordados", com o

mesmo conteúdo ideacional que os delírios típicos; em condições adversas, diante de variações

económicas mínimas, pode perder-se, contudo, o juízo da realidade e os devaneios desta ordem

transformam-se em delírios (607).

Idéias de referência abortivas, quando começam a desenvolver-se, ou, em

personalidades esquizóides, de maneira contínua, permanecem, às vezes, sujeitas à

crítica do paciente. "Sinto como se todo o mundo estivesse olhando para mim, como se

todo o mundo soubesse o que estou pensando; claro que não é verdade." Tive uma ideia

maluca de que alguém pode pôr um microfone na sala, a fim de descobrir o que eu estou

pensando." Certo hipocondríaco disse, uma vez, na análise: "Está-me ocorrendo, neste

momento, dizer que meus pensamentos são colocados na minha cabeça por você.

Certamente que sei que é absurdo, mas é assim que sinto."

É muito frequente a impossibilidade de diferenciar entre uma "angústia social",

quer dizer, o medo de ser criticado por outras pessoas no futuro, e as ideias delirantes de

que se está sendo criticado no presente. Freud descreveu o juízo crítico que, no início,

pode vigiar ideias paranóicas já presentes (607).

Às vezes, os neuróticos obsessivos sofrem da idéia obsessiva de haver perpetrado um

assassinato e são obrigados, apesar de lhe perceberem a extrema irrealidade, a provar a si

mesmos a falsidade da obsessão, isso sendo muito diferente da ideia delirante de ter matado um

homem. Há, porém, "neuróticos compulsivos esquizóides" nos quais a fantasia se apresenta, às

vezes, com o aspecto de obsessão; outras vezes, de delírio; em geral, com o aspecto de obses-

são; mas de delírio, quando existe certa tensão mental.

O paciente a seguir estava, na certa, mais próximo da esquizofrenia que da

neurose obsessiva. De certa feita, saiu de casa muito agitado, após brigar com a mãe.

Pôs-se, então, a cismar se a surrara até matá-la, o que era uma das suas frequentes

ideias obsessivas. Desta vez, repentinamente sentiu que, de fato, praticara o ato. Foi à

polícia e declarou que havia assassinado a mãe. Depois que os policiais que haviam sido

mandados a sua casa retornaram ao posto e lhe disseram que não era verdade, o

paciente "lembrou-se" de que, realmente, não cometera o assassinato declarado.

Algumas formas de crença na onipotência do pensamento assim como algumas formas

que Freud chamou de "delírio neurótico de compulsão" (567) que têm de se incluir entre estes

estados clínicos de transição. Há movimentos compulsivos e tiques que não podem se

diferenciar propriamente das estereotipias, daquelas situações em que se tornaram

automatizadas (1018).

Os casos em que o juízo da realidade se rompe por certos períodos e se restabelece

em outros devem ser diferenciados daqueles casos de esquizofrenia verdadeira em que os

pacientes aprenderam a esconder as suas verdadeiras convicções porque entendem que

as outras pessoas não acreditam nas suas ideias delirantes e que lhes convirá fingir

nelas não acreditar. O médico que tenta conven.cer um paciente do erro das suas ideias

pode conseguir um "êxito transferencial", treinando-o a falar tal qual ele sente que se

espera que fale, sem modificação real alguma do seu insight. Períodos de (pseudo)

insight e de delírio podem, nestes casos, apenas refletir fases de contato transferencial

com o médico e fases de perda de objeto ou de sentimentos predominantes de

transferência negativa.

Mais freqüêntes do que os casos de delírios parciais, alucinações parciais, estereotipias

parciais são os casos de esquizóides nos quais os sintomas dizem respeito apenas ao

comportamento emocional. As emoções destas pessoas, em geral, afiguram-se inadequadas. É

freqüênte faltarem absolutamente em situações nas quais seriam de esperar. Uma falta de

emoções que não se deve a simples repressão, mas a perda real de contato com o mundo

objetivo, dá a quem observa uma impressão específica de "esquisitice". É comum a falta de

afetos romper-se com ataques emocionais súbitos e incompreensíveis. Noutros casos, as

emoções parecem relativamente normais, desde que se realizem certas condições — por

exemplo, desde que o paciente consiga sentir que "as coisas ainda não são inteiramente sérias".

Os pacientes parecem normais porque conseguem substituir "pseudocontatos" de múltiplos

tipos a um contato sentimental verdadeiro com outras pessoas; comportam-se "como se"

tivessem relações sentimentais com os outros (331, 333). Podem estar cercados de muita gente

e ocuparem-se com muitas atividades, mas não têm amigos de verdade. É frequente as

personalidades esquizóides permanecerem relativamente normais enquanto se encontram em

condições de segurança, colapsando, porém, assim que estas condições deixam de vigorar. As

condições de segurança constituem circunstâncias que os mantêm em contato com o mundo

objetivo. De todas elas a mais frequente para as personalidades paranóides consiste em ter

"segui-ores ; enquanto as pessoas acreditam neles e na sua missão, os pacientes ainda se

apegam à realidade; quando os seguidores começam a dizer "O homem esta maluco",

colapsam. A dificuldade de contato com os esquizóides deve-se também ao fato de que, mesmo

que ainda se distanciem muito do uso esquizofrênico dos vocábulos, é freqüente eles não

associarem às palavras o mesmo significado que as pessoas normais; o significado das palavras

para eles, o que o dermina é o sistema autístico de orientação que criaram e que o ouvinte

ignora.

A impossibilidade de descarga emocional ade.quada mostra-se também de outras formas.

Em geral, uma tensão interna extrema revela-se pela hipermotilidade ou pela rigidez

hipertônica por trás de máscara quieta externa; por outras vezes, é o oposto que se dá: apatia

hipotônica extrema. Os restos das das emoções ou os substitutos destas relacionam-se com a

raiva e agressividade, ou com a homossexualidade.

Zilboorg (1635) descreveu muito bem estes tipos.

Os tipos esquizóides podem apresentar grande variedade de quadros clínicos: num

extremo estão as "crianças prodígios", possuidoras de talentos (autísticos) unilaterais, cujo

comportamento ocasionalmente estranho é perdoado porque sabem comunicar sua proximidade

ao inconsciente, mostrando-se capazes de fascinar uma plateia, embora os próprios pacientes

não tenham por ela interesse emocional algum; o outro extremo assinala-se por pessoas

hebefrenóides, que dão impressão, a bem dizer, de obtusidade e que vivem, de forma vazia e

obscura, uma existência realmente vegetativa, de todo pobre quanto à vivacidade emocional.

Sob um ponto de vista prático, a tarefa mais importante de todas consistiria em distinguir

entre pacientes que estão em risco de se tornarem psicóticos, necessitados de assistência

profiláctica cuidadosa, e aqueles tipos que, desenvolvendo certo tipo de excentricidade, ficam a

salvo de colapsos psicóticos mais sérios. Esta distinção é semelhante à que existe entre a

esquizofrenia paranóide e a paranóia autêntica. É certo que o que determina a diferença são

condições psicoeconômicas, mas ainda há necessidade de muita intuição para decidir a que

categoria, primeira ou segunda, pertence o paciente.

A QUESTÃO DO PROGNÓSTICO

O prognóstico dos casos de esquizofrenia é extremamente complicado pela dificuldade de

entender com exatidão a economia das forças que são responsáveis pelo curso da psicose. Se o

esquizofrênico consegue restabelecer relações, pode ainda acontecer que torne a colapsar. se

ocorrerem novos acontecimentos precipitantes. É fácil perceber que todos os fatores ambientais

que sejam prazerosos e sedutores irão influenciar favoravelmente, isto é, no sentido da saúde; e

que aqueles que sejam frustrados ou levem o paciente a tentação irão favorecer a doença. Mas é

muito mais difícil dizer que fatores concretos são prazerosos e sedutores para o paciente, visto

que muitos deles Percebem como ameaças experiências atraentes para a pessoa normal. Daí

precisarmos, para a avaliação prognostica, estabelecer um diagnóstico dinâmico que diga

respeito à índole econômico dinâmica e à profundidade da perda de objetos; mais ainda: que

diga respeito à intensidade da predisposição (orgânica) para a doença. Antes de mais nada, a

história, a biografia do paciente dará a informação necessária — a história das suas respostas

emocionais inadequadas. De modo geral, os casos agudos (em particular, os reativos, em que a

reação psicótica é resposta imediata a frustração aguda e severa, ou fenda narcísica) permitem

esperar mais do que os casos crônicos, que se terão desenvolvido com lentidão; os casos que

mostram angústia intensa desde o princípio parecem melhores que os casos que "se rendem" ao

processo esquizofrênico sem muito protesto, sem muita resistência. Há vezes em que episódios

esquizofrênicos súbitos, dando impressão de severidade pelo fato de entranharem ruptura

completa com a realidade, ocorrem em resposta a frustrações ou tensões agudas, passando de

todo e com relativa presteza (1213). É provável que este tipo de episódio esquizofrênico agudo,

de prognóstico bom. constitua a maneira pela qual certas pessoas transtornadas reagem a

tensões excessivas (ver pág. 115). A ideia de que a agudeza é mais favorável explica o

paradoxo de uns tantos casos, que, parecendo muito piores, têm prognóstico melhor do que

uma apatia de desenvolvimento lento. Contudo, nem todos os primórdios agudos de psicoses

são favoráveis. É freqüente virmos a perceber que um início aparentemente agudo foi

preparado por desenvolvimento prépsicótico muito longo, o qual terá passado despercebido aos

observadores. As catatonias periódicas, às vezes diagnosticadas como misturas de esquizofrenia

e estados maníaco-depressivos, também são favoráveis na medida em que os ataques

individuais remitam espontaneamente. Assim, pois, além de saber a biografia completa, se

soubermos o tipo e o curso do primeiro ataque psicótico, estaremos nas melhores condições

possíveis para fazer prognóstico do curso provável de crises que se sucedam, contudo, isso não

serve para o caso de um primeiro ataque. Na psiquiatria descritiva, tem-se lançado mão de

muitas abordagens estatísticas para o fim de ganhar critérios prognósticos. Desde um ponto de

vista analítico, não existe critério isolado que se possa considerar decisivo; decisivo, sim, é o

entrejogo de todos os fatores: a economia psíquica do paciente (152, 184, 258, 259, 279, 1433).

PSICOTERAPIA PSICANALITICA NA ESQUIZOFRENIA

Não faz muito tempo, considerava-se incontestável a inutilidade da psicanálise, como

terapia, em casos de psicose, se bem que o pensamento psi-canalítico da esquizofrenia pudesse

ter a máxima importância científica. Freud exprimiu-se neste sentido, opondo as "neuroses de

transferência" às "neuroses narcisísticas" (596); e o mesmo ponto de vista tornou a manifestar

no seu *Esboço* póstumo (633). E um ceticismo que enfatiza o fato da psicanálise se basear na

influência do analista sobre o paciente; o fato, por conseguinte, de se exigir do paciente a

capacidade de estabelecer contato emocional com o analista.

Apesar da impossibilidade de conduzir uma análise sem contato emocional com o

paciente, já não se assume, hoje em dia, posição assim tão extremadamente pessimista. É

possível atuar psicoterapicamente sobre os esquizofrênicos por não ser completa a regressão ao

narcisismo. A análise pode servir-se dos resíduos de relações com a realidade e, bem assim, das

tentativas espontâneas de recuperação que o paciente empreende. Ocorrendo estupor autístico.

vê-se logo que a possibilidade única está nas tentativas pacientes e amistosas *de* estabelecer

contato, ainda que seja fugidio, efémero; e, claro, se contato algum se conseguir, nada se pode

fazer. Todavia, os psiquiatras que têm desenvolvido a paciência e a amistosidade necessárias

são recompensados com a indução a resposta por parte até de pacientes que estão em estupor

catatônico há muito tempo. Uma tentativa de penetrar na atitude autística do paciente, de tal

forma que o médico se torne parte do mupdo deste, tem êxito, às vezes. O analista trata de

insinuar-se no mundo do paciente, a fim de trazê-lo de volta, pouco a pouco, ao mundo objetivo

(363, 657, 809, 924).

Por felicidade, nem todos os esquizofrênicos são estuporosos. cada um deles tem algum

tipo de contato ou contato substitutivo; e todo caminho que se abra tem de ser utilizado.

Quem quer que entenda os mecanismos esquizofrênicos percebe que as dificuldades são

muito mais consideráveis no tratamento obsessivo de um esquizofrênico do que no de um

neurótico. Já se enfatizou que, na análise da neurose compulsiva, ao contrário do que se dá na

histeria, não é o ego inteiro do paciente, mas apenas pequena parte que se alia ao analista para

lutar contra a doença e as resistências. Na esquizofrenia, esta parte cooperativa do ego é

pequena, ou quase nula; o que é pior, nem até neste pequeno remanescente se pode confiar. A

presunção de que os psicóticos não transferem os seus conflitos infantis para o terapeuta é

errónea: eles transferem e, muitas vezes, de modo muito tempestuoso; manifestações estas de

transferências que são, no entanto todas elas, sem substância, sempre existindo tendência da

parte do paciente a abandonar a relação com o objeto. As alterações psicoeconômicas mais

insignificantes e imprevisíveis, na atitude do terapeuta ou na vida cotidiana, podem fazer cessar

a transferência; nunca se sabe quanto tempo se manterá o contato que se haja estabelecido.

A tendência destes pacientes a defender-se contra as tentações mediante regressão

narcísica também se pode utilizar contra as tentações de transferência, o que se vê com nitidez

máxima na análise dos paranóides. São casos em que a análise fracassa quando o analista chega

a representar para o paciente o perseguidor. A atitude do terapeuta varia conforme o papel que

desempenha na dinâmica e na economia mental do delírio do paciente. Quando o paciente

precisa do delírio para fins defensivos, o analista terá de respeitar esta situação, sem o que, ele

próprio, como representante da realidade, provocará a crítica do paciente. Todo engano pode

mergulhar o analista nas ideias delirantes do paciente.

Certos casos em que o paciente vacila entre sentimentos de transferência e um narcisismo

absoluto só podem ser analisados enquanto ele estiver, porventura, na fase de transferência.

Existem analistas que, trabalhando com catatônicos, têm mostrado a possibilidade de êxito bom

com procedimento periódico desta ordem (1172).

Todos estes requisitos exigem modificações na técnica clássica da psicanálise, mas os

êxitos terapêuticos que se relatam (87, 151, 218, 288, 397, 399, 661, 914, 943, 964, 966, 990,

1009, 1088, 1089, 1093, 1172, 1260, 1451, 1477, 1541, 1549) ainda não resultam

suficientemente de uma consciência científica, sistemática, das modificações necessárias, e.

sim. antes, da habilidade terapêutica intuitiva dos respectivos analistas. Discutem-se, em todo

caso, as modificações técnicas necessárias (82, 87, 217, 274, 278. 283. 363, 394, 397, 399, 657,

659, 674, 688, 785, 913, 1017, 1390, 1504. 1549. 1562), modificações que consistem em

proteger ou reestruturar o contato com a realidade e a razão.

Nos casos em que pouco contato espontâneo resta, terá o analista, em verdade, de

"seduzir" o paciente, procurando fazer-se simpático; se for necessário, terá de aceitar o nível do

paciente. Visto, porém, que a simples participação no mundo fantástico deste jamais o curará, o

analista precisará fazer, pouco a pouco, que ele enfrente a índole fantástica deste mundo e se

torne consciente, outra vez, do mundo real.

O conselho geral que Abraham costumava dar era que, nos pacientes narcísicos, se deve

procurar, por forma ativa, estabelecer e manter uma transferência positiva; além disso, o

analista será sempre o representante da realidade, fazendo, por todos os meios, que o paciente a

perceba e tenha consciência das suas tentativas dela fugir. O analista "apreenderá todo contato

que o paciente tenha com a realidade e reforça-lo-á, discutindo até detalhes da vida cotidiana.

Dentro deste plano, não se analisará demasiado cedo a transferência, como se faria nas

neuroses, a fim de não transtorná-la. Conselho como este, todavia, é mais fácil de dar do que

seguir. Em primeiro lugar, o analista não pode prever e avaliar fatores — objetivamente, muito

pouco visíveis — capazes de transtornar a transferência. Em segundo lugar, não nos

esqueçamos de que o paciente pode sentir a relação transferencial como tentação perigosa e não

como gratificação; como provocação à retirada, por conseguinte. Terceiro: a transferência,

como transferência, não é realidade. Não é possível aceitar sem restrição o conselho de não

analisar a transferência, quando se procura ser, em toda a plenitude, "representante da

realidade". Análise sem análise da transferência não é possível. É certo, contudo, que muitas

necessidades instintivas, quer se exprimam na atitude em relação ao analista, quer se

manifestem na vida real, não precisam ser desde logo analisadas, se tenderem a aumentar o

interesse do paciente pela realidade. De modo geral, pode-se dizer que a psicoterapia de uma

esquizofrenia se divide em duas fases. A primeira fase, visa, unicamente, a estabelecer e

conservar o contato; o analista esforça-se por fazer a psicose, no tocante à transferência, tão

parecida quanto possível com a neurose. Conseguido isto, pode iniciar a segunda fase, que é a

análise propriamente dita. Na prática porém, as duas fases se sobrepõem. O período preliminar

de apego objetal, serve ao mesmo tempo para despertar o insight para a sua doença e para

estimular o desejo de se curar; em certos pacientes, pode-se começar a analisar desde o

princípio. O procedimento que tende a despertar e reforçar o contato com a realidade não

precisa se limitar à relação com o analista; é frequente a possibilidade de enfatizar a relação

com a realidade, enquanto se discutem conflitos, relações e atitudes banais do paciente. A

observação deste tanto durante a sessão quanto durante o dia inteiro e a oportunidade de

influenciá-lo com medidas extra-analíticas são de capital importância neste primeiro período da

psicoterapia (1440). Estas são duas vantagens nítidas do tratamento hospitalar (219, 397, 657,

661, 1440). A segunda parte, no entanto, também será diferente da análise de uma neurose,

visto que a disposição do paciente a reagir com perda da realidade ainda se terá de levar em

conta. O próprio conceito de interpretação implica que será verdadeiro erro técnico dar a um

esquizofrênico explicações sobre símbolos e complexos enquanto não houver "ego razoável"

que valore e utilize estas interpretações. O objetivo da terapia é fazer que o paciente enfrente a

realidade interna e externa; não é, simplesmente, participar das suas fantasias longe da

realidade. Pode haver necessidade de participar durante algum tempo, dô modo a mostrar-lhe

que o analista o compreende e ganhara sua confiança e colaboração. Tem-se indagado de que

maneira é possível sequer interpretar com esquizofrênicos, uma vez que, na esquizofrenia, "o

inconsciente está ou é consciente"; quer dizer, os pacientes compreendem cons-cientemente, os

seus símbolos e apresentam material concernente ao complexo de Êdipo ou à sexualidade pré-

genital. É simples a resposta. Interpretar significa mostrar ao paciente aqueles impulsos que ele

está rejeitando, mas que, não obstante, é capaz de perceber quando se lhe dirige para eles a

atenção. No esguizofrênico que se retira de uma realidade ameaçadora ou tentadora para es-

tados em que o processo primário, continuando a elaborar fantasias edipianas, sem levar em

consideração a realidade, dos "impulsos rejeitados". O que o psicoterapeuta deve fazê-lo

consciente não são estas fantasias edipianas, mas a realidade de que se retirou e a razão desta

retirada.

Vez por outra, consegue-se desenvolver uma "paranóia artificial", por assim dizer,

canalizando a atitude narcísica dos pacientes para certo tema circunscrito. Waelder demonstrou,

no caso de um matemático, de que forma conseguiu fazer que a atitude narcísica do paciente

entrasse em contato com a realidade, limitando-a à sua matemática, de modo que, fora desta

área, o comportamento do paciente subsistiu mais ou menos sem distorção.

Todas estas tentativas podemos resumi-las na fórmula seguinte: Nas fases introdutórias, a

capacidade do paciente de desenvolver transferência deve ser estabelecida a tal amplitude que

esta transferência possa vir a ser, posteriormente abolida pela análise, sem acarretar nova

regressão narcísica.

De todas a mais difícil é a tarefa de avaliar as gradações. Atitude amistosa demais

porparte do analista pode ser vista pelo paciente como sedução no sentido de relação sexual

temida (possivelmente, homossexual), relação de que quer fugir mediante regressão narcísica.

O analista velejará entre a posição de Scylla a recomendar uma atitude por demais objetiva que

não permitiria ao paciente o estímulo para retornar ao mundo dos objetos; e a de Charybdis, da

atitude muito cordial que apavora o paciente e o empurra ainda mais para o narcisismo. É

sempre possível que as ocorrências imprevisíveis da vida cotidiana produzam acentuação, que é

transitória, da rejeição dos objetos. Bastaria esta razão para se encaminhar, as instituições

psiquiátricas, o tratamento psicana-lítico.

A psicoterapia psicanalítica dos esquizofrênicos crónicos será feita nos intervalos livres,

quando houver um ego razoável atuando. A esta altura, porém, outro problema surge: Valerá a

pena correr o risco de provocar novo ataque psicótico pela tentativa psicoterápica?

A mesma consideração vigora, decisiva, quando se avalia a indicação da psicoterapia

psicanalítica nos casos fronteiriços. Existe sempre o perigo de que o procedimento analítico,

forçando os conflitos do paciente, leva-o a um episódio psicótico. Esta possibilidade só será

evitada se houver avaliação dos fatores económicos e bastante habilidade terapêutica do

analista, que terá o cuidado de não fazer solicitações indevidas ao paciente. Há personalidades

esquizóides nas quais uma análise de prova talvez resulte na impressão de que é melhor deixá-

los como estão, porque qualquer tentativa de modificação será capaz de induzir colapso

psicótico. Há, porém, outras personalidades esquizóides que, com uma psicoterapia feita a

tempo, podem ser salvos da psicose. Algumas delas reagem a psicoterapia analítica de modo

mais favorável do que se espera. Nelas, a regressão narcísica é reação a feridas narcísicas; e que

se lhes mostrarmos este lato, se lhes dermos tempo a que enfrentem as feridas reais e a que

desenvolvam outros tipos de reação, poderemos ajudá-las muitíssimo. Também existem

Personalidades que só são capazes de manter contato suficiente com a realidade, quando este

contato é artificialmente assistido. São feitos inválidos que Precisam de tratamento constante.

Certo colega fez, uma vez, este diagnóstico correto. "Esquizofrenia artificialmente

mantida mediante a psicanálise que durou várias décadas, no nível de neurose

obsessiva."

Outra questão: Devem-se analisar pacientes que, no passado, hajam sofrido episódios

esquizofrênicos, espontaneamente curados, mas deixando cicatriz? Os casos desta ordem

também correm o risco de recaída na psicose, quando analisados. Mas há vezes em que as

condições psicoeconômicas são tão favoráveis que o ego, não obstante a cicatriz, consegue, já

então, enfrentar os seus conflitos e resolvê-lo de melhorforma, ajudado peja análise.

Evidente que a análise de uma esquizofrenia é tarefa absolutamente diversa-da análise de

uma neurose, a dificuldade do problema, contudo, não impede que se procure solução. A

literatura cada vez mais crescente sobre a psicoterapia analítica da esquizofrenia mostra que, na

verdade, não existe impedimento.

Á convicção de que os obstáculos consistem em meras dificuldades de técnica e o

número cada vez maior de êxitos relatados devem animar-nos a que tratemos pela psicoterapia

analítica a esquizofrenia. Em todo caso, quem analisa psicoses está fazendo trabalho pioneiro e

não se pode esperar que uma empresa nova, por mais promissora que seja, só dê bons êxitos.

Todo aquele que quiser realizar esta tarefa deverá avaliar a respectiva adequação, feita que seja

a valoração precisa das condições do caso particular, tomadas as necessárias cautelas. Os

parentes do paciente serão advertidos da índole dúbia do prognóstico e da possibilidade de

novo ataque psicótico. Se possível, a analista tratará o paciente numa instituição, tendo em

mente que a técnica clássica não é suficiente e que, além das modificações essenciais que

sugerimos, o processo se adapte às condições do caso individual. Tomadas todas estas cautelas,

pode o analista iniciar o tratamento; alguns casos lograrão, provavelmente, êxito favorável;

quanto aos demais, pelo menos o analista terá aprendido muito.

Concluindo, vale a pena enfatizar, mais uma vez, a importância científica da psicoterapia

psicanalítica dos esquizofrênicos. As neuroses representam regressão à sexualidade infantil; a

psicoterapia psicanalítica das neuroses conduziu à compreensão da sexualidade infantil. A

esquizofrenia representa regressão aos níveis primitivos do ego; a psicoterapia dos

esquizofrênicos permitirá a compreensão da evolução do ego.

19

Defesas contra os Sintomas e Lucros

Secundários

OBSERVAÇÕES GERAIS

Pela natureza do assunto, foi preciso incluir nos capítulos dedicados aos mecanismos da

formação de sintomas, a discussão das formas especiais de neuroses. Os processos pelos quais

se formam os sintomas influenciam a personalidade total e, daí, também o curso posterior da

neurose. Esta é a razão por que é necessário se tocar na reação do ego à sua neurose. O sumário

que se segue, daquelas observações esparsas, dará compreensão mais clara quanto a

configuração das neuroses, uma vez estabelecidos os sintomas.

Um sintoma neurótico é para o ego uma nova experiência dolorosa a configuração. A

reação do ego a experiências desta ordem depende da sua força e do seu desenvolvimento.

Um ego muito fraco pode ser passivamente esmagado, quando uma inesperada

experiência penosa produzir efeito traumático. A seguir, o ego aprende a se defender contra

experiências dolorosas ou pela simples negação, ou -por outros mecanismos de defesa, segundo

o padrão do julgamento primário de que: tudo quanto for doloroso tem de ser "cuspido" (616).

No período de controle passivo receptivo o ego não tem mais que uma resposta às experiências

de sofrimento: o grito de socorro.

Pelo contrário, um ego maduro, que reage de acordo com o princípio da realidade,

consegue reconhecer, ou aceitar, a existência de experiências dolorosas (575). Por este

reconhecimento, poderá, daí por diante, evitar experiências da mesma ordem, ou responder a

elas de maneira adequada, tornando o sofrimento inevitável tão inócuo ou até útil quanto

possível (507).

O ego que experimenta sintomas neuróticos está em situação que se assemelha muito à de

um ego que pela primeira vez experimenta um ataque emocional. Os sintomas e os ataques

emocionais assemelham-se na medida em que uns e outros são penosos e ego distônicos,

surgindo, dentro da personalidade do próprio indivíduo. E de fato, o ego é, primeiro,

traumáticamente esmagado pelos ataques emocionais; depois, tenta defender-se e encontra

proteção passiva externa contra eles; por fim, aprende a superar os tipos arcaicos de reação,

controlando ativamente os afetos pela utilização destes para os seus fins próprios (191, 440,

697, 1021). O êxito do ego depende, é claro, de codições econômicas: sua capacidade de

aplicar processos amadurecidos de controle ativo é determinada pela relação entre sua força e

aquelas que tem de enfrentar. Fator decisivo capaz de enfraquecer o ego é a quantidade de

energia necessária àmanutençãode contracatexias ém outros pontos. Também crucial é o

estádio desenvolvimental do ego no momento em que se instala o conflito decisivo.

São as pessoas neuróticas que tendem a reagir com comportamentos padrões arcaicos de

reação; daí porque as tentativas amadurecidas no sentido de controle ativo são muito mais raras

no tocante aos sintomas neuróticos do que em relação aos afetos. Estas tentativas pressupõem a

capacidade de aprender, de classificar experiências novas de acordo com experiências passadas,

de entender as diferenças e de modificar o comportamento em função de um juízo razoável. Os

neuróticos são pessoas à quais falta esta capacidade e que tendem a reagir, pelo contrário, com

padrões infantis rígidos. As formas patológicas de reação aos sintomas (deixar-se esmagar,

constituir defesas, pedir ajuda externa) são, por conseguinte, encontradas com freqüência muito

maior do que a adaptação racional.

OS SINTOMAS COMO TRAUMAS E OS FATORES PRECIPITANTES

DAS NEUROSES

Aquelas neuroses que persistem, ininterruptas, desde a infância ou a adolescência,

variando apenas em intensidade, é claro que não podem ser experimentadas como traumas. Mas

há neuroses sintomáticas que se iniciam de um momento para outro e inesperadamente; e às

vezes uma neurose anterior pode ser, de súbito, exacerbada.

É o que ocorre em ataques de angústia e em "breakdowns nervosos" (colapsos nervosos),

os quais, em certos casos, são meros ataques de angústia e, em outros, representam a dissolução

de uma estabilidade neurótica, até então precariamente mantida. As restrições rígidas,

isoladoras, que salvam as personalidades compulsivas do sentimento de angústia e das emoções

dolorosas podem romper-se: A personalidade vê-se inundada, repentinamente, de angústia e

sensações vegetativas, estas sendo tanto mais penosas quanto o paciente, por causa das suas

medidas defensivas, jamais terá aprendido a assimilar emoções a ajustar-se a elas.

É aqui que cabe perguntar: Que é que, de fato, produz estas explosões ou agravamentos

súbitos das neuroses? A compreensão teórica do background dinâmico de todos os fenómenos

neuróticos permite sumarizar os fatores precipitantes potenciais num quadro esquemático, mas

não se deve deixar de terem mente que, na prática, os diferentes fatores interatuam e se

suplementam entre si; e que os verdadeiros fatores precipitantes representam combinações dos

elementos que, no caso, se acham artificialmente isolados (576).

Certa quantidade de conflito neurótico e de defesa patogênica pode qualquer um sustentar

sem colapso neurótico verdadeiro. Todavia, quanto mais energia uma pessoa dispende em

conflitos defensivos latentes, maior é a sua predisposição a adoecer, no caso de um fator

precipitante transtornar-lhe o equilíbrio psíquico: um distúrbio intenso, contudo, pode produzir

neurose ate em pessoas com pouca predisposição. A constituição (intensidade das lutas

defensivas latentes) e os fatores precipitantes formam uma série complementar (596).

Fatores precipitantes são experiências que transtornam o equilíbrio entre pulsos

rejeitados e forças rejeitadoras, equilíbrio até então relativamente estável (1513). De três tipos

podem ser estes transtornos:

A. Aumento dos impulsos rejeitados, aumento que não precisa ser tão intenso que rompa

de todo a contracatexia, mas que tem de ser bastante intenso para tornar insuficiente a defesa

anterior contra os derivativos. Este aumento produzir-se de vários modos:

(1) O aumento pode ser absoluto. Muitas neuroses começam na puberdade ou no

climatério, pela intensificação fisiológica dos impulsos sexuais que estão ocorrendo.

(2) Será aumento relativo de um impulso rejeitado específico, à custa de outras

exigências instintivas, isso podendo ser produzido por (a) experiências que, consciente ou

inconscientemente, significam tentação ou estimulação deste desejo particular; (b) experiências

que, consciente ou inconscientemente, significam desvalorização de outras exigências

instintivas, cuja energia, então, é deslocada para o impulso rejeitado (581); os desapontamentos

da vida adulta estimulam regressões a desejos infantis; (c) frustrações externas ou bloqueios de

satisfações até então ao alcance; qualquer frustração na esfera da sexualidade adulta aumenta a

intensidade dos desejos sexuais infantis inconscientes; (d) o bloqueio de qualquer atividade

que, por deslocamentos anteriores, haja substituído satisfações instintivas; o bloqueio pode

levar a aumento relativo da intensidade com que os impulsos rejeitados lutam pordescarregar.

B. Decréscimo das forças rejeitadoras, decréscimo que não tem de ser tão intenso que

anule as defesas, mas que tem de ser bastante intenso para afrouxar a defesa anterior contra os

derivados.

(1) Se o ego estiver, de modo geral, enfraquecido pelo cansaço, embriaguez, doença,

tarefas exaustivas, as forças defensivas debilitam-se e aquilo que tinha sido reprimido se

mostra. As pessoas cansadas tendem mais aos lapsos de língua e aos erros; os doentes são mais

propensos a permitir descargas que teriam bloqueado em condições outras. Há situações em

que isso pode ser desfrutado como alívio e até melhorar ou curar neuroses.

É freqüênte as neuroses parecerem melhorar quando há tensões verdadeiras, o que

dará a impressão de que a neurose é uma espécie de jogo ou brincadeira, que cessa

assim que uma preocupação real aparece. Buscando este tipo de alívio, as pessoas

podem procurar "preocupações potenciais", ou a diversão de um "trabalho pesado". Este

tipo de influência favorável ocorre com mais probabilidade se houver sentimentos de

culpa dominantes entre os motivos da defesa, de modo que a doença, o trabalho

"robotizado", os encargos exaustivos, a infelicidade verdadeira são considerados

punições que abrandam os sentimentos de culpa e acarretam privilégios.

Ao ser menos intenso, o enfraquecimento da defesa pode ter o efeito oposto. Derivados

até o momento bloqueados encontrarão saída e aparecerão como sintomas. Se a irrupção

ameaçar tornar-se perigosa em excesso, o ego responderá, talvez, com um tipo mais intenso de

defesa "de emergência".

É o que ocorre em algumas "patoneuroses" (478). Comumente, as neuroses são

precipitadas por tensões exaustivas anteriores, o que se deve ao fato de que o

empobrecimento consequente do ego lhe diminui as forças defensivas ou é sentido como

sinal de perigo. As experiências que produzem muita tensão, entretanto, podem,

também haver sido experimentadas como ameaças de castração ou tentações

masoquísticas.

(2) O que se aplica ao enfraquecimento geral do ego também vale para o enfraquecimento

específico das atitudes defensivas pelo reforço relativo de outras porções do ego. Quando a

auto-estima de alguém aumenta pelo sucesso, pela realização de ideais, vantagens no amor, no

poder, no prestígio, a pessoa sente-se exaltada, daí diminuindo as suas atividades de censura o

que pode resultar na abertura de descargas proibidas e em alívio (1237). Também neste caso a

diminuição das atividades sensoriais, pode produzir, em vez de liberação verdadeira, apenas

sintomas. O alívio excessivo deste tipo pode sentir-se como sinal de perigo.

C. Paradoxalmente, uma intensificação das forças rejeitadoras também pode precipitar a

neurose. Há fenómenos neuróticos que são mais manifestações da defesa do que explosões

daquilo que haja sido rejeitado. Mas também se intensifica toda a luta, a todo aumento das

forças rejeitadoras; corre risco o equilíbrio; e controle maior pode ser seguido de maior

rebeldia. Assim, pois, tudo quanto aumente a ansiedade ou o sentimento de culpa que motivem

a defesa é capaz de precipitar uma neurose.

(1) A ansiedade pode ser aumentada diretamente: pela experiência de novas ameaças,

por experiências que, subjetivamente, como ameaças se percebem e por experiências que

confirmem certas ameaças até o momento pouco convincentes (566). Deste modo, os traumas

experimentados como castração ou abandono, a vista inesperada de genitais adultos por

crianças, um exame iminente são capazes de provocar neuroses.

(2) Os sentimentos de culpa podem ser aumentados diretamente. Sempre que alguém

sente remorsos ou sempre que alguma autoridade lhe dá padrões novos de perfeição, as

repressões são capazes de aumentar com os sentimentos de culpa.

(3) Tanto a ansiedade como os sentimentos de culpa aumentam indiretamente com a

perda de tudo quanto, até então, tenha servido para sustentar ou tranquilizar. Uma

racionalização perderá a sua eficácia; as pessoas de tipo oral dependente da auto-estima podem

colapsar quando diminuem de intensidade as necessárias provisões narcísicas, ou seja, quando

uma perda de amor aumenta o medo do abandono. Como o prestígio, o poder, a autoconfiança

servem de armas tranquilizadoras contra a ansiedade, toda perda de prestígio, poder ou

autoconfiança pode funcionar como fator precipitante. Sendo fraca a autoconfiança e

inconscientemente esperado o castigo; o malogro significa que este está próximo. Ainda mais,

o êxito pode significar a realização de algo imerecido ou "errado", descobrindo a inferioridade

ou a culpa. Freud, quando descreveu pacientes deste tipo, chamou-os "aqueles que o êxito ar-

ruina" (592). Um êxjto pode significar tanto algo que acarrete punição imediata quanto algo

que estimule a ambição e, por esta forma, mobilize temores relativos a malogro futuro, a um

futuro castigo.

(4) Um aumento das forças rejeitadoras também pode ser aumento rea-tivo, seguindo-se-

lhes à diminuição temporária da intensidade. Os fatores que referimos em (B) tornar-se-ão

duplamente atuantes desta maneira.

De modo geral, as reações patológicas a fatos externos de qualquer tipo resultam das

alterações econômico-dinâmicas inerentes às lutas defensivas. Os acontecimentos são

falsamente entendidos à luz do passado do indivíduo e interpretados como tentações, ameaças,

gratificações, tranquilizações; modificam a força dos impulsos rejeitados ou das ansiedades e

sentimentos de culpa rejeitadores.

Quase todos os fatores precipitantes são experiências que se assemelham (objetiva ou

subjetivamente), de algum modo, aos eventos infantis que deram origem aos conflitos

decisivos, isto é, são experiências que se relacionam com os "complexos" das pessoas. Quanto

mais lutas defensivas não resolvidas houver dentro de uma pessoa, mais esta penderá a

interpretar experiências posteriores corno repetições de fatos que, em outros tempos, geraram a

luta defensiva.

Quando um ataque de ansiedade ou um "colapso nervoso" atua sobre o ego de modo a

traumatizá-lo, também pode provocar neurose traumática, esta se impondo secundariamente à

neurose primária. O paciente fica insone, ou sonha apenas com o seu ataque de ansiedade, ou

sente-se obrigado a narrar a todo momento as experiências neuróticas; ou ainda, desenvolve

afetos ou movimentos para defender-se contra o primeiro ataque de ansiedade; e pode perder

todos os demais interesses.

DEFESAS CONTRA OS SINTOMAS

Como os afetos penosos, dolorosos, os afetos "subjetivos" dos sintomas neuróticos

podem ser rejeitados pelos diversos mecanismos de defesa. Por serem derivados de impulsos

instintivos rejeitados, todos os sintomas serão inconscientemente reconhecidos como tais e, por

sua vez, rejeitados. Os devaneios que se tenham tornado representantes de impulsos reprimidos

encontrarão saída até alcançarem certo grau de intensidade, quando poderão ser reconhecidos

como derivados e reprimidos (ver págs. 181 e 204). O mesmo se diga dos sintomas. Enquanto

não são intensos demais, ou enquanto lhes vigora o significado defensivo, podem ser tolerados;

quando se tornam mais intensos, ou quando começam a exprimir com evidência demasiada os

instintos rejeitados, são combatidos.

Todos os tipos de mecanismos de defesa podem servir contra os sintomas; ate uma

simples negação se tenta, às vezes.

Uma candidata a analista (estava sendo treinada), após a mobilização da sua

neurose de caráter, produziu sintomas agudos; entre outros, vómitos violentos. Quando o

analista falou neste "sintoma de conversão", ela exclamou: "Sintomas de conversão?

Não tenho sintoma de conversão". Lembrando-lhe o analista os vómitos, perguntou:

"Quer dizer que Você considera sintoma o simples vómito?"

O tipo que mais se vê de negação desta ordem é a negação da índole Psicogênica do

sintoma, ou de qualquer nexo entre ele e os conflitos psíquicos, 'sto é puramente físico", diz o

paciente.

São muito difíceis de tratar pela psicanálise os pacientes que conseguem es-

tabelecer estas defesas contra as suas neuroses porque desenvolvem uma incapacidade

de compreender nexos psíquicos, apegando-se à "razoabilidade" e recusando-se a

considerar, seja como for, a "lógica das emoções" (44)

Vale a pena referir que, modernamente, o oposto também é muito freqüente. As doenças

orgânicas são perigosas e incómodas. Daí muitas pessoas preferirem considerar-se neuróticas.

Sempre que sentem sintomas, dizem: "É só psicogênico", a fim de rejeitar o reconhecimento

desagradável da doença.

Caso extremo: O de um Ipaciente médico que, quando o velho pai desenvolveu

transtornos da sensibilidade e da fala, além de distúrbios motores ligeiros de urn lado do

corpo, declarou que o velho se tornara histérico. Este paciente, devido a repressão

profunda da sua agressividade, não gostava de agir, preferia falar, do mesmo modo que

preferia doenças psicogênicas a orgânicas. Por conseguinte, também não gostava da

atividade médica e se interessava pela psicanálise, que atua pelo diálogo. O que, no

entanto, havia sido rejeitado voltava: ele tinha medo tanto de Hitler quanto do analista,

como indivíduos cujas palavras atuavam mais do que os atos de outras pessoas.

Outro tipo de negação pode chamar-se formação reativa contra um sintoma, a saber, a

negação do caráter ego-distônico do sintoma. A atitude "Não tenho sintomas, só faço o que

quero" é frequente; os pacientes deste tipo comportam-se, na expressão de Freud, tal qual o

cavaleiro que pensa controlar o cavalo, quando, de fato, tem de ir para onde este o leva (608).

Esta atitude pode chegar ao exagero de uma espécie de orgulho com o comportamento

neuróticos obsessivos, que acreditam serem melhores do que os outros por neuróticos

compulsivos, que acreditam serem melhores do que os outros por causa da sua bondade, do seu

asseio, e as personalidades neuróticas, que logram algum êxito na vida por causa do seu

comportamento neurótico, não renunciam com facilidade às suas neuroses. Este tipo de

"formação reativa" constitui, porém, transição para os tipos nos quais a neurose não é rejeitada,

mas, a bem dizer, utilizada para objetivos do ego.

Há muitos sintomas compulsivos que são, geneticamente, secundários, dirigidos contra os

sintomas compulsivos primários por eles reprimidos. A análise destes casos mostra uma

quantidade de exemplos de anulação e de isolamento, ou de formações reativas contra eles.

Exemplos: os sintomas bifásicos, cuja segunda metade anula a primeira, e as

fórmulas mágicas, com as quais se exorcisam as obsessões (560, 567).

Também existe repressão verdadeira de sintomas. É freqüênte os fóbicos não sqberem o

que, de fato, temem; como é comum os neuróticos obsessivos nao Saberem a índole verdadeira

das suas compulsões, apenas dizendo-as vagamente, tal qual se narram os sonhos. A

verbalização de fórmulas mágicas vem a ser, muitas vezes, secundariamente reprimida.

Há certo tipo de isolamento de sintomas que exige observação especial: "É certo, sou

esquisito neste ou naquele aspecto, mas isto é sem importância, porque não tem relação alguma

com a minha personalidade verdadeira." Este tipo cie isolamento atua quando uma neurose se

detém a certa altura do seu desenvolvimento. Há fóbicos que não têm, de fato, transtorno algum

enquanto obedecem às suas restrições fóbicas. Os histéricos, às vezes, desenvolvem a célebre

belle indiffêrence: têm os seus sintomas, mas recusam-se a ser por eles tocados, seja de que

modo for. Os neuróticos obsessivos, alguns deles, têm obsessões ou rituais isolados,

permanecendo relativamente tranquilos quanto ao mais. O melhor exemplo de isolamento feliz

de uma neurose talvez seja representado pela paranóia autêntica. Os psicoterapeutas têm feito

tentativas de múltiplos tipos para criar, artificialmente, situações desta ordem.

ATITUDES DE DEPENDÊNCIA ORAL EM RELAÇÃO AOS SINTOMAS

Os pacientes que não aprenderam a controlar de forma ativa experiências novas,

frequentemente respondem ao aparecimento de sintomas com aumento da sua atitude de

dependência oral, inclusive todas as características ambivalentes desta.

É o que acontece, em certo grau e de algum modo, em toda neurose. Todos os neuróticos

tendem a regredir; e sempre que se sentem desgraçados, insuficientes as atividades que

desempenham, surge o antigoanseioporajuda externa. Os fóbicos voltam a ser crianças

desamparadas; as personalidades malquistas exibem a sua impotência; todas querem induzir a

salvação por uma 'ajuda mágica" (653). Os analistas estão familiarizados com este anseio

porque exprime constantemente na transferência.

As pessoas que têm fixações orais e que são predispostas ao desenvolvimento de

depressões, adições e neuroses impulsivas mostram este fenómeno sm escala muito maior.

Reagem ao aparecimento de sintomas com aumento das necessidades narcísicas e, daí, com

aumento dos conflitos que giram em redor destas necessidades. Nos deprimidos, cria-se, por

esta forma, um círculo vicioso: a depressão aumenta as necessidades narcísicas e estas

aumentam a depressão.

A concepção arcaica da Lei de Talião faz as pessoas sentirem que todo sofrimento, toda

experiência dolorosa anula a culpa e dá direito a privilégios com-pensatórios futuros. Esta

concepção estimula uma reação oral dependente ao sofrimento neurótico, isto é, exige

compensação do mundo exterior (dos pais "onipotentes" ou de quem a eles sucede, Deus, o

destino, ou aqueles que decidem a respeito das compensações). Neste particular, a posição

extrema é a dos "masoquistas morais", que cedem por completo aos seus sintomas, pretendendo

extorquir dos que os cercam ou de Deus aquilo de que precisam (ver págs. 465 e seg.). Em grau

menor, há pessoas que acham que, pelo fato de se sentirem mal, têm direito a "sentir-se bem";

pessoas que são capazes de, "virtuosamente", se permitirem a si mesmas algum prazer (695); há

também quem ache que todo sofrimento tem em si mesmo algo que é bom, como afirmam cer-

tas ideologias religiosas.

CONTROLE DOS SINTOMAS

Todas estas atitudes opõem-se, estritamente, a certo outro tipo de atitude que o ego pode

assumir em relação aos seus sintomas: tentativas de controlá-los de maneira normal. O ego

tentará aprender a respeito dos sintomas e servir-se deles, incluindo-se, de algum modo, na sua

organização.

Esta contradição presente no ego, consistindo em que ele tenta excluir os sintomas, de um

lado, e inclui-los, de outro, não é culpa do ego, conforme Freud salientou (618). O ego gostaria

de livrar-se dos sintomas, mas os instintos rejeitados continuam a atuar: e o ego nao pode fazer

outra coisa que não seja aceitá-los e manipular da melhor maneira a situação.

A mesma contradição, exatamente, se vê em área muito diversa da patologia: na reaçao

física do organismo à entrada de corpos estranhos, os quais ou são cercados por uma parede

protetora, desta forma ficando isolados dos tecidos orgânicos, ou são "organizados" e, pouco a

pouco, transformados ern parte do organismo. Tal qual. os sintomas neuróticos são ou isolados

do testo da personalidade, ou gradativamente transformados em parte desta.

As formações reativas do neurótico obsessivo típico, formações que se estabelecem

definitivamente na personalidade do paciente, e as atitudes corv trafóbicas são exemplos da

inclusão de sintomas na organização do ego. Adiante discutir-se-ão tipos mais complicados de

inclusão de sintomas (ver págs. 437 e segs.).

Um controle de sintomas, jamais logrará êxito completo. Controlar quer dizer manipular

excitações importunas mediante descarga, ligação ou elaboração. Enquanto o instinto rejeitado

ainda permanece atuante no inconsciente, não é completo o controle. Define a neurose o fato do

instinto rejeitado continuar a atuar no inconsciente.

De acordo com o "princípio da função múltipla" (1551), pode o ego tentar se satisfazer,

ao mesmo tempo, com seus sintomas, exigências do id e do superego, sejam elas quais forem;

tendência esta que se manifesta no desenvolvimento de simples "lucros secundários", bem

como através de fenômenos mais complicados de traços caracterológicos neuróticos.

LUCROS SECUNDÁRIOS DA DOENÇA

Enquanto se está estabelecendo, uma neurose é, via de regra, muito incómoda. O ego,

porém, tenta fazer da necessidade uma virtude, capaz, então, de se servir da neurose para seus

fins próprios. Pode tentar ganhar vantagens do mundo exterior, provocando a piedade, a

atenção, o amor, a concessão de suprimentos narcísicos ou até compensações monetárias. Há

vezes em que tenta aliviar a pressão do superego pela demonstração de que o sintoma é um cas-

tigo, pela obtenção de prazer à base da ideia de que o sofrimento dá direito a prazer que

compense, pelo uso do sintoma com o propósito de ajudar a defesa contra algum outro impulso.

Os lucros secundários possíveis são muito variáveis. Valeria a pena compilá-los, mas a

esta altura, apenas acrescenteremos umas tantas observações não sistematizadas.

1. Lucros secundários do mundo exterior: Com frequência enfatiza-se que o lucro

secundário principal consiste em ganhar atenção pelo fato de estar doente. Que tipo de pessoa,

no entanto, tem necessidade particular de "ganhar atenção"? Precisa-se de atenção ou como

satisfação sexual (substituto do amor), ou, mais freqüentemente, como tranquilização e

promessa de ajuda e proteção. Também se percebe a doença, muitas vezes, como direito a

privilégios, os quais consistem em vantagens materiais ou em proveitos psíquicos, mais sutis.

Não implica aí, muitas vezes, alternativa, "ou-ou". Os que mais intensamente lutam por

"compensação" são os pacientes que de dinheiro pouco precisam necessitando mais de afeição

parental e tranquilização contra o abandono.

Não há anedota ilustrativa que mais frequentemente se tenha de contar aos pacientes

analíticos do que a história do paciente internado que indagou, quando lhe negaram privilégios

especiais. "Então, para que é que estou maluco?"

A doença traz todas as vantagens do comportamento passivo-receptívo "Agora já não sou

eu que tenho de agir; eles têm de agir por mim." A saudade do tempo da infância em que se era

assistido revive em todas as emergências (fato de que amplamente se abusa em todas as

sociedades autoritárias); a mesma coisa ocorre na emergência de uma neurose, o que pode, por

sua vez, despertar sentimentos de culpa, criando conflitos secundários e círculos viciosos.

2. Lucros secundários oriundos do superego: O orgulho das formações reativas ou do

ascetismo incluem-se nesta categoria, como também o apaziguamento de um superego severo

pelo sofrimento. Os privilégios da doença incluem, às vezes, a perda do sentimento de

responsabilidade: e uma neurose pode servir para ganhar "atenção interna" do mesmo modo

que para lograr atenção externa.

O lucro secundário que resulta da avaliação dos sintomas como punição tem sido

considerado primária e fundamental (37). Não há, porém, quem se torne neurótico apenas para

o fim de sofrer

Predominam várias vantagens secundárias conforme os diversos tipos de neurose: na

neurose de angústia, a regressão à infância, época em que ainda se era protegido; na histeria,

lograra atenção pela "teatralização" e. por vezes, a obtenção de vantagens materiais; na neurose

obsessiva, proveitos narcísicos pelo orgulho da doença; nos distúrbios psicossomáticos, a

negação de conflitos psíquicos pela projeção destes na esfera física.

Os lucros secundários são ora muito evidentes, ora ocultos. Teoricamente, podem ser

menos interessantes do que a génese primária da neurose; na prática, porém, são de importância

suprema. Quem consegue lograr vantagens com a doença não as larga com facilidade. Por

conseguinte, a análise tem, primeiro, de clarificar e de trabalhar através dos lucros secundários.

Um lucro desta ordem pode ser até o único prazer que o paciente é capaz de sentir. Neste

particular, um lucro secundário dificulta, às vezes, a análise de um neurótico tanto quanto a de

um pervertido. Há outros casos em que a resistência deste tipo é menos substancial, porém

ainda bem atuante.

Tem-se feito distinção entre as defesas contra os sintomas e a respectiva inclusão no ego.

Na realidade, todo neurótico desenvolve os dois tipos de resposta. A relação entre estas duas

atitudes é decisiva para o desenvolvimento posterior da neurose.

Antes de prosseguir, porém, no estudo deste desenvolvimento, outras tentativas — e mais

complicadas — de inclusão do comportamento neurótico no ego precisam ser discutidas —

tanto reações a sintomas quanto tentativas simultâneas (que é frequente falharem) no sentido de

impedir que se desenvolvam sintomas posteriores mediante contracatexias profiláticas. O

estudo do desenvolvimento de traços caracterológicos neuróticos mostrará quão plenamente

variam estes fenômenos.

20

Transtornos Caracterológicos

BASES DO DESENVOLVIMENTO DA CARACTEROLOGIA PSICANALÍTICA

Nao se pode pensar de que modo os sintomas ou atitudes neuróticas se fundem na

personalidade sem ter noção do que é a "personalidade".

Compreende-se que a caracterologia psicanalítica seja o ramo mais novo da psicanálise,

quando esta ciência é historicamente considerada. A psicanálise começou com a investigação

dos sintomas neuróticos, ou seja, fenômenos que são ego distônicos e que não se ajustam no

"caráter", à modalidade costumeira de comportamento. A psicanálise examinou e entendeu o

inconsciente antes de estudar o consciente. Pesquisou o universo recém-descoberto dos

impulsos inconscientes e respectivas manifestações irracionais antes de empreender a visão das

experiências psíquicas superficiais. E só então lhe foi possível principiar a entender que tanto

os estados psíquicos de irrupção súbita quanto as modalidades habituais de comportamento, a

maneira costumeira de amar, odiar, proceder em várias situações podem ser compreendidos,

geneticamente, como dependentes de condições inconscientes; e que a volição habitual é do

mesmo modo determinada como o são os transtornos da vontade.

Dois fatores houve que fizeram a psicanálise desenvolver a sua "psicologia do ego". O

primeiro foi a necessidade de analisar as resistências, ou seja, as maneiras pelas quais as forças

defensivas do ego se manifestavam no tratamento psicanalítico. Se, por exemplo, um paciente

deixava de seguir a regra básica, fazia-se necessário não só influenciar este comportamento

desaconselhável pela sugestão quanto analisá-lo como se fosse um sintoma. Outro material,

associações, recordações, comportamento, sonhos tiveram de servir para fazer o paciente

perceber que tinha resistências, por que é que as tinha e, bem assim, por que é que as tinha sob

a forma, particular da desobediência à regra. Descobriu-se que, mesmo não sentindo temor

algum àquele momento, o paciente, em outra ocasião, tivera medo (ou vergonha, ou nojo, ou

sentimentos de culpa) de certas experiências instintivas; que este medo ainda atuava,

inconscientemente, dentro dele; e que, portanto, ele desenvolvia resistência contra ver-

balizações que podiam ligar-se a estas experiências. Descobriu-se, depois, que atitudes

deste tipo realizam o objetivo da resistência tanto no tratamento psicanalítico quanto na

circunstância de que os mesmos padrões comportamentais também se utilizam, na vida, para os

mesmos fins defensivos. Foi assim que a primeira "psicanálise do caráter" se desenvolveu, a

saber, a análise da finalidade e da gênese histórica de certas atitudes que assumem o papel de

defesas (1269, 1271).

Segundo fator que levou ao desenvolvimento da psicologia do ego foi o fenômeno

interessante que consistiu na modificação fundamental do quadro clínico das neuroses durante

as últimas décadas. Nas neuroses clássicas, uma personalidade integrada era, de súbito,

transtornada por impulsos ou atos inadequados. Nas neuroses modernas, contudo, não se trata

de enfrentar uma personalidade até então uniforme, que, simplesmente, é transtornada por um

fato imediato; o que se enfrenta é, a bem dizer, uma personalidade patentemente dilacerada ou

malformada, ou, de qualquer forma, tão envolvida na doença que não existe fronteira entre

"personalidade" e "sintoma". Em lugar de neuróticos característicos, cada vez mais se vêem

pessoas com transtornos menos definidos, por vezes menos incómodos para o paciente do que

para os que o cercam. A fórmula "Na neurose, o que foi rejeitado irrompe de forma ego-

distônica" já não é mais válida, visto que a forma, muitas vezes, não é ego-distônica; e a

elaboração da defesa tem vezes em que é mais manifesta do que o seu fracasso.

Seria tarefa fascinante investigar a causa desta alteração das formas de neuroses, mas isto

excede a competência do analista. Apenas se sugerirá em que área se pode procurar resposta. O

processo e a maneira pela qual o ego admite, repele, modifica as reclamações instintivas

dependem do modo pelo qual o seu ambiente, o seu meio lhe ensinou os considerar. Nas

últimas décadas, a moral tem mudado muito e com ela a atitude educacional em relação aos

instintos. A histeria clássica trabalhava com o mecanismo de defesa da repressão propriamente

dita, a qual, porém, pressupunha impedimento de qualquer discussão dos impulsos censuráveis.

A inconsistência da personalidade neurótica moderna corresponde à inconsistência da educação

moderna. A alteração que ocorreu nas neuroses reflete a alteração da moral; para entendê-la,

contudo, teriam de ser investigadas as alterações sociais que se produziram nas últimas

décadas.

O caráter do homem é socialmente determinado. O meio impõe frustrações específicas,

bloqueia certas modalidades de reação às mesmas, facilita outras; sugere certos modos de

enfrentar os conflitos entre exigências instintivas e temores de frustrações futuras; cria até

desejos pelo estabelecimento e pela formação de ideais específicos. Sociedades diferentes, que

enfatizam valores diversos e que aplicam medidas educativas diferentes, criam anormalidades

diferentes. A nossa instável sociedade atual, o que parece caracterizá-la são conflitos entre

ideais de independência individual (que se criaram durante o advento do capitalismo e que

ainda atuam) e anseios regressivos de dependência passiva (criados pelo desamparo do

indivíduo relativamente à segurança e às gratificações e, bem assim, pelas medidas educativas

que resultam da necessidade social de influências autoritárias) (ver pág. 542). Há medidas

defensivas que restringem os egos dos neuróticos de hoje em dia. A psicanálise tem de adap-w-

se ao novo objeto, esta tendo sido a razão decisiva do interesse que ela desenvolveu no tocante

aos problemas do caráter.

OBSERVAÇÕES

INTRODUTÓRIAS

SOBRE

OS

TRAÇOS

ÇARAÇTEROLOGIÇOS PATOLÓGICOS

À primeira vista, percebe-se que certas atitudes caracterológicas neuróticas representam

ajustamento a uma neurose, tentativa de acomodar-se da melhor forma possível a condições

neuróticas que se hajam estabelecido, havendo relação recíproca entre estas atitudes e os

sintomas originais. Os traços desta ordem são elaborações secundárias dos sintomas neuróticos;

principalmente, das fobias infantis; o caráter neurótico que por esta forma se tenha

desenvolvido atua como defesa contra sintomas posteriores, mas será, às vezes, a base sobre a

qual novos sintomas neuróticos se desenvolvem.

De início, uma neurose é um colapso de ajustamento, alguma coisa que acontece ao ego

passivamente e contra a vontade deste; não é acomodação planejada, ativa, de ajustamentos a

condições conflitantes, conforme se inclinam mais a pensar certos autores que não percebem a

índole instintiva dos fenômenos neuróticos (820, 821). Todavia, se fazem tentativas secundárias

de ajustamentos, visando a corrigir o colapso original e a impedir colapsos ulteriores; são

tentativas que envolvem redução da liberdade e da flexibilidade do ego. Em capítulos

anteriores, encontramos construções desta ordem quando vimos fixarem-se no caráter certas

aversões fóbicas, padrões comportamentais com os quais se evitam situações "perigosas" ou se

induzem situações tranqüilizadoras; mais ainda: atitudes "contrafóbicas", que visam à

superação de temores importunos; encontramo-las nas formações reativas dos neuróticos

obsessivos, casos em que a tentativa se faz para reprimir as atitudes instintivas originais.

São rígidos os padrões deste tipo, definitivos, formações que se estabelecem de uma vez

por todas. Evitam-se lutas agudas contra os impulsos instintivos mediante limitação crónica da

flexibilidade do ego, o qual se enrijesse para se proteger contra estímulos externos ou internos

indesejáveis. Há casos extremos em que a rigidez é total; em casos menos extremos, se

conserva relativa elasticidade, de modo que o padrão rígido se faz pronunciado sempre que se

sente ansiedade; e se relaxa um tanto quando uma experiência tranquilizadora ou prazerosa

permite ao indivíduo afrouxar as barreiras. Todos os pacientes deste tipo, são mais ou menos

constrangidos pelas suas medidas defensivas. Esbanjam energia pelas contracatexias constantes

e perdem, pelas renúncias, certas diferenciações de desenvolvimento; respondem a estímulos

externos apenas com padrões definidos, por esta forma sacrificando a espontaneidade e a

elasticidade. Não há conflito vivo entre impulso e defesa, mas, em seu lugar, resíduos

congelados de conflitos anteriores. Estas modalidades comportamentais ego-restringentes não

se experimentam, necessariamente, como ego-distônicas, porque o paciente pode concordar

conscientemente com elas, ou nem sequer percebê-las.

Freud escreveu, de uma feita, que "é sempre possível o ego evitar ruptura com qualquer

das suas relações deformando-se, submetendo-se a perder um pouco da sua unidade, ou até,

afinal de contas, a partir-se e rasgar-se, de modo que os ilogismos, as excentricidades e as

loucuras da humanidade incidiriam em categoria semelhante às perversões sexuais, visto que,

as aceitando, lhe são poupadas repressões" (611). Porque a manutenção destas excentricidades,

que correspondem ao tipo formação reativa, exige dispêndio de energia, seria mais exato dizer

que a respectiva formação corresponde a um ato de repressão definido, de maneira que a

necessidade de repressões separadas subsequentes, que consomem mais energia, e de

experiências de angústia separadas é evitada (433). Em grau ligeiro, todo ente humano é um

"excêntrico" deste tipo: nas personalidades patológicas, as excentricidades predominam.

Fromm observou, certa vez, haver Freud mostrado de que modo são reprimidos os "maus

impulsos, sexuais e agressivos, do homem; mas, diz Fromm, Freud não valorou o fato de que a

educação moderna, a ansiedade do pai, as forças sociais fazem a criança reprimir também o que

nela é "bom" (653). Como censura a Freud, a observação não se justifica, porque

expressamente Freud declarou que a análise atua liberando as boas potencialidades do

indivíduo, notencialidades que terão sido bloqueadas pelas suas repressões (596). São certos, os

fatos que Fromm tinha em mente: o tipo definitivo de repressão produzindo modificações

crônicas e enrijecimentos da personalidade, inibe a possibilidade de desenvolvimento posterior

do ego; e todo traço caracterológico patológico reduz, necessariamente, as reais potencialidades

do indivíduo.

QUE É CARÁTER ?

Na psicologia do ego, a psicanálise aborda o mesmo tema que outras psicologias, mas,

pela compreensão que tem dos impulsos inconscientes, está em situação de tratá-lo de maneira

diversa: E evidente que um aparelho cuja função é organizar, dirigire, se necessário, reprimir

não pode ser entendido sem noção do que é organizado, dirigido, ou reprimido. Os instintos,

que estudamos primeiro, são relativamente os mesmos para toda a gente. Porque estuda as

diferenças entre os egos individuais como produto do entrejogo das exigências instintivas

inconscientes e das influências ambientais, a psicanálise consegue compreender as diferenças

entre os entes humanos de um ponto de vista causal e genético. Não são só os desejos

inconscientes: também o ego e os seus padrões comportamentais representam resultado deste

entrejogo de impulsos e forças inibidoras.

O conceito de caráter indubitavelmente tem um alcance mais amplo do que "modalidades

de defesa fixadas na personalidade". O ego tanto protege o organismo de estímulos externos e

internos, lhes bloqueando as reações, quanto também reage; peneira e organiza estímulos e

impulsos; permite que alguns se exprimam diretamente, outros de forma um tanto alterada. A

organização dinâmica e económica dos seus atos positivos e as maneiras pelas quais o ego

combina as suas diversas tarefas, a fim de encontrar solução satisfatória, tudo isso vem a

compor o "caráter"

Assim, pois, há muitas atitudes caracterológicas que não podem ser chamadas defesas;

mas nenhuma existe que seja independente de conflitos instintivos, ão há ajustamento a

exigências do mundo exterior que deixe de sofrer a influência das exigências individuais em

relação a este mesmo mundo. Não só as atitudes do ego" e as "exigências instintivas" não são

incomensuráveis, mas a caracterologia psicanalítica é capaz de mostrar de que maneira as

influências ambientais transformam exigências instintivas em atitudes do ego. A partir do

estabelecimento deste, a organização, direção, peneiramento, dos impulsos instintivos, que têm

de ajustar-se às experiências e que, por esta forma, são modificados e conformados por

gratificações e frustrações, constituem as atitudes do ego.

Esta descrição de caráter é quase idêntica à que já se fez do *ego* (ver págs. 13 e segs.).

O caráter. como modalidade habitual de harmonizar as tarefas que exigências internas e o

mundo exterior apresentam, é, necessariamente, função da parte constante, organizada e

integrante da personalidade que é o ego; aliás, definiu-se o ego como aquela parte do

organismo que manipula as comunicações entre as exigências instintivas e o mundo exterior. A

questão do caráter será, pois. a questão de quando e como o ego adquire as qualidades mediante

as. quais se ajusta às exigências dos impulsos instintivos e do mundo exterior, mais tarde,

também do superego.

Com o nome de "princípio da função múltipla" Waelder descreveu um fenómeno que tem

importância primordial na psicologia do ego (1551). É um princípio que exprime a tendência

do organismo à inércia, isto é, a tendência a obter o máximo de efeito com o mínimo de

esforço. Dentre as várias ações possíveis, se escolhe aquela que melhor se presta à satisfação

simultânea de exigências que provêm de diversas fontes. Uma ação que cumpra uma exigência

do mundo exterior pode, ao mesmo tempo, vira darem gratificação instintiva e em satisfação do

superego. A modalidade pela qual se conciliam entre si várias tarefas é característica de certa

personalidade, de modo que as modalidades habituais pelas quais o ego se ajusta ao mundo

exterior, ao id e ao superego e os tipos característicos de combinação destas modalidades entre

si constituem o caráter. De acordo com isso, os transtornos do caráter são limitações ou são for-

mas patológicas de tratar o mundo exterior, os impulsos internos e as exigências do superego;

ou são transtornos dos modos pelos quais estas várias tarefas se combinam.

Citação relevante de Rado: "Talvez, algum dia, se chegue a ver que os elementos

individuais que participam na operação da função sintética são o núcleo daquilo que se

pode chamar, em psicanálise, o caráter do ego'" (1237).

A expressão *caráter* enfatiza a forma habitual de certa reação, da sua constância relativa.

Estímulos inteiramente diferentes produzem reações semelhantes: por exemplo, qualquer

impulso instintivo ofensivo, prestes a realizar-se, é capaz de produzir reação antagónica em

certas pessoas; complacência passiva noutras; truculência noutras etc.

De antemão se pode dizer que esta constância relativa depende de uma série de fatores:

em parte, da constiuição hereditária do ego, em parte da natureza dos instintos contra os quais

se dirige a defesa. Porém, é o mundo exterior, na maior parte das vezes, que impõe ao

indivíduo a atitude peculiar a ser adotada (ver pág. 485 e segs.).

Tal qual em outras áreas da investigação psicanalítica, quando se estudou o caráter, se

entendeu o patológico antes do normal. E aqui também "fixação" e regressão são-os conceitos

básicos desta patologia. Se um ego não estiver plenamente desenvolvido, ou se tiver regredido

a estádios anteriores do seu ç esenvolvimento, as suas maneiras habituais de reagir, que se

chamam caráter. serão também arcaicas. Há muitas atitudes patológicas que se clarificam pela

compreensão das primeiras fases desenvolvimentais do ego. O desenvolvimento deste

caracteriza-se pelos seguintes conceitos: oralidade, analidade, genitalidade; falta de objetos,

incorporação (identificação), precursores passivos dc amor (relações objetais ambivalentes),

amor; princípio do prazer, princípio da realidade; primeiros traços de consciência nos

sentimentos de tensão e relaxamento, incorporação representando o tipo mais primitivo de

percepção, orientada por necessidades instintivas, percepção objetiva: juízo da possibilidade de

um estímulo produzir tensão ou relaxamento; juízo dirigido por desejos e angústias, juízo

objetivo: movimentos descoordenados de descarga, "onipotên-cia" dos movimentos, atos

intencionais; alucinações que realizam desejos, pensamento mágico realizando desejos,

pensamento objetivo, onipotência, projeção da onipotência, tendência à reparticipação na

onipotência perdida, controle da auto-estima mediante provisões narcísicas, regulações inde-

pendentes da auto-estima com a ajuda do superego.

A primitiva regulação dos estímulos por um comportamento passivo-receptivo se enraíza

no fato da criança passar por fase prolongada de dependência, é aos poucos substituída pela

atividade; a recordação respectiva, no entanto, sempre admite a recorrência de um anseio a

substituir a atividade pela receptividade arcaica. Todo malogro, toda a situação desesperançada,

todo decréscimo da auto-estima são capazes de mobilizareste anseio.

Há muitas situações sociais em que o indivíduo enfrenta a alternativa: ser ativo e

independente e pagar o preço do sentimento de solidão e desvalimento. ou "pertencer" e

pagar o preço da perda da independência (653). A educação moderna, por motivos

sociais, aumenta a intensidade deste conflito. É esta a base psicológica de muitos

problemas sociais e culturais.

A complicação que mais tarde ocorre na estruturação do ego. a instauração do superego,

também é decisiva na formação dos padrões habituais do caráter. O que um indivíduo considera

bom ou mau é característico dele; assim também, o fato de ele levar ou não a sério os

comandos da sua consciência, de obedecer à sua consciência ou tentar contra ela se rebelar. A

estruturação do superego, sua força, a maneira pela qual o ego a ele reage, dependem, pri-

meiramente, do comportamento real dos pais; em segundo lugar, das reações instintivas da

criança em relação aos pais, o que. por sua vez. depende da constituição e da soma de

experiências anteriores. Não se trata só de saber que tipo de gente os pais foram; a formação do

superego depende de vários outros fatores também: qual das atitudes parentais a criança adota:

se imita o comportamento positivo ou as atitudes proibitivas dos pais; em que estádio do desen-

volvimento tudo isso ocorre; se o restante do ego se fusiona com a parte que haja sido alterada

pela identificação, ou se se estabelece com oposição.

O superego é o portador de uma geração a outra tanto do conteúdo do bom e do mau

quanto da. própria ideia de bem e mal; da atitude que vigora em relação a esta ideia e da

acejtaçao ou rejeição de uma autoridade que exige obediência e promete proteção, se aquela for

mantida. No superego espelham-se não só os pais ido indivíduo, como a sua sociedade, com as

exigências desta também.

As influências culturais sobre a estrutura caracterológica do jovem de uma

sociedade não saio, em absoluto, restritas ao superego. A construção do superego é, até

certo ponto, repetição da construção do próprio ego. O ego "medeia entre o organismo e

o seu ambiente"; nesta conformidade, é diferente segundo o meio. Em grande parte, o

ego é composto de várias identificações arcaicas, de modo que a sua índole varia com as

qualidades dos modelos da identificação.

Apreciando a forma e o conteúdo ideacional do superego relativamente à formação do

caráter. chegou-se a tentar explicar as diferenças empíricas entre o caráter dos homens e o das

mulheres, à base das diferenças que ocorrem na construção do superego masculino e feminino.

Freud exprimiu a ideia "de que os traços característicos pelos quais as mulheres têm sido

sempre criticadas e recriminadas — terem menos senso de justiça, tenderem menos a submeter-

se às grandes necessidades da vida, deixarem-se com frequência levar, nas suas decisões, pelas

suas afeições ou inimizades" — talvez resultassem" em grande parte, de uma diferença na

formação do superego" (617). Segundo Sachs, a frustração dos desejos edipianos nas meninas

produz regressão à oralidade e a tentativas de permanecerem apegadas ao pai por uma

incorporação oral. Só quando esta incorporação perde o seu significado libidinoso e se

"dessexualiza" é que ocorre formação verdadeira de superego (1333). Todavia, as diferenças

sexuais na formação do superego não são, as mesmas em condições culturais diversas. O

reflexo que têm no caráter dos meninos e das meninas varia, respectivamente, tal qual diferem

os meios e os conteúdos da educação infantil, de acordo com as variações sociais (655).

Além da construção do superego, a formação e a modificação dos ideais na vida futura

também têm importância para a formação do caráter. Há vezes em que certas pessoas, que

servem de modelos, ou certas ideias, "são introjetadas no superego" do mesmo modo que os

objetos edipianos foram na infância introjetados; de outras vezes, os "ideais do ego" mais

tardios parecem permanecer mais periféricos na personalidade. O ajustamento de um objeto

recém-introjetado ao superego original pode dar origem a complicações (603).

CLASSIFICAÇÃO DOS TRAÇOS CARACTEROLOGICOS

O caráter como um todo reflete o desenvolvimento histórico do indivíduo. De modo

geral, os estratos mais superficiais representam as aquisições mais recentes, mas nem sempre é

o que acontece, pois regressões e irrupções complicam o quadro. A verdadeira ordem em que

os estratos se mostram à análise podem diferir tanto da sua ordem histórica original quanto as

profundidades relativas dos estratos geológicos diferem da respectiva idade histórica.

As atitudes caracterológicas são compromissos entre impulsos instintivos e forças do ego

que tentam dirigir, organizar, prolongar ou bloquear estes impulsos. Há atitudes que propiciam

tão evidentemente a oportunidade de satisfação instintiva que não há necessidade da psicanálise

para isso descobrir. Existem muitas outras atitudes nas quais é evidente a intenção de controlar

ou até negar e reprimir algum impulso instintivo, ou de defender-se contra certo perigo

instintivo.

Pode-se utilizar esta diferença para classificar os traços caracterológicos. Um cirtério

dinâmico há de basear a sua diferenciação no fato de um traço carac-terológico tender mais a

servir ao fim de descarregar algum impulso original ou de reprimi-lo. Disse Freud: "Os traços

característicos permanentes são ou perpetuações intercambiáveis de impulsos originais, ou

então sublimações destes, ou formações reativas contra eles" (563). Assim, pois, a

caracterologia psicanalítica terá de distinguir entre os traços caracterológicos nos quais a

energia instintiva original (possivelmente, após a alteração da finalidade e do objeto) li-

vremente se descarrega e os traços do tipo defensivo em que a atitude instintiva original,

contrária à atitude manifesta, é refreada por alguma medida contra-catexial. Chamar-se-á a

primeira categoria "tipo sublimado" dos traços característicos: a segunda, "tipo reativo" (ver

diagrama relativo à "sublimação" e à "formação reativa", pág. 141).

Conforme o predomínio relativo uma ou outra categoria de traços, variará decisivamente

a personalidade.

TRAÇOS CARACTEROLOGICOS DO TIPO SUBLIMADO

O ego pode, de fato, conseguir substituir um impulso instintivo primitivo por outro que

seja menos ofensivo, por um impulso que seja compatível com o ego, impulso que seja

organizado e inibido quanto à finalidade. O ego se constitui num canalizador, e não um dique,

da corrente instintiva. Era este tipo de defesa que Freud tinha em mente quando, em ensaios

mais antigos, se referia com freqüência à "repressão feliz", contraposta à repressão malograda,

que se vê na patologia das neuroses (589). Estes mecanismos "felizes" não têm maior interesse

para quem estuda as neuroses; a transformação de traços reativos em traços autênticos do "tipo

sublimado" é que constitui a tarefa principal da análise caracterológica.

Ainda se acha no estádio das tentativas o conhecimento psicanalítico das "repressões

felizes". Discutimos em outro ponto a relação entre sublimação e repressão e, bem assim, as

condições que favorecem o desfecho feliz da sublimação (verpágs. 141 e segs.). O exemplo

deste tipo que com mais profundidade se estudou é o estabelecimento do superego mediante a

identificação com os objetos do complexo de Édipo (608). É muito provável que toda su-

blimação se realize por mecanismos idênticos ou semelhantes à identificação.

Conhecem-se muito melhor as condições de que resultam traços caracterológicos

reativos do que aquelas responsáveis pelo tipo sublimado. Apenas se pode dizer que a

ausência de condições que favoreçam o desenvolvimento de traços reativos é o pré-

requisito mais importante para que sublimações se edifiquem. As experiências que

interferem nos desejos pré-genitais primitivos não devem ser nem demasiado intensas,

nem demasiado súbitas ou violentas, devem bastara que produzam modificação do

impulso sem gerar reação por demais forte. Devem estar presentes condições que, dando

modelos e sugerindo modos de sair dos conflitos, ajudem a estabelecer o "substituto"

sublimado; é provável que muitos traços sublimados se enraízem em estádios mais

arcaicos do desenvolvimento do que os traços reativos.

TRAÇOS CARACTEROLOGICOS DO TIPO REATIVO

Os traços caracterológicos do tipo reativo subdividem-se em atitudes de evitação (atitudes

fóbicas) e de oposição (formações reativas), todos se revelando de um ou mais modos: pelo

simples cansaço, por inibição geral, resultante de empobrecimento econômico, pela índole

espasmódica e rígida, ou pela irrupção de impulsos rejeitados, irrupção direta ou distorcida; ou

ainda por atos ou em sonhos. Todos os traços de caráter do tipo reativo, por conseguinte,

restringem a flexibilidade da pessoa, pois esta é incapaz de satisfação plena, ou de sublimação.

As atitudes defensivas habituais podem ser, por sua vez, subdivididas: umas tantas

pessoas desenvolvem atitude defensiva somente em certas situações, ao passo que outras

permanecem relativamente constantes em suas atitudes defensivas, como se as tentações

instintivas a se rejeitarem estivessem sempre presentes. As pessoas assim, para fins defensivos,

são insolentes ou corteses, vazias de afetos ou sempre dispostas a censurar os outros; as atitudes

delas são inespecíficas e mantidas sem discriminação relativamente a toda a gente. Atitudes

desta ordem podem ser chamadas "defesas de caráter" em sentido mais estrito. Na análise, é

urgente, em primeiro lugar afrouxar-lhes a rigidez visto que nelas estão "fixadas", de fato, as

energias patogências. Mesmo quando há evidência de luta ativa entre instinto e defesa em

algum outro lugar, é decisivamente importante que o analista dirija a sua atenção para as

defesas de caráter. (433, 438).

Se a análise conseguir reativar os conflitos antigos, os instintos infantis não se

manifestarão desde logo; pelo contrário, o paciente desenvolverá sentimentos de angústia mais

ou menos severos, e só a análise desta angústia é que há de trazer à tona os impulsos

instintivos; uma camada de angústia se terá interposto entre o impulso original e a atitude

derradeira. Na verdade, muitcs padrões comportamentais patológicos são conformados pelas

defesas contra a angústia; e em quase todos os casos, uma história de angústia infantil terá sido

superada pelo comportamento reativo.

Tal qual na análise dos sintomas obsessivos, também é frequente ocorrer, na

análise dos traços de caráter reativo, que surjam distúrbios físicos diversos, vegetativos

e hormonais. Com o prosseguimento da análise, vê-se que estes sintomas são

equivalentes de angústia, interpolados entre o impulso original e a atitude derradeira.

Um caráter em que predomine a índole reativa é, necessariamente, sem eficiência. Os

padrões comportamentais destas pessoas exprimem as contra-catexias rejeitadoras, mas com

muita frequência neles se disseminam certas feições dos impulsos rejeitados, que tornam a

irromper. As pessoas deste tipo podem ser chamadas "caracteres reativos" (1073). É comum a

análise revelar uma estrutura complexa de muitos estratos diversos. O caráter não é composto

apenas de formações reativas contra exigências instintivas originais, mas também de formações

reativas contra formações reativas.

Os exemplos mais extremos de caracteres reativos são os ascetas, cuja vida inteira se

gasta na luta contra exigências instintivas; existem pessoas que quase não se entregam a

atividade alguma porque toda atividade para elas tem significado instintivo proibido. Há

excêntricos que se dedicam a vida inteira ao. combate de um mal particular, que para eles,

inconscientemente, representa as suas próprias exigências instintivas. Outros tipos que se

enquadram nesta categoria foram discutidos no capítulo relativo às inibições (verpág. 171).

Exemplos da rigidez do caráter reativo são aqueles que "labutam sem parar", que sentem

necessidade incessante de trabalhar, a fim de não sentir uma tensão interna insuportável. Certo

paciente de Reich dizia de si mesmo, com bastante propriedade, que era um "robô" (1272). É

evidente a razão por que o trabalho desempenhado nestas condições tem menos eficácia. Neste

contexto, mencionem-se certas "neuroses dos domingos" (484): os pacientes ficam neuróticos

nos domingos porqde, nos dias úteis, evitam as neuroses mediante um tipo neurótico, isto é,

reativo, de trabalho. Os indivíduos assim não fogem para a fantasia de algo do mundo objetivo

que para eles significa tentação ou castigo; fogem, sim, de fantasias instintivas para uma

realidade externa "reativa". Toda a rigidez dos traços reativos não impede que a irrupção dos

impulsos originais constitua perigo constante.

O bombeiro que provoca incêndios para ter a oportunidade de apagá-los mostra

que o seu interesse pelo combate ao fogo não é, realmente, do "tipo sublimado".

Certo vegetariano convicto, que, durante muitos anos se destacara no movimento

vegetarianista, mudou de profissão quando se modificaram as condições externas e se fez

açougueiro.

O comportamento reativo não se vê apenas em atitudes que se dirigem contra impulso

instintivos; vê-se também em conflitos que giram em redor da auto-estima. Há muitas pessoas

que, manifestando comportamento mais ou menos arrogante, estão, de fato, lutando contra a

percepção dos seus sentimentos profundos de inferioridade; outras que se desprezam a si

mesmas pela sua insignificância estão escondendo atitude fundamente enraizada de arrogância

(1263). Muitas ambições baseiam-se na necessidade de contrariar um sentimento de

inferioridade; e muitas atividades existem que servem para encobrir anseios passivos. É bem

freqüênte, contudo, falharem as tentativas desta ordem, caso em que emerge o estrato mais

profundo.

Compromisso muito frequente entre um anseio superficial de independência ativa e

outro, mais profundo, de receptividade passiva consiste na ideia de que uma

receptividade temporária é necessária à obtenção de independência futura, de modo que

a independência pode ser desfrutada na fantasia antecipatória, enquanto, na realidade,

se desfruta a dependência. Esta simultaneidade é uma das vantagens emocionais da

infância: o menino submete-se à masculinidade do pai para o fim de tornar-se

masculino. A tendência a manter este afortunado compromisso constitui uma das razões

pelas quais tantos neuróticos se empenham, inconscientemente, em permanecer no nível

da infância ou da adolescência.

Dois tipos básicos entre os caracteres reativos se distinguem: um é a pessoa inteiramente

"frígida", que tem "fobia dos sentimentos", que evita em absoluto os sentimentos, pelo

contrário desenvolvendo um intelecto frio; o outro tipo e hiperemocional: como formação

reativa contra atos temidos, terá desenvolvido contra-emoções, que dão impressão falsa e

teatral. Via de regra, as contra emoções contêm mais das emoções originais do que o paciente

sabe. A intensidade com que reprime a emoção é tal que lhe inunda a personalidade com a

energia represada, daí resultando colorido emocional até da atividade racional e intelectual. O

primeiro tipo, de um lado, produz na análise a resistência da intelectualização, ao passo que, de

outro lado, o segundo tipo produz muito material emocional, mas carece do distanciamento e

do relaxamento necessários a que o considere com objetividade.

Reich comparou os traços de caráter reativo a uma armadura que o ego enverga para se

proteger tanto contra os instintos quanto contra os perigos externos (1271, 1274, 1279). Este

caráter rígido terá resultado da colisão permanente entre as exigências instintivas e o ambiente

frustrador; e "dos conflitos correntes entre o instinto e o ambiente deriva a sua força e o seu

direito tenaz a existência" (1275). Imagine-se a armadura com furos que permitem

comunicação. No caráter reativo, a admitir o símile, os furos são estreitos e o material em volta,

inelástico.

Visto que as formações reativas são pré-condicionadas pela ambivalência tanto menos

importante, em correspondência, será o papel por elas desempenhado quanto maior for a

concentração genital da sexualidade da pessoa, de modo que os caracteres reativos coincidem,

quase todos eles, com os "caracteres pré-genitais", a se discutirem adiante.

A primazia genital acarreta outra vantagem para a formação do caráter, além daquela

que consiste na superação da ambivalência; a capacidade de realizar o orgasmo é pré-

condição dos estádios finais do estado de represamento, proporcionando oportunidade a que

se produza regulação económica das energias instintivas (1270, 1272).

É importante enfatizar, a esta altura, que a classificação de tipos opostos é,

necessariamente, procedimento abstraio, porque, na realidade, toda pessoa tem ambos os tipos

de traços de caráter. O caráter ideal, "pós-ambivalente", sem formações reativas (25), é

conceito puro.

No capítulo concernente ao homossexualismo, discutiu-se a superação de um impulso

agressivo contra alguém mediante a identificação e o amor consequente (ver págs. 314 e seg.).

Esta transformação pode ser do "tipo sublimado", mas o que com mais frequência acontece é

que traços concomitantes da atitude hostil original evidenciam a persistência ainda no

inconsciente das tendências rejeitadas, ou seja, a transformação foi do tipo reativo. Parte da

hostilidade original pode ser "canalizada" para a identificação, e outra parte simultaneamente

conservando-se e reprimindo-se mediante contracatexia.

Segundo Freud, os membros de um grupo identificam-se entre si pela absorção, através

da identificação, da catexia agressiva original, cessando de lutar entre eles. (606). Na realidade,

esta cessação é, muitas vezes, cessação condicionada; com muita facilidade as tendências

agressivas despertam. A proporção relativa do tipo sublimado e do tipo reativo na rejeição de

impulsos agressivos, dentro de um grupo social, tem muita importância quando se lhe quer

determinar a estrutura psicológica. Esta proporção é conclusiva se se quiser saber quanto da

estabilização ou da limitação da agressão é confiável e quanto é meramente especioso, máscara

que se mantém com muito esforço.

Dizem, às vezes, que os analistas simplificam o seu trabalho com a presunção de que o

paciente pretende o contrário daquilo que diz ou faz. Não é tão simples assim, porém. As

atitudes reativas, de fato, encobrem o contrário, mas outras atitudes, não. Há critérios clínicos

precisos que determinam se é ou não o contrário que se pretende, do mesmo modo que uma

interpretação não se prova, nem se refuta com um sim ou não do paciente (ver pág. 26 e seg.).

São decisivas as manifestações clínicas (empobrecimento geral, rigidez, ruptura da defesa),

além das reações dinâmicas do paciente às interpretações.

A DEFESA E O IMPULSO INSTINTIVO NOS TRAÇOS DE CARÁTER PATOLÓGICOS

Não se autoriza a presunção de que todos os traços caracterológicos patológicos se

edifiquem segundo o modelo das formações reativas. Há atitudes patológicas que dão a

impressão de tentativas de satisfazer instintos, e não de contê-los. Por exemplo, uma pessoa que

gosta de contradizer tanto contraria os seus próprios impulsos de forma projetiva quanto

também satisfaz, talvez, a sua agressividade; impulsos sádicos podem ser a base tanto da

bondade e da justiça quanto da crueldade e da injustiça. As tendências instintivas podem

incorporar-se a organização do ego, podem ser por esta influenciadas, e podem, no entanto ser

patológicas. Pelos processos da racionalização e da idealização (ver pág. 450 e seg.), o ego

pode confundir-se a si mesmo em relação à verdadeira índole das suas atividades. Gratificações

distorcidas, assim implantadas em traços de *caráter,* são, muitas vezes, de importância vital

para toda a economia libidinal. Uma pessoa não está disposta a abrir mão deles sem mais nem

menos e por esta razão é que estes traços caracterológicos também se mostram, na análise, com

o aspecto de "resistência do caráter". Pode ser até que de todas as atitudes que um indivíduo

desenvolver aquelas que tendem a dar satisfações se tornem crônicas e estruturem o caráter.

Acrescente-se que, neste contexto, satisfação não quer dizer apenas satisfação de desejos

instintivos, mas também satisfação do desejo de segurança.

Certas atitudes do ego, que se apresentam como tendo o aspecto instintivo, servem,

contudo, principalmente, a uma função defensiva. São relativas as expressões "instinto" e

"defesa". Falamos em neuroses em que o conflito básico parecia produzir-se entre dois instintos

com finalidades contraditórias (42); é possível mostrar que o conflito instintivo que está na base

destas neuroses é também, invariavelmente, conflito estrutural; e que um dos instintos opostos

é sustentado por uma defesa do ego ou reforçado para o fim da defesa do ego (ver pág. 119 e

seg.). Não é o caso de certa atitude defensiva lutando contra certo impulso; sempre existem

variações, luta ativa e interpenetração recíproca. Além da disposição em três estratos, instinto,

defesa, instinto novamente irrompendo, há outra disposição em três estratos: instinto, defesa,

defesa outra vez contra defesa.

Exemplo: Um homem que se haja tornado passivamente feminino pela angústia de

castração pode superar esta defesa mediante comportamento masculino particularmente

marcado.

A identificação é capaz de representar mecanismo de verdadeira sublimação. Por outro

lado, na depressão, os impulsos instintivos rejeitados pela identificação continuam a atuar

contra o objeto introjetado. Assim, pois, o fato da identificação ser atuante não revela se a

atitude em causa se baseia em sublimação, ou se é de caráter reativo.

Exemplo que tem importância especial nas relações sociais em geral é a psicologia da

compaixão, a qual, sem dúvida alguma, é traço de caráter ligado a sadismo original. Pode-se

suspeitar de formação reativa, suspeita que se confirma com bastante freqüência, quando, pela

análise ou por uma explosão instintiva, se descobre, de fato, o sadismo por trás da fachada da

compaixão. Existem, porém, outros casos em que a compaixão *carece* ser sublimação que, de

fato, substitui o sadismo. E num caso e em outro o que parece ser o mecanismo básico é a

identificação com o objeto do sadismo original.

Jekels investigou com pormenores o tipo sublimado da compaixão (848). Um indivíduo

terá desejado, originalmente, que um irmão apanhe do pai; terá contrabalançado este desejo

pelo pensamento de que não o irmão, mas ele Próprio, que entreteve este desejo mau, apanhe.

O tipo de pessoa que Jekels descreve rejeitará, então, esta ideia pelo pensamento de que ela nao

deve apanhar ela quer ser amada. Daí por diante, a pessoa trata os objetos conforme desejara

que o pai (mais tarde, o superego) a tratasse. A compaixão que desenvolve em relação aos

objetos é uma espécie de gesto mágico, que pede amor para si mesma e nega a ideia de que

merece apanhar. Assim, pois, o que temos é o seguinte desenvolvimento: hostilidade,

sentimento de culpa, medo da retaliação, tentativas de conseguir perdão por um gesto mágico.

Este tipo de compaixão é tentativa de regular os conflítos narcísicos com o superego em função

do ambiente (procedimento que não é raro). Caracteriza-se-lhe a psico-gênese por um tipo

realmente complicado de identificação; e também no caso. o conhecimento deste fato não

revela se as tendências instintivas originais estão ou não completamente absorvidas pela defesa

(848; cf. também 365, 851).

De um lado. as pessoas compassivas deste tipo mostram, pelo seu "gesto . mágico",

com que benevolência gostariam de ser tratadas por seu superego: doutro lado. aquelas

que são agressivas por causa de sentimentos de culpa mostram de que modo gostariam

de ser punidas pelo seu superego.

Resumindo: Os traços de caráter são os precipitados de conflitos instintivos; daí serem

em princípio, acessíveis à análise. Os transtornos caractero-lógicos. não são apenas forma

específica de neurose, difícil de definir e merecedora de um último capítulo em livros que

tratem de neuroses específicas; mais ainda: todas as neuroses, exceto as infantis, enraízam-se

no caráter. ou seja, na variedade particular de ajustamento que o ego haja estabelecido em

relação aos instintos e, bem assim, ao mundo exterior; ajustamento que se terá originado na

história individual de conflitos instintivos infantis; em geral, na história particular de uma fobia

infantil.

Claro, é impossível isolar entre si as quatro tarefas do ego: enfrentar exigências

instintivas, enfrentar o superego, enfrentaras solicitações do mundo exterior e unificar estas três

esferas interdependentes conforme o princípio da função múltipla. O tratamento das exigências

instintivas é que determina o tratamento dos objetos e vice-versa, mas não existe maneira de

discutir os diferentes tipos de transtornos caracterológicos neuróticos que não consista no es-

tudo separado das anormalidades que se apresentam na resolução das quatro tarefas. Esta

classificação, entretanto, é muito pouco sistemática, servindo apenas para orientação grosseira

inicial.

COMPORTAMENTO PATOLÓGICO EM RELAÇÃO AO ID

Tipo Frígido em Geral e Tipo Pseudo-Emocional

São os neuróticos pessoas que se alienam dos seus impulsos instintivos. Não sabem deles,

nem querem os conhecer. Não os sentem em absoluto ou sentem só pequena parte deles: ou

experimentam-nos de maneira distorcida. Aludimos, como exemplos de caráter reativo, a dois

tipos básicos de comportamento patológico em relação ao id. Um deles é a pessoa "frígida em

geral", que mais ou menos evita quaisquer emoções.

Certo paciente, que odiava a sua profissão, os amigos, a vida em geral, pois não

havia situação em que se sentisse à vontade, gostava apenas do seu hobby: a

matemática, que para ele era o campo em que não havia emoções.

As pessoas deste tipo nao entendem o "processo primário", a psicologia das emoções e

dos desejos (44). Em análise, esta resitência impedem-nos de compreender as interpretações

dos nexos emocionais porque só aceitam os nexos lógicos. Nos casos em que a análise consegue

modificar-lhes a atitude, os pacientes, que não estão acostumados a afetos, apavoram-se com

facilidade às experiências novas; não reconhecem os seus afetos e, pelo contrário apenas ex-

perimentam "equivalentes somáticos" dos mesmos.

Certos indivíduos deste tipo evitam conscientizar as suas insuficiências, provando

a si mesmos que são muito "eficientes"; são naturezas frias, incapazes de simpatia por

outros entes humanos; "fogem das fantasias, que lhes metem medo, para a realidade",

realidade morta, inerte, porém. O analista, em geral, mais cedo ou mais tarde, fica

conhecendo bem as personalidades que cercam o paciente; mas nunca sabem coisa

alguma sobre as personalidades dos "amigos" destes pacientes; como, de fato, eles

próprios não conhecem amigos, as associações que estabelecem não podem dar ideia

vívida. Em casos extremos, a vida destes indivíduos faz-se relativamente vazia,

secundariamente, às vezes, aprendem a ocultar as suas insuficiências e comportar-se

"como se" tivessem sentimentos verdadeiros, contato verdadeiro com as pessoas (331).

O segundo tipo é o homem que tem emoções intensas, porém descontroladas; nele, as

emoções, porque não encontram a saída natural, inundam e "sexualizam" tudo. As pessoas

assim são hiperagitadas, incapazes de colocar seja qual for distância entre si e os seus

sentimentos; vivem no "processo primário" em demasia para poder refletir a respeito.

Uma pessoa normal consegue lembrar-se de que maneira se sentia em criança. O

"frígido em geral" esquece as emoções infantis; o hiperemocional ainda é uma criança.

Em todas as artes, costuma-se distinguir entre clássicos e românticos, isto é, entre

personalidades presas às formas e sistemas tradicionais e personalidades impulsivas, criadoras

de formas novas. Fala-se em pessoas levadas pelo intelecto e pessoas levadas pelos

sentimentos; a distinção entre extrovertidos e introvertidos implica coisa semelhante. Os dois

tipos que descrevemos são os extremos patológicos destas oposições. O desenvolvimento do

princípio do prazer, puramente emocional, para o processo secundário, controlador, é desenvol-

vimento gradativo; e a sua forma particular depende da história individual. Há vezes em que

todo o mundo primitivo do princípio do prazer é reprimido, isso caracterizando o tipo "frígido".

Em outros casos, o desenvolvimento é de tal modo transtornado por conflitos instintivos que o

controle do ego, com as suas formações secundárias, falha. Enquanto o primeiro tipo foge das

tentações instintivas temidas para a sóbria realidade, o segundo tipo vê esta última cheia de

representantes dos instintos temidos; daí a ela fugir para a fantasia substitutiva.

Tanto o tipo frígido em geral quanto o tipo pseudo-emocional podem vir a elaborar

de vários modos as suas atitudes. O "frígido" pode, por exemplo, encobrir a sua

glacialidade com a disposição a aceitar todas as experiências equanimemente, assim

reagindo, na aparência, de forma tão adequada que não se lhe vê a carência emocional.

O hiperemocional é capaz de obter diversas vantagens secundárias pela intensidade da

sua (pseudo) empatia.

TIPOS OCASIONALMENTE FRIGIDOS

Outras pessoas existem que são apenas ocasionalmente frígidas, não de todo, capazes de

tolerar as emoções enquanto vigorem certas condições tranquilizadoras. Habitualmente as

toleram.até alcançar certo grau de excitação, amedrontando-se quando esta intensidade é

excedida: as emoções não devem ser nem demasiado intensas, nem por demais sérias. Os

indivíduos neuróticos são introvertidos, pessoas que fogem dos objetos reais para a fantasia

substitutiva; têm "devaneios", sonhos acordados, mas tentam evitar as emoções "reais",

verdadeiras.

A arte abre para os indivíduos talentosos um retorno favorável da introversão à

objetividade (564).

Muitas crianças sentem-se compelidas a fazer-se de palhaços a fim de provocar o

riso de outras pessoas; são incapazes de suportar a seriedade. Distúrbios semelhantes

ocorrem também nos adultos. Este comportamento implica o temor de ser punido por

causa de impulsos instintivos; fingindo que está apenas brincando, a pessoa espera

evitar o castigo. Em geral, no entanto, a bufoneria é mais do que evitação do castigo:

tem qualidade exibicionista e constitui tentativa de ganhar contirmação por parte dos

espectadores, de seduzi-los a que participem nos atos sexuais ou agressivos clownescos

(556, 1294). A idéia de fazer rir os outros substitui a ideia de excitá-los. Sem o

apalhaçamento, esta excitação seria amedrontadora.

A "emoção séria" que estas pessoas tentam evitar é a raiva, muitas vezes. Há casos, no

entanto, em que a raiva se tornou componente necessário da excitação sexual; combatendo a

raiva, elas estão combatendo, ao mesmo tempo, a excitação sexual.

DEFESAS CARACTEROLOGICAS CONTRA ANGOSTIA

A defesa de muitos tipos de caráter reativo não é dirigida (ou não é somente dirigida)

contra os impulsos, mas, a bem dizer, contra a experiência das emoções ligadas aos impulsos.

Todos os mecanismos que discutimos sob a rubrica "Defesas contra os Afetos" (ver págs. 149 e

segs.) podem refletir-se em atitudes de caráter.

É freqüênte se investirem grandes quantidades de contracatexias na defesa contra a

angústia. Existem muitas atitudes defensivas que não se dirigem contra a *situação* em que a

angústia pode surgir, mas apenas contra o surgimento da própria *angústia* (1629).

Uma criança amedrontada precisa, antes de mais nada, de afeição externa, ou melhor, de

provisões narcísicas; a fim de ser menos desvalida, mais próxima da onipotência; precisa de

contato com a mão da mãe, isto é;. com um princípio "bom", a fim de combatera angústia "má"

introjetada dentro de si.

Também é freqüênte o tipo oposto de proteção contraia angústia: projeção. "Não

sou eu que estou com medo, é o outro camarada." Às vezes, certa quantidade de angústia

em outras pessoas ajuda a proteger o indivíduo contra a sua própria, ao passo que

quantidade maior mobiliza, em certos casos, o pânico (ver págs. 197 e seg.)

Tudo quanto aumenta a auto-estima tem efeito estimulante, daí ser procurado por quem

está combatendo a angústia. Há pessoas que parecem ser inteiramente governadas pela

necessidade de acumular tranquilizações-contra perigos supostos; pessoas mais primitivas são

governadas pelo desejo de juntar provisões narcísicas, afeição, confirmação, poder, prestígio;

pessoas menos primitivas precisam ganhar aprovação do seu superego. Pelo fato de que a ver-

dadeira causa da angústia neurótica é inconsciente e de que se liga a exigências instintivas, de

origem somática, é regra permanecer insuficiente tudo quanto se faz para conseguir a

tranquilização.

De modo geral, pode-se dizer que aqueles que lutam apaixonadamente por poder

ou prestígio são pessoas inconscientemente amedrontadas, que tentam superar e negar a

sua ansiedade. As "personalidades narcísicas" (ver págs. 348 e segs., 468 e segs. e 493 e

seg.) não nasceram como tais: as suas atitudes visam a combater temores, em geral

muito arcaicos (orais). Interessante é que os tipos cujos conflitos giram em redor da

necessidade de tranquilização narcísica se estão tornando mais frequentes em

comparação com os tipos portadores de conflitos objetaislibidinosos autênticos. O que

dá "poder" e "prestígio" depende, certamente, de condições culturais, mas o conceito de

prestígio, mesmo dentro de determinada cultura, varia muito conforme as várias

experiências de crianças individuais.

Tenta-se a *negação* da angústia de dois modos: negando a existência de uma situação

perigosa, ou negando o fato de que se sente medo. A "coragem reativa" vem a ser, muitas

vezes, formação reativa contra angústia ainda efetiva.

Há vezes em que as situações angustiantes originais não são evitadas, mas procuradas;

quando menos, em certas condições: a pessoa mostra preferência pela situação mesma de que,

na aparência, tem medo; mais frequente ainda é desenvolver preferência por situações que,

anteriormente, se receavam (435).

Quando se busca explicar comportamento aparentemente paradoxal como este, o que se

tem de considerar, em primeiro lugar, é a índole das angústias fóbicas. A situação fóbica é

tentação de impulsos instintivos; é só por causa de um veto do mundo exterior ou do superego

que a angústia surge. O desejo original pode tornar a reaparecer.

Todavia, o prazer que se obtém pelo comportamento "contra-fóbico" não é idêntico ao

prazer instintivo original. A maneira obsessiva pela qual se procuram as situações até então

temidas mostra que a angústia não foi de todo superada: os pacientes estão sempre tentando

repetir o modo por que, na infância outras angústias foram controladas mediante repetições

ativas das situações excitantes. O prazer contra-fóbico é repetição do prazer "funcional" da

criança: "Não preciso mais ter medo" (984) (ver págs. 39 e seg.). E, tal qual ocorre com a

criança, o tipo de prazer que se obtém prova não estar a pessoa, em absoluto, realmente

convencida do seu controle: e prova que. antes de empenhar-se em qualquer atividade desta

ordem, ela terá passado por uma tensão expectante angustiante, cuja superação produz prazer.

Este prazer funcional não resulta da satisfação de um "instinto de controle" separado, específico

(766, 767, 768), mas é capaz de experimentar-se na área de qualquer instinto em que se

superam obstáculos e angústias. Segundo Robheim, é motivo principal de qualquer sublimação

(1323). O prazer funcional pode condensar-se com um Prazer erógeno que veio a fazer-se,

novamente, acessível pela própria tranqüilização que criou o prazer funcional; neste sentido, os

hobbies e os orgulhos contra-fóbicos assemelham-se, estruturalmente, às perversões. Visto que

os processos defensivos eliminaram da consciência o conteúdo instintivo original das angústias,

somente em condições particularmente favoráveis é que há de ser possível uma atitude contra-

fóbica resultar, afinal, na dissipação da ansiedade original. Mas não há dúvida de que é a isto

que o indivíduo contra-fóbico aspira. Ele procura realmente aquilo que temeu do mesmo modo

que a criança experimenta prazerosamente, no jogo, na brincadeira, aquilo de que, na realidade,

tem medo.

A repetição ativa daquilo que passivamente se experimentou ou, mais tarde, a

antecipação ativa do que passivamente se pode experimentar no futuro (1552) vem a ser os

mecanismos principais da luta contra a angústia. £ frequente a busca de situações anteriormente

temidas tornar-se prazerosa justamente pelo fato de serem por forma ativa procuradas.

Ocorrendo a mesma situação em momento inesperado e sem atividade por parte do sujeito, rea-

parece o antigo temor.

Vários subtipos especiais existem desta transição da passividade à atividade na luta

contra a angústia. Um deles sendo a intimidação de outras pessoas: quem consegue ameaçar

ativamente outras pessoas não precisa ter medo de ser ameaçado (541, 784, 971, 1298).

Os irmãos mais velhos podem, em geral, amedrontar os menores. Um paciente

masoquista, inclinado a sacrificar-se pelos outros, lembrava-se de que, criança,

atormentava uma irmãzinha, dizendo-lhe que o talharim da sopa eram vermes nojentos;

isso deu a impressão de ser recordação encobridora de um período sádico que veio a

transformar-se em masoquismo. O prosseguimento da análise confirmou esta suposição,

mas também revelou uma causa inesperada da fixação sádica. Em época anterior, o

próprio paciente tivera medo das partículas sólidas da sopa. Apavorando a irmãzinha,

conseguia convencer-se a si mesmo de que não precisava ter medo. O seu sadismo,

tranquilizando-o contra o temor, tornava-lhe a possibilitara agressividade sádica. Esta

simultaneidade causou a fixação sádica que, posteriormente, tentou controlar, voltando-

a contra o seu próprio ego.

É de índole semelhante a psicologia de muitos indivíduos que conseguem aturar

"patrões", ou quaisquer autoridades desde que eles próprios possam exercer autoridade

sobre alguém que lhes seja subordinado. Nas famílias patriarcais clássicas, era comum o

pai intimidar os filhos exatamente da forma porque o intimidavam as autoridades

sociais.

E desta forma que. às vezes, as pessoas se tranquilizam animando ou estimulando os

outros: é uma espécie de gesto mágico que indica o tipo de tratamento que o indivíduo deseja

para si mesmo.

Tanto um quanto o outro mecanismo — a intimidação e a estimulação de outras pessoas

— são exemplos do mecanismo de defesa da "identificação com o agressor" (541). A

identificação é a primeiríssima de todas as relações objetais; daí usar-se uma regressão a ela

para lutar contra relações objetais de todo tipo, até o medo. Anna Freud cita, para ilustrar a

situação, o amor das crianças pelos animais (541: cf. também 459); amor que representa o

desfecho de antiga fobia de animais. Identificando-se com o animal "agressivo", a criança

sente-se participante, ela própria, da força do bicho. Este, afinal, depois de ameaçá-lá. lhe está à

disposição para o fim de ameaçar a outros.

Conta-se uma anedota da criança que a mae mandou não abrir a porta enquanto

ela estivesse fora. Depois de sair. lembrou-se de que não levaras as chaves e. então,

tocou a campainha. A criança levou muito tempo sem responder, até que, afinal, a mãe a

ouviu dizer: "Vá-se embora, ladrão ordinário, tem um leão enorme aqui dentro."

Eis uma variação, deste mecanismo: a atividade do paciente, que substitui , a passividade,

não é real, mas fingida, simulada. O objetivo é fazer crer que "foi por ele pretendido tudo

quanto lhe aconteça: é o que também se observa com freqüência nas crianças. E é, igualmente,

o mecanismo principal de certas personalidades neuróticas, que podem ser chamadas "atores da

realidade" (702): fazem crer, ou podem crer eles próprios que por forma ativa causam aquilo

que, de fato, lhes acontece.

Para usar, outra vez, o símile de Freud (608), são como o cavaleiro que julga

dirigir o cavalo quando, na verdade, tem de ir para onde este o leva.

Uma novela e peça teatral de Andreiev, O Pensamento, narra a falha de uma

tentativa de "negação pela representação da realidade": um indivíduo excêntrico

lembra-se, repentinamente, de simular loucura e matar um amigo. Praticado o as-

sassinato, no manicômio, começa a ter dúvida se tudo não passou de brincadeira.

As pessoas deste tipo mostram comportamento artificial característico. Logo após a

primeira interpretação analítica de que estão fingindo, faz-se necessária outra interpretação: de

que, na verdade, sentem conforme simulam, mas têm medo destes sentimentos.

A agitação dos estados de ansiedade pode resultar, em parte, da tentativa de

controlar a angústia através deste mecanismo; o mesmo se diga da tagarelice (117. 473).

Nem sempre, nem exclusivamente, contudo, a "dramatização" serve para superar a

ansiedade mediante a "atividade em vez da passividade"; ela pode visara provocar

asreações dos espectadores, para tranquilizar, ou para punir.

As crianças superam as suas angústias tanto reproduzindo, na brincadeira ativa, aquilo

que as ameaçou quanto deixando que uma pessoa que amam e em quem confiam lhes faça o

que elas próprias temem: ou tentam convencer-se de que a onipotência desta pessoa as

protegerá na sua atividade. É um mecanismo que também se repete nos adultos: discutida a

"fuga da passividade para a atividade", acrescente-se que também existe "fuga da atividade para

a passividade". Pré-condição contra-fóbica muito comum consiste em que se experimenta

prazer enquanto se acredita na proteção de alguém de fora. E há muitas formas de garantir uma

promessa protetora ou permissiva, real ou magica, antes de assumir atividade perigosa.

Situação passiva-receptiva desta ordem pode até ligar-se à transformação da passividade

em alividade; o indivíduo contra-fóbico consegue dar-se prazerosamente à atividade que, de

início, temia se. durante o procedimento, demonstrar a um objeto com que se acha

inconscientemente identificado que o está protegendo ou lhe perdoando.

Existem muitas formas de acumular tranquilizações de índole específica ou inespecífica,

de obter afeição, admiração, prestígio, poder. Também aqui se vê claro que as "atitudes em

relação ao id" não se podem isolar das "atitudes em relação aos objetos". Procura-se um poder

externo como meio que proteja contra uma dependência interna, isso estando fadado ao

malogro, sobretudo em pessoas que, esforçando-se conscientemente, por ganhar poder, estão,

inconscientemente, ansiando, ao mesmo tempo, por uma dependência passiva-recep-tiva. A boa

consciência e o sentimento de procedimento correto na realização de ideais pode servir para os

mesmos fins que o acúmulo de tranqúilizações externas. Certos padrões comportamentais, que

representam condições para o relaxamento da angústia, vêm a significar, na análise, rituais que

implicam expiação ou castigo.

Se a excitação infantil original tiver sido temida por causa do seu componente sádico, o

acúmulo de tranquilizações externas pode atuar ainda de outra maneira. A promessa de

proteção que o paciente busca conseguir, ou, no caso da identificação, dar. visa a contradizer a

crença inconsciente na índole violenta do ato pretendido. A permissão de praticar a atividade

em si mesma supõe-se que signifique não haver nela mal. Em outros casos, uma permissão

desta ordem pode ser s.ubstituída por outras circunstâncias simultâneas, de significado

tranquilizador; circunstâncias simultâneas que são comparáveis às perversões, às condições de

potência, ou a sistemas compulsivos que visam a excluir o perigo. A simultaneidade do prazer

instintivo e do "prazer funcional" na superação da angústia acresce uma característica obsessiva

aos "hobbies" deste tipo (1159. 1304).

A análise de um gosto muito grande pela literatura, exibido por certo paciente,

mostrou que se baseava em fobia anterior, concernente a livros de figuras. A escoptofilia

que se associava ao prazer funcional de já não ter medo de livros fora possibilitada por

um desejo supercompensatório" de conhecer todos os livros"; desta forma, o paciente

protegia-se de surpresas (430).

Em outro caso, funcionava mecanismo semelhante no interesse marcado pelas

estradas de ferro, interesse que remontava a um medo infantil das mesmas, medo

esquecido. A observação de uma cena primária, que se deslocara para a excitação de

viajar de trem, era imaginada sob o aspecto do "desconhecido esmagador". Pelo

aumento do interesse nas estradas de ferro e pelo conhecimento de viajens ferroviárias

daí resultante, este medo foi eliminado e o gozo sexual, anteriormente temido, do ritmo

do trem veio a fazer-sé novamente possível.

No capítulo relativo às neuroses obsessivas discutimos a "sistematização" como

defesa contra a angústia (ver págs. 265 e segs.). Enquanto funcione o sistema, as coisas

estão controladas.

Há casos em que a sexualização do medo ocorre em pessoas cujas vidas sexuais sofreram

distorção masoquista. Como qualquer outra excitação, o medo pode dar origem a excitação

sexual; conforme ocorre no caso da dor, porém, isso só vale enquanto o desprazer excitante

permanece dentro de certos limites e não se torna por demais sério (602, 1001). A identificação

com o agressor pode combinar-se à libidinização da angústia e resultar em amor, ternura.

Existem formas reativas de homossexualismo, ou seja, identificações com o outro sexo para o

fim de negar o medo deste.

Certo paciente, que sentia uma espécie de identificação amorosa com as mulheres,

costumava demonstrar o seu sentimento de maneira, a bem dizer, exibicionista, como se

quisesse dizer que, pelo grau de compreensão que tinha das mulheres, era capaz de

mostrar não haver, na verdade, diferença entre a qualidade dos sentimentos dele e delas.

O desenvolvimento do rapaz fora transtornado pela observação traumática,

relativamente tardia, dos genitais femininos. Todos os temores de castração anteriores

haviam sido por ele condensados no medo que este espetáculo estranho induzira. Todo o

seu comportamento constituía tentativa de controlar esta angústia pela negação da ideia

de que as mulheres eram diferentes e, portanto, de que não havia descobertas

atemorizadoras a se fazerem (428).

Todos estes mecanismos podem ligar-se a uma "fuga para a realidade"; procura-se uma

situação real com que convencer o sujeito de que as coisas terríveis imaginadas que se lhe

associam são. de fato. imaginárias. A situação precisa estar sendo sempre procurada, porque,

embora a experiência haja mostrado que, em certa ocasião, as expectativas imaginárias não se

materializaram, isso não constitui prova final (416).

O significado de certos sentimentos de estranhamento que se sentem pra-

zerosamente quando algo se percebe como "realmente verdadeiro" é que a ocorrência

real é verdadeira, mas não o ê o castigo temido que a ela se associa (631).

Porque o medo continua a existir, é comum as pessoas em questão tentarem

manterviva a recordação de que, nesta certa ocasião, nada aconteceu. Este é um dos

motivos por que se colecionam trofeus: prova de que se assumiu o risco.

Nas contrafobias, precisamente como nas formações reativas em geral, pode ocorrer

"vazamento". Por trás de tentativas de repressão ou negação de angústia, a índole hipertensa da

atitude, o cansaço geral, os atos sintomáticos, os sonhos, são capazes de revelar que a ansiedade

ainda atua. Há vezes em que se evita vazamento desta ordem, no último instante, pondo em

ação um mecanismo defensivo de emergência. Existem combinações de atitudes contrafóbicas

e fóbicas; em certo grau e em condições favoráveis, uma contra-fobia é efetiva; em grau mais

elevado e em outras condições, a fobia original faz-se manifesta. Kris descreveu este fenómeno

em umas tantas formas de humor fracasso; e aludiu ao caráter de dois gumes que têm os

fenómenos cómicos, ou seja, a facilidade com que passam do êxito prazeroso ao fracasso

penoso (983, 984). O mesmo vale para as atitudes contrafóbicas: em meio ao triunfo que o

contrafóbico pode desfrutar, pelo fato de haver poupado dispêndio emocional, o desprazer pode

irromper, no caso de algo ocorrer que pareça confirmar a antiga angústia.

Malogro deste tipo observa-se, às vezes,em casos nos quais o medo de se meter

numa briga haja.sido supercompensado pela tendência a lutar e competir em todas as

ocasiões. Nestas pessoas, a significação de "Não estou com medo. pois já posso fazer

isto" e de "Posso fazer isto melhor ainda do que quem quer que seja" trans-tormou-se,

inconscientemente, em desejo de castrar toda a gente. Em certas condições qualitativas

ou quantitativas, falha o prazer; em lugar da castração pretendida, o que surge é

angústia tremenda de ser castrado.

Os mecanismos de defesa contra a angústia que se descreveram como característicos da

personalidade neurótica também se vêem, em menor grau, na vida cotidiana. O exemplo que

mais impressiona talvez seja o setor dos esportes (323). Outro tipo geral de fenômenos

contrafóbicos são certas obras de arte em que o artista, na tentativa constante de livrar-se da

angústia, busca e descreve aquilo que teme, a fim de realizar um controle retardado. É claro

fenómenos semelhantes existem na área da ciência, em que certos pesquisadores se dedicam a

investigar um setor que, na realidade, substitui um objeto para o qual projetaram a sua angústia.

Controlando-a, não precisam receá-la e, por fim, podemos afirmar, de modo geral, que todas as

capacidades de que as pessoas se orgulham demais incidem na mesma categoria (435).

As defesas contra a angústia que se enraízam no caráter sofrem, comumente,

sistematização secundária. O desvelamento dos sistemas de atitudes de caráter que combatem a

angústia vem a ser, pois o primeiro passo da análise; mas não é ainda análise, como alguns

autores parecem crer (820, 821). A fazer-se corretamente, resulta em que o paciente

experimenta ansiedade ou vários equivalentes somáticos desta. Seguir-se-á a esta etapa a

análise da índole e da história da ansiedade; mais: a anulação da constelação dinâmica que haja

criado e ainda cria a angústia a ser rejeitada.

Jones usou a expressão "caráter ansioso" para tipificar entes humanos cujas

personalidades são dominadas pela tendência a reagir a todos os estímulos com angústia e que,

por conseguinte, têm-se de defender contra a angústia em todas as suas relações (896).

RACIONALIZAÇÃO E IDEALIZAÇÃO DOS IMPULSOS INSTINTIVOS

Vários estados existem nos quais se toleram experiências instintivas que em condições

diversas, seriam temidas. Aludimos, sem discuti-lo em pormenores, o mecanismo da

"racionalização": certas atitudes emocionais tornam-se permissíveis desde que se justifiquem

como "razoáveis"; o paciente encontra uma ou outra razão pela qual tem de comportar-se assim

ou assim, por esta forma evitando perceber que está sendo, na realidade, movido por um

impulso instintivo. É comum o comportamento agressivo ser sancionado com a consideração

de que é "bom"; situação semelhante se vê em atitudes sexuais. O ego, com medo dos seus

impulsos, tenta justificá-los e consegue a eles ceder na medida em que lhes acredite na

justificação (805, 868, 1084).

É provável que existam vários tipos de racionalização, um dos quais pode ser chamado

idealização (696). A ideia de que certa exigência ideal está para realizar-se produz no ego um

aumento da auto-estima. Isto conduz o ego a ignorar, ilusoriamente, o fato de que, pelos atos

idealizados, se exprimem instintos que, de hábito, seriam reprimidos. De cada vez que uma

exigência ideal é realizada, o ego recupera algo do seu sentimento primitivo de onipotência.

Neste estado de "elação", o ego relaxa o seu habitual juízo de realidade e dos impulsos, de

modo que há possibilidade dos impulsos instintivos emergirem relativamente-sem censura

(1237). Assim, a realidade é falsamente apreendida com muito mais presteza nos estados de

"elação", embriagues ou auto-satisfação. Muitas explosões ocorrem, incompreensíveis na

aparência, de atividade instintiva, quando a auto-estima está demasiado acrescida, o que com

clareza se vê nos estados maníacos. Há casos em que a glorificação da atividade instintiva

chega a dar a impressão de que as funções do superego foram usurpadas, durante os estados de

elação, por uma espécie de segundo ideal do ego, que autoriza as expressões instintivas (340).

Esta dualidade de ideais talvez se enraíze numa divisão original das figuras parentais em "boas"

e "más" (1238). E desta mesma forma que as raças primitivas não vêem nos festejos totêmicos

uma rebeldia contra a divindade, e sim ritual religioso que cumpre um mandamento divino. Sob

várias formas se vêem perversões de ideais da mesma natureza, que permitem expressões

instintivas.

A revista "New Yorker" publicou uma caricatura em que o Professor Freud, de

dedo erguido, adverte uma paciente: "Má, má. tornou a ter um sonho inocente!"

Fenômeno correlato é a corruptibilidade do superego (37): toda "boa" ação sanciona uma

ação "má" que se lhe sucede; o que é muito provável é que, nestes casos, funcione o mesmo

mecanismo da idealização. A elação produzida com a "boa" ação prejudica a função do juízo

relativo à ação "má" seguinte.

Não é só em relação a impulsos instintivos que se produz a racionalização, dando

oportunidade a gratificação que não se permitiria em condições outras, mas também em

relação a outros tipos de fenômenos ego-distônicos. Certas atitudes e resistências

defensivas que dão a impressão de irracionais porque lhes é inconsciente a intenção

verdadeira, são freqüentemente "racionalizadas" pelo fato de que o ego nelas insinua

outras inte,nções secundárias. Até sintomas neuróticos de vários tipos são por esta forma

racionalizados, em muitos casos.

Além da racionalização, o mecanismo existe que se pode chamar "moralização". É uma

tendência a interpretar as coisas para se ajustarem a padrões éticos; mesmo quando,

objetivamente, estão em violento contraste.

OUTRAS MOTIVAÇÕES DE TOLERÂNCIA OU DE DEFESA CONTRA OS

IMPULSOS INSTINTIVOS

Existem ainda outros casos em que as atividades instintivas são simplesmente *isoladas:*

são permitidas desde que se realizem certas garantias que as impeçam de invadir o resto da

personalidade.

Citamos exemplos quando discutimos o mecanismo do isolamento (ver pãgs. 144 e

segs.). Muito comum é dar amore ódio, originalmente voltados para uma só pessoa, a

objetos diversos. Aqueles que elevam este mecanismo à categoria de traço

caracterológico predominante acabam separando todas as pessoas e todas as coisas em

categorias completamente antitéticas (710). Outro exemplo é o isolamento da ternura e

da sensualidade, esta experimentando-se apenas com objetos em relação, aos quais não

existe relação emocional (572). Nas atuais condições culturais, a prostituição facilita aos

homens este tipo de isolamento.

Existem, pessoas inclusive, cujo temor do id descontrolado é tão intenso, ou tão cedo se

desenvolveu que jamais conseguem o relaxamento e o distanciamento necessários para que se

desenvolvam as para forças do ego necessárias para manejar. Não toleram tensões, nem

conseguem esperar. Sempre que têm de esperar, experimentam a própria espera como trauma.

Tentam proteger-se contra este por todos os meios possíveis; e em qualquer situação que os

excite, pensam menos em gratificação do que em término da excitação intolerável, desta forma

mostrando que os conceitos de "gratificação de instinto" e "defesa contra instinto" são apenas

relativamente antitéticos.

As pessoas assim estão sempre com pressa, mesmo dispondo de muito tempo;

Assemelham-se às personalidades "traumatofílicas" (ver págs. 503 e segs).

E freqüênte as dificuldades de manipular os impulsos instintivos se limitarem a emoções

particulares, a instintos parciais determinados, ou a impulsos que se originam em zonas

erógenas particulares. Pessoas reativamente bondosas não podem tolerar o sadismo, mas podem

tornar-se sádicas em certas condições; pessoas reativamente valentes são irracionais nas

situações que envolvem angústia; as despudoradas, quando se cogita de assuntos escabrosos; as

recatadas, quando se trata do exibicionismo.

TRAÇOS CARACTEROLOGICOS ANAIS

A primeira descoberta da caracterologia psicanalítica (563) foi a correlação de certos

traços de caráter com determinados erotismos, correlação que é o fenómeno que ela mais

amplamente estuda. Nesta área particular, os processos de deslocamento do objetivo ou

procedimento instintivo original para padrões comportamentais do ego foram clarificados; bem

assim, as relações entre a sublimação e as formações reativas. ,

O caráter anal típico foi descrito e discutido no capítulo concernente às neuroses

obsessivas (ver págs. 260 e segs.). Os instintos anais sob o influxo dos conflitos sociais que

giram em volta do aprendizado do asseio, mudaram o seu fim ou objeto, desta forma

incorporando-se ao ego. Os traços caracterológicos anais ter-se-ão desenvolvido no lugar dos

instintos erótico-anais, o que se prova pelo fato de que a análise dos conflitos que resultam no

desenvolvimento de atitudes defensivas do ego transforma estas, novamente, nos instintos ori-

ginais, uma vez superada a angústia que se interpolou (21, 194, 593, 832, 833, 1022, 1143,

1634).

A grande incidência da formação do caráter anal nos tempos atuais e o "impulso a

enriquecer" mostram um campo particularmente conveniente à investigação da relação

que existe entre influência social e estrutura instintiva (434) relação que tem

ramificações sutis inúmeras. A idéia de que o dinheiro se equipara, inconscientemente,

às fezes tem sido, vez por outra, mal compreendida no sentido de que a instituição do

dinheiro se criou para o fim de satisfazer instintos erótico-anais (1322). O dinheiro

atende, porém, a um fim muito racional. Deduzir a verdadeira função do dinheiro do seu

abuso erótico-anal é o mesmo que tirar da significação sexual oculta que tem o caminhar

para o histérico a conclusão de que caminhar de modo geral, realiza um prazersexual,

em vez de representar um modo de ir de urn lugar para outro (197). É incorreto afirmar

que o reforço de impulsos erótico-anais tenha produzido a função de realidade que tem o

dinheiro. A sua verdadeira função influência, sim o desenvolvimento do erotismo anal.

As ideias instintivas de "retenção" associam-se a questões pecuniárias ou evoluem para

o desejo de conseguir riquezas somente sob a influência de condições sociais específicas

(434). As condições sociais, todavia, também determinam a importância e a intensidade

relativa das ideias instintivas de retenção. As instituições sociais influenciam a estrutura

instintiva das pessoas que sob elas vivem, criando tentações e frustrações, conformando

desejos e aversões. Não é que os instintos sejam biologicamente determinados, ao passo

que os objetos respectivos terão sido socialmente condicionados. O que há, sim, é que a

própria estrutura instintiva, particularmente a distribuição relativa da libido entre a

genitalidade e a pré-genitalidade, depende de fatores sociais. É fora de dúvida que as

estruturas individuais criadas pelas instituições ajudam a conservar estas últimas.

Todo fenômeno psíquico pode explicar-se como resultante da interação da

estrutura biológica e da influência ambiental. As instituições sociais atuam pela

determinação de influências ambientais sobre certa geração. A própria estrutura

biológica terá evoluído a partir do entrejogo de estruturas primitivas e experiências dos

primeiros anos de vida. Mas como é que se originaram as instituições sociais? Hão foi,

em última análise, pelas tentativas dos entes humanos no sentido da satisfação das suas

necessidades? É incontestável que sim. As relações entre os indivíduos, contudo,

transformaram-se em realidades externas, relativamente independentes deles;

conformaram as estruturas dos indivíduos; e eles, depois pelo seu comportamento,

vieram, por sua vez, alterar as instituições. É processo historicamente contínuo.

TRAÇOS GARACTEROLOGIOOS ORAIS

A influência do erotismo oral sobre a formação do caráter normal e patológico foi

pormenorizadamente estudada por Abraham (24) e Glover (680, 681). Por força de três fatores,

o quadro é menos claro que no caso do *caráter* anal. Em primeiro lugar, são muito mais

numerosos;em segundo lugar, é muito difícil à análise descobrir configurações características

orais sem misturar anais ulteriores. Terceiro: muitos elementos que vêm, mais tarde, a se

diferenciar entre si com muita nitidez ainda estão integrados na fase oral do desenvolvimento.

O erotismo anal tem importância na formação do caráter porque, enquanto estão aprendendo

hábitos de asseio, as crianças aprendem também, pela primeira vez, a renunciar à gratificação

instintiva imediata para satisfazer os seus objetos; na fase do erotismo oral que antecede, as

crianças terão conhecido objetos e aprendido a assumir relações com eles. O modo por que isso

se passa é, por conseguinte, básico na determinação de todo relacionamento posterior com a

realidade. Toda ênfase, positiva ou negativa, que se coloca em tomar e receber indica origem

oral. Em geral, a satisfação oral marcada produz auto-confiança e otimismo notáveis, traços,

estes capazes de persistir a vida inteira, se frustrações que se sigam a esta satisfação não

houverem criado um estado de vingança associado a exigências constantes (24, 681, 933). A

privação oral fora do comum, entretanto, determina atitude pessimista (depressiva) ou sádica

(querelante) (104, 106). Aquele que permanece fixado no mundo dos desejos orais há de

apresentar, no seu comportamento geral pouco interesse em cuidar de si mesmo, há de exigir

que os outros por ele zelem. Conforme forem os objetivos opostos dos dois subestádios do

erotismo oral, esta exigência de cuidados se exprimirá por comportamento passivo extremo, ou

sádico-oral muito ativo.

Certo indivíduo deste tipo tivera algumas experiências de fixação oral.

Amamentado no seio durante ano e meio pela mãe extremosa, esta o amimava de muitas

maneiras. Depois, de um momento para o outro, foi morar com o pai demasiado severo.

Daí resultou o caráter governado por um só motivo, predominante: ser indenizado pelo

pai da gratificação oral que lhe fora tirada. Não 0 conseguindo, tratou de a todo custo

recuperá-lo. Não trabalhava. Sustentado pelo pai. achava sempre que este tinha

prevenção contra ele. O conflito, entre a tendência, a responder à frustração pela

violência (tomar à força o que não vinha automaticamente) e a tendência simultânea à

submissão adulatória é característico das fixações orais.

As tendências sádico-orais são com freqüência, de índole vampirescas. As pessoas que as

têm solicitam e exigem muito; não renunciam ao seu objeto e afixam-se-lhe "pela sucção".

O apego adesivo de muitos esquizofrênicos aos seus objetos sugere que. no

período de dominância oral, o medo de perder um objeto foi particularmente grande;

medo este que produz a "sucção".

O comportamento daqueles que têm caráter oral mostra, com frequência, sinais de

identificação com o objeto pelo qual querem ser alimentados. Há pessoas que procedem feito

mães amamentadoras em todas as suas relações objetais: são sempre generosas, enchem os

amigos de presentes e ajudam de modo autêntico e altruístico. quando são favoráveis as

condições econômico-libidinais. A atitude delas tem o significado de um gesto mágico: "Assim

como cumulo a Você de amor, quero que Você me cumule."

Há casos em que esta necessidade de "fazer os outros felizes" atormenta muito

aqueles que cercam a pessoa, desta forma manifestando a ambivalência original. É o

que se dá com certos psicoterapeutas que pretendem tratar ou curar os pacientes

"dando-lhes amor" exclusivamente.

Outras pessoas são absolutamente avaras: jamais dão aos outros coisa alguma, atitude

esta que remonta a identificação com mãe frustradora. A atitude delas é. realmente, de

vingança: "Já que não me deram o que eu queria, não hei de dar aos outros o que eles querem."

Bergler fez ver que certos casos de ejaculação retardada se modelam por este

padrão. O pênis representa o seio do paciente e este, inconscientemente, se recusa a

amamentar a parceira (108, 110).

Já se disse que há vezes em que as pessoas de caráter oral são dependentes dos objetos

para manter a auto-estima. Precisam de provisões externas tanto para a satisfação erótico-oral

quanto para a gratificação narcísica da auto-estima.

Assim, pois a generosidade pronunciada e a marcada mesquinhez podem ser atribuídas a

conflitos que se centram no erotismo oral. Certas pessoas mostram de maneira evidente as suas

necessidades receptivas; incapazes de cuidar de si mesmas, querem ser assistidas, isso

manifestando ora exigentes, ora suplicantes.

É freqüênte ver o tom exigente nas pessoas que não conseguem obter a satisfação

do reasseguramento oral que necessitam. Toda dádiva verdadeira faz que desejem e

exijam mais. São "imoderados", tal qual a mulher do pescador do conto de fadas. O tom

suplicante vê-se naqueles que, de fato, se satisfazem, quando encontram quem,

dispensando-os deresponsabilidades.se ocupam com eles. São "moderados", muito fáceis

de contentar, dispostos a sacrificar a ambição e o conforto se puderem comprar, com

este sacrifício, a necessária assistência ou afeição.

Outros há que reprimem os desejos desta ordem e recusam com exagero "constranger" os

demais; recusam quaisquer presentes ou são incapazes de pedir coisa alguma. É muito comum

as pessoas precisarem ser dependentes e, no entanto, fingirem independência absoluta. Desejos

inconscientes de passividade são, às vezes, supercompensados por comportamento na aparência

muito ativo e masculino. A valoração que, modernamente, se faz da "masculinidade" cria

vários tipos de pseudomasculinídade; mas a passividade subjacente se revela de modos

variados.

Um deles, segundo Alexander (43), consiste no desenvolvimento de úlcera gástrica

(ver pág. 229).

Existem pessoas generosas que, vez por outra, revelam a sua avareza original; e há

pessoas que não gostam de dar, mas que, em certas condições, se mostram generosíssimas.

Devem-se as variações à proporção que existe entre a sublimação e a formação reativa na

representação caracterológica dos impulsos orais (706).

A circunstância de ver um irmão ou irmã mais novos no seio da mãe vem a ser, muitas

vezes, o fator subjacente da conexão entre inveja-ciúme e erotismo oral (358, 1492).

Uma paciente de caráter oral marcado tinha uma recordação encobridora muito

pouco nítida: muito pequena, um homem humilhara-a agarrando-lhe os seios.

Compreendia que isso, na realidade, não podia ter acontecido, mas era o que a memória

lhe dizia. Como tinha o tipo "vingativo" do complexo de castração feminino e como era

frequente sentir desejos sádicos (para desfazer o, "estrupo" por assim dizer),

presumimos que a recordação encobridora houvesse apenas confundido as zonas

erógenas implicadas. Todavia, a solução do enigma da recordação encobridora

produziu-se de maneira inesperada. Veio-se a descobrir que ela mesma é que agarrara o

seio da mãe, quando esta estava dando de mamar ao irmão mais novo. Posteriormente,

experimentava as abordagens sexuais masculinas como humilhações porque nelas via a

repetição da humilhação que sofrera por parte da mãe. que a repelira e ridicularizara

Além destas, existem formas diretamente eróticas de usar a boca para fins prazerosos que

se podem refletir no caráter (atitudes em relação à comida, à bebida, ao fumo, ao beijo). Estes

gozos eróticos são. às vezes, substituídos por sublimações ou por formações reativas (1468).Os

sintomas que exprimem conflitos centrados em impulsos erótico-orais (por exemplo,

dificuldades da fala) São. às vezes, combatidos por formações reativas que se vêem na estrutura

caracterológica e que podem persistir até muito tempo após a superação da dificuldade de falar.

Entre os traços de caracteres orais contam-se as qualidades antitéticas da; volubilidade-

agitação-pressa e tendência ao silêncio obstinado.

Por deslocamento da constelação "fome" para a esfera psíquica, pode acontecer que a

curiosidade se transforme em traço caracterológico oral; e que, em certas condições, assuma

toda a voracidade do apetite oral original (249 461, 1059, 1405). Parece que os meios

empregados para saciar a curiosidade (particularmente, a leitura como substituto da comida)

representam, de maneira específica, incorporação sádico-oral de objetos alheios; às vezes, das

fezes. A análise dos distúrbios da leitura revela, de forma típica, conflitos desta ordem (124,

1512). A vinculação dos setores ideais "olhar" e "comer" talvez resulte muitas vezes, de

incidente historicamente importante, qual seja, digamos, o fato da criança ter visto um irmão

mais novo sendo amamentado. Relacionada com a leitura, é freqüênte existir inquisição

intensa, um modo de olhar espasmódico voraz, em que se pode reconhecer um substituto da

voracidade.

Este uso "oral" dos olhos representa a regressão de percepções visuais aos

objetivos de incorporação que, em outros tempos, se ligavam à percepção primitiva em

geral (430) (ver págs. 32 e seg.). Vera Schmidt (1404, 1405) deu explicação excelente da

maneira pela qual os impulsos orais evoluem, pelos elos transicionais instintivos e

sublimados, para um desejo de intelectualidade e conhecimento.

Tem-se duvidado das relações entre a dependência e o erotismo oral tal qual se duvida do

nexo essencial que existe entre os conflitos sócio-anais e os impulsos erótico-anais (921). É,

porém, essencial este nexo. A base biológica de todas as atitudes de dependência é o fato do

homem ser um mamífero e do bebé humano nascer mais desvalido do que outros mamíferos,

precisando que os adultos o alimentem e o assistam. Todo ente humano lembra-se tenuemente

de que houve, em outros tempos, entes fortes, ou como devem ter-lhe parecido, onipotentes, em

cuja ajuda, carinho e proteção podia confiar quando necessário. Posteriormente, o ego aprende

a utilizar meios ativos como que para controlar o mundo, mas uma atitude oral-passiva, resíduo

da infância, está, em potencial, presente. É bem comum o adulto envolver-se em situações nas

quais volta a ser tão desvalido quanto o era em criança; há vezes em que são responsáveis as

forças naturais; com maior frequência, porém, são as forças sociais, criadas pelo homem.

Nestas situações, ansiando pela mesma proteção, pelo mesmo carinho onipotentes de que

dispunha na infância, ele regride à orali-dade. São muitas as instituições sociais que se servem

deste anseio, biologicamente pré-determinado, quando o prometem a ajuda ansiada, se se cum-

prirem certas condições. Variam muito, conforme a cultura, as condições, mas a fórmula "Se

obedeceres, serás protegido" é aquela que todos os deuses e todas as autoridades terrenas têm

em comum. Certo, há diferenças grandes entre um Deus onipotente, um empregador dos nossos

tempos e uma mãe que amamenta o filho; mas é a semelhança entre eles que explica a

efetividade psicológica da autoridade (436, 651).

TRAÇOS CARACTEROLÓGICOS URETRAIS

A relação entre o erotismo uretral e o traço de caráter da ambição foi pela primeira vez

destacada por Jones (881) e, depois, por Coriat (290) e Hitschmann (794). Mostra a experiência

analítica que a competição concernente a micção é idéia dominante no erotismo uretral infantil.

A conexão entre o erotismo uretral e a ambição e a competição tem a ver com a relação entre

uma coisa e outra e a vergonha (ver págs. 62 e 128). A ambição erótico-uretral condensa-se, às

vezes, com tendências que derivam de fontes orais mais arcaicas, sob a influência do complexo

de castração, pode deslocar-se para a área anal; particularmente, nas meninas devida à

futilidade da competição uretral.

Um paciente, de caráter uretral muito desenvolvido, por uma atitude de

masoquismo moral por causa do casamento infeliz. Não conseguiria empregar muitos

dentre os seus talentos e potencialidades. Não tardou a ver-se que levara a vida toda

espiando uma culpa ignorada, a qual representava a sua sexualidade infantil e se

estruturava em redor da vergonha de uma enurese que persistira além dos dez anos. A

ambição inibida indicava a intensidade do seu erotismo uretral; a alegria exibicionista

dos seus pequenos feitos (renunciara aos grandes) significava, inconscientemente, o

orgulho do controle vesical. A conscientização do seu sentimento de culpa precipitou

uma depressão que o fez chorar muito. Antes da análise, não permitira a si mesmo

descarga alguma, fechando os olhos ao destino. O relaxamento pareceu indicar

progresso. O paciente foi incitado a que se abandonasse, sem acanhamento, ao impulso

do choro. Afinal, veio-se a constatar que estava abusando desta sugestão, porque o

choro na presença do analista parecia dar-lhe prazer masoquista. Viu-se logo que não

era só a sua própria situação que provocava as lágrimas; o paciente em geral,

emocionava-se e até chorava à ideia de uma "boa ação". Acrescente-se que o seu

masoquismo moral tinha muita coisa do tipo da "fantasia do salvador": continuava no

seu casamento desgraçado por piedade da infeliz esposa; e escolhera uma profissão em

que pudesse ajudar os pobres. De outro modo: era o homem "bom", cuja própria bon-

dade o fazia chorar e o levava a tratar os outros como gostaria de ser tratado. Na

fantasia principal, via-se tal qual uma Cinderela que sofre muito porque não a

compreendem, mas que, um dia, há de ser compreendida e libertada do seu sofrimento

por um Príncipe Encantado. Sonhos e fantasias revelaram que a Cinderelazinha pensava

nesta "compreensão" como se fosse uma espécie de afago. Pequeno, o paciente sofrera

de raquitismo. Pelo fato de ter de ficar acamado, sentia-se pesado à família. A neurose

foi uma reação a tentativas de dominar a agressão inconsciente resultante,

transformando a tão frustrada Cinderela em Cristo redentor. Tentava produzir a

materialização do seu anseio passivo, cujo conteúdo era o seguinte: "Se for suficiente o

meu padecimento, há de vir um salvador, que me afagará; e então poderei chorar,

chorar, chorar." A esta altura da análise, o paciente iniciou um caso com uma moça de

quem tinha pena; reagiu com ejaculação precoce. A análise deste novo sintoma

confirmou certa interpretação anterior: o choro significava micção. A pobre criança

devia ser afagada até molhara cama, ação permissível e benéfica, que produzia

relaxamento em vez de culpa e vergonha. Já não havia dúvida quanto ao que

representava, inconscientemente, a "pobre criança", isso sendo, afinal, confirmado por

um sonho: era o seu próprio pênis. A fixação uretral do paciente era fálico-passiva,

exprimindo o desejo de ser passivamente tocado nos genitais; queria que o pênis da sua

pobre Cinderela fosse afagado até ter licença de urinar e, então, urinasse (428).

A ambição uretral é capaz de criar vários conflitos secundários. Ligado ao complexo de

Édipo, o "êxito", que é o alvo da ambição, pode adquirir o significado inconsciente do

assassinato paterno e, desta forma se tornar proibido. Ligado ao complexo de castração, a

ambição adquirirá o significado de contestação tranqüilizadora da ideia de ser castrado. Do

mesmo modo, o medo da castração pode bloquear toda atividade; aquilo mesmo em que se

pensou como tranquilização contra a possibilidade de castração pode induzir esta. O paciente

reverterá a atitudes passiva receptivas e envolver-se-á nos mesmos conflitos em redor da

dependência, tal qual se envolvem os caracteres orais.

Nem toda ambição se baseia no erotismo uretral. Há vezes em que nela se refletem

outros conflitos infantis: por exemplo, os casos de dois pacientes que tinham mães muito

ambiciosas, as aspirações delas refletindo o descontentamento com os maridos. A

ambição destes pacientes era, primariamente, aceitação das sugestões ambiciosas

maternas e identificação com a mãe, mostrando todos os conflitos e mais a ambivalência

da fixação materna. Em nível mais profundo, eles tinham compreendido as ambições

maternas como sugestões de assassinar o pai e tornar-se marido da mãe: a ambição

inibida expressava seu complexo de Edipo.

Caráter e Complexo de Castração

A relação íntima entre o erotismo uretral e o complexo de castração permite compreender

que o papel desempenhado pelo erotismo uretral na formação do caráter não se pode isolar das

maneiras pelas quais o complexo de castração influencia esta formação (36). Tudo quanto se

disse sobre os traços caracterológicos que combatem a angústia em geral é válido no tocante à

luta contra o medo, da castração em particular. São frequentes as atitudes contra-fóbicas: é

comum ver as crianças brincando de "ser castrado" — por exemplo, fingindo de cegas ou

aleijadas: muitas "modéstias" de adultos são da mesma ordem: tenta-se, desta forma, controlar a

idéia da castração. O prazer, nestes casos, consiste em (a) a satisfação de que a castração é

simulada e não real; (b) o sentimento de ter controle sobre a "castração"; (c) um prazer sexual

feminino, porque "ser castrado" pode significar "ser menina, ser moça".

Certo paciente, temeroso de ainda admirar femininamente o pai tirânico, gostava

de praticar a seguinte brincadeira nas estações do metro: ficava com os braços

estendidos por cima dos trilhos, imaginando, então, que.o trem os iria cortar. Na

realidade, puxava-os antes do trem chegar, mas fantasiava que isso fazia no último

instante. Para ele, as mãos que quase lhe haviam sido cortadas, significava agora "as

coisas estavam sob o seu controle". Tinha vários outros devaneios de gigantes ou

máquinas gigantescas que ameaçavam esmagar as pessoas, possíveis, no entanto, de

controlar. Os devaneios também condensavam fantasias homossexuais passivas, com

tranquilizações contra a angústia de castração a elas ligadas.

Interessante é que todas as relações objetais deste paciente vieram a ser go-

vernadas, na vida posterior, pelo mesmo tipo de brincadeira: costumava "brincar" de

provocar perigos, mas sem nunca assumir risco verdadeiro algum.

Os efeitos que sobre a formação do caráter tem a vergonha associada à idéia de castração

merecem consideração especial.

Toda menina pequena desenvolve inveja do pênis, mas a elaboração posterior desta

inveja varia muitíssimo. Quando a inveja não é por demais intensa e quando não houver sido

reprimida, pode dissipar-se, parcial ou inteiramente; certas partes dela sublimam-se de várias

formas, ou determinam características individuais do comportamento sexual. Quando é intensa,

contudo, ou quando é reprimida em baixa idade, pode desempenhar papel crucial na patologia

dos traços caracterológicos mórbidos, bem como de neuroses femininas. Abraharn distinguiu

dois tipos de elaboração de inveja do pênis na personalidade: o tipo realizador de desejos e o

tipo vingativo. Aquele produz-se quando a mulher e caracterizada pelo desejo de assumir o

papel masculino e por fantasias de ter ou de adquirir um pênis; em outro tipo, o que ocupa o

primeiro plano são os impulsos de vingar-se do homem mais feliz, castrando-o (20, 887, 1618).

É frequente estas mulheres terem a ideia de que o contato sexual é humilhante para um ou oUtro

parceiro; o que elas querem é humilhar o homem antes de serem elas próprias humilhadas. A

vingança será percebida como masculina ("Vou-lhe mostrar que posso ser tão masculina quanto

Você"), ou como feminina ("Já que me desprezou, vou obrigar Você a admirar o que

desprezou"). Como os impulsos de vingança se dirigem contra os "homens" em geral, e não

contra certo homem específico, e como nunca podem ser realmente satisfeitos, é comum os

componentes agressivos deste tipo determinarem uma "hipersexualidade" nas mulheres (1204).

As fantasias de que se é uma meretriz exprimem, às vezes, uma ideia e outra: ser humilhada e

vingar-se disso (617).

Hayward comparou as análises de mulheres dos dois tipos para apurar quais

seriam os determinantes do desenvolvimento do tipo específico (755). Segundo parece, o

tipo vingativo experimenta o choque da tomada de conhecimento do pênis durante a fase

sádico-anal do desenvolvimento (em geral, com um irmão ou outro menino). O tipo

realizador de desejos desenvolve a inveja do pênis no auge da fase fálica; em geral por

experiências que envolvem o pai ou outro homem adulto. Não se tome, porém, por forma

demasiado estrita a diferenciação entre os dois tipos: há muitas mulheres que mostram

um comportamento ou outro simultânea ou alternadamente.

As atitudes realizadoras de desejos do complexo de castração feminino podem ser

supercompensadas por uma formação reativa. Há mulheres exa-geradamente "femininas", que

podem estar contrariando tendências masculinas mais profundas (1313). Mas também se vê a

contra-partida: Karen Horney descreveu mulheres ostensivamente masculinas cujo

comportamento reativo rejeita atitudes femininas (812). Nos casos desta ordem, as decepções

relacionadas com os homens (em particular, temores ligados a desejos incestuosos pelo pai)

terão resultado em regressões à antiga inveja pré-edipiana do pênis (421, 626).

No caso de meninos cujo complexo de castração também adquiriu a forma de uma inveja

do pênis, isto é, inveja do pênis maior do pai; ou que tenham desenvolvido a ideia de já estarem

(total ou parcialmente) castrados e de terem de esconder o fato se produzem as mesmas reações

que nas meninas. Pode-se, então, falar também nos homens, num tipo realizador de desejos e

num tipo vingativo: aquele cobrindo profundos sentimentos de inferioridade inconscientes com

um comportamento externamente narcísico e aderindo a várias formas de "negação" de

criaturas sem pênis (1080); e o segundo entretendo hostilidade consciente ou inconsciente em

relação aos objetos que para ele representam os pais, responsáveis pela suposta mutilação.

Traços Caracterológicos Fálicos

Reich descreveu um "caráter fálico", também chamado "caráter fálico-narcisista" (1274,

1279), que parece corresponder em sua maior parte ao tipo realizador de desejos da reação do

complexo de castração (1080). As personalidades fálicas têm comportamento arrojado,

decidido, seguro de si, traços que, no entanto, são de caráter reativo, refletindo fixação no nível

fálico, com sobrevaloração do pênis e confusão deste com o corpo inteiro (508, 1055). Esta

fixação resulta ou de um medo de castração, que impede orientação plena para os objetos. ou de

uma defesa contra tentações de regressão receptivo-anal. Uma vaidade e uma sensibilidade

intensas revelam que estes pacientes narcísicos ainda têm tanto medo da castração quanto as

suas necessidades narcísicas; e que, basicamente, são oral-dependentes, atitudes estas que

supercompensam. São caracteres reativos, mas diferem dos compulsivos típicos pela carência

de formações reativas contra um comportamento francamente agressivo: pelo contrário,

empregam comportamento francamente agressivo como formação reativa. Conforme disse

Reich: "O pênis destes indivíduos serve menos ao amor porque está a serviço da vingança

contra a mulher" (1279); de vingança porque têm medo do amor.

O orgulho e a coragem, o acanhamento e a timidez desenvolvem-se, neste ou naquele

indivíduo, em torno dos conflitos do complexo de castração. Muita coisa que impressiona os

outros como coragem representa supercompensação da angústia de castração; e a absoluta falta

de coragem, de que Adler tanto fala quando descreve os neuróticos, pode atribuir-se, em geral,

ao complexo de castração.

O Caráter Genital

Caráter "genital" normal é conceito ideal (25, 1272). Mas é certo que a realização da

primazia genital acarreta progresso decisivo na formação do caráter. A capacidade de alcançar

satisfação plena pelo orgasmo genital possibilita a regulação fisiológica da sexualidade, por

esta forma encerrando o represamento das energias instintivas, com os seus malsinados efeitos

sobre o comportamento do indivíduo; e também promove o pleno desenvolvimento do amor (e

do ódio), ou seja, a superação da ambivalência (26). Mais ainda: a capacidade de descarregar

grandes quantidades de excitação significa o fim das formações reativas e o aumento da

capacidade de sublimar. O complexo de Édipo e os sentimentos inconscientes de culpa

oriundos da infância podem, então, ser de fato superados. As emoções já não são rejeitadas,

mas usadas pelo ego, formando parte harmoniosa da personalidade total. Se já não há

necessidade de rejeitar impulsos pré-genitais, que ainda atuem no inconsciente, a inclusão deles

na personalidade total, sob a forma de traços do tipo sublimado, vem a fazer-se possível. Nas

personalidades neuróticas, os impulsos pré-genitais conservam o seu caráter sexual e

transtornam as relações racionais para com os objetos; mas, no caráter normal, eles em parte

servem aos objetivos do pré-prazer sob a primazia da zona genital; com maior amplitude, no

entanto, são sublimados e subordinados ao ego e à razoabilidade (1270).

COMPORTAMENTO PATOLÓGICO EM RELAÇÃO AO SUPEREGO

Defesas Caracterológicas contra os Sentimentos de Culpa

O controle dos sentimentos de culpa, da" mesma forma que o domínio sobre a ansiedade,

da que são derivados, pode vir a constituir a tarefa exaustiva da vida inteira do indivíduo. O que

dissemos dos caracteres contrafóbicos vale também para os caracteres "contraculpa". Na esfera

dos sentimentos de culpa, todavia, se tem de considerar certa complicação. É que o superego

foi criado por incorporação dos pais. O comportamento do ego em relação ao superego

continua o comportamento passado da criança para com os pais; e não só o comportamento

verdadeiro: também o comportamento inconscientemente desejado. Tanto a rebeldia quanto a

adulação prosseguem intrapsiquicamente; e objetos externos podem ser secundariamente

utilizados como "testemunhas" nas várias lutas que se travam entre o ego e superego.

Todo aquele que experimenta sentimento de culpa tenta livrar-se dekpela espiação,

punição, remorso; pode tentar provar que não se justifica, ou pode utilizar vários mecanismos

de defesa contra ele (ver págs. 152 e segs.). Os traços caracterológtcos que refletem estas

atitudes se apresentam ora individualmente, ora combinados; e as diversas tentativas no sentido

de negar sentimentos de culpa chegam a:é a se contradizer entre si, conforme se dá na anedota

contada por Scholem Alejchem: A mulher que deixou de devolver uma panela emprestada se

desculpou dizendo: "Nunca pedi a panela emprestada; além disto, estava quebrada quando a

pedi; e de mais a mais já a devolvi há muito tempo."

Há muitas personalidades que são dominadas pelo impulso incessante de provar que a

culpa é de outros, isso podendo manifestar-se de vários modos. Há pessoas que passam a vida

julgando-se injustiçadas e vendo os outros conseguir tudo impunes; é comum as atitudes

neuróticas significarem o acúmulo de material a Utilizar contra outras pessoas a fim de lograr

justificação. As auto-recriminações masoquistas servem, às vezes, para impor a contestaçãc

respectiva por "testemunhas". E muito freqüênte a obstinação constituir demonstração do fato

de que a culpa alheia é maior do que a do próprio indivíduo.

Já se discutiu a psicologia da teimosia (ver págs. 261 e seg). Ser obstinado

significa manter uma posição contrária à de outrem; originalmente, consiste em

tentativas de provar que até quem é fraco tem algum poder sobre quem é forte. Prova

deste tipo, que ;e desenvolve, particularmente, em conexão com o aprendizado do asseio,

pode vir a ser importantíssimo para o sentimento de auto-estima da criança.

Posteriormente, aquele que é desvalido concentra no campo ético as suas tentativas de

provar que tem poder. A criança teimosa quer mostrar que é mais justa do que os adultos

e provoca os pais a que sejam injustos para'este fim. A seguir, os mesmos processos

servem contra o superego. O comportamento obstinado ê mantido com tanto mais

persistência quanto mais existe um sentimento interno de que é impossível provar aquilo

que precisa ser provado e de que, realmente, se está errado.

A provocação a que a tratem injustamente pode enraizar-se numa necessidade que

tem a criança de ser punida, mas também pode visar simplesmente à realização de um

sentimento de superioridade moral. O sentimento "Faça eu o que fizer, ainda é menos

mau do que foi feito a mim" serve de arma contra o superego; se lograr êxito, alivia os

sentimentos de culpa (1202).

Ás "vezes, as atitudes obstinadas se condensam com tentativas de extorquir afeição

mediante demonstração da infelicidade respectiva, servindo de prova de que se foi injustamente

tratado, o que visa a contrariar o sentimento de que a infelicidade haja sido merecida (1277).

Um paciente levava a vida provando que o seu fracasso era culpa aliieia: "Vejam,

como X cometeu este ou aquele erro, não consegui vencer." Era grotesco o modo por que

acreditava fossem responsáveis pelo seu malogro certas "culpazinhas" triviais de outras

pessoas. A análise mostrou que a teimosia dele se dirigia contra o superego: era

tentativa obstinada de provar que fora punido de maneira injusta e por demais severa.

Na realidade, estava lutando contra um profundo sentimento de culpa e tentando

compensá-lo apegando-se a um casamento infeliz. As fortes resistências, que exibia

durante a análise, significavam: "Está vendo, não posso mudar enquanto viver com uma

mulher que tem tantos defeitos: mas Você também sabe que não posso largá-la. Por isto,

terá de encontrar um meio de eu deixá-la sem de fato deixá-la. Se não conseguir, será

sua a culpa de eu não poder ser analisado."

Os esquizóides, que tendem notadamente a usar o mecanismo da projeção, exibem a

inclinação a provar que o outro é pior do que eles, vendo ciscos nos olhos dos vizinhos;

malogrando esta projeção, o sentimento de culpa transforma-se em campanha moralizadora

contra o bode espiatório. Muita gente combate o homossexualismo na sociedade em vez de

sentir-se culpada pelo seu próprio homossexualismo inconsciente; ou não tolera em outros certo

tipo de comportamento, sem perceber que também o manifestam.

Abusa-se muito, socialmente, do desejo de encontrar um bode espiatório para

aliviar culpas (439). Na análise é muito frequente os pacientes atribuírem a outrem um

ato ou um sentimento que são incapazes de reconhecer como deles mesmos devido a

sentimentos de culpa ou de vergonha. Há vezes em que recordações infantis aparecem

como dizendo respeito a um irmão ou uma irmã, quando, a seguir, se descobre que dizem

respeito ao próprio paciente.

Nem sempre é indignação que os atos alheios provocam. Se outra pessoa faz alguma

coisa (ou se supõe haja feito) que o indivíduo desejava, inconscientemente, fazer, mas não fez

inibido por sentimentos de culpa, isso é capaz de provocar admiração e alívio, significando: "Já

que outros fazem isto, não pode ser assim tão mau, afinal de contas." Para as personalidades

carregadas de culpa, os outros não são, enfim, mais do que tentadores ou punidores, personi-

ficações do id ou do superego.

Este mecanismo desempenha papel decisivo na psicologia da arte e, bem assim, na

psicologia da formação de grupos. O artista que se retira da realidade para as suas

fantasias, estas representando derivados dos seus desejos edipianos e fazendo-o sentir-se

culpado, consegue voltar para o mundo objetivo mostrando-lhe a sua obra, cuja

aceitação significa para ele que o público lhe partilha a culpa; daí aliviar-lhe os

sentimentos. O público, que tem desejos edipianos próprios, admira o artista porque este

ousa exprimir aquilo que ele, o público, reprime, por esta forma aliviando-o dos seus

sentimentos de culpa (1246, 1332). Há diferença nítida quanto ao tipo de êxito de que

precisam o pseudo-artista e o artista verdadeiro. O pseudo-artista precisa ser aceito

como pessoa, exige, aplauso a todo custo: adapta-se à plateia a fim de garantir o

aplauso. O artista precisa fazer que se aceite uma fantasia específica sua; quer aplauso

para a sua obra, e não para si mesmo; adapta o público a si mesmo. Esta partilha da

culpa pela arte é antecipada pelos "devaneios comuns" das crianças, as quais se sentem

aliviadas dos seus sentimentos de culpa, quando os companheiros participam das

mesmas fantasias (1332),

Força que atua poderosamente na formação dos grupos é a obtenção de alívio de

maneira idêntica e pelos mesmos atos iniciatórios (1258). Os admiradores de um artista

sentem-se como se fossem uma comunidade (606). Ser unidos pelo mesmo "tentador" ou

pelo mesmo "aliviador de culpas" é caso especial da formulação freudiana: Um grupo

compõe-se de indivíduos que estabeleceram a mesma pessoa como substituto do seu

superego, e, portanto, se identificaram entre si (606). O alívio do sentimento de culpa

pela percepção de que outros ousam fazer aquilo a cujo respeito o indivíduo se sentiu

culpado é uma das pedras angulares da "psicologia das multidões". "Se todo o meu

grupo procede assim.- eu também posso proceder." Sabemos muito bem que os

indivíduos que atuam em grupo são capazes de explosões instintivas que lhes seriam

inteiramente impossíveis como indivíduos (606). É o que se costuma formular assim: "No

grupo, as diferenciações psíquicas mais altas e as sublimações voltam a anular-se."

Contudo, também se podem anularbloqueios e distorções neuróticos de reações

adequadas (por exemplo, agressivas): e por esta forma, pelas "massas", abrem-se novas

vias a realizações novas.

A aceitação de fatos acompanhada pela negação da sua qualidade geradora de culpa toma

muitas vezes, a forma de comportamento atrevido e provocador, o que pode associar-se a

provocação de castigo, a fim de obter o necessário perdão. Freud descreveu os "criminosos por

sentimento de culpa", indivíduos que perpetram atos criminosos porque um sentimento

inconsciente de culpa de tal forma os perturba que esperam aliviar-se com algum tipo de

punição (592). Entretanto, pode ocorrer que se pratique um "crime por sentimento de culpa",

não para o fim de provocar o castigo, e sim para tentar demonstrar o seguinte: "Estão vendo, eu

faço estas coisas sem ser punido; isso me mostra que não preciso ter medo de castigo; logo, não

se justificam meus sentimentos de culpa."

O comportamento provocativo também pode visar a acumular compensações que o

indivíduo considera lhe sejam devidas: comportamento este que. às vezes, é de índole reativa.

Aquele que receia não merecer privilégio de espécie alguma exige toda sorte deles. Freud

chamou certas pessoas "as exceções": disse que elas, por força de frustrações precoces, se

arrogam o direito de exigir que a sorte as indenize a vida inteira (592). Este comportamento

intensifica-se quando elas têm de contrariar uma dúvida íntima profunda quanto ao direito à

compensação. A atividade em vez da passividade revela-se na atitude frequente que consiste

em antecipar críticas na esperança de provocar contradição capaz de servir de argumento contra

o superego do indivíduo.

Na análise, certos tipos de pacientes não conseguem aceitar a atitude amoral ou

tolerante do analista. Estão sempre esperando críticas da sua parte; e são capazes de

desenvolver vários mecanismos secundários para combater a crítica esperada.

Há casos em que as pessoas, primeiro, projetam o seu superego e esperam ser criticadas

ou punidas por toda a gente, mas, depois, reintrojetam aquilo que foi projetado; ou antecipam

as críticas esperadas e até comprazem-se em auto-recriminações antecipatórias, espasmódicas,

a fim de conseguir o fluxo das necessárias provisões narcísicas ("caracteres masoquistas")

(1277); ou começam a criticar os outros da mesma maneira que, inconscientemente, receiam

que os outros as critiquem.

Da mesma forma que os irmãos mais velhos amedrontam os mais novos, Para

evitar o medo, também as pessoas criticam as outras para evitar que as critiquem. A

variação deste mecanismo é criada por uma cisão do ego: "Não fui eu que pratiquei o

ato culposo, mas outra criança má que há dentro de mim." Atitudes desta ordem são

freqüêntes nas crianças, porque certos aspectos de uma demonologia semelhante

persistem até em adultos.

Há também a atitude: "Não sou bom, mas pelo menos, posso participar da bondade de

outra pessoa." É repetição de: "Eu próprio não sou onipotente. mas quero, pelo menos,

participar da onipotência dos adultos." É o mecanismo que atua na conformação dos ideais do

ego. As pessoas são gratas tanto por um ato iniciatório "mau" que lhes alivia o sentimento de

culpa quanto pela presença de uma pessoa "boa" em cuja presença não podem ocorrer

pensamentos maus e de cuja bondade podem participar. Esta é uma das razões pelas quais se

pendura o retrato da pessoa que representa o superego. O espectador, identificando-se com o

seu ideal pelo fato de que o incorpora com os olhos, torna-se incapaz de fazer seja o que for

mau.

A comunidade de ideais em que os indivíduos querem participar também é fator

poderoso na formação de grupos (1258).

De muitas fontes se podem obter tranquilizações contra os sentimentos de culpa. Há

pessoas que se servem de outras apenas para este fim: podem ser boas a fim de obter perdão, ou

amor e afeição, que signifiquem perdão: ou são más e. assim, provocam o castigo "para acabar

logo com isto"; se o perdão não vem. para conseguir, quando menos, o sentimento de haver

sido terrivelmente injustiçadas.

O poder como meio de combater sentimentos de culpa compreende-se com facilidade:

quanto mais poder se tem, menos se precisa justificar os atos praticados. Acréscimo da auto-

estima significa decréscimo dos sentimentos de culpa. Do mesmo modo que a "identificação

com o agressor" ajuda muito a combatera angústia, também os sentimentos de culpa podem ser

contestados pela "identificação com o perseguidor", acentuando-se que "Sou eu só que decido o

que é bom e o que é mau". Este processo, no entanto, pode falhar porque o superego é. de fato,

parte da personalidade do indivíduo. Daí resulta que a luta contra os sentimentos de culpa pode

iniciar um círculo vicioso, exigindo a aquisição de cada vez mais podere até a prática» porcausa

dos sentimentos de culpa, de cada vez mais crimes a fim de afirmar o poder (167); crimes que

se perpetrarão na tentativa de provar a si mesmo que *se* pode cometê-los sem ser punidos, ou

seja, na tentativa de reprimir sentimentos de culpa (442, 852).

Em vez da rebeldia violenta, há quem procure1 ganhar boas graças sacri-fiçando-se,

sofrendo, fazendo-se vítima de acidentes inconscientemente planejados (412): escolhendo

"males menores" na esperança de pagar uma prestação que seja aceita em lugar da soma total

(1240).

Há pessoas para as quais estas esperanças fatalmente falham: tentam adular a si

mesmas com um superego que se tornou incapaz de perdão. Isso é típico das depressões

(ver pág. 317). Também existem pessoas que experimentam desastre após desastre sem

sequer conseguir aplacar a severidade do seu superego (1126. 1127. 1253): ou que

arrumam a vida de maneira a sofrer reveses uns atrás dos outros, em infortunadas

"neuroses de destino" (327, 592, 608). 464

Masoquismo Moral

Os meios pelos quais se adula um superego severo (ou pelos quais o indivíduo se rebela

ocultamente contra este) podem sexualizar-se em masoquismo moral; as atitudes submissas ou

sofredoras que visam a conseguir ou extorquir perdão servem, às vezes, ao mesmo tempo, de

distorção, por assim dizer, do prazer sexual passivo (613). O desejo de apanhar do pai, uma vez

desenvolvido, desloca-se do pai para o destino. A história infantil de casos assim mostra que,

em geral, os pais forçaram os pacientes a sexualizar a ideia de punição, bloqueando todas as

outras saídas que exprimissem os impulsos sexuais. É comum haver combinações

características de mimos e proibições na infância, os pacientes apresentando a mesma

incapacidade de esperar que os neuróticos impulsivos (ver págs. 342 e segs.).

Certo paciente de Alexander, que sexualizou punições, tornou-se masoquista

depois que o puseram numa chaminé, castigo que lhe deu intensa satisfação erótico-anal

(37).

A história infantil de um masoquista moral revelou pai muito fraco e mãe fan-

tasiosa, religiosa, instável e severa, a qual estava sempre despertando os sentimentos

sexuais do filho com carícias excessivas e, depois, lhe dava de chibata, quando ele

tentava demonstrar o que sentia. As chibatadas vieram a constituir expressão do seu

relacionamento sexual com a mãe, relacionamento que lhe fixou o comportamento não só

para com outros objetos externos quanto para com o seu próprio superego, que se

modelou de acordo com a mãe. A única relação intensa de que era capaz consistia em

receber condenação dos seus objetos amorosos. Certa obsequiosidade superficial

escondia rebeldia profunda contra os padrões do modelo que escolhera. O desep passivo

inconsciente de ser espancado foi transformado num desejo de ser condenado; e o medo

defensivo de apanhar transformara-se em angústia social. O sintoma principal do

paciente era um medo intenso de exames (412).

Mesmo que não ocorra sexualização desta ordem, certa tendência inconsciente a adular

um superego severo ("sentimento inconsciente de culpa") (608) constitui uma das resistências

mais severas (121, 713, 1288, 1599). Freud descreveu o tipo caracterológico daqueles que o

êxito destrói (592), pessoas- que conservam da sexualidade infantil tão forte sentimento de

culpa que o superego severo não lhes permite desfrutar êxito algum

No tratamento analítico, o sentimento inconsciente de culpa revela-se, às vezes, por uma

"reação terapêutica negativa" (608). Soluções analíticas parciais e a conscientização de

conexões inconscientes, mediante interpretação correta, são,em geral, seguidas de melhora de

uma neurose (ou. quando menos, decréscimo de resistência e produção de material novo e

menos distorcido); mas estes pacientes às vezes, reagem, paradoxalmente, com piora e

acréscimo das resistências.

Nem toda reação terapêutica negativa justifica o diagnóstico de masoquismo

moral, este diagnóstico podendo também determinar-se por outros modos. Antes de mais

nada, pode resultar da noportunidade de uma interpretação: interpretação demasiado

precoce, o pacente não a apreenderá de forma alguma. Mas existe também um momento

em que o ego, até então incaipaz de aceitar interpretações, entende o suficiente para

torná-las como sinal de perigo e aumentar as resistências defensivas. Todavia, reação

terapêutica negativa que resulte de interpretação economicamente errada permanece

restrita a esta singular ocasião e pois, facilmente distingue-se da reação terapêutica

negativa que se enraíze no caráterdo paciente. Entretanto, esta última nãoé

necessariamente masoquística.Há muitos pacientes, entretanto, para os quais certos

arranjos ou certas atitudes neuróticas vieram a tornar-se garantias de equilíbrio mental

relativo: têm medo de qualquer modificação e vêem um mal menor no seu estado

neurótico atual; daí porque reagem negativamente a qualquer modificação deste estado

neurótico até que este próprio temor seja analisado (818, 1315).

Um paciente com fobia de alturas, que a análise atacou com êxito, percebeu, ao

aproximar-se de certo lugar alto, que não se apresentava habitual angústia. Este estado

atemorizou-o, fazendo-o desenvolver novo ataque , por faltar a costumeira angústia.

Há pessoas que combatem os sentimentos de culpa projetando o seu superego em tal grau

que não experimentam quaisquer sentimentos desta ordem, porém, em contraposição sentem

angústia pelo que os outros possam pensar deles, (ver págs. 274 e seg.).

Todas as maneiras de manipular sentimentos de culpa que aqui descrevemos observam-se

com facilidade em certos costumes e práticas religiosas.

O Don Juan do Êxito

Certas pessoas pagam ao superego as prestações que lhe devem não com sofrimento, mas

com êxitos, que julgam capazes de anular falhas e culpas anteriores. Como não há êxito que

realmente anule a culpa inconsciente, elas são forçadas a saltar de um êxito para outro, sem

jamais ficar consigo mesmas satisfeitas; são os Don Juans do êxito.

Um homem bem sucedido e, a bem dizer, importante estava sempre descontente de

si mesmo. Tinha êxitos externos, mas não conseguia satisfações íntimas de espécie

alguma. Sempre tentando aumentar os seus ganhos, que eram mais do que bons, não

conseguia superar a angústia pela possível insuficiência dos mesmos. Por igual forma

comportava-se na vida amorosa: as mulheres viviam-lhe atrás, mas sentia-se

intimamente descontente, o que se compreende pelo fato destas relações serem

absolutamente carentes de ternura. Claro, uma necessidade narcísica esmagadora

domínava-o tão completamente que os objetivos libidinais ficavam de todo obscurecidos.

Era casado com uma mulhermuitíssimo mais velha, que, em alguns pontos, se

comportava para com ele tal qual uma mãe para com o filho; era como se fosse uma

tutora, de modo que o homem importante, vitorioso, era em casa uma verdadeira

criança. E verdade que considerava muito opressiva esta dependência, donde lhe viera o

hábito de vingar-se da mulher com ataques de fúria, infidelidades freqüêntes e absoluta

falta de respeito e atenção. Ambos viviam a atormentar-se um ao outro. Daí por que a

primeira função com que defendia o seu desejo sempre insatisfeito de ser um grande

homem consistia em se enganar a si mesmo com a ideia de que, em muitos pontos, era

uma criança; interpretação esta confirmada pelo fato de que a mulher lhe instigava

incessantemente a ambição, tal qual o fizera a mãe, quando era criança.

Foi na análise da transferência que se obteve do paciente o reconhecimento de que

alguma coisa havia por trás da sua insatisfação permanente: que persistia apesar de

todos os êxitos externos. Como em todos os outros setores, era muito ambicioso no

tocante à análise, interessado em impressionar com êxito rápido tanto o analista quanto

a si mesmo. No início, depois de ler Freud, saiu-se com teorias a respeito da sua

infância. Compreendeu, porém, com relativa presteza que não era isso que importava e,

daí, começou a observar a si mesmo e a observar o seu comportamento; começou a

portar-se como se fosse "aluno predileto", sempre. acentuando o fato de que a análise

estava caminhando muito devagar e de que não estava satisfeito consigo mesmo. Certa

vez, na últkna sessão antes de umas férias, chegou tarde porque, na hora mesmo de sair

para a análise, lhe viera, de repente, uma diarreia, o que muito o impressionou: o fato

dos intestinos se poderem exprimir de modo inequívoco deu-lhe nova consciência da

realidade da análise. Começou a perceber que a sua pressa incessante só servia para

ocultar alguma coisa. A análise revelou que a diarreia era, em primeiro lugar, um equi-

valente da angústia e mais: relacionou esta angústia, de início incompreensível, com a

angústia concernente à inadequação do seu êxito, dos seus casos sexuais, dos seus

ganhos pecuniários. Veio-se a descobrir, afinal, que a formação carac-terológica do

paciente já se completara na infância: mesmo então, fora dinâmico, atrevido,

externamente vitorioso, sempre o primeiro, até na maldade e, entretanto, sempre

descontente de si. Fora-lhe o comportamento instigado pela mãe, que estava sempre a

espigaçá-lo. Quando a análise revelou que a mãe, no fundo, desprezava o marido,

comerciante, e dissera ao menino: "Tens de ser melhor do que teu pai", esclareceu-se

que o comportamento do paciente representava forma especial de retorno do complexo

de Edipo reprimido. Não se conseguiu ver por que era que havia tomado justamente esta

forma, mas não tardaram a aparecer certos trechos da história infantil. O pai vendera

ilegalmente certas mercadorias, sem a devida licença, situação que fazia do policial uma

figura particularmente temível para o menino; e que também diminuía o poder dopai aos

seus olhos. Resolvera, então, não ter medo quando fosse grande, mas fazer que o policial

o temesse. (Manteve-se fiel a este propósito: quando dirigia, gostava de levar os policiais

a acusações infundadas para, depois, provar que estavam errados.) A situação da família

fora tal que, em certa época, com seis anos apenas, tivera de ajudar no balcão. Os

fregueses gostavam do garoto e preferiam comprar com ele, eisso ele sentia como vitória

sobre o pai, que já considerava fraco. Duas experiências posteriores acentuaram ainda

mais tanto a necessidade de se mostrar superior quanto a possibilidade de gratificar

necessidades passivas. Aos quatorze anos, foi seduzido por uma criada, com quem

manteve atividade sexual regulsr a partir daí. Episódio este que a memória modificara

de forma a parecer que fora ele que, nessa idade, seduzira a criada adulta. Foi preciso

que a análise o convencesse de que a situação era, de fato, contrária e de que a atitude

posterior constituía tentativa incessante de transformar esta recordação penosa em

função dos desejos do paciente. (Típico do seu caráter, esta tentativa falhava. A intenção

dele era que as inúmeras mulheres que seduzia lhe afirmassem a masculinidade, de que

inconscientemente duvidava. No decurso da análise, evidenciou-se que ele dispunha as

coisas de modo que as mulheres mostrassem "boa vontade" — só então é que ele não

conseguia resistir-lhes.) Mais ainda: aos dezessete anos, sofreu cirurgias repetidas por

causa de um abscesso do pulmão, que o obrigou a se acamar durante alguns meses: a

convalescença durou anos, exigindo atenções como se dão a uma criança pequena.

Pouco a pouco, viu-se que tinha medo da transferência na análise, medo de ficar

"escravizado" ao analista. Desde o início, a sua atitude transferencial visava a repudiar

esta angústia. Tentava menosprezar o analista e julgar que os "policiais" eram a ele

superiores. Não tardou a se confirmar a sua verdadeira atitude na infância. O menino de

seis anos não podia, realmente, sentir-se superior ao pai no papel de negociante. O pai

costumava bater nele; e ele o temera muito nos primeiros anos de vida. O

relacionamento paterno havia por completo obscurecido o relacionamento com a mãe;

daí, o fato de o pai precisar dele para fins comerciais ter adquirido ainda mais valor

libidinal. A atitude narcísica-passiva evoluíra, nos primeiros anos de vida. através de

situações diversas, inclusive a doença, a proibição severa de masturbar-se (o que

diminui bastante suas tentativas fálicas precoces) e a severidade do pai; a mesma série

de situações levara-o a temer esta atitude. Havia aí um conflito em que a ambição da

mãe, a comparação desvantajosa do pai temido com os policiais e o seu próprio êxito

como vendedor lhe mostravam uma saída: lutando, externamente, sem cessar contra a

sua atitude passiva-narcísica. conseguia conservá-la em outros pontos. A sedução pela

criada e a doença após a puberdade haviam, em seguida, fixado no caráter do paciente

aquelas atitudes defensivas (433).

Ausência Aparente de Sentimentos de Culpa

Algumas pessoas apresentam, na aparência, uma ausência de sentimentos de culpa, pois

cedem com facilidade a impulsos que habitualmente são dominados pelas pessoas normais.

Antes, nos ocupamos dos "caracteres governados pelos instintos" (1266) e as diferentes

maneiras que frequentemente refletem as más condições sociais do ambiente infantil dos

pacientes "psicopatas" (31) (ver pág. 348 e segs.).

O mecanismo da "idealização" de uma atividade instintiva, sem qualquer transtorno mais

profundo na formação do superego, leva, às vezes, a uma situação em que o comportamento

instintivo é sentido de acordo com as exigências do superego (840). Também pode acontecer

que um ambiente infantil diferente haja formado um superego cujas valorações se oponham às

do superego médio de certa sociedade (40); e também pode ocorrer que, uma vez estabelecido

um superego "normal", condições posteriores venham a criar um duplo "parasitário"

contraditório a este superego (603, 1235).

Criminalidade e Pseudo-Identificação

Inúmeros casos de *criminalidade,* essencialmente marcados pela execução de atos

instintivos habitualmente contidos, são de incluir-se entre os "caracteres governados pelos

instintos" (1266) (ver págs. 348e segs.), os "neuróticos impulsivos" (ver págs. 342 e segs.), ou

no grupo dos "caracteres neuróticos", que foram descritos, pela primeira vez, por Alexander

(38); indivíduos que tendem ao "*acting out"* dos seus conflitos neuróticos (ver págs. 469 e

seg.). Mas há outros casos de delinquência que podem ser determinados de várias maneiras

diferentes (47, 756, 757. 927). Na discussão deste ponto, o que, antes de mais nada, se há de

enfatizar é que a criminalidade não é conceito psicológico; é ato contrário ao código penal

(490. 649). Atos desta ordem pode cometê-los qualquer tipo psicológico que se imagine, tanto

normal quanto patológico. Justifica-se a opinião de que a chamada criminalidade acidental (40)

abranja a percentagem maior de todos os atos criminosos. Os criminosos desta categoria têm

estrutura psicológica normal e os crimes que cometem não têm interesse especial para a

psicopatologia.

O que dizemos não significa que a análise de um "criminoso acidental" não revele

nexos entre o ato e os conflitos inconscientes. Tudo que há na mente tem suas conexões

inconscientes.

Também não constitui problema psicopatológico especial o fato do conteúdo de algum

superego normal se diverso daquele que é a média em certa sociedade, ou daquele que exigem

os líderes desta. Muitas coisas que são chamadas crimes existem que os criminosos, em função

do seu superego, não consideram causa de peso na consciência. Do ponto de vista do código

penal existente, os criminosos desta espécie ter-se-ão identificado com os "objetos errados",

mas a qualidade das respectivas identificações não revela anormalidades (133, 136).

Na construção do caráter são essenciais as identificações. Daí por que as anormalidades

na formação destas, bem como a "identificação com objetos errados" resultam em traços

caracterológicos patológicos. Mudanças frequentes e rápidas no ambiente da criança,

consistindo no desaparecimento de entes queridos e na entrada de pessoas novas, podem

impossibilitar identificações duradouras. As pessoas com as quais as identificações decisivas

hajam sido feitas podem ser, em si mesmas, patológicas; ou as circunstâncias farão a criança

identificar-se com o aspecto errado de uma personalidade, ou a identificação processar-se-á

com modelos do sexo oposto, e não com modelos do mesmo sexo (1266). Não há dúvida de

que aquilo que se considera "masculino" e "feminino" é determinado mais cultural do que

biologicamente. (As "diferenças sexuais" anatómicas e fisiológicas têm, é claro,

"consequências psicológicas" (617) também, consequências, porém, que sempre,

necessariamente, se condensam com consequências culturais e sociais (655). Todavia, no

quadro de certa tradição cultural, faz muita diferença um homem comportar-se de maneira

masculina ou feminina. A principal identificação faz-se com aquele dos pais que se sente como

sendo aquele que dá as proibições decisivas. Interessante seria descobrir os determinantes

sociais da presença crescente de "supermães" nos dias de hoje (658). Seja qual for a causa, o

que resulta é que os homens atuais têm de lutar muito mais do que antes com os traços

femininos que dentro deles existem.

Tudo isto mostra que a influência do meio social é ainda mais importante na conformação

do caráter do que na conformação de uma neurose. Certos ambientes culturais tendem a

produzir estruturas caracterológicas semelhantes na maioria das crianças que hajam crescido

sob a influência daqueles; pela frustração de certos impulsos, pela estimulação de outros, pela

formação de ideais e desejos, pela sugestão de modalidades de defesa e saída dos conflitos que

estas sugestões criam; assim, pois, "distúrbios caracterológicos" significam coisas muito

diversas conforme as várias condições culturais; o que é "ordem" em certo meio e' "distúrbio"

noutro.

Caracteres de *"Acting-Out"* Neuroses de Destino

Igualmente transtornados em seu comportamento para com as exigências do superego e

para com os objetos externos são os tipos já mencionados nos quais a transferência, ou seja, um

malentendido inconsciente do presente em função do passado, é extraordinariamente forte; os

pacientes repetidamente praticam atos ou sofrem experiências idênticas ou muito semelhantes,

as quais representam tentativas inconscientes de livrar-se de antigos conflitos instintivos, a fim

de obter gratificação retardada de impulsos reprimidos (tanto exigências instintivas quanto

sentimentos de culpa); ou, quando menos, a fim de aliviar alguma tensão interna. Para estas

pessoas, o ambiente mais não é do que arena em que encenar os seus conflitos internos. Os

pacientes ora são personalidades inquietas, hiperativas (38), ora ocultam a sua atividade; e a

história delas dará a impressão de serem joguetes, brinquedos, de um destino malicioso; as

repetições experimentam-se passivamente e racionalizam-se como se ocorressem contra a

vontade do paciente (327).

Os pacientes propensos a acidentes foram estudados por Dunbar como sendo um

tipo específico de personalidade (342).

No tratamento analítico, o fenômeno do *acting out* consiste em que o paciente tenta

servir-se da transferência tanto para expor os seus conflitos recentemente mobilizados quanto

para tornara experimentá-los em relação ao analista. Certas pessoas comportam-se desta

maneira até fora da situação analítica. O que fazem na vida real são mais repetições de

situações infantis ou tentativas de encerrar infantis conflitos do que cometimentos racionais.

Situações reais, de algum modo associativamente ligadas a um conflito reprimido, servem de

causa para a descarga (445).

Estas pessoas diferem de outros neuróticos em certo particular: o sintoma neurótico típico

é autoplástico e ocorre dentro da pessoa, ao passo que, na esfera que discutimos, se conserva a

capacidade da aloplasticidade (38, 682). Relação com os fenómenos da área maníaco-

depressiva evidencia-se do fato de que os atos que satisfazem exigências instintivas alternam,

às vezes, com atos que satisfazem os reclamos do superego com certa periodicidade (1266). A

psicopatologia pré-analítica descrevia certas categorias de psicopatas, cujos casos cabem neste

capítulo, pela simples nomeação do caráter dos atos que mais se destacavam: "os psicopatas

impulsivos", "os psicopatas agressivos", "os psicopatas dependentes".

Considerando a questão deste nexo íntimo entre tendências inconscientes e atividade

motora, Alexander apenas disse que existe "poder expansivo mais intenso na esfera instintiva"

(38). É verdade, sim, mas qual é a origem deste poder expansivo?

A primeira resposta que se sugere é que esta expansão talvez se estabeleça onde o ego

consiga encontrar racionalização possível dos seus atos, o que, no entanto, se pode refutar com

o fato de que o *acting out* neurótico nem sempre é racionalizado: pessoas há que fazem *acting*

out sem racionalização alguma; que cedem a todo impulso neurótico sem jamais indagar de si

mesmas por que é que procedem deste modo.

Respostas mais adequadas teremos, se virmos estes pacientes relacionados com os

neuróticos impulsivos e com os pacientes traumatofílicos, cuja peculiaridade se baseia também

em intolerância às tensões. Não sabem dar o passo que leva da ação ao pensamento, isto é, do

abandono imediato a todos os impulsos ao juízo razoável. Visam é a evitar o desprazer, mais do

que a alcançar o prazer. Quanto às causas primárias da intolerância, mais não podemos do que

repetir que as fixações orais e os traumas dos primeiros anos desempenham papel significativo.

Segundo pensa Alexander, os caracteres neuróticos deste tipo sao com mais facilidade

acessíveis à psicanálise do que os portadores de neuroses sintomáticas. Baseia ele este

prognóstico no fato de que, quanto a estes últimos, o paciente regrediu da aloplasticidade à

autoplasticidade; após o bom êxito da análise, ele tem de arranjar coragem para atuar na vida

real. Isso é supérfluo para o caráter neurótico que está sempre fazendo *acting out* na vida real

(38). Não parece, contudo, muito convincente a tese de Alexander. A atitude pseudo-aloplástica

do caráter neurótico não pode transformar-se em atitude aloplástica sadia a não ser que,

primeiro, se modifique, durante algum tempo, em atitude autoplástica neurótica, esta, então,

podendo ser tratada como neurose sintomática comum. Havendo conflitos internos que hajam

sido projetados em relações pseudo-objetais rígidas, tem-se, em primeiro lugar, de fazê-los

retroagir a conflitos internos e de tratá-los como tais antes que relações objetais normais

possam substituí-los (433, 438). A intolerância a tensões pode complicar muito esta tarefa,

além de exigir modificações da técnica psicanalítica clássica (445).

COMPORTAMENTO

PATOLÓGICO

EM

RELAÇÃO

AOS

OBJETOS

EXTERNOS

Observações Gerais

Os conflitos entre o ego e o id, ou entre o ego e o superego fazem que o ego mude de

comportamento em relação aos objetos externos. (Daí já se terem mencionado muitas destas

mudanças.) Existe o interesse pelos objetos externos porque eles representam ou ameaça, ou

gratificação potencial. Desenvolvendo-se o princípio da realidade, o ego aprende que a melhor

forma de se proteger contra ameaças e de obter um máximo de gratificação é julgar a realidade

objetivamente e dirigir os seus atos nesta conformidade (575). Os neuróticos são pessoas nas

quais esta capacidade se encontra de algum modo limitada porque se conservou um excesso do

medo original e, daí, também das exigências instintivas urgentes, que originalmente existiram,

isso tornando difícil qualquer "aprendizagem" objetiva, visto que ela leva tempo (527. 528,

529. 530). O juízo da realidade destes indivíduos está transtornado. Os objetos reais são sim-

ples representantes "transferenciais" de objetos do passado, aos quais se reage com sentimentos

inadequados. O histérico se depara apenas com os objetos do seu complexo de Édipo, donde se

desapontar, necessariamente, porque os objetos, na realidade, não são os objetos do seu

complexo edipiano; o neurótico obsessivo se limita ao mundo dos sentimentos sádico-anais; o

neurótico oralmente fixado não vê nos objetos coisa alguma que não sejam instrumentos da

obtenção de alimento e auto-estima; aqueles que têm sentimentos de culpa inconscientes apenas

encontram autoridades que punem ou que perdoam.

Os casos em que o relacionamento com todos os objetos está, geralmente, transtornado

podem subdividir-se em: casos nos quais este transtorno consiste em que as relações têm

caráter por demais infantil, resultante ou de abalos do desenvolvimento ou de regressões. E

casos em que uma necessidade predominante, obscurecendo tudo mais, mais ou menos exclui

as relações objetais reais, porque os objetos só servem para satisfazer a necessidade

predominante, que são "relações pseudo-objetais".

Porque a neccessidade predominante surgiu, certa vez, ligada a objetos do pas-

sado, a pradominnância da necessidade também é uma espécie de transferência; mas a

palavra "transferência" se usa. principalmente, naqueles casos em que se reage a certo

objeto com sentimentos que, no passado, se haviam desenvolvido em relação a outría

pessoa definida; nas relações pseudo-objetais, o contato não é em absoluto pessooal,

mas se usam os objetos, sim, para o fim de aliviar uma tensão interna.

Quando discutimos a psicologia da adolescência, dissemos que a necessidade de

tramquilizzação contra angústias relacionadas com os impulsos novos pode dar caráter faalso a

todas as relações objetais, estas se misturando com identificações; percebem-se as pessoas mais

como representações de imagens do que como pessoas. (ver págs. lOl e seg.). As

personalidades neuróticas, que permanecem temerosas dos seus impulsos a vida inteira, dão por

isto, muitas vezes, a impressão) de adolescentes.

A análise das personalidades neuróticas propicia oportunidade ampla a que se

estudem vários tipos de reações patológicas a fatos cotidianos. Os conflitos latentes

impossibilititam reações adequadas; os fatos banais são falsamente compreendidos em

função do passado, tentações ou castigos. A discussão dos fatores precipitantes das

neuroses (ver págs. 422 e segs.) mostrou exemplos do que estamos dizendo.

Mais uma vez se mencionem as personalidades geralmente frígidas e as pseudo-

hiperemocidonais: tanto um tipo quanto o outro são incapazes de contato sentimental piei no e

caloroso com outras pessoas; pelo contrário, desenvolvem pseudo-contacetos substitutivos de

vários tipos, quase sempre disfarçando interesses narcísicos sob a capa de interesse pelos

objetos (cf. 1600).

Fixações em Pré-Estádios do Amor

O desenvolvirrnento do amor e do ódio é processo psicológico demorado (ver págs. 75 e

segas.). Qualquer estádio deste desenvolvimento pode ser conservado ou revivido em casos

patológicos. O "amor" do bebé consiste em tomar apenas; ele reconhece os objetos na medida

em que deles precisa para satisfazer; podem desaparecer quando esta satisfação é alcançada; a

satisfação necessária é, ao tneísmo tempo, sexual e narcísica. Certos entes humanos per-

manecem fixados rneste nível; em todas as suas relações com os outros, a exigência única é a

ssatisfação das necessidades imediatas. Para eles, o ambiente serve para lhes regular a auto-

estima.

Certos tipos, aiissim dependentes de provisões externas, mais não querem do que

corresponcker às expectativas presumidas de outras pessoas; não têm personalidade própfría

realmente definida, mas são aquilo que julgam que os outros esperam que sejam. Mudam de

todo conforme as pessoas da situação imediata. As identifiiicações destes indivíduos são

múltiplas, evanescentes; dão a impressão de não ter coisa alguma estável em sua estrutura

(1334, 1537). A atitude delas é que mais fácil é assumir o risco de serem recusadas se desem-

penharem o papel de outra pessoa, papel que pode ser abandonado com a mesma facilidade

com que se tira um vestido.

A identificação é o primeiro tipo de relação objetal. Existem variantes adultas de relações

objetais infantis, que resultam do fato de todas as relações objetais permanecerem

excessivamente baseadas em identificações.

Os "caracteres orais" facilmente se enredam no círculo vicioso típico: o próprio ato de

pedir provisões os faz temerosos da intensidade da sua solicitação; precisam de mais provisões,

por esta forma mais temerosos ficando; precisam de objetos para um fim apenas: que lhes

fiquem perto, tal qual a mãe junto ao filho amedrontado, fazendo o papel de pacificadores,

protetores. doadores de provisões; enfim, "ajudantes mágicos" (653).

Aqueles que por esta forma são dependentes do ambiente estão fixados no nível do

desenvolvimento do ego em que já se lhes perdera a onipotência original, eles lutando por

recuperá-la. Em certas condições, o período ainda mais arcaico do narcisismo primário que,

subjetivamente, não precisava de quaisquer objetos e era inteiramente independente (porque os

objetos externos davam assistência como era de esperar pode ser conservado ou regressivamen-

te recuperado nos estados neuróticos. Existem personalidades introvertidas que vivem como se

ainda estivessem no estado de realização alucinatória de desejos; pessoas estas para as quais o

pensamento substitutivo fantástico tomou inteiramente o lugar de qualquer pensamento

preparatório (ver págs. 43 e seg.): excêntricos que mais ou menos conseguiram recuperar a

segurança do narcisismo primário e que sentem: "Nada pode acontecer comigo." A análise

destas pessoas revela que um ambiente excepcional lhes poupou, na infância, os conflitos

cotidianos com a realidade, conflitos que obrigam as outras crianças a renunciar aos estádios

arcaicos do repúdio do desprazer e a voltar-se para a realidade (ver pág. 411).

Aquele que manifesta comportamento "onipotente" desta ordem e que parece ser

particularmente "independente" exerce efeito fascinante especial sobre todas as personalidades

já descritas que precisam de ajudantes mágicos. É um comportamento narcísico que não dá, às

pessoas dependentes esperança alguma de qualquer amor verdadeiro e que, pelo contrário, as

estimula à identificação pronta; os "partidários", unidos em sua fascinação comum, lutam por

obter participação no poder do narcisista "onipotente" (1200).

Os tipos talentosos de "introvertidos" podem encontrar contato renovado com o mundo

objetivo como artistas cujas criações abrem um caminho de volta à realidade. Outros

introvertidos fracassam, quando as dificuldades da vida excluem a retirada habitual para a

fantasia ou para algum pseudocontatô substitutivo, até então eficaz.

Os introvertidos que (supõe-se) são subjetivamente independentes de objetos reais (o que,

objetivamente, só são enquanto têm alimento e dinheiro) voltam a tornar-se, subjetivamente,

muito dependentes sempre que fatos externos (por exemplo, a perda de "seguidores" ou

fracassos inegáveis) os fazem duvidar da sua onipotência. Nestas situações, eles tornam a

precisar da participação na onipotência projetada e, então, o desejo de identificação com os

objetos os faz muito dependentes (1250). Ao passo que os devaneios eróticos são, em geral,

independentes da realidade (e este lhes é o próprio objetivo), os devaneios daqueles cujas

necessidades eróticas ainda são narcísicas e cujas relações objetais ainda são identificações

dependem, de fato, do comportamento real dos seus objetos. A necessidade que eles sentem

podem ser assim formulada: O outro indivíduo deve comportar-se de tal forma que possibilite a

identificação desejada; mais precisamente: deve ser aquilo que a própria pessoa gostaria de ser,

de modo que, por empatia, ela possa tornar a participar no seu próprio ideal. O objeto tem de se

comportar de certo modo; o objeto tem de se comportar de maneira a admitir a identificação de

que o sujeito precisa como provisão narcísica (1449, 1575).

As pessoas deste tipo tentam, pela força, pela adulação, por todos os meios mágicos,

influenciar os objetos no sentido, diretamente, de que lhes forneçam as provisões necessárias

(tal qual costumam proceder os caracteres orais) e também no sentido de que se comportem de

maneira especial que corresponda ao ideal do sujeito. É o que se pode exprimir da seguinte

forma: As pessoas narcísicas podem, na sentença narcísica. "Eu me amo" projetar o "me" para

outra pessoa e, depois, identificar-se com esta pessoa de modo a desfrutar o sentimento de

serem amadas por si mesmas. Para consegui-lo, precisam que os objetos se comportem tal qual

o seu desejo inconsciente de identificação deseja que se comportem. Pode acontecer que, afinal,

os pacientes venham a ser governados apenas pelo desejo de induzir o objeto a fazer aquilo que

querem que ele faça. Isso não é identificação propriamente dita; não é que o ego assuma as

características de um objeto; a rigor, o que há é que um objeto tem de ser induzido a assumir

características do ideal do ego e que o ego, empaticamente, possa desfrutar, por sua vez, as

mesmas características (353). Este mecanismo, em geral, utiliza-se tanto pelo prazer narcísico e

erógeno quanto como defesa contra angústia. Os pacientes gostariam de saber de antemão o

que é que o objeto vai fazer; gostariam de saber se o objeto há de proceder conforme o ideal do

ego deles próprios.

Freqüênte mecanismo pelo qual este fim se realiza é o "gesto mágico" que Reik

descreveu sob a rubrica de "antecipação" (1296). Certa pessoa comporta-se como quer que o

objeto se comporte, movida pela expectativa mágica de que a vista deste gesto forçará o objeto

a imitá-lo. Na realidade, o gesto mágico não é antecipação do que o objeto vai fazer, e sim do

que a pessoa deseja que o objeto faça.

Claro, portanto, que o gesto mágico difere da "empatia" objetiva, a qual consiste

em identificação temporária com um objeto para o fim de antecipar aquilo que o objeto

vai fazer. As identificações de ensaio com o fim de promover a empatia desempenham

papel básico nas relações objetais normais e podem ser estudadas de modo especial

quando se analisam as maneiras por que trabalha o psicanalista (518). As identificações

de ensaio com o fim de promover a empatia são repetição dos tipos arcaicos da

percepção em geral, tipos estes que se caracterizaram pelo fato de se realizar em duas

etapas: (a) identificação imitativa com o objeto e (b) obtenção da conscientização das

alterações da personalidade do indivíduo e, desta forma, das alterações do mundo

exterior. Por forma análoga, consiste a empatia em dois atos: (a) identificação com a

outra pessoa e (fa) conscientização dos sentimentos próprios após a identificação: daí,

conscientização dos sentimentos do objeto (132. 975. 1598).

O gesto mágico é provável que constitua modelo de todas as funções do ego que se

caracterizam pela capacidade que este tem de "antecipar" o futuro.

Ambivalência Persistente

Outro arcaísmo que se vê em personalidades neuróticas é a indevida ambivalência em

todas as relações objetais, isso sendo característico de todos os neuróticos que têm,

inconscientes, objetivos instintivos infantis. Visto que estão nerseguindo, na realidade, um

objetivo que não se pode realizar, irão experimentar, necessariamente, desapontamentos em

todas as relações objetais; dem experimentar esta frustração como repetição daquelas que

experimentaram em crianças e podem a elasreagircom a mesma agressividade com que já

reagiram às frustrações originais. A vingança é tipo especial da antiga "anulação" mágica das

frustrações ou humilhações, vingança baseada em identificação com 0 agressor. Existem

pessoas cuja necessidade inconsciente de vingança obscurece todas as demais necessidades e

transtorna qualquer tentativa de relação objetal positiva, nesta categoria incluindo-se o "tipo de

vingança" do complexo feminino de castração (20). Outros tipos são governados não

diretamente pela necessidade de vingança, mas, sim, por formações reativas contra a mesma.

Ciúme

Incapacidade de amar baseada em ambivalência profunda também se vê naqueles tipos

cujas relações objetais são governadas pelo ciúme (113, 426, 607, 897, 1089, 1314, 1494).

Pode o ciúme ocasional corresponder à intensidade dos sentimentos amorosos, mas aqueles

tipos nos quais o ciúme é característica onipresente são, justamente, aqueles que não podem

desenvolver amor autêntico porque todas as suas relações se mesclam a uma necessidade narcí-

sica. Mais do que certamente, o ciúme não assume intensidade máxima nos casos em que, até

então, hajam sido máximos o amor e a gratificação; aqueles que são predispostos ao ciúme são,

pelo contrário, os que estão sempre e com presteza mudando os seus objetos; que têm ciúme até

de objetos pelos quais não tinham interesse especial até que uma circunstância estranha lhes

desperte o ciúme. Fosse o ciúme simples reação dolorosa a uma frustração, esperar-se-ia que

fosse rejeitado tanto quanto possível; na realidade, o ciúme costuma apresentar a característica

oposta: inclinação a importunar e a se tornar obsessivo, o que mostra que a adesão às ideias

inconscientes de ciúme serve à repressão de coisa diferente.

A mistura de depressão, agressividade e inveja com que o ciumento reage à perda do

amor revela intolerância especial a esta. E o medo da perda de amor é mais intenso nas

personalidades para as quais ela significa diminuição da auto-estima. Até o apego aos bens

materiais pode preencher, no que toca à auto-estima, a mesma função que outras provisões

externas; daí compreendermos que uma sociedade em cuja ideologia se vê o cônjuge como

propriedade do outro por esta forma acresça a probabilidade de que o ciúme se desenvolva

como meio de lutar pela obtenção de auto-estima.

O caráter obsessivo do ciúme deve-se, em primeiro lugar, ao fato de que a situação atual,

que despertou o ciúme, recorda à pessoa uma situação semelhante anterior, que terá sido

reprimida. O fato de uma humilhação atual existir no primeiro plano ajuda a manter no

inconsciente uma humilhação passada. Todavia, a frustração inerente ao complexo de Édipo,

base, certamente, de todo ciúme (585), toda a gente a terá experimentado, até aqueles que não

são Propensos ao ciúme posteriormente. Neste particular, foi Freud quem indicou a explicação

pela ideia que teve do ciúme paranóico(574, 607) .Na paranóia, o ciúme serve à rejeição, por

projeção, de dois tipos de impulsos: impulsos à infidelidade e impulsos ao homossexualismo.

Tanto um quanto outro tipo de impulsos desempenha também papel, certamente, no ciúme

normal. O ciúme desenvolve-se sempre que uma necessidade de reprimir impulsos à

ínfidelidad e ao homossexualismo coincide com a característica intolerância à perda de amor.

Jones descreve a dependência narcísica do ciumento em relação ao seu objeto ("Para os

homens deste tipo, o amor representa recurso terapêutico que se supõe capaz de curá-lo de um

estado mórbido"). No entanto, este autor acentua menos o mecanismo (oral) primitivo da

regulação da auto-estima; e enfatiza mais a profundidade dos sentimentos de culpa

inconscientes que têm de ser contrabalançados por satisfações narcísicas. Jones também

enfatiza que nas pessoas deste tipo. o anseio intenso de obter dos seus objetos alguma coisa

coincide com medo intenso de gratificação do mesmo anseio. Esta ansiedade pode ser a causa

da fuga incessante de objeto para objeto (1218). Diz Jones: "A infidelidade marital tem, com

maior frequência do que se crê, origem neurótica; não revela liberdade, nem potência, mas o

contrário" (897). Mais frequente ainda do que o medo neurótico dos vínculos é, contudo, uma

vinculação neurótica, o medo de qualquer mudança de objeto.

Inibições Sociais em Pontos de "Complexos"

Até pessoas menos profundamente transtornadas têm dificuldade em julgara realidade

naqueles pontos em que a ansiedade e as tentações inconscientes são excessivas. Os neuróticos

são pessoas que se mostram sensibilizadas naqueles pontos em que se lhes localizam os

"complexos", pontos nos quais não conseguem manter perspectiva objetiva nas suas relações

objetais.

Os neuróticos sofrem pela persistência do complexo de Édipo. O fato desta persistência

transtornar, necessariamente, as relações objetais do momento pela produção de falsos-juízos,

insatisfações e desapontamentos resultantes manifesta-se, antes de mais nada, nas

características da vida amorosa.

Freud descreveu uns tantos estados de amor devidos à persistência do complexo de

Édipo (572): são a "necessidade de um terceiro ofendido", o "amor da meretriz", a

formação de "extensas cadeias de objetos amorosos", as fantasias que giram em volta da

ideia de "salvar o ente amado" e, íast, but not least, a clivagem entre a ternura e a

sensualidade. Abraham descreveu tipos de "exogamia neurótica" , que lutam contra o

perigo do incesto em todas as relações humanas (10).

Pelo fato de que "o comportamento do ente humano, nas questões sexuais, vem a ser,

muitas vezes, protótipo da totalidade das suas outras modalidades de reação à vida" (561), as

manifestações de um complexo de Édipo indevidamente persistente não se limitam à vida

amorosa propriamente dita, mas se vêem em todos os tipos de relações sociais. São inúmeras as

ilusões e os desapontamentos.

Também a pessoa normal, quando escolhe objetos conforme o tipo anaclítico

(585), seleciona-osporcausa das semelhanças respectivas com objetos infantis; mas o

papel desempenhado pela semelhança à seleção se limita. A pessoa normal sabe

perceber as verdadeiras características do objeto real e adequadamente reagir; mas o

neurótico, cujo complexo de Édipo não foi resolvido, falsamente julga os seus objetos,

neles, mais não vendo do que representantes de objetos passados. A mesma diferença que

existe entre " normal" e "neurótico" se vê na escolha de profissão. A pessoa normal

também é capaz de escolher a sua profissão por força de motivos instintivos

inconscientes. O neurótico, entretanto, pelo fato de persistirem em seu inconsciente os

impulsos instintivos originais, não conseguirá adaptar-se às tarefas objetivas da sua

profissão, mas procurará, no trabalho, apenas satisfações infantis; trabalhará sem

eficiência e sofrerá decepções.

A forma particular do complexo de Édipo individual vai determinar a índole específica

dos transtornos que ocorrerão, posteriormente, nas relações objetais. Os transtornos

caracterológicos possíveis que resultarem são tão múltiplos quanto as experiências infantis

(418, 828, 1275, 1458). A situação familial (ou que substitua a família), o número e a idade dos

irmãos, a idade em que se experimentaram os conflitos decisivos e o conteúdo destes

determinam o quadro

A relação entre a idade dos irmãos e o desenvolvimento de certos tipos de

carátertem sido estudada em vários exemplos. Um filho único tem o complexo de Édipo

mais intenso e, portanto, corre o maior perigo de não se ajustar de modo adequado (195,

637, 1116, 1339). O primogénito tem a oportunidade máxima de identificar-se com o pai

e de exercer autoridade sobre os filhos mais novos; o caçula corre o risco de ser

mimado; o filho do meio, de não receber suficiente afeição (827, 1342). A morte

prematura de um dos pais dispõe a criança a desenvolver uma espécie de caráter oral e

acresce o apego ao pai sobrevivente, além do medo de perder amor (168, 355, 979,

1325). Os gêmeos com facilidade desenvolvem ambivalência e ciúme, mescla de

sentimento de dependência (no sentido de precisarem de suplemento com que se

tornarem completos) e acentuação reativa formação de caráter típicos e específicos

(760); os problemas dos filhos adotivos são semelhantes, se bem que exibam traços

próprios (97). O caráter fantástico do complexo de Édipo das crianças que crescem

absolutamente fora de qualquer família também reflete as subsequentes elaborações

caracterológicas destes complexos de Édipo (250, 979).

O mesmo vale para as formas especiais várias do complexo de Édipo criadas pelo

caráter dos pais (418, 658, 1275, 1458). Um pai "fraco" predispõe os meninos ao

homossexualismo (555); a "superproteção materna" predispõe-nos aos tipos dependentes

passivos de controle (1041); a instabilidade severa dos pais conduz a transtornos do

superego (31, 1266).

Há muitas pessoas que, em certas condições, aprendem a superar as suas dificuldades

com os objetos, mas tornam a sofrer por causa delas quando estas condições não se realizam. É

mais do que comum as pessoas se comportarem de modo relativamente normal com aqueles

que julgam inferiores, mas se mostrarem esmagadas por temores, inibições, necessidades

narcísicas, quando enfrentam gente superior ou de posição igual. Outras desenvolvem

inclinação apenas por pessoas de menos idade; se são homens, apenas por mulheres; se são

gentios, apenas por judeus etc...

As condições que, em pessoas inibidas nas relações objetais, produzem isenção

relativa de transtornos não se restringem, necessariamente, à escolha de pessoas

inferiores. Toda característica humana pode assumir aspecto tranquilizador ou

ameaçador conforme a história anterior do indivíduo. Aquilo que recorda tran-

quilização acalma; o que recorda antigas ameaças faz-se ameaçador. Nos neuróticos

obsessivos, as reações às pessoas sofrem a influência das "classificações neuróticas" que

o paciente estabelece (71): toda pessoa é, consciente, ou incons cientemente, enquadrada

numa categoria ou noutra, isso determinando o tipo de comportamento do paciente.

Pseudo-Sexualidade

Categoria de relações pseudo-objetais que tem importância especial é a da pseudo-

sexualidade. Atos aparentemente sexuais servem a fins defensivos-podem visar a contradizer a

existência de objetivos sexuais perversos pela ênfase dos objetivos normais; ou visam a negar

inibições e a combater angústias e sentimentos de culpa — em geral, pela satisfação de uma

necessidade de tranquilização mediante ganhos narcísicos. A presença de objetivos narcísicos

ou infantis é capaz de transtornar a potência ou a excitabilidade sexual. Há outros casos em que

o curso fisiológico do ato sexual dá a impressão de normal; mas, se uma pessoa cuja

sexualidade haja, de fato, permanecido infantil tenta rejeitar uma angústia antagónica pela falsa

execução de atos de sexualidade adulta, estes atos jamais conseguem produzir gratificação

plena. As pessoas são "orgasticamente impotentes" (1270). Os objetivos narcísicos na pseudo-

sexualidade transtornam a sexualidade tal qual os objetivos sexuais inconscientes, na abasia

histérica, transtornam a marcha (1399).

Em certo sentido, no neurótico, todo desejo sexual infantil tem caráter defensivo, na

medida em que a ansiedade faz que ele substitua a sexualidade genital adulta.

O melhor exemplo é o orgulho que uns tantos neuróticos obsessivos têm da sua potência.

Atenuando o seu temor por várias formas, os pacientes deste tipo são capazes de realizar o ato

sexual e de nele desfrutar prazer funcional narcísicos; sentem até, às vezes, certo prazer sexual,

mas jamais o relaxamento complexo do orgasmo pleno. O comportamento sexual aparente

destas pessoas é isolado das suas exigências sexuais emocionais por uma camada de ansiedade

que, se interpola; o comportamento sexual é inautêntico e rígido (1600). Groddeck, que tinha

muito gosto pelos paradoxos, disse, certa vez, glorificando o amor: "Um olhar, um toque da

mão podem ser o clímax de uma vida humana. Não é verdade que o contato sexual represente a

culminação da vida erótica. Na realidade, ele entendia." Claro que esta valoração só se aplica a

quem tenha distúrbio sexual severo, mas se as pessoas nestas condições se envolvem no

comércio sexual, é por impulsos outros que não genitais que o fazem.

As fantasias sexuais de uma paciente tinham, essencialmente, a função de negar

certas experiências sexuais dos primeiros anos de vida, por esta forma servindo,

primariamente, como defesa. Viu-se que havia uma interrupção na história da sua

masturbação. Em seguida a uma experiência que tornara a mobilizar a angústia ligada a

uma cena primária muito antiga, ela tinha parado de masturbar-se; passados alguns

anos. recomeçara, com grande intensidade, como se fosse uma espécie de atividade

compulsiva de caráter completamente diverso. Mostrou a análise que a nova

masturbação fora medida defensiva: ela queria combater a sua angústia, convencendo-se

do seguinte: "Não tenho medo do meu próprio corpo, porque ele me dá prazer."

Em regra, a pseudo-sexualidade serve para combater sentimentos de inferioridade

ou angústia de castração; para obter satisfações narcísicas e descargas de desejos

agressivos e pré-genitais ocultos. O êxito sexual pode implicar uma série de significados

inconscientes. Para certo homem, tinha significado anal franco: as namoradas eram,

para ele realizações concretas no sentido em que o haviam sido, na infância, as fezes.

Com mais frequência, o significado do êxito é erótico-uretral, porque a ambição é traço

caracterológico erótico. Mais frequentemente ainda, a necessidade de êxito sexual em

ambos os sexos enraiza-se no complexo de castração. "Tenho de castrarpara evitarque

me castrem." Há vezes em que as experiências sexuais são necessárias para provar que

"Outras pessoas gostam também destas coisas feias" (verpág. 462, discussão da partilha

da culpa, págs. 411 e segs., hipersexualidade, e pág. 355, adictos do amor).

Há homens pseudosexuais que, à primeira vista, parecem muito normais e até

altruístas porque se mostram particularmente interessados em satisfazer as parceiras; no

entanto, deixam de ter consideração por elas depois que realizam a sua satisfação

sexual. Na realidade, nunca se interessaram pela felicidade da parceira, mas apenas

quiseram provar que são capazes de satisfazê-la. Assim que sabem possuir estas

capacidades, deixam de interessar-se pela mulher e até põem-se a, cismar se terão o

mesmo êxito com a mulher seguinte. Isso pode condensar-se com identificação

inconsciente com a mulher.

Muitas vezes, as identificações que servem para tranquilizar vários temores

mascaram-se de "amor". Certos homens "femininos", cujas tendências fálicas hajam sido

reprimidas em conexão com o relacionamento dos primeiros anos com o pai, podem,

temerosos do seu homossexualismo, desenvolver comportamento pseudo-sexual em

relação às mulheres, comportamento que se caracteriza por tendências de identificação e

pré-genitalidade. Pessoas dos dois sexos são capazes de usar os parceiros sexuais tal

qual usavam a mãe, quando eram crianças, fazendo-a ficar-lhe à cabeceira quando

estavam com medo.

A diferença entre a sexualidade reativa e a autêntica é, em muitos casos, impressionante;

a sexualidade reativa tem as mesmas características que qualquer formação reativa; é

espasmódica, inibida no objetivo; revela a ansiedade subjacente em atos sintomáticos, consome

grande quantidade de energia. Por vezes, no entanto, as características reativas são menos

manifestas.

Certos críticos têm censurado Freud por exemplificar todas as manifestações neuróticas

como sexuais. Enfatizam o fato de que os atos sexuais se praticam, às vezes, por amor do poder

ou do prestígio. Está certo, sim, e inegavelmente erraria o analista que não percebesse a índole

falsa do comportamento pseudosexual. Entretanto, as necessidades narcísicas dos pacientes que

buscam poder e prestígio não são os seus "instintos verdadeiros" inatos, em contraste com a

sexualidade; estas necessidades devem, sim, ser analisadas em função das vicissitudes dos

conflitos instintivos dos primeiros anos.

Segue-se um exemplo da génese de um caráter, baseado em comportamento

pseudo-sexual. Uma mulher sofria de uma série de dificuldades neuróticas graves, de

caráter ciclotímico. Os sintomas mostravam que não conseguira resolver conflitos

sádico-orais. Em contraposição a outras preocupações severas, ela não se sentia em

absoluto preocupada com a sua sexualidade, área esta em que sentia que tudo estava em

ordem. Tinha contato sexual freqüênte com homens diversos, sem parecer ser frigida. Em

geral, desempenhava o papel da sedutora e procedia como estes homens de maneira

maternal, meiga, amistosa. O caráter inócuo do seu comportamento sexual era de tal

forma marcado que não houve dificuldade em perceber que representava formação

reativa contra tendências agressivas. Esta formação reativa estruturara-se através de

identificação com a mãe, que, embora freqüentemente severa e frustradora, fora

particularmente bondosa e dedicada à paciente durante uma longa doença infantil. Daí

poder-se parafrasear o comportamento sexual da paciente da seguinte maneira: "Não

quero ofender os homens; quero até ser tão boa com eles quanto minha mãe foi comigo

na minha doença". A análise mostrou que a paciente considerava, inconscientemente, a

doença que sofrera como punição de comportamento agressivo anterior. A bondade da

mãe, que era tão diversa do seu comportamento habitual, representava, pois, perdão. A

criança defendera-se contra temores de retaliação (temores que a doença mobilizara)

apegando-se à mãe, que, então, tantos cuidados lhe dera: mais tarde, a paciente

identificou-se com a mãe bondosa.

Quando, criança mais crescida, se desapontou com os amigos de mais idade;

quando se sentia ofendida, procurava amigos mais jovens que pudesse proteger,-de modo

que o comportamento meigo e bondoso era defesa contra a agressividade e também

contra o medo de uma represália.

Prosseguindo a análise, viu-se que o caráter da paciente correspondia à estrutura

característica da hipersexualidade feminina. Inconscientemente, o seu interesse pelos

homens significava, exclusivamente, interesse pelo pênis. A ternura, na realidade,

dirigia-se para o pênis, que era também o objeto original da agressividade subjacente. O

que era rejeitado pelo seu comportamento amistoso e meigo eram conflitos centrados em

ideias sádico-orais de incorporação do pênis. Os homens com os quais se portava

ternamente eram escolhidos à base de uma opção objetal narcísica, de modo a poder

tratá-los tal qual queria ser tratada pela mãe: fundamentalmente, era com o pênis destes

homens que ela se identificara.

Mais adiante, a análise revelou detalhes da história da agressão sãdico-oral contra

o pênis. atitude esta que, originalmente, se desenvolvera em seu relacionamento com a

mãe. Um interesse esquisito por cemitérios e tudo que se ligasse a este assunto era

característico da paciente. Na adolescência, costumava passar horas seguidas,

devaneando, em cemitérios. Imaginava que os mortos fossem particularmente "pacatos".

Por trás do caráter pacato e meigo do seu interesse pelos mortos, o que havia era

também, oculto, um interesse sensual e agressivo intenso por eles. A idéia de ficar

sentada, calmamente, numa sepultura, vale dizer, de estar pacatamente unida a pessoas

enterradas, representava tentativa feliz de contestar os seus desejos sensuais de morte

contra a mãe, mais os temores correspondentes de retaliação, tal qual ela veio, mais

tarde, a negar angústias análogas pelo seu comportamento meigo para com os homens.

Também aí se viu que o medo da morte provinha do tempo em que estivera doente. A

severidade anterior da mãe precipitara desejos sádico-orais intensos; durante a doença,

fora bondosa, aliviando o medo da morte da garota. Eram estas as causas subjacentes do

uso posterior que a paciente fazia da meiguice e da sexualidade como recurso com que

combater a ansiedade.

O comportamento sexual da paciente, expressão de excitação sádico-oral

profunda, tinha a estrutura de um sintoma neurótico. Entretanto, a expressão aparente

desta excitação, após a interferência da ansiedade, já não era oralmente sádica, mas

pseudogenital. O comportamento genital não correspondia a impulsos genitais

autênticos, e sim ao desejo do ego de controlar as tentações sádico-orais perigosas.

Acreditava a paciente amar objetos qué, na realidade, temia. Não surpreendeu o fato de

que, no decurso da análise, a paciente fosse temporariamente frígida (423).

Refletem-se também no comportamento extra-sexual os transtornos das relações objetais

sexuais. As formas inibidas no objetivo do contato social e as identificações, que contêm a

agressão e, por esta forma, são a base de todas as relações sociais podem ser transtornadas.

Também aí uma necessidade narcísica esmagadora de provisões externas e de "aceitação"

podem impossibilitar nualquer adaptação verdadeira à realidade das condições sociais.

Como a sexualidade, também -a agressividade mostra, às vezes, a tríplice tratificação

característica; agressividade reativa — ansiedade — agressividade original. Não são só as

pessoas extremamente bondosas que atormentam os outros com a sua bondade excessiva; além

dos indivíduos complacentes passivos, que ocultam uma agressividade a ser revelada pela

análise, existem afoitos que supercompensam as suas inibições agressivas (435, 1263). Há

casos em que as "neuroses profissionais" se baseiam em conflitos centrados na agressividade

deste tipo.

Tal qual a sexualidade reativa difere da sexualidade autêntica, também difere da

autêntica a agressividade reativa. Um paciente, que, na aparência, tendia para a

submissão, sempre ansioso por agradar aos que o cercavam, revelou a seguinte história

infantil: Após período inicial de mimos orais, fora exposto a frustração súbita;

desenvolveu, então, cóleras intensas; também houve época de forte sadismo, no qual

gostava muito de torturar animais. O caráter que veio a desenvolver era formação

reativa a esta agressividade. Sob a forma distorcida de "terceira camada", entretanto, o

sadismo voltou a se mostrar. Apesar da submissão, o paciente era arrogante, mal

dizendo, sempre agressivo por forma indireta.

Angústia Social

Quando nos ocupamos das atitudes patológicas em relação ao superego, deixamos para

depois a discussão da "angústia social". O medo constante de ser criticado, excluído, punido

liga-se muito de perto ao efeito da *vergonha* (ver pág. 128); e situa-se a meio-caminho entre o

medo infantil da castração ou a perda do amor e a consciência pesada do adulto. O conteúdo

original das angústias infantis já não é manifesto, mas o perigo não está internalizado.

A consideração das reações do ambiente aos atos do indivíduo desempenha papel

importante em todas as relações humanas. De fato, por muitas formas, toda existência

individual depende da maneira por que o indivíduo enfrenta as reações alheias. É o que se pode

chamar o componente racional do temor social. Muito bem fundado que é, pode-se até dizer

que o juízo objetivo das reações prováveis do ambiente tem de substituir, nas pessoas normais,

as reações rígidas e automatizadas do superego do período de latência e da adolescência. O

desenvolvimento pleno do princípio da realidade; abrange certa re-projeção razoável de partes

do superego para o mundo externo.

Este componente.racional do medo social, terminantemente, não é patológico; pelo

contrário, a ausência respectiva, a incapacidade de prever reações Possíveis ("falta de tato") é

que é patológica, indicando transtorno do senso da realidade.

Patológico, contudo, é quando a angústia social obscurece todas as demais relações

objetais, ou quando o juízo de críticas e castigos esperados é, objetivamente, errado. A angústia

social deste tipo representa ou uma parte do temor infantil dos pais, que nunca se internalizou

de todo, ou uma reprojeção do superego no ambiente.

A primeira variedade do exagero da angústia social deve considerar como corolário do

aumento da ambivalência. Quem odeia a toda a gente há de temer a toda a gente. É comum

verem-se os neuróticos obsessivos particularmente corteses, dóceis, atenciosos, o que exprime

formações reativas que se opõem a tendências agressivas; como pode representar tentativa de

restabelecer a auto-estima do indivíduo (perdida ou ameaçada por sentimento de culpa

mediante apelo ao juízo e à clemência alheios (ver pág. 274 e seg.). Compreende-se que todo

aquele que precisa da opinião alheia para manter o seu próprio equilíbrio psíquico receie esta

opinião; de modo particular, quando sente que de fato, odeia aquele ou aquela cuja opinião vai

ser decisiva. Estas pessoas precisam ficar em bons termos com os seus semelhantes, mas a

ambivalência respectiva dificulta isso, justamente, e muito. Variedade impessoal deste tipo de

angústia vê-se no medo do fracasso do artista, ou no medo do palco do ator, o qual precisa do

aplauso para aliviar o seu sentimento de culpa. Os conflitos instintivos originais entre o

paciente e a pessoa cuja introjeção deu origem ao superego tornam a se refletir nos conflitos

que ocorrem entre o paciente e aqueles cujo julgamento receia. As ideias de perdoar e punir

são, às vezes, secundariamente sexualizadas.

Angústia social semelhante marca-se ainda mais em pessoas que têm fixações orais e cuja

auto-estima ainda depende da obtenção de provisões externas. Nelas,a angústia social significa

medo de perder esta provisão vital. Não só anseiam por ser amadas, mas não suportam a

situação de não serem amadas. Ficam agitadas, quando percebem que alguém a quem não dão

importância alguma importância alguma lhes dá; o medo de perder a afeição dos demais é tão

grande que chegam a ter medo de perder uma afeição que jamais tiveram.

Há pessoas que, suficientemente desenvolvidas, já não têm a sua auto-estima regulada

exclusivamente pela obtenção de afeição externa, e sim pela realização de exigências ideais. No

entanto, não é a própria pessoa que decide se um ideal está ou não realizado; esta decisão ela a

deixa a pessoas que a cercam. Estes indivíduos não precisam de "afeição", mas de

"confirmação". Existem estádios de transição para ideias paranóides de referência naqueles que

se sentem criticados pelos outros sempre que, de fato, estão descontentes consigo mesmos.

Um paciente impotente deste tipo costumava agachar-se atrás da pessoa que

estava na sua frente, sempre que ia ao cinema. Escondia o rosto com a gola do casaco

levantada: não queria que o vissem sem mulher, de medo que soubessem da sua

impotência e rissem dele.

A predominância do medo da perda de amor na angústia social não deve levar à

conclusão de que a angústia de castração não desempenhe papel; pelo contrário, é muito

freqüênte vê-la, evidente, na base da angústia social. São muitas as pessoas governadas pela

preocupação constante de manter os favores dos médicos, dentistas, barbeiros, alfaiates (170,

498).

Estas "imagens paternas", entretanto, não são apenas castradoras; também são

objetos homossexuais. O medo que se tem deles pode ser medo do desejo homossexual

pelo pai.

É comum a angústia social exigir a contenção enérgica de todos os impulsos agressivos e,

mais, o desenvolvimento da submissão, a fim de dispor favoravelmente o ambiente; por outro

lado, os pacientes que têm fixações pré-qenitais reagem com agressão violenta à frustração. Já

dissemos, mais de uma vez, que os conflitos entre a submissão e a agressividade são

característicos destas pessoas.

Deliberadamente, os pacientes deste tipo costumam ignorar ou falsear as ob-

servações ou o comportamento de outras pessoas, observações e comportamento que,

corretamente entendidos, os levariam a contradizer-se; não desejam destruir a

"cordialidade" de relacionamento algum. É insuportável a desarmonia, sobretudo

quando têm de se separar antes de deixar completamente esclarecido o desentendimento.

É freqüênte a procura da desejada harmonia pela renúncia a certas áreas de esforço em

favor do objeto: pelo "altruísmo", enfim (541). Na angústia social, a área a que se renuncia é,

em muitos casos, a da valoração. Os pacientes não se atrevem a decidir o que há de ser aceito e

o que rejeitado; querem apenas descobrir o que os outros esperam que eles façam para proceder

de acordo.

Não é sempre que se explica a angústia social pela internalização incompleta, ou pela

reprojeção do superego. Ela pode também resultar de uma forma patológica do superego. Com

muita correção, Hoffmann contrapôs o superego autónomo normal a um superego

"heterônomo". o qual, em lugar de exigir que o ego se porte de um modo "bom", exige que se

comporte de acordo com o que é esperado (803). É anormalidade que se vê quando os pais

hajam tido comportamento tão instável que o filho fica impossibilitado de prever que compor-

tamento da sua parte mais probabilidade terá de garantir a manutenção da afeição parental; daí

por que, renunciando a todas as tentativas de distinguir entre o que é bom e o que é mau, acaba

orientando-se conforme a exigência do momento. O superego heterônomo é o resultado mais

extremo da educação desordenada. A prevalência relativa dos transtornos caracterológicos

sobre as neuroses sintomáticas, nos últimos tempos, resulta da mesma inconsistência da parte

dos pais e educadores.

A eritrofobia é quadro sintomático neurótico em que predomina a angústia social. Já se

disse que, nestes casos, como nos de medo do palco, medo de exames, a idéia de ser julgado

por outros indivíduos substitui a ideia do contacto sexual com estes (96, 105, 118, 158, 405,

522, 585, 1085, 1256, 1481, 1568), (ver pág. 188). Nos casos de eritrofobia marcada, os

componentes paranóides interligam-se; aliás, todos os casos severos de angústia social tem

certas tendências paranóides, residindo a diferença, apenas, em que o Paciente que tem angústia

social sente: "As pessoas podem estar contra mim", ao passo que o paranóico sente: "As

pessoas estão contra mim". Nas ideias de referencia, esta projeção do superego resulta de

sexualização da relação entre o ego e o superego; noutros termos, após a regressão ao

narcisismo, o processo reparativo que se tenta pode apanhar somente a "esfera do superego". A

Projeção do superego apresenta-se, então, com o aspecto de busca de objetos Que se perderam

(ver págs. 401 e segs.). Vêem-se mecanismos semelhantes nas Personalidades esquizóides. A

alguma angústia social tem de se explicar como "medo de perder objetos.

Em todas estas conexões, há certo instinto parcial que tem importância funcdamental, a

saber, o exibicionismo. Vê-se no objetivo exibicionista um recuirso mágico com que

influenciar o espectador a que faça aquilo que se que que ele faça: ou mostrar-se, ou dar algum

tipo de afeição que tranquilize. Há ex periíências capazes de transformar este objetivo em

temor (ver págs. 322 segs;.).

O desejo obsessivo cie encontrar contrapeso para os sentimentos de culpa a necessidade

narcísica de fonte externa de provisão, a fuga à perda de objetos a seixualização regressiva de

sentimentos sociais e os conflitos em redor do exibicionismo não se excluem reciprocamente,

mas, de fato, suplementam-se entne si; e quase todos os casos de angústia social representarei

combinações destíes mecanismos. Entre os caracteres obsessivos, aqueles que têm muita

necejssidade narcísica, formada no período oral, tenderão, ulteriormente, a regular os conflitos

com o superego por meio de apelo ao ambiente, e não por meio de espiações auto-impostas:

tendência esta que, por sua vez, será mais forte; se o desenvolvimento inicial do paciente o tiver

compelido a tomar como substitutos das relações sexuais as relações que consistem em ser

observado e criticado (689, 940, 1389).

Toda relação objetal pode analisar-se quanto a participação relativa de fatorres que

ingerem, que eliminam e que conservam, ou retêm. Alexander des-crevceu análises deste tipo e

chamou-as "análise vectorial" de desejos objetais (44, 45). Quando discutimos os distúrbios

psicossomáticos lhe indicamos a utilização na compreensão dos órgãos acometidos (ver pág.

230). Quanto a outrcos fins. a análise vectorial parece menos se aplicar. De fato, as dificuldades

que «existem nas relações objetais não consistem em conflitos entre os três tipos básicios de

atitudes, mas, a bem dizer, em conflitos entre cada um deles e os temores ou os sentimentos de

culpa que se opõem. Mais ainda: os mecanismos de distorção não- permitem que se diga,

categoricamente, se os fenómenos psí-quiccos exprimem percentagem mais alta de atitudes de

"ingestão" ou de "eliminajção". Desejos de objetivos contraditórios podem existir simultâneos e

até encontrar derivados comuns; o mecanismo de distorção que consiste na "re-preseentação

pelo oposto" é capaz de fazer que uma atitude psíquica latente se apressente manifestamente

mascarada com o aspecto do seu oposto (552).

INTER-RELAÇÕES PATOLÓGICAS DAS CONEXÕES DE DEPENDÊNCIA DO

EGO

Discutimos as anormalidades que resultam da relação do ego com o id, o superego e o

ambiente. Ainda falta considerar o quarto tipo de anormalidade, a saber, os distúrbios que

resultam da modalidade de coordenação dos impulsos que Bemanam tias três fontes. Todavia, o

modo por que o ego condensa as suas várias tarefas, segundo o princípio da função múltipla,

depende da índole das tarefas; os transtornos que ocorrem nas relações para com as três

autoridades do ego também provocam distúrbios na aplicação deste mesmo princípio (1551)

Mas também neste particular só um ponto de vista dinâmico, e não estático, poderá solucionar

o problema em vista. Nas atitudes caracterológicas, os conflilitos entre impulsos e temores

podem estar relativamente congelados; mas é que a vida é processo em mutação constante;

impulsos rejeitados podem invadir, e invadem, as atitudes rejeitadas, a luta tendo de prosseguir

em nível difersente. Certo fenômeno não é, de forma alguma, nem impulso instintivo, nem

defesa contra o mesmo; os derivados se compõem de uma coisa e outra. n ego defensivo usa

forças "amansadas" do id e os instintos podem servir para conter outros instintos. É o que com

a máxima clareza mostra a supercompensação de um impulso mediante impulso oposto.

Na prática analítica, onde melhor se vê a relatividade dos conceitos "instinto" e

"defesa" é na aplicação da regra técnica "A interpretação começa pelo lado da defesa"

àquilo que se pode chamar "interpretação invertida da transferência" e "interpretação

sexual invertida" (438). O analista que dê uma interpretação da transferência diz,

esquematicamente: "Não sou eu para quem se dirigem os seus sentimentos. Você está,

realmente, visando a seu pai." Existem, porém, muitos pacientes que sabem o que é

transferência e se defendem contra uma excitação emocional emergente mediante alusão

à sua índole transferencial. Em casos assim, é necessária a "interpretação invertida da

transferência": "Você está excitado, agora, neste momento, não por causa de seu pai,

mas por minha causa." Só quando o paciente se convence disso é que se pode discutir a

origem daquela emoção. A "interpretação sexual" diz, esquematicamente: "Este ato não

sexual tem, de fato, significado sexual." No caso da pseudo-sexualidade, a "interpretação

sexual invertida" tem de ser dada primeiro: "Este ato sexual não é autêntico; é uma

defesa, expressão do seu medo dos instintos."

As atitudes defensivas que, depois de se transformarem em derivados, exprimem,

simultaneamente, exigências instintivas, Freud as comparou ao "mestiço humano" (590). Em

certo sentido, toda defesa é "defesa relativa", apenas; com referência a uma das camadas, é

defesa, mas, do mesmo modo, com referência a outra camada, é aquilo que se rejeita.

A harmonização das várias tarefas do ego baseia-se em requinte do equilíbrio interno, de

maneira tal que o ego não é esmagado pelas emoções, nem tem, ansiosamente, de rejeitá-las.

Os impulsos rejeitados, com a sua tendência a desenvolver derivados, prejudicam o juízo

objetivo da realidade; excluem o pensamento diferenciado e bloqueiam a capacidade que tem o

ego de organizar as suas experiências (527, 528, 534, 536). Laforgue falou na "relatividade da

realidade" (1004). A realidade não é a mesma para dois indivíduos, mas as realidades dos

caracteres não transtornados se assemelham mais entre si do que as realidades dos caracteres

neuróticos.

Assim, pois, temos que os caracteres dominados por formações reativas e orientados pré-

genitalmente são minimamente capazes de harmonizar as várias exigências. Para que isso se

realize é também a conquista da primazia genital que propicia .a maior segurança (25, 1272).

A ETIOLOGIA DIFERENCIAL DOS VÁRIOS CARACTERES E TIPOS DE DEFESA

Os fatores constitucionais não são acessíveis à abordagem psicanalítica. Daí residir o

problema em determinar a que extensão certa estrutura caracterológica ou certa preferência por

determinados mecanismos de defesa se podem entender *historicamente* como resultante de

conflitos instintivos específicos do indivíduo.

Os caracteres neuróticos, em lugar de reagir adequadamente às suas experiências,

respondem, de modo mais ou menos rígido, com os mesmos padrões reacionais; estão fixados

não só a certos níveis de exigências instintivas mas também a certos mecanismos de defesa. Até

pessoas normais, flexíveis e capazes de reação adequada, mostram "hábitos" neste particular.

Por definição caráter significa que certa constância vigora nas maneiras que o ego escolhe para

resolver as suas tarefas. O problema da fixação a certos mecanismos de defesa não é mais do

que um caso especial do problema mais amplo que consiste na relativa constância dos traços

caracterológicos em geral (369, 683). É contudo, o caso especial estudado com o máximo de

detalhes (100, 429, 541)

A fixação a certos mecanismos de defesa e atitudes caracterológicas depende do seguinte:

1. Da índole dos impulsos instintivos que mais do que quaisquer outros têm de ser

rejeitados. É o que melhor se vê nos exemplos de "caráter anal", "caráter oral", "caráter

uretral".

2. Da época a que foi experimentado o conflito decisivo. Quanto mais cedo surgiu o

conflito, tanto mais intensos são os transtornos posteriores. A lesão de um ovo de rã no estádio

bicelular é mais séria do que a lesão do girino. Assim também, os transtornos do período oral

são mais desastrosos do que os que ocorrem no período genital. Em certas idades, uns tantos

mecanismos de defesa e atitudes, por diversos motivos, avultam mais do que outros: por

exemplo, a introjeção e a projeção correspondem a um estádio muito arcaico; a simples

regressão é mais arcaica do que a repressão; a formação reativa exige maior atividade da parte

do ego. Igualmente importa o estádio específico da evolução dos instintos. Se a proibição

enfrenta um impulso instintivo nascente, o desenvolvimento dos instintos em causa pode ser de

todo bloqueado, excluindo tanto satisfações posteriores deste instinto quanto a sua sublimação,

por esta forma prejudicando as possibilidades desenvolvimentais da personalidade. No entanto,

caso a frustração ocorra depois que o instinto já se desenvolveu, diferem as consequências. O

instinto já não pode ser realmente bloqueado, mas pode ser excluído do resto da personalidade,

isso suscitando os tipos de defesa que exigem dispêndio constante de energia contra-catéctica.

3. Do conteúdo e intensidade das frustrações e da índole dos fatores frustrantes. A

personalidade do pai frustrador tem importância tanto porque a sua atitude e, bem assim, o seu

relacionamentoanterior com a criança determinam a maneira pela qual esta experimenta a

frustração quanto porque, em geral, uma frustração gera reação ambivalente para com a pessoa

frustradora, isso resultando, às vezes, em identificação com ela; a criança torna-se, então, se-

melhante ou marcadamente dessemelhante a pessoa frustradora (ou a certo aspecto desta).

4. Da disponibilidade ou não de outras gratificações substitutivas à época da frustração.

As vias que se abrem a substituição ou que o ambiente sugere como substitutivas determinam o

desenvolvimento posterior.

5. Na maior parte dos casos, contudo, a análise consegue mostrar que uma atitude

defensiva especial foi imposta, diretamente, ao indivíduo por uma situação histórica particular:

ou terá sido a atitude que mais convinha em certa situação, e a todas as situações posteriores

então se reagiu como se fossem ainda a situação patogênica; ou todas as demais atitudes

possíveis terão sido bloqueadas em determinada situação; ou a atitude foi favorecida por algum

modelo do ambiente em que a criança vivia, modelo com o qual se identificou; ou a atitude é

exatamente contrária àquela de um modelo com quem a criança não quer se parecer. É muito

comum poder-se ver a origem de um comportamento excepcional nas condições excepcionais

do ambiente da criança. As análises dos transtornos caracterológicos permitem, certamente,

estudar uma boa seleção de "ambientes infantis excepcionais".

Na análise, vê-se surgir o fenómeno da "transferência de defesa"; ou seja, tanto

exigências instintivas rejeitadas do passado quanto atitudes defensivas se repetem nas relações

do presente imediato. A transferência de defesa depende de duas condições: (1) da tendência a

reagir em função da experiência anterior, retendo certo expediente comprovado o mais

possível, e, à recorrência do perigo, da tendência a aplicar este expediente, mesmo que se haja,

então, tornado inconveniente por força de alterações ocorridas nesse ínterim; (2) pesa mais o

fato do indivíduo desejar transferir os seus impulsos instintivos; ele está esforçando-se por ter

satisfação; mas o ego sempre responde a este esforço com a recordação dos fatos que, no

passado, causaram ansiedade. Também neste sentido, a repetição extremamente penosa da

"resolução do complexo de Édipo" (612) na transferência analítica não se produz "além do

princípio do prazer" (605). O indivíduo esforça-se pelo prazer da gratificação dos seus impul-

sos edipianos, mas a recordação de que o ambiente impediu esta gratificação pela ameaça torna

a se mobilizar exigindo repetição da defesa.

TIPOLOGIA

A descrição dos tipos caracterológicos patológicos é, a bem dizer, confusa. Os diversos

critérios que se têm usado para classificá-los sobrepõem-se entre si; daí, a necessidade de

repetições frequentes. Seria vantajoso que a caracterologia psicanalítica nos desse uma

classificação dinâmica (730), mas tentativa alguma das que se têm feito, até o momento, parece

feliz. A escolha de certo aspecto como critério de classificação necessariamente menospreza

outros aspectos.

As mais importantes dentre estas tentativas foram instituídas pelo próprio Freud (625), o

qual, depois de subdividir a mente em três categorias de id, ego e superego, indagou se não

seria possível distinguir tipos de caracteres humanos conforme predominasse uma ou outra

destas autoridades. Pode haver tipos "eróticos", cujas vidas são governadas pelas exigências

instintivas do id; tipos "narcísicos", que se sentem tão dominados pelo senso do ego que nem

outras pessoas, nem exigências que vêm do id ou do superego os atingem; e pode haver tipos

"compulsivos", cujas existências inteiramente se regulam por um superego severo, que domina

a personalidade. Freud também descreveu os tipos "mistos", nos quais a combinação de duas

forças contrabalança a terceira.

Destes tipos o caráter compulsivo é o único cuja descrição se afigura de fato satisfatória.

Quanto ao tipo erótico, diga-se que aquele que é dominado pelas exigências do seu id fará

impressão muito diferente, conforme seja a índole dos desejos do id que vigorem e conforme as

exigências do indivíduo sejam ou não capazes de satisfação. O que Freud descreveu como tipo

erótico *parece* sugerir mais uma pessoa cujas exigências instintivas não são capazes de grati-

ficação do que uma pessoa cujos instintos são autenticamente muito fortes. O pseudo-

hipersexual não é "dominado pelo seu forte id", e sim pelas conseqüências das suas defesas

contra o id. Mais ainda: Freud acentuou a tal ponto a dependência do tipo erótico em relação ao

objeto que, na realidade, descreveu àqueles tipos de pessoas que chamamos "indivíduos com

aumento das necessidades narcísicas". A incapacidade neurótica de satisfação e a regulação ar-

caica da auto-estima ("necessidade narcísica" intensa) parecem ser mais características do tipo

erótico de Freud do que o fato de estar no id o acento da personalidade. Como narcísicos, Freud

descreveu tipos que mais ou menos conservaram o seu narcisismo e onipotência primários;

também aí, o que Freud tem em mente não são pessoas governadas por um ego cuja força

consista em razoabilidade e comportamento adequado, com raiz na primazia genital: são sim,

tipos patológicos que conseguiram permanecer, subjetivamente, independentes do mundo

exterior simplesmente não lhe dando importância.

Além da questão de saber se as descrições de Freud dos tipos "erótico" e "narcisístico"

correspondem a pessoas cujo id ou cujo ego é acentuado, existe objeção mais importante à

tipologia que ele sugeriu. A psicanálise é, essencialmente, disciplina *dinâmica,* que valora

certos fenômenos como resultados de conflitos. Ela jamais considerou as características em

função da energia absoluta das forças atuantes, e sim tendo em vista as relações funcionais

destas forças entre si. Não é conceito dinâmico a categorização de "pessoas do id", "pessoas do

ego" e "pessoas do superego". O que será característico dos tipos dinâmicos não há de ser nem

id, nem ego, nem superego, mas as várias inter-relações entre id, ego e superego. Daí por que a

tipologia de Freud não tem servido muito na compreensão dos transtornos caracterológicos

neuróticos (400).

Objeções da mesma ordem podem ser suscitadas à sugestão de Alexander, que consiste

na divisão em pessoas que ingerem, pessoas que eliminam e pessoas que retêm (44, 45). Não é

em absoluto o caso de que prevaleça, necessariamente, uma destas três atitudes. Não é a

existência, nem a força destas atitudes que decide, mas, sim, a relação de todas as três atitudes

para com as angústias e os sentimentos de culpa; por exemplo, se os objetivos antagónicos

criam ou não conflitos (e que tipos de conflitos), isso dependendo do desenvolvimento e do

caráter das forças defensivas. É freqüênte ver alterações económicas transformarem uma pessoa

"que ingere" em "pessoa que elimina" e vice-versa.

A classificação de Alexander tem pontos em comum com a de Jung: extrovertidos e

introvertidos (908). Também a esta altura surge a objeção de que esta diferenciação não é

dinâmica. As mesmas pessoas podem ser extrovertidas em certas condições, introvertidas em

outras.Em todo caso, os conceitos de extroversão e introversão descrevem de modo muito

adequado dois tipos opostos de comportamento defensivo; há pessoas que, quando

amedrontadas pelos seus próprios impulsos, "fogem para a realidade" (1416): tornam-se

hiperativas, tentando convencer a si mesmas de que a realidade não produz as coisas temerosas

que elas recearam na sua fantasia; outros tipos, temerosos dos seus impulsos, retiram-se e

fazem-se hipoativos, sentindo que, enquanto se limitarem ao devaneio, podem ter a certeza de

que as suas idéias amedrontadoras não hão de produzir qualquer prejuízo verdadeiro. A pessoa

normal sabe enfrentar e ajuizar os seus impulsos; o extrovertido cede aos impulsos antes de ter

tempo de enfrentá-los e ajuizá-los; o introvertido protege-se pela evasão do contacto com a

realidade.

Tão pouco oferece muitos atrativos para o analista a tentativa de Kretschmer, que

consiste em relacionar tipos caracterológicos com tipos de estrutura corporal e em distinguir

personalidades esquizóides e ciclóides como sendo dois tipos fundamentais (980). Entre o

comportamento esquizóide e o comportamento ciclóide existe, às vezes, diferença

impressionante, mas o que os dois têm ern comum parece ter importância ainda maior; a

tendência à perda dos objetos e à regressão narcísica. Os distúrbios esquizofrênicos e

ciclotímicos relacionam-se entre si nos traços cruciais que os distinguem das neuroses e da

normalidade. Os dois juntos, como tipos narcísicos, opõem-se, sim, aos tipos libídino-objetais,

mais normais.

Por infelicidade, coisa alguma desta ordem temos a oferecer. A diferenciação dos traços

caracterológicos individuais em traços dos tipos sublimados e dos tipos reativos não tem grande

valor, visto que todos nós mostramos traços dos dois tipos. No entanto, parece que a abordagem

relativamente mais útil consiste em distinguir as personalidades nas quais predomina o tipo

sublimado de traços daquelas que são, predominantemente, reativas. Tem-se feito costumeiro

distinguir os caracteres genitais dos caracteres pré-genitais; todavia,, se bem que os traços dos

caracteres anais ou orais consistam tanto em sublimações quanto em formações reativas, os

traços pré-genitais só se tornam predominantes nos casos em que contracatexias reprimem

impulsos pré-genitais ainda atuantes; em outros termos, os caracteres pré-genitais são, em

geral, também reativos, ao passo que a conquista da primazia genital é a melhor base em que se

estabeleça a sublimação feliz das energias pré-genitais restantes.

Quanto aos caracteres reativos, a melhor subdivisão se fará por forma análoga às

neuroses, pela simples razão de que mecanismos semelhantes aos vários tipos de

formações de sintomas também atuam na formação dos traços caracterológicos.

Caracteres Fóbicos e Histéricos

"Caracteres fóbicos" seria a maneira correta de designar aquelas pessoas cujo

comportamento reativo se limita ao evitar das situações originalmente desejadas. No entanto,

quando há um evitar de ruas, de lugares abertos, ou altos, falamos em fobia, e não em caráter

fóbico. Muda a situação se não são situações externas que se evitam, mas a seriedade, a raiva, o

amor, toda sorte de sentimentos intensos. Discutimos tipos desta ordem nos capítulos relativos

às inibições e à histeria (verpágs. 157 e segs. e 196 e segs.).

O conceito "caráter histérico" é menos inequívoco (1601). Tendo em vista os mecanismos

da histeria, é de esperar que se manifestem traços que correspondam aos conflitos entre o medo

intenso da sexualidade e os desejos sexuais intensos, porém reprimidos; mais ainda, que

correspondam a conflitos entre a rejeição da realidade ("introversão") e a tendência a tornar a

descobrir os objetos infantis no ambiente presente. Têm-se descrito os caracteres histéricos

como pessoas inclinadas a sexualizar todas as relações não-sexuais, inclinadas à

sugestibilidade, aos rompantes emocionais irracionais, ao comportamento caótico, à

dramatização e ao histrionismo; e até à falsidade e sua forma extrema, a pseudologia fantástica.

A sexualização tem o caráter da pseudo-hipersexualidade (ver págs. 227 e segs.);

reprimidos que estão, a energia dos desejos sexuais se desloca e inunda todas as relações. A

sugestibilidade, conforme se demonstrou na relação entre a hipnose e a sexualidade infantil

(449, 454, 606, 1378), é expressão da presteza com que o paciente reativa tipos infantis de

relações objetais. As reações emocionais irracionais se assemelham aos ataques histéricos e

consistem —. sempre que ocorre uma experiência associativamente ligada, capaz de servir de

derivado — em descargas súbitas das energias que a repressão haja represado Quanto ao

comportamento caótico, resulta, em geral, da traumatofilia, ou seja representa um desejo de

eliminar impressões traumáticas pela repetição ativa das mesmas, podendo haver, do mesmo

modo, o medo destas próprias repetições por causa do caráter doloroso respectivo.

Todavia, nem todo comportamento "caótico" tem essa índole. Certa paciente, que

se caracterizava por desordem extrema em relação ao tempo e ao dinheiro e, bem assim,

no tocante a todos os relacionamentos humanos, e que, na certa, bem merecia o

diagnóstico de "comportamento caótico", mostrou, à análise, estar sofrendo de uma

espécie de "formação reativa contra uma neurose obsessiva". A paciente, aos seis ou sete

anos, padecera de neurose obsessiva de curta duração, neurose que, contudo, não

realizara o seu objetivo. O medo de violar as regras severas de ordem, estabelecidas por

uma governante severa, até em pormenores insignificantes, era tão forte quanto os

temores originais dos seus impulsos sexuais, temores dos quais resultara a neurose

obsessiva. Certas circunstâncias externas (a saber, um modelo caótico) vieram a

oferecer à paciente uma saída: a negação dos seus temores ligados à ordem mediante

desordem extrema. Na realidade, o seu comportamento posterior pode se descrever como

"compulsão a mostrar que não era compulsiva". Quando veio pela primeira vez à

análise, a paciente deu impressão de histérica; e foi só no decurso da análise que

apareceu o background compulsivo, ou seja, quando ela percebeu que toda tentativa de

intervir no comportamento caótico provocava ansiedade.

A qualidade histriónica depende da introversão histérica. É uma virada da realidade para

a fantasia e, talvez, também um esforço por controlar a ansiedade mediante "representação"

ativa daquilo que, a não ser assim, talvez ocorresse passivamente. A "representação" histérica

não é, contudo, apenas "introversão", masse dirige a uma plateia. É tentativa de induzir outras

pessoas a que participem do devaneio, provavelmente tanto para obter alguma tranqúilização da

ansiedade e dos sentimentos de culpa (ou para evocar punição pelo mesmo motivo) quanto para

conseguirsatisfação sexual mediante participação alheia. E tentativa de voltar da introversão

para a realidade, uma espécie de paródia do processo que subjaz à produtividade artística

(1332).

Também da falsidade se pode dizer, em geral, que é efeito do aumento da fantasia. No

entanto, o fato de haver, em algumas fantasias, simulação clara da realidade tanto mostra

tentativa de retornar ao mundo objetivo quanto serve aos fins da defesa.

A utilização do mecanismo infantil de defesa que é a negação constitui a primeira

mentira. A "negação absoluta" não tarda a ser substituída pela "negação na fantasia" (541). O

efeito da negação se intensifica quando se consegue fazer que outras pessoas ("testemunhas")

acreditem na verdade da fantasia de negação.

O principal objeto das negações infantis e, daí, das mentiras patológicas pos-

teriores se representa nos fatos pertinentes ao complexo de castração que, nar-

cisisticamente, agridem a criança (1091).

As crianças tentam facilitar a expressão de um fato pela acumulação associativa de

experiências encobridoras conexas (553). Também são capazes de construir experiências

encobridoras mediante fantasias e brincadeiras (409, 413, 1437). O modo pelo qual isso facilita

a repressão pode exprimir-se da seguinte maneira: "Assim como isto é apenas fantasia, *aquilo*

(a ocorrência) não foi verdade." Freud mostrou que as brincadeiras ou as fantasias absurdas

visam, muitas vezes, a ridicularizar os adultos (552): "Já que Vocês me mentem à maneira de

Vocês, eu lhes mentirei à minha." O comportamento pseudológico é bem provável que

constitua vingança por ter sido enganado em assuntos sexuais (949). Contudo, existem

brincadeiras e fantasias semelhantes que não se dirigem para o mundo exterior, e sim tentam

ridicularizar a recordação do próprio indivíduo. As recordações de que não gosta, ele as torna,

intencionalmente, pouco prováveis mediante exagero absurdo, maneira esta pela qual, às vezes,

certas brincadeiras de período posterior visam a negar jogos sexuais anteriores mediante a

respectiva repetição; já agora, porém, sem que se lhes perceba o caráter sexual e com uma

espécie absurda e exagerada de ironia voltada contra si mesmo. A repressão induzida por

"jogos encobridores" deste tipo se consegue com mais facilidade se na negação participam os

mesmos irmãos ou irmãs que, originalmente, se tenham envolvido em experiências sexuais

comuns. Em nível mais profundo, claro que as experiências sexuais se repetem no jogo, na

brincadeira (1332). A pseudologia é estádio intermediário entre a recordação encobridora, em

cuja realidade o indivíduo acredita, e a fantasia habitual, que se distingue por forma estrita da

realidade. Não há necessidade de psicanálise para ver que a narrativa de experiências sexuais

fantásticas feita por uma mulher sexualmente inibida representa compromisso entre o desejo de

seduzir e a inibição contrária; mas a psicanálise pode acrescentar que a mentira serve ao

objetivo da negação. É o que se pode assim formular: "Se é possível fazer que outras pessoas

acreditem que coisas irreais são reais, também é possível que sejam irreais coisas reais, cuja

própria recordação é ameaçadora."

Helen Deutsch demonstrou que o conteúdo das pseudologias consiste em histórias

encobridoras de alguma coisa que, de fato, aconteceu. Podem ser comparadas a mitos

nacionais, os quais contêm também fatos históricos, falsificados por desejos (320).

Suplementemos o que estamos dizendo pela asserção de que não se trata, unicamente, da

irrupção de recordações reprimidas. O fato da irrupção ocorrer por esta forma específica, ou

seja, com o aspecto de fantasias que se apresenta como realidade, é recurso económico com que

melhor ainda garantir a repressão.

O objeto a quem se conta a mentira torna a servir, por assim dizer, de testemunha no

conflito interno entre a recordação (ou percepção de uma excitação) e a tendência à negação ou

à repressão (verpágs. 135 e seg.).

Nem toda mentira patológica tem, necessariamente, esta estrutura particular. Ela

também pode exprimir, de modo menos específico, as lutas que a pessoa empreende para

manterá sua auto-estima (cf. 198, 583, 1613, 1643).

Em certo caso, o paciente só mentia em certos períodos, os quais a análise mostrou

serem equivalentes maníacos.

À primeira vista, a mentira parece encobrir a verdade, mas Helen Deutsch mostrou que

ela revela a verdade; ao que se acrescentou que a maneira por que se faz esta revelação fixa a

negação.

CARACTERES COMPULSIVOS

Os mecanismos da formação dos sintomas neuróticos obsessivos refletem-se no caráter

de várias maneiras. Em primeiro lugar, a generalidade das formações reativas é característica.

Já discutimos as tentativas típicas no sentido de superar o sadismo pela bondade e cortesia e de

ocultar o gosto da sujeira com o asseio rigoroso (ver págs. 268 e seg. e 437 e segs.).

De mais a mais, existe a ausência de reações sentimentais adequadas induzidas pelo

isolamento. Os pacientes podem ser absolutamente frios, ou produzir apenas número restrito de

padrões emocionais; ou exprimem sentimentos apenas quando se realizam certas condições

tranquilizantes. A luta pela manutenção destas condições tranquilizantes caracteriza, muitas

vezes, o caráter compulsivo. O comportamento geral do paciente pode visar a provar a validade

de certos sistemas tranquilizantes, isso combinando-se, às vezes, à "classificação neurótica" já

descrita (710).

Um paciente só se sentia bem enquanto sabia que "papel" se esperava que ele

"representasse". Enquanto estava trabalhando, pensava: "Sou um homem que trabalha",

o que lhe dava a necessária segurança; em casa: "Agora, sou o marido que vem do

trabalho para casa, ao encontro da sua querida família".

Isso pode automatizar-se numa espécie de ritual ego-sintônico (por exemplo, o tipo

reativo "robô" de trabalho, que o paciente só percebe quando é interrompido (nos feriados, por

exemplo).

As relações objetais das personalidades compulsivas caracterizam-se pela índole sádico-

anal; são ambivalentes e cheias de tranquilizações (muitas vezes inadequadas) da agressividade.

É frequente todas as relações objetais serem caracterizadas pelos conceitos de "posse" e

"presentes". Os processos de pensamento modificam-se por formas compulsivas características

(ver págs. 275 e segs.). A regressão ao nível sádico-anal faz que o caráter compulsivo coincida

em grau considerável com o caráter anal já descrito (ver págs. 260 e segs.). Enfim, mencionem-

se os reflexos no caráter da luta contra o superego e a tendência a certas variedades de angústia

social. No grupo dos transtornos caracterológicos, o caráter compulsivo é o que com mais

precisão se define e que com mais presteza se diagnostica (1052).

Existem casos excepcionais em que o diagnóstico não é tão simples. Pode ocorrer

que ajustamentos secundários e "pseudocontatos restitucionais" tenham tão bom

resultado que as atitudes daí consequentes da melhor forma designem como

"normalidade compulsiva" ou "compulsão a provar que não se é compulsivo". Os

pacientes deste tipo revelam a sua estrutura reativa e patológica apenas quando se lhes

interrompem as rotinas "normais". Vem-se, então, a verificar que não podem passar sem

elas, isto é, as rotinas de índole compulsiva. Ocasionalmente, as "formações reativas

contra as formações reativas compulsivas" chegam a ponto do indivíduo recusar

qualquer regulamento e mostrar comportamento caótico, que dá impressão histérica ou

até impulsiva (ver pág.490).

Não é muito, contudo, o que se sabe a respeito do que é que determina que um caráter

compulsivo se desenvolva ao mesmo tempo que sintomas compulsivos (como parte de uma

neurose obsessiva), ou que esta estrutura caracterológica rejeite (e substitua) certos sintomas

compulsivos e obsessivos francos. Pode ocorrer tanto um tipo quanto outro. É possível que o

caráter compulsivo sem sintomas represente evolução mais detida do que regressão.

CARACTERES CÍCLICOS

A experiência clínica confirma a expectativa de que a pessoa "ciclóide" tenha "caráter

oral". Mas o conceito "caráter oral" abrange fenómeno bastante múltiplos (ver págs. 453 e

segs.). Pode-se admitir que os mecanismos em que se baseiam as alterações de humor sejam

idênticas aos que atuam nos maníaco-depressivos verdadeiros, apenas variando em grau. O que

caracteriza as pessoas são conflitos entre o ego e o superego e os modos pelos quais elas tentam

resolver estes conflitos, os quais refletem os ajustamentos arcaicos feitos com os objetos do

complexo de Édipo. Os altos e baixos do humor podem ser substituídos por "equivalentes

somáticos de afetos" (1183, 1622).

Neste grupo incluem-se muitos dentre os "caracteres neuróticos" que Alexander

descreveu (38), nos quais alternam o êxito e o malogro. Todos aqueles que periodicamente

incidem em *acting out* mostram sinais claros de caráter oral (445).

CARACTERES ESQUIZÓIDES

As personalidades esquizóides nós as discutimos na seção do Capítulo XVIII

(Esquizofrenia) que se refere aos casos fronteiriços *(borderline cases).* Caracterizam-se pelo

aumento do narcisismo, este podendo manifestar-se por necessidade intensa da aprovação

alheia, tendo, porém, com mais freqüência, a índole de um narcisismo primário e onipotente,

independente das outras pessoas e distorcendo o juízo da realidade do paciente (1380, 1635). A

fixação narcísica se revela na presteza com que os pacientes reagem às frustrações, com perdas

parciais de catexias objetais. São muitas as formas pelas quais as relações e emoções se

substituem por pseudocontatos e pseudo-emoções. É reativo, muitas vezes, o aumento do

narcisismo. Os pacientes não podem suportar mortificação narcisística de espécie alguma e se

tranquilizam contra estas mortificações regredindo à onipotência primária (524, 1250). A

capacidade de reter ou mais ou menos reativar as atitudes da onipotência primária é típica,

resultando, às vezes, de fatores constitucionais ignorados; há outros casos em que o narcisismo

primário foi criado por um ambiente anormal. Como as pessoas assim deparam,

necessariamente, com muitas frustrações, vêem-se nelas sempre uma quantidade de

hostilidades inconscientes; estas, no entanto, também são rejeitadas; daí não se sentirem como

tais. As respostas emocionais são, por vezes, substituídas por comportamentos padronizados,

sorrisos vagos, ou por outras atitudes catatonóides.

Já descrevemos as características das relações objetais portadoras de traços arcaicos,

instáveis e com facilidade relegadas (ver págs. 413 e seg.); também descrevemos as

personalidades "como se", com as suas pseudo-emoções inautênticas (331, 333). As

personalidades paranóides, carregadas de desconfianças e ciúmes, representam delírios

abortivos de perseguição ou ciúme. As personalidades hebefrenóides, geralmente inibidas em

todas as atividades, indicam, em muitos casos, vastas formações reativas contra tendências

agressivas É frequente o comportamento catatonóide implicar uma cicatriz remanescente de

certo episódio psicótico que talvez não se tenha como tal reconhecido.

Relativamente à distinção principal que se faz entre as personalidades es-quizóides, a

saber, pessoas que estão a pique de se tornar psicóticas e pessoas que, por força de algum tipo

de atitude caracterológica estranha, parecem estar garantidas contra qualquer psicose, veja-se o

Capítulo XVIII, concernente à esquizofrenia (ver pág. 415).

DUAS BREVES HISTÓRIAS CLÍNICAS SOB A FORMA DE DIGRESSÃO

A insuficiência de descrições teóricas dos mecanismos se faz mais evidente nos

transtornos caracterológicos do que nas neuroses sintomáticas; insuficiência que tem índole

dupla. Em primeiro lugar, os tipos que se descrevem resultam de influências externas sobre as

estruturas biológicas, variando, pois, de acordo com as mesmas. O que não se enfatiza de

maneira suficiente, na mera descrição dos tipos, é o fato de que estes são tipos somente do

mundo moderno. As estruturas características que se encontram são particularmente

características de certa cultura: e. às vezes, de certa camada, em certa cultura. Por forma

específica, é o conflito entre os objetivos contraditórios de "independência ativa" e "desejo

passivo-receptivo". um e outro sendo estimulados pelas condições sociais atuais, que determina

as estruturas caracterológicas patológicas do nosso tempo (819). Em segundo lugar, os tipos

jamais correspondem, em todos os pontos, aos casos individuais.

Daí ser lícito ilustrar a determinação histórica dos transtornos caracterológicos pela breve

condensação de duas histórias clínicas já publicadas (433, 442a).

Uma paciente caracterizava-se pela pressa com que sempre realizava toda tarefa mais ou

menos banal. Tanto física quanto mentalmente, estava sempre tensa, sempre pensando no

futuro, nunca vivendo no presente. Esta atividade incessante do ego permanecia à superfície em

grau surpreendente. As suas associações disseminavam-se para todos os lados, sem jamais

aprofundar-se. Tudo quanto a ocupava, tudo por que se interessava também era marcado por

uma superficialidade que não correspondia nem à sua inteligência, nem à sua capacidade;

evitava tudo que tivesse caráter "sério". Quando descrevia as suas experiências, exprimia

sentimento estranho de inferioridade: "Nada do que me acontece pode ser sério ou real." A

atividade "lúdica" superficial, a agitação, a preocupação constante da paciente com o que

ocorreria no dia seguinte servia ao fim de prevenir qualquer experiência séria.

Casada, estava intensamente apaixonada por outro homem, que não podia deixar, se bem

que o "caso" lhe criasse conflitos sérios. Quando estava ansiosa ou perturbada e,

particularmente, quando se sentia deprimida, escapava, tal qual o adicto escapa pela droga,

utilizando experiências reais ou imaginárias com este homem. Logo se viu não ser um amor

verdadeiro que a impulsionava para eie, e sim o fato ds que o amante satisfazia necessidades

narcísicas, cujo atendimento afastava a angústia ou a depressão; não se percebeu, porém, com

clareza de que modo ele realizava isso. Pouco a pouco, foi-se vendo que os seus principais

atributos (neste particular, diametralmente opostos aos do marido da paciente) consistiam no

seu bom humor, numa frivolidade aparente, na espirituosidade; era um homem que nunca dava

às coisas o nome exato. O que a paciente, de fato, nele procurava era tranqiiilização: "Não

preciso ter medo da sexualidade; é só brincadeira." Em análise anterior, a paciente

desenvolvera, desde o princípio mesmo, a resistência do mutismo; e progresso algum se fizera.

Assim ocorrera porque a análise era "séria" e porque visava a enfrentar a realidade, "a chamar

as coisas pelos nomes exatos", o que a paciente queria evitar a todo custo. A segunda análise,

pelo contrário, deu a impressão de progredir com muita celeridade: e levou muito tempo para

compreender-se que este progresso era apenas aparente, resultando de uma resistência

particular. O analista, por acaso, rira de umas observações feitas pela paciente durante a

primeira sessão e isso permitia-lhe trabalhar "isolada". O que estava tendo era uma análise

"levada na brincadeira", tal qual desfrutava a sexualidade "na brincadeira", de modo que a

análise, de fato, não lhe atacava as angústias concernentes à vida instintiva. Feito criança que

brinca, a paciente antecipava acontecimentos futuros em atividades lúdicas, sem nunca o

conseguir, porém. A angústia dela era tão grande que a impedia de dar o passo que separa a

brincadeira da realidade. Tinha sempre de convencer-se: "E só uma brincadeira, não é sério". A

análise mostrou que a sexualidade "séria" adquirira caráterameaçador quando, estando para

fazer cinco anos, o nascimento de um irmão lhe despertara o sadismo. Tinha o temor

inconsciente de que, se cedesse aos seus verdadeiros impulsos, arrancaria o pênis do corpo dos

homens e as crianças do corpo das mulheres. A fuga para a "brincadeira" resultava entre outras

coisas, de certo incidente que ocorrera na criação do irmão mais novo. Uma irmã mais crescida

sugerira à paciente que virasse o carrinho para livrar-se do intruso. A partir daí, a paciente tinha

um medo horrível de tocar nele. principalmente depois de ter visto a mãe e a babá rindo do

menininho, enquanto este urinava. A mãe procurara aliviar-lhe a aversão a tocar nele dizendo:

"Pega nele. eu estou aqui: você está só brincando de mamãe dele, você não é a mãe de

verdade."

Outro paciente revelou as seguintes contradições no comportamento. Por um lado. tinha

sentimentos francos de inferioridade, os quais se manifestavam em desejos ambiciosos

constantes (a impossibilidade de satisfação verdadeira desta ambição e, ao mesmo tempo,

certos distúrbios da potência foram os motivos que o trouxeram à análise). Por outro lado,

levava vida completamente inerte, vivia retirado, sem relações objetais autênticas, contente

quando o mundo exterior não o incomodava. As fantasias ambiciosas deste homem eram de

caráter muito infantil, girando em redor da ideia de que queria se mostrar o mais forte; a

competição imaginada era extremamente primitiva: simples brigas entre meninos. Foi relati-

vamente fácil ver que a vitória era menos importante para ele do que a atenção e a afeição que

ganharia vencendo. O objetivo comum da sua ambição e da sua indolência era viver em auto-

suficiência narcísica, com provisões que fluíssem do exterior. Embora muito bem sucedido em

sua carreira, embora houvesse desenvolvido pseudocontatos que substituíam as relações

objetais, de modo a evitar a aparência externa de doente, a vida interior dele era

espantosamente vazia, incolor. Considerava o seu trabalho um mal necessário, que tinha de ser

despachado o mais depressa possível; mas não tinha interesses particulares — pelo menos, no

nível das suas capacidades intelectuais. Tendia a ficar deprimido quando sentia que não era

imediatamente amado por toda a gente. As relações com mulheres eram tão superficiais que

não foi preciso a análise ir muito longe para perceber por trás delas um homossexualismo

latente; mas as relações com homens eram também de índole narcísica, fundamentalmente

consistindo apenas em fantasias competitivas infantis. Quanto mais se conhecia o paciente,

mais se via que uma necessidade narcísica primitiva o dominava. Esperava ele que, assim que

sentisse uma necessidade, o mundo objetal a gratificasse, sem ele mostrar a mínima disposição

para fazer o que quer que fosse pelos outros; aliás sem poder sentir que os outros têm

necessidades.

Levou tempo para esclarecer os elementos infantis desta fixação narcísica. Um destes

elementos era a personalidade da mãe, mulher muito ativa, sempre a fazer exigências múltiplas

aos dois filhos, particularmente no tocante ao asseio. O paciente lembrava-se de que durante a

infância inteira, se sentira "amolado" pela mãe e pelas exigências desta, sempre desejando a

elas se esquivar. Havia, contudo, segundo elemento mais importante: durante a infância inteira,

tivera uma velha ama, que funcionava, em todos os aspectos, como se fosse uma "contra-mãe".

Por ela o paciente conseguira realizar as fantasias rancorosas narcísicas que, originalmente,

visavam à mãe. Tinha certeza absoluta do amor da babá; podia fazercom ela tudo quanto

quisesse. Conseguia dela tudo de que precisava sem jamais ter de reconhecer que ela também

era um ser humano com sentimentos.

Este amimamento do narcisismo primitivo da criança explica suficientemente uma

fixação caracterológica que permite a evitação de toda atividade vital, tanto de relações

amorosas quanto de atividades intelectuais? Certamente que não. Não há dúvida de que o evitar

de atividades vitais equivalia a uma atitude fóbica geral: o paciente tentava evitar a plena

intensidade da vida tal qual o agoráfobo evita sair à rua. O fato dele realizar esta evasão pela

adesão a uma atitude narcísica primitiva explicava-se suficientemente pela existência da babá,

isso não explicando. contudo, quais eram os perigos que o faziam retirar-se. A índole temível

das exigências maternas tinha de ser compreendida e suplementada.

A luta competitiva infindável a que o paciente se abandonava em suas fantasias, mas que

evitava na vida real, e, mais, a atitude correspondente na situação de transferência estavam

sempre lembrando o fato de que ele tinha um irmão três anos mais velho e de que as suas

poucas recordações infantis sempre o mostravam na companhia do irmão e dos amigos deste. A

sua ideia de "brigas com meninos" devia corresponder ao desejo, presente a algum momento,

de ser mais forte que os garotos mais velhos que conhecia; a desesperança de realizar este

desejo é que. evidentemente, o fazia fugir dos meninos para a babá. É de presumir que a atitude

de exigência oral para com a babá se baseasse em "retorno do material reprimido" e que. no

relacionamento com os meninos mais crescidos, se houvesse desenvolvido um

homossexualismo passivo-receptivo, supercompensado pelo desejo de ser mais forte do que

eles; isso sendo irrealizável, o paciente tornara a regredir à receptividade. Quando se lhe

explicou isto, ele reagiu com recordação surpreendente. Mais ou menos aos dez anos de idade,

e daí por diante, superara o irmão em força física, de modo que, nas frequentes brigas a murros

entre os dois, era o paciente sempre que vencia. Este triunfo levou a que ele tentasse reprimir a

recordação de haver sido o mais fraco (em épocas anteriores) mediante o desenvolvimento do

ideal dos "meninos brigões". O anseio passivo-receptivo inconsciente do período em que era o

mais fraco constituía a razão pela qual este ideal permanecia teórico e pela qual, na realidade, o

paciente vivia no "mundo da babá".

Quando não podia superar os outros, o paciente sempre sentia o impulso a atacá-los ou a

insultá-los; e tinha medo de, um dia, ceder a este impulso por forma que lhe Criasse

dificuldades. Na verdade, evitava dar qualquer passo sádico ativo que servisse ao fim de negar

certo prazer de ser o mais fraco. Aí também, contudo, esta espécie de negação não seria

possível se, profundamente, não tivesse havido um sadismo mais básico, o qual se revelava em

suas incessantes fantasias de rixas e, bem assim, na avidez oral com que exigia a satisfação

imediata de todas as suas necessidades.

Este sadismo manifestava-se também num hobby único, a caça, só por esta parecendo-lhe

que valesse a pena viver. A análise deste hobby veio a mostrar, primeiramente, que a alegria de

disparar contra animais era expressão instintiva direta fantasia pouco autêntica da de bater,

repentinamente, até matá-los aqueles rivais que o paciente temia a ponto de evitar reuniões

sociais. Conseguiu-se aos poucos trazer o paciente a uma situação em que reviveu o medo

ainda existente que não sentira desde a infância (exceção feita de uns tantos temores

circunscritos, como uma sifilofobia franca de que sofria). Vários temores apareceram, primeiro,

em sonhos, depois também em sintomas diurnos, temores que foram assumindo o aspecto de

certas exigências temíveis que lhe eram feitas e de que tentava fugir pela obstinação. Havia

vezes em que o paciente se trancava no seu gabinete e dormia, sentindo, no entanto, muito

prazer à idéia de que os outros pensassem que estava trabalhando e de que ninguém podia vê-lo

ou incomodá-lo. Observou que era ainda o medo que o fazia romper os seus casos amorosos,

bem como as suas amizades com homens, quando atingiam certa intensidade de sentimento.

Por fim, para surpresa sua, percebeu que a única fonte de prazer para ele, a caça, também se

baseava no medo.

A caça dava ao paciente a oportunidade de satisfazer certos traços fetichistas: gostava de

botas altas e de roupas grosseiras. Claro que não sabia do caráter sexual desta inclinação, na

medida em que o caráter fetichístico das botas e das roupas se limitava a atributos masculinos.

Falando no cheiro da borracha, recordou-se, sem muita clareza, dos lençóis de borracha que lhe

punham na cama, quando era pequeno. A esta altura, pela primeira vez se tocou no tópico da

enurese, surgindo, então, a impressão de que as botas e as roupas "masculinas" visavam a negar

um tipo de ideal infanto-passivo, tal qual a ideia de vencer o irmão encobria a recordação de

uma época em que fora o queridinho dos meninos maiores.

A história da sua paixão pela caça mostrou também, pela primeira vez, o seu

relacionamento com o pai, que não caçava, mas pescava. Dentro ou perto da água, enquanto

pescava, os meninos tinham licença de atirar em aves pequenas com espingardas de ar

comprimido. Nestas excursões, o garoto sempre se sentia muito "másculo", sentimento que

revivia na alegria atual da caça. Entretanto, os sonhos ansiosos ligados à água, que ocorriam

com frequência cada vez maior, acabaram levando a perceber que esta alegria também tinha

significado contra-fóbico oculto: "Sou caçador, não sou pescador.". O hábito paterno de pescar

devia ter-lhe causado angústia, angústia que superara com uma espécie de orgulho contra-

fóbico:.de poder participar com o pai em excursões masculinas. Contudo, só na caça é que

podia desfrutareste prazer, ao passo que se foi tornando cada vez mais claro que a angústia até

então inconsciente se ligava à pesca e a todas as atividades associadas à água. Umas tantas

particularidades do comportamento do paciente durante a caça mostraram que ele sempre

lutava por ligar, de algum modo, esta atividade relativa a caça com a água, desejando, porém,

que a ligação nunca fosse excessivamente próxima. Se bem que, criança, tivesse medo de

nadar, tentava, presentemente, se obrigar a nadar, sem que, porém, isso lhe desse prazer algum.

Os sonhos e as fantasias vieram a mostrar que a água de que tinha medo representava água suja,

fato revelado pela análise do erotismo anal e uretral extraordinariamente intenso, contra cujas

exigências se erigira, como defesa, todo o seu caráter patológico. Mais dois fatores

contribuíram para o desenvolvimento do caráter patológico do paciente. O primeiro ligava-se

ao pai, que impressionara o menino com extraordinária masculinidade, cujo interesse principal

eram certas atividades atléticas e que não parecia, ele próprio, haver jamais superado intei-

ramente a idéia de "brigas com meninos". De mais a mais, dava muita importância às roupas.

Os vínculos homossexuais do paciente dirigiam-se para o pai, que costumava sair com o

menino, principalmente para levá-lo a festas e exibir-se com ele; ocasiões estas em que o

paciente, por um lado, experimentava orgulho viril e, de outro lado, temia que, pequeno ainda,

não correspondesse à sua tarefa masculina, razão pela qual preferia agarrar-se à babá e ao seu

narcisismo primitivo. A ideia de ficar sempre para trás nas reuniões sociais (porque não podia

ainda competir com os homens mais adultos) e, bem assim, a outra ideia de evitar estas

reuniões (porque era capaz de ferir os outros numa explosão sádica repentina) remontavam à

ambivalência dirigida ao pai, que o usara de maneira exibicionista.

O outro fato era que, muito pequeno, o paciente dormia na mesma cama que o irmão. O

que fantasiava, nebulosamente, como atraente e perigoso associado ao pai, de fato

experimentara com o irmão. Estas excitações homossexuais que procurava reviver regredindo a

um narcisismo oral primitivo, tinham vindo exprimir-se na enurese, de que a mãe "exigente" o

fizera sentir-se envergonhado Resolvera, para vingar-se do pouco caso dela, viver, daí por

diante, apenas para gratificar-se e não dar importância a ninguém mais; resolução que, por fim,

se pulverizou e conduziu a conflitos secundários.

A fixação pré-genital, que se exprimia, de um lado, na enurese, de outro lado na regressão

oral. remontava a distúrbios gástricos e intestinais dos primeiros anos de vida.

Este resumo simples e esquemático basta para mostrar de que modo as peculiaridades

caracterológicas do paciente eram determinadas por uma combinação de condições vigentes no

seu ambiente infantil. A babá que o amimava, a mãe exigente, o irmão mais velho, o fato de

este ter sido, mais tarde, fisicamente mais fraco,o caráter exibicionista, fanfarrão do pai — é só

quando se consideram todas estas condições que se pode compreender o desenvolvimento do

paciente em causa.

TÉCNICA

E

TERAPÊUTICA

PSICANALITICA

NOS

TRANSTORNOS

CARACTEROLÓGICOS

A terapia analítica, no caso dos transtornos caracterológicos, depara com dificuldades

específicas. A atitude dos pacientes para com o seu transtorno difere da atitude que têm os

neuróticos em relação aos seus sintomas. Os portadores de neuroses sintomáticas têm também

as suas resistências e os portadores de transtornos caracterológicos podem estar muito

descontentes de si mesmos e podem estar-se esforçando por mudar, mas existe diferença entre

o homem que tenta livrar-se de um transtorno situado na periferia da sua personalidade e o

homem cuja própria "personalidade" vai ser atacada. É relativamente fácil quando a própria

pessoa percebe o caráter patológico dos seus padrões comportamentais (mesmo aí, o fato dos

padrões serem aloplásticos e mais rígidos do que os sintomas há de criar dificuldades) mais

difícil se faz quando o paciente não percebe o que há e não reconhece nem as suas atitudes

patológicas, nem o fato de que a parte principal das energias conflitantes que a análise visa a

liberar se acha tonicamente ligada nas atitudes; ou quando a própria índole das atitudes é tal

que interfere no processo analítico.

O procedimento analítico confia na cooperação de um ego razoável, ao qual se

demonstram, por interpretação, os derivados do inconsciente que escapam à consciência. Freud

disse, por isso, de uma feita, que "uma personalidade bem confiável" é um dos pré-requisitos da

análise feliz (554). E, no entanto, ora estamos indagando de nós mesmos se é possível tratar

pela análise as personalidades "não confiáveis".

E o que se pode obter somente se a análise conseguir, primeiro, fazer que o paciente

perceba a natureza problemática do seu comportamento. Depois que se lhe desperta a surpresa

em relação ao que faz, tem-se de levá-lo a perceber a circunstância de que é obrigado a fazer o

que faz, de que não pode proceder de outra forma; terá, então, de entender que é uma angústia

(ou um sentimento de culpa) que impõe o comportamento específico; que ele precisa deste

comportamento para fins de defesa. O paciente aprenderá a compreender historicamente a

razão por que estas defesas tiveram de assumir a forma específica e, afinal, verá de que é que

tem medo. Se se conseguir a mobilização do antigo conflito, ele experimentará angústia e

posteriormente, os impulsos instintivos em questão, em lugar da sua atitude rígida, congelada.

Assim, pois, a neurose Je caráter se transformará em neurose sintomática; as resistências

características, em resistências vividas de transferência; em seguida, serão tratadas da forma

por que, em geral, se tratam as neuroses sintomáticas e as resistências da transferência (1279).

Esta é, pois, a situação. Houve, em algum tempo, um conflito, urgente e vivo. O sujeito

retirou-se desta luta mediante alterações permanentes do ego. As forças que, a certa altura, se

opuseram umas às outras estão sendo, no momento, esbanjadas nas atitudes defensivas, inúteis

e rígidas, do ego; tornou-se latente o conflito. Separando o ego razoável, o ego que observa, dos

elementos automáticos, defensivos, tentativos, a energia que se ligou será liberada e reativado o

conflito antigo (1497).

É relativamente fác.il ver o que se tem de fazer. A tarefa analítica necessária consiste em

derreter as energias congeladas da atitude inerte. Mas é muito mais difícil *realizar* esta tarefa,

descobrir o ponto em que o sistema defensivo mais inseguro se mostra, em que a defesa

neurótica menos rígida é — os pontos e os momentos. Em outros termos, onde é que o combate

entre instinto e defesa com a vivacidade máxima permaneceu; o que se tem de fazer é retificar

deslocamentos, anular isolamentos, dirigir traços afetivos para o lugar que lhes cabe (433, 438).

Quanto à remobilização dos conflitos antigos, que já não são atuantes, Freud, certa vez,

manifestou dúvida sobre a possibilidade de sequer realizá-la (629). A fim de transformar um

conflito instintivo latente em conflito vivo, disse ele, "é claro que só existem duas coisas

possíveis de fazermos: ou criamos situações em que o conflito se torne atual, ou nos

contentamos em discuti-lo na análise". Quanto à primeira alternativa, "até agora, deixamos à

sorte, corretamente", a tarefa de trazer mais sofrimento à existência (nem seria possível o

contrário). A segunda alternativa é inútil porque a simples discussão ajudará tão 3ouco quanto a

leitura das obras de Freud servirá para curar uma neurose (629). É fácil rejeitar estas duas

alternativas, mas não é certo que sejam as duas ínicas possibilidades, pois uma terceira existe:

Os conflitos latentes nunca são completamente latentes. O analista acostuma-se a adivinhar a

presença de forças poderosas por trás dos mínimos sinais. O que lhe cabe é remobilizar con-

flitos, e não precisará criar novos. Tem de fazer estes sinais tão objetivos que o paciente os

reconheça como derivados dos conflitos latentes, mais importantes, que se recusa a sentir. Se o

analista consegue fazer que a parte decisiva da energia instintiva rígida seja capaz de descarga,

se consegue fazer que a saúde psíquica seja capaz de se restaurar. Neste caso, então, a tarefa é,

primeiramente, "transformar um conflito futuro possível em conflito premente" (629).

Quer isto dizer que se devem, de fato, provocar'situações nas quais o conflito se torne

atual; não que o analista desempenhe o papel da. sorte na vida real do paciente, nem que se

junte à transferência mediante comportamento artificial da sua parte; o que lhe cabe fazer é

psicanalisar naqueles pontos em que os conflitos latentes de fato se escondem, isso fazendo

pela demonstração de que as atitudes em questão são derivados e pela promoção da

possibilidade de que o ego observador e razoável novamente enfrente aquilo que, por força da

resistência, haja sido até então evadido.

É particularmente urgente que a personalidade seja, primeiramente, liberada da sua

rigidez porque é aí que realmente estão ligadas as energias patogênicas. Há muitos casos em

que, mesmo havendo luta intensa entre instinto e defesa emoutros lugares, é decisivamente

importante dirigir a atenção para as defesas rígidas (74. 75, 438, 1279).

Pode-se indagar se alguma análise existe que não seja "análise do caráter". Todos os

sirtomas são resultado de atitudes específicas do ego, atitudes que, na análise, se nostram sob a

forma de resistências e que se terão desenvolvido no curso dos conflitos infantis. É verdade; e

até certo ponto, realmente, todas as análises são análises do caráter. Alguma parte das energias

sempre está ligada nas "resistêrcias do caráter" (das energias que se gastam em conflitos

defensivos inúteis e quí têm de ser novamente colocadas à disposição do indivíduo). Resta

ainda, contudo, uma diferença apreciável entre as análises das neuroses sintomáticas e as

análises do caráter propriamente ditas**.**

Isso quanto às dificuldades que são comuns a todos os transtornos do caráter. Além delas,

varia muito a questão da indicação da psicanálise. Os transtornos cararterológicos não

constituem unidade nosológica. Os mecanismos que se lhes encontram na base podem diferir

tanto quanto os mecanismos em que se baseiam as neuroses sintomáticas: daí resulta que um

caráter histérico será tratado com mais facilidade do que um caráter compulsivo; um compul-

sivo, com riais facilidade do que um narcísico.

A mais das variações dos mecanismos subjacentes, a capacidade de compreender

(insight), a vontade de recuperar-se (1174), a disposição de colaborar, a elasticidade psíquica

necessária variam de forma considerável. No tocante aos ganhos secundários um transtorno

caracterológico será tanto mais difícil de atacar qjanto mais vantagens que desvantagens a

atitude patológica haja trazido ao paciente. Se as tentativas, por exemplo, de

supercompensações narcisísticas tiverem sido ainda frustradas na realidade, o paciente a elas

aderirá mais do quo em seguida a decepções severas. Certas atitudes caracterológicas

neuróticas podem até ter ajudado a obter algum êxito real, ou, quando menos, orgulho, algum

aumento da auto-estima, caso em que as tentativas do ana ista no sentido de demonstrar a *que*

estas atitudes visam defrontarão com resistência mais intensa.

A profundidade da regressão, a intensidade das resistências, a disposição e compreender e

colaborar, a elasticidade psíquica terão de ser ajuizadas numa analise de prova (ver págs. 536 e

seg.).

Estas dificuldades (em particular, a necessidade de conscientizar o paciente dos seus

padrões comportamentais e de derreter-lhe as atitudes congeladas) exigem, geralmente, mais

tempo nas análises do caráter que nas análises sintomáticas. Também suscitam tarefas técnicas

especiais que não cabe aqui discutir (cf. 433), sem que haja, no entanto, razão para desanimar.

O que Freud disse, certa vez, sobre a análise em geral aplica-se de modo especial à análise do

caráter: Não podendo, embora, modificara constituição do indivíduo, (daí permanecer limitada

a sua eficácia), a análise pode transformar o paciente naquilo que ele sera, se as suas condições

de vida houvessem sido mais favoráveis (596).

21

Combinação de Neuroses Traumáticas e

Psiconeuroses

COMBINAÇÕES DE NEUROSES TRAUMÁTICAS E PSICONEUROSES

É artificial a distinção entre neuroses traumáticas e psiconeuroses. Esta classificação é

muito útil sob certo ponto de vista teórico e é instrutiva no sentido de considerar a possibilidade

de que o estado decisivo de tensão que constitui a base das neuroses seja produzido tanto por

excesso de influxo quanto por insuficiência de descarga. Na realidade, contudo, estes dois tipos

de estados neuróticos são interatuantes. Após experimentar influxo excessivo, o indivíduo fica

com medo, retrai-se do mundo exterior e, pois, bloqueia as suas descargas: a experiência de um

trauma cria o temor de toda sorte de tensão, sensibilizando o organismo em relação até aos seus

próprios impulsos. Se, de outro lado, as descargas estiverem bloqueadas, certo influxo fraco,

pequeno, que, em outras condições, seria inócuo pode ter o efeito que teria um influxo- muito

mais intenso, produzindo inundação. Um conflito neurótico cria o medo das tentações e

castigos; e também sensibiliza o organismo em relação a estímulos externos posteriores.

"Trauma" é conceito relativo (513).

No capítulo relativo às neuroses traumáticas, se enfatizou não haver neurose traumática

sem complicações psiconeuróticas; certa explanação destas complicações psiconeuróticas foi

necessária para compreender a evolução clínica das neuroses traumáticas (ver págs. 110 e

segs.). Acresçam-se umas Poucas palavras a respeito do inverso, os elementos traumáticos nas

psiconeuroses.

Em geral, os sintomas das neuroses atuais assemelham-se muito aos das neuroses

traumáticas; uns e outros resultam de um estado de represamento, o qual. certamente, se produz

de modo diverso em cada um dos estados. Um elemento, entretanto, existe que, típico das

neuroses traumáticas, falta nas neuroses atuais: as características *repetições* do trauma nos

sonhos e sintomas. repetições que representam tentativas de realizar, fracionariamente. um

controle retardado das quantidades incontroladas de excitação (605). As repetições ocorrem

também em todos os fenómenos psiconeuróticos, mas têm índole diversa; por exemplo, os

sintomas repetem, às vezes, experiências infantis, estão sempre a repeti-las, mesmo que não

hajam sido prazerosas. Os fenômenos neuróticos caracterizam-se pelo fato de que os pacientes

não reagem com vivacidade aos estímulos atuais na conformidade da respectiva natureza

específica, mas reagem, sim, repetidamente, segundo padrões rígidos. Os próprio impulsos

instintivos são também repetitivos: sentem-se periodicamente e tendem a seguir, de cada vez, o

mesmo curso. Além disto, existem repetições que não são problemáticas: por exemplo,

repetições de atos ou de atitudes que se mostraram úteis, em certa ocasião, e que ocorrem

sempre que tornam a vigorar condições semelhantes: ou, de modo geral, repetições em resposta

a estímulos que se repetem ou se assemelham.

Freud falou numa compulsão à repetição (605), conceito que se tem discutido muito na

literatura psicanalítica (145, 431, 771, 977, 991, 992, 1064" 1180, 1182, 1469). Dá-se, porém,

que as repetições mencionadas são de tipos muito diversos. Deixando de lado as repetições

"não problemáticas", hão de distinguir-se três categorias:

1. A periodicidade dos instintos, enraizada na periodicidade das respectivas fontes

físicas (somáticas). Constitui problema somático, mas de conseqüências psicológicas

profundas (102, 257). Não são só os impulsos instintivos que recorrem periodicamente: os

"derivados" dos impulsos instintivos também refletem esta periodicidade. Toda espécie de tome

termina com a saciedade e a saciedade, passado algum tempo, dá lugar à fome. Talvez se en-

quadre nesta categoria a periodicidade dos fenômenos, maníaco-depressivos.

2. Repetições devidas à tendência que tem o material reprimido a descobrir uma

saída. É este o cerne das repetições psiconeuróticas características (991, 992). Mostram-se ao

máximo nítidas nas chamadas neuroses de destino, nas quais o paciente, periodicamente, evoca

ou padece a mesma experiência (327, 613). O que se passa é que um impulso reprimido tenta

gratificar-se apesar da repressão; mas sempre que vem à superfície o desejo reprimido, a an-

gústia, que, de início, produziu a repressão torna a mobilizar-se e cria, do mesmo passo que a

repetição do impulso, a repetição das medidas antiinstintivas. As repetições neuróticas desta

ordem não contêm elemento metafísico, mas simplesmente representam a continuação da luta

entre aquilo que é reprimido e as forças repressoras. O que não foi gratificado se esforça pela

gratificação e os mesmos motivos que, a princípio, negaram esta vêm a mais tarde atuar, de

modo que 'além do princípio do prazer" não vai nem sequer a repetição da falha mais dolorosa

do complexo de Édipo, na transferência que ocorre durante o tratamento analítico (605). Não é

a resolução dolorosa do complexo de Édipo (612) que o paciente tenta repetir, porque ele está,

sim, se esforçando por gratificar os desejos edipianos; esforço, porém, que mobiliza a angústia,

a repetição de uma experiência penosa constituindo o resultado objetivo.

As repetições nos rituais obsessivos (contagem compulsiva) incluem-se nesta categoria

(ver págs. 142 e seg e269 e seg.).

3. Repetições de fatos traumáticos visando a realizar controle retardado. Onde

primeiro e com mais clareza se vê este tipo de repetição é nas brincadeiras infantis, em que

aquilo que foi antes passivamente experimentado é ativamente repetido em quantidade e ao

tempo que o ego escolhe. Ocorre o mesmo padrão nos sonhos repetitivos e nos sintomas dos

neuróticos traumáticos: e também em muitos pequenos atos semelhantes das pessoas normais,

qUe, em pensamentos, histórias ou atos, repetem experiências aflitivas, certo número de vezes,

até controlarem estas experiências (605, 1552).

Os fenômenos repetitivos das psiconeuroses são, em geral, do tipo (2); os fenômenos

repetitivos das neuroses traumáticas, do tipo (3).

Existe uma categoria de neuroses em que, simultâneos, se vêem elementos de "conflito

neurótico" e de trauma: são neuroses de pessoas cujas motivações de defesa contra impulsos

instintivos se baseiam em experiências traumáticas específicas da respectiva infância (431). É o

que se reconhece pelo fato de serem, ao mesmo tempo, do tipo (2) e do tipo (3) as repetições

que ocorrem no curso destas neuroses.

O tipo (2) de repetição não visa a ser repetição. Quando a excitação se "repete", é na

esperança de que o seu resultado seja diferente, gratificação e não a falha anterior. Falha,

porém, esta intenção e o que, de fato. ocorre é repetição da frustração. Há vezes em que,

evidentemente, o ego está lutando por uma "repetição em condições diferentes"; por exemplo,

havendo medidas tranquilizadoras que possibilitem a gratificação até então bloqueada.

O tipo (3) é caracterizado por traços diversos. A atitude do ego em relação à repetição é

muito ambivalente. A repetição é desejada para aliviar a tensão, mas, porque a própria

repetição é também dolorosa, a pessoa receia-a e tende a evitá-la. Em geral, por conseguinte,

busca-se um compromisso: repetição em menor escala, ou em condições mais animadoras. A

ambivalência em relação a esta repetição mostra-se, nos fenómenos da traumatofilia e da

traumatofobia (1070. 1244), pelo fato de que tudo quanto estas pessoas empreendem se trans-

forma em trauma: temem isso, mas por isso se esforçam, por isso lutam. Existem muitas

variedades desta mistura de medo da repetição e de esforço por que ela se produza. Quando o

esforço é inconsciente, os pacientes, malgrado o medo das experiências transtornadoras,

experimentam todos os dias coisas que transtornam muito; correm de catástrofe a catástrofe,

tudo os transtorna, os enche de emoção; nunca têm tempo, distanciamento, relaxamento que

bastem para acalmá-los. Por outras vezes, o desejo da repetição é mais consciente e os

pacientes anseiam por uma experiência dramática que lhes termine as desgraças de uma vez por

todas.

Já se tem dito, muitas vezes, que, em certos neuróticos o medo da castração ou da perda

de amor é obscurecido por um temor mais superficial da sua própria excitação, a qual, pelo

bloqueio do respectivo curso natural, veio a adquirir caráter penoso. Por conseguinte, os

pacientes deste tipo têm medo do prazer final; sexualmente excitados, anseiam por uma

experiência "dramática" e, no entanto, temem-na.

E o que ocorre em pacientes nos quais o juízo de que "a excitação é perigosa" resulta da

recordação de traumas sexuais infantis, cenas primárias, ou seduções reais. A sintomatologia

destes pacientes revela condensação de retornos dos conflitos instintivos reprimidos com

repetições dos traumas, construídos a base do tipo de repetição (3).

A situação dos pacientes que sofrem destas neuroses é pior do que a dos que têm

neuroses traumáticas agudas, por causa do caráter fisiológico da excitação sexual. Quem

houver sofrido um trauma externo (digamos, um acidente de automóvel) há de sonhar, durante

algum tempo, com o acidente, será incapaz de entrar num carro, pôr-se-á a tremer quando vir

um carro etc; e isso persistira até que se descarregue a quantidade incontrolada de excitação;

passado algum tempo, cessam os sintomas. Se, no entanto, o trauma tiver sido de tal natureza

que resulte em que o ego faça o juízo "a excitação sexual é perigosa" (ou antes, mais

especificamente, "a perda do ego no auge da excitação sexual é perigosa"), este juízo fará que o

ego torne a interferir, de cada vez, rio curso normal da excitação: interferência que produzirá

deslocamento da excitação do aparelho genital para o sistema nervoso vegetativo. Isso é sentido

como dor (angústia), tornando a confirmar a ideia errónea do ego concernen-temente ao perigo

da excitação sexual. O fato da excitação sexual estar sempre sendo renovada a partir de fontes

somáticas jamais permitirá que decline a neurose deste tipo. 0 paciente terá entrado num círculo

vicioso; o "controle retardado", pelo qual as repetições se esforçam, nunca se obtém porque

toda tentativa de alcançá-lo gera nova experiência traumática. É como se uma pessoa que tenta

entrar num carro, após acidente automobilístico, tenha de cada vez de sofrer outro acidente.

Há tipos de medo mórbido da morte que, analisados, mostram o caráter real de

medo do orgasmo, depois que o conceito de orgasmo se haja transformado em conceito

de trauma (ver pág. 195).

Até certo ponto, todas as neuroses que se enraízam em cenas primárias são deste tipo. A

cena primária fez que os pacientes temam a excitação sexual; o temor transforma a excitação

em sensações dolorosas, cuja experiência é sentida como repetição da cena primária — o que se

complica pelo fato de que as repetições da cena primária também se procuram da mesma

maneira que o neurótico traumático busca repetições do trauma.

Há neuróticos que dão a impressão de labutarem a vida inteira pelo controle retardado das

impressões de uma cena primária. Uma cena primária sa-dicamente percebida pode alterar o

aspecto do mundo para um indivíduo a ponto dele vacilar entre a expectativa temerosa da

repetição deste trauma e a realização verdadeira do mesmo. A experiência traumática tanto

estabelece uma espécie de neurose traumática inconclusiva quanto, do mesmo passo, aumenta a

disposição ao desenvolvimento de psiconeuroses, visto que a recordação do trauma intensifica

o efeito de todas as proibições e frustrações sexuais posteriores. (Inversamente também,

proibições e frustrações precedentes podem fazer que uma cena primária posterior venha a ter

caráter traumático especial.

Quanto a saber quais são os componentes sexuais que se envolvem, de modo particular,

nas neuroses deste tipo, o que parece é que todo instinto parcial pode estar envolvido; alguns

dentre eles, porém, em geral avultam. Falamos no papel desempenhado pelo erotismo das

sensações de equilíbrio no medo que o indivíduo tem da sua própria excitação (ver págs. 190 e

segs.): também aludimos ao papel do erotismo muscular quando um tique eterniza a recordação

de uma cena primária-(996) (ver pág. 300). Nos homens, o medo de que o ego seja esmagado é,

decerto, mais intenso no caso de desejos feminino-passivos ocuparem o primeiro plano; os

desejos sádicos, nos dois sexos. têm, às vezes, o mesmo resultado. Nos trauma tofílicos, as

excitações sexuais e agressivas sempre inseparavelmente entrelaçam-se.

O que vale para a sexualidade vale também para a agressão. Também esta, quando

gratificada, não é represada; mas se a emoção da raiva como tal é temida e bloqueada, um

círculo vicioso cria-se, tal qual ocorre quando se bloqueia a sexualidade.

As pessoas que tendem ao *acting out* na realidade, que se servem dos objetos externos

apenas como instrumentos para encontrar alívio de tensões internas, são, com muita freqüência,

do tipo traumatofílico. Os atos que praticam correspondem às repetições de um neurótico

traumático. A ânsia de experiências que sirvam para rejeitar um perigo, para ganhar ou reforçar

uma proteção necessária, pode, ao mesmo tempo, visar à descarga retardada de uma excitação

esmagadora. A experiência de traumas nos primeiros anos de vida, em pessoas assim,

representa, às vezes, a base da intolerância, que as caracteriza ern relação às tensões. A

recordação da experiência de um trauma faz que temam a possibilidade de qualquer tensão

sinalizar novo trauma. Sentem-se como se fossem criaturas miseráveis, expostas,

desamparadas, a um mundo temível, o qual amontoa sobre elas experiências traumáticas. A

única forma por que conseguem procurar alívio é estar sempre tentando antecipar, ativamente e

em escala limitada, aquilo que temem; falham costumeiramente, por causa do círculo vicioso

que descrevemos.

Há psicoterapeutas que parecem ser do mesmo tipo que estes pacientes. No

trabalho com eles, procuram manipular o inconsciente ativamente e "em escala limitada"

por temerem ser esmagados passivamente e em grau elevado pelo seu próprio

inconsciente. Preferem cataclismas emocionais e cenas dramáticas nos seus tratamentos;

e, teoricamente, defendem a importância da "abreação", não se mostrando muito

favoráveis à "elaboração." Como todas as recompensas inconscientes que o

psicoterapeuta obtém, indevidamente, do seu trabalho, este tipo de ganho anula ou,

quando menos, prejudica o trabalho objetivo.

Quanto à psicoterapia, as neuroses deste tipo estão mais próximas das psiconeuroses que

das neuroses traumáticas. (Todavia, ainda se ignora qual seja a percentagem das chamadas

neuroses traumáticas que realmente se incluem nesta categoria.) Quem esperar cura espontânea

esperará em vão. A intervenção do ego defensivo impede, de modo absoluto, o "controle

retardado"; e o ego defensivo interfere por causa da sua apreensão do desastre. Cabe à psi-

canálise anular a defesa, possibilitar uma conexão entre as forças instintivas que foram

excluídas e o resto da personalidade. A perda prazerosa do ego que ocorre numa experiência

sexual feliz é a melhor garantia possível do controle de qualquer excitação que haja

permanecido incontrolada desde a infância, por força de experiências de perda dolorosa do ego.

Visto que estas pessoas têm em relação à tensão a mesma intolerância que os pacientes

portadores de impulsos mórbidos, a realização da "anulação da defesa" é igualmente difícil,

para este fim havendo necessidade, às vezes, de modificar a técnica clássica. Em princípio, a

psicanálise atua do mesmo modo que nas psiconeuroses simples. Afinal de contas, as

psiconeuroses simples não são tão diferentes destas combinações, visto que toda defesa contra

os instintos se realiza a partir da angústia e esta, em essência, é o esforço que o ego faz por

evitar experiências traumáticas.

CURAS ESPONTÂNEAS

O entrejogo entre as defesas contra as manifestações neuróticas e as tentativas da inclusão

das mesmas na organização da personalidade determinam a evolução posterior da neurose. Da

complexidade que assume este entrejogo deu ideia a discussão relativa aos transtornos

caracterológicos neuróticos. Não há formula geral que possa, de maneira breve e conclusiva,

explicar a razão por que certas neuroses tendem a se curar, a melhorar ou a estacionar, ao passo

que outras seguem curso maligno.

As curas ou melhoras espontâneas podem subdividir-se em verdadeiras e aparentes. Cura

"verdadeira" pressuporia solução do conflito neurótico, o que, teoricamente, poderia realizar-se

ou pelo desaparecimento dos motivos da defesa, de maneira que o instinto rejeitado já não é

rejeitado, ou pelo êxito das forças opostas na indução de uma condenação do desejo infantil por

melhores meios, ou seja. por deslocamento da respectiva energia para outros desejos, não

censuráveis. Tanto um quanto o outro destes desfechos afigura-se, no entanto, impossível, visto

que, pela defesa patogênica, os motivos desta e, bem assim, os próprios impulsos rejeitados se

tornaram inacessíveis a um juízo razoável. Claro, as coisas que transtornaram a criança não

continuarão a transtornara personalidade madura, mas o próprio enfrentamento racional do

distúrbio pela personalidade madura veio a ser impossibilitado pelas medidas defensivas do ego

infantil. Há possibilidade de superar temores infantis patogênicos malgrado a exclusão deles do

ego?

Nas neuroses infantis, em que a angústia que motiva a repressão ainda não se incorporou

plenamente, esta angústia pode ser ainda corrigida pela realidade. Quando uma criança sente

que certo comportamento instintivo, por exemplo: sujar as calças, será seguido da perda

duradoura do amor materno ou de outro castigo severo, esta angústia fará que ela reprima o

impulso instintivo, repressão capaz de criar sintomas neuróticos. Em casos desta ordem, talvez

baste uma tranqüililização para superar a angústia a fazer supérfluas a repressão e a neurose. A

confiança numa "mãe boa" é a melhor experiência para conseguir a superação do início de uma

clivagem entre o instinto e a personalidade. Na verdade, certa percentagem das neuroses

infantis desaparece posteriormente pelo fato da criança ganhar confiança nas pessoas que a

cercam, ou nas suas próprias capacidades. Muitas fobias infantis, como o medo do escuro ou de

ficar só, são superadas pela influência tranquilizadora do ambiente, bem como pelo ama-

durecimento natural da criança, pelo progresso que faz na motilidade, na capacidade de

controle ativo, e pela autoconfiança que se desenvolve. A confiança também pode ser

aumentada pela modificação desenvolvimental das principais exigências instintivas: a criança

que tinha medo de sujar as calçasperdè-lo-á quando, pelo desenvolvimento normal, os impulsos

anais deixarem de ser a força executiva geral da excitação sexual.

Até certo ponto, melhoras semelhantes mediante tranqiiilização podem ocorrer também

em adultos infantis que ainda temem ser punidos por objetos externos. Em pessoas menos

infantis, será impossível cura verdadeira deste tipo. mas são possíveis melhoras de grau maior

ou menor pela tranquilização e pela confiança, O caráter tranquilizador das experiências

responsáveis por melhoras desta ordem pode ser objetivo; ou consistirá, simplesmente, na

realização de certas condições que. conforme a história do indivíduo, hajam assumido para ele

significado tranquilizador. Também se pode conceber que uma evitação fóbica. que até então

não se conseguiu suficientemente obter, ou que haja exigido dispêndio especial, se consiga

mediante condições novas: por exemplo, razões externas induzem o indivíduo que tem fobia de

ruas a se mudar para o campo. Os rituais compulsivos que significam, inconscientemente, tran-

quilização tornar-se-ão supérfluos, quando certos fatos externos ou modificações da situação de

vida assumam a realização da mesma função.

A possibilidade de desfecho assim feliz vem, contudo, a ser muito menos provável depois

que a angústia que motivou a repressão se haja ela própria tornado inconsciente a ponto de já

não poder ser corrigida pela experiência.

Antes de Freud, costumavam os velhos clínicos aconselhar o casamento às moças

histéricas, querendo com isso dizer: que começassem a ter atividade sexual. Conselho desta

ordem não podia produzir efeito porque as pacientes, em virtude da sua repressão, eram

incapazes de experimentar satisfação sexual; esta, e não a simples oportunidade do contato

sexual, é que estava faltando. É correto, no entanto, admitir que as histéricas se curariam se se

encontrasse algum meio de lhes possibilitar a sensação da satisfação sexual. De modo geral, o

distúrbio da capacidade de satisfação não pode ser superado pela simples imposição a um

paciente da situação que para outras pessoas será satisfatória. Entretanto, uma experiência de

tipo novo de prazer pode animar a pessoa a enfraquecera sua atitude defensiva — talvez,

apenas temporariamente — a tentar modificações posteriores e a ganhar acesso a outros

prazeres, estes, por sua vez, podendo diminuir a intensidade da defesa. Uma coisa existe que se

pode chamar "cura por sedução" ou "cura pelo amor", em que uma experiência nova de prazer

(às vezes, combinada a uma experiência nova de confiança na índole não castradora do

ambiente") é capaz de derrubar as muralhas da repressão (559). Já aludimos à possibilidade de

"cura traumática" de um sistema compulsivo rígido (ver págs. 243 e segs.).

Há vezes em que uma cura espontânea se deve ao decréscimo não da angústia oposta ao

instinto, mas da força do próprio instinto rejeitado. Ocorrem, por exemplo, curas espontâneas

pós-climatéricas em seguida a neuroses aa menopausa (às vezes, é verdade, combinadas a

regressões que podem produzn novos sintomas).

Os fatores mencionados são capazes de produzir, em lugar de curas espontâneas

completas, melhoras ou curas limitadas, estas só perdurando "até a revogação".

As curas e melhoras espontâneas "aparentes" baseiam-se em alterações da situação

económica que alimenta a neurose, sem que por completo desapareça o conflito subjacente.

Alterações das condições de vida podem modificar, de maneiras diversas, o equilíbrio

dinâmico-econômico dentro da personalidade, de forma que uma neurose autêntica se torne

supérflua. Todas as experiências que modificam a relação entre instinto e angústia modificam

também o quadro neurótico (1317, 1502, 1610).

Quando discutimos os fatores precipitantes das neuroses, demos o quadro das alterações

possíveis de ocorrer no equilíbrio entre os instintos reprimidos e as angústias e sentimentos de

culpa que se lhes opõem (ver págs. 422 e segs.). O mesmo quadro, com valores invertidos,

podemos, a esta altura, usar para clarificar as maneiras possíveis pelas quais as experiências

vitais decrescem numa neurose estabelecida.

1. A situação modificada pode representar decréscimo da força do impulso reprimido:

pode ser decréscimo absoluto, como ocorre nas melhoras pós-climatéricas, ou relativo.

Tal qual qualquer tentação inconsciente de um impulso reprimido é capaz de precipitar

uma neurose, assim toda situação que exclua ou limite as tentações de impulsos reprimidos tem

efeito de melhora.

Decréscimo relativo da força do impulso reprimido realiza-se, às vezes, pela abertura de

saídas novas de toda sorte. As experiências que abrem ou acrescem as gratificações de outros

instintos, em particular da sexualidade adulta, diminuem relativamente as forças reprimidas,

("melhora por sedução"). Tudo quanto aumente a valoração destes outros instintos pode

produzir o mesmo efeito. Uma irrupção favorável de atitudes rígidas é análoga à "sedução"

deste tipo. Ou a nova saída talvez não a constituam atividades instintivas diretas, mas qualquer

outra atividade que substitua o impulso reprimido, ou antes, substitua os sintomas neuróticos

que hajam formado a primeira linha das atividades substitutivas. Alguma coisa diferente toma o

lugar da neurose, uma espécie de sublimação" (inautêntica) ou outra neurose "secundária" ou

"artificial". Na prática, quase todas as curas ou melhoras espontâneas se incluem nesta ca-

tegoria.

Algo deste tipo ocorre, antes de mais nada, sempre que neuroses infantis são superadas

pelo desenvolvimento de atitudes caracterológicas rígidas; atitudes que implicam

empobrecimento do ego e, pois, se podem chamar neuróticas; mas podem ser menos evidentes

e transtornar menos do que a neurose primária.

As condições de vida sao capazes de constituir uma situação que, dinamicamente,

sirva como se fosse uma "neurose secundária", a qual torna supérflua a neurose

primária. Deste tipo são os neuróticos que melhoram quando caem fisicamente doentes

ou quando sofrem infortúnios reais, porque o sofrimento e a desgraça assumem o

significado "punitivo" que, até então, a neurose representara. Todavia, os substitutos não

são, necessariamente, substitutos dolorosos: as curas que se produzem mediante hobbies

sublimados, ou as autocuras dos artistas neuróticos mediante o trabalho criativo também

atuam pelo fato de abrirem vias a atividades substitutivas.

2. O incremento das forças rejeitadcras pode resultar em vitória temporári do ego, se este

conseguir criar coerção nais enérgica e feliz. A intensificação da angústia ou do sentimento de

culpa poce ser direta ou indireta (ver págs. 424 e seg). Funciona como se fosse um conando

hipnótico dirigido contra os sintomas. O efeito das melhoras deste tipo tal qiual o efeito daquele

comando, é muito limitado; o aumento da coerção ssrá seguido, mais cedo ou mais tarde de

rebeldia mais intensa.

O medo externo alivia, às vezes, smtimentos de culpa internos. Há neuróticos

obsessivos que melhoram quando mcontiram um patrão severo ou quando deparam

qualquer experiência que os anedrointe.

3. Muitas melhoras espontâneas, se devem a decréscimo das forças repressoras,

decréscimo que basta píra reduzir toda a luta defensiva a um nível em que já não transtorna.

Certas «xperiiências, que tranquilizam objetiva ou subjetivamente. ou que tendem de jlgumi

modo a mostrar a invalidez de ameaças passadas representam decréscinos dliretos da angústia;

o sentimento de haver espiado qualquer mal que se heja feitio, o preenchimento de exigências

dos ideais do ego, a aquisição de padrões novios (desde que tornem inócuos alguma coisa que

até então se afigurava nociva) representam decréscimos diretos dos sentimentos de culpa. Certo

é que a confissão pode curar ou melhorar e neurose de um católico praticante. A angustia e

os sentimentos de culpe podem decrescer indiretamente pelo ganho de: amor; em particular,

quando este "amor" é sentido como provisão narcíáca que regule a auto-estima.

O perdão alivia o sentimento de cupa. O)s neuróticos obsessivos melhoram, às

vezes, quando encontram um patrão bondoso, ou qualquer experiência que tranquilize.

Muitas "curas" espontânecs baseiam-se numa permissão a regredir ao tipo passivo

receptivo de controle, deixando que outros assumam a responsabilidade. Abraham

relatou cura espontânea miuito impressionante deste tipo no caso de um impostor (29),

que se curou cuando uma mulher do tipo materno se enamorou dele e lhe preencheu os

desejos edipianos. Em outros casos, o amor que se ganha pode ser de índole impessoal, o

amor de Deus, ou o fato de "pertencer" a uma unidade maior, isso permitindo remunciar

à atividade e à responsabilidade pelos poderes protetores mágicos da "fé" (654).

A obtenção de amor pode ser sibstituída pela obtenção de prestígio, poder, autoconfiança,

ou por condições de vida que garantam evitações to bicas, ou proporcionem rituais

tranquilizadores . É paradoxal que até falhías e experiências que representam perda da auto

confiança tenham, às vezes, efeito favorável, uma vez que se percebam como permissão para

ceder a desejo; passivo-receptivos.

4. Enfim, até a intensificação dos impulsos reprimidos talvez fosse capa de criar

melhora, se. de tão intensa, rorrpesse; completamente a contracatexia Os impulsos liberados,

então, responderiam como impulsos que a psicanálise houvesse libertado da repressão:

emparelharriam com a maturidade da personalidade total, de que se tinham isolado, e

perderiam o caráter infantil. Na prática, as melhoras deste tipo sempre coincidem com as

"melhoras por sedução", que discutimos em (1).

A eficácia de todas estas influências depende, claro, de toda a situação econômico-

dinâmica; as mesmas ocorrências externas que modificam o equilíbrio dos conflitos podem

produzir exacerbação dos conflitos ou melhora, conforme sejam os fatores económicos. A

diferença da estrutura econômico-dinâmica também é responsável pelo fato de que, embora

curas e melhoras espontâneas ocorram em todos os tipos de neuroses, é com frequência

diferente que ocorrem nas várias neuroses: nas histerias móveis, com mais frequência do que na

compulsão fixa e nas neuroses de caráter. O efeito curativo de uma atitude passiva receptiva

pode ser paralisado por sentimentos de culpa e conflitos secundários que eles suscitam.

NEUROSES ESTACIONARIAS

O fato de algumas neuroses estacionarem a certa altura do seu desenvolvimento talvez

resulte das mesmas condições que, em outros casos, produzem recuperação. As modificações

favoráveis da relação dinâmica entre impulsos reprimidos e angústia bastam para controlar o

impulso instintivo posterior, cujo represamento está sempre aumentando a partir de fontes

somáticas; mas não bastam para anular o dano causado até então.

A pausa no desenvolvimento de uma neurose tem sido comparada ao isolamento de um

corpo estranho, em sentido anátomo-patológico (ver pág. 427). Este resultado representa defesa

do ego contra os sintomas mediante o isolamento.

Exemplos deste isolamento vêem-se na projeção feliz do perigo instintivo para uma

situação externa, na fobia; na belle Indifférence dos histéricos; no neurótico obsessivo,

que permanece relativamente ileso desde que realize certos rituais; no homem que

consegue transformar uma esquizofrenia paranóide em paranóia sistematizada; e no

ciclotímico, o qual se sente normal nos intervalos entre os ataques depressivos e

maníacos.

Nas neuroses de caràter, a luta entre impulso e angústia pode estacionar, enrijecer-se. Em

lugar de "ação bélica móvel", trava-se "guerra de posições", podendo, então, o paciente cansar-

se com facilidade e sofrer de "inibição geral pelo empobrecimento geral" (618), quanto ao

mais, no entanto, permanecendo relativamente intato.

O avanço ou a parada de uma neurose não se decide de uma vez por todas; pelo contrário,

são relativos. Certa neurose que relativamente estaciona durante certo tempo pode voltar a

progredir. Não são só as curas e pausas das neuroses que podem ser espontâneas: também

agravamentos e progressos ocorrem sob a influência de fatos externos. E os mesmos fatores

econômico-dinâmicos que decidem se um transtorno do equilíbrio (externamente determinado)

vai ter efeito melhorativo ou agravador são também decisivos nas questões de avanço e parada.

Melhora e agravamento, parada e avanço são conceitos relativos. Há casos em que

dependem do ponto de vista: Como colocar uma alteração externamente, produzida na

neurose? Inclui-la numa categoria ou em outra? Certas alterações qualitativas serão

melhoras em certo aspecto e, noutros, agravamentos. Exemplo: Aludimos à substituição

de uma fobia por um transtorno caracterológico (274). Assim também, há alterações

externas que mudam o quadro sintomático. As neuroses obsessivas é freqüênte terem um

"cerne histérico" historicamente mais antigo (599); pode, em particular, ter havido

substituição de fobias por rituais. Se a rigidez da estrutura compulsiva é liquidada na

vida futura, os traços histéricos podem reaparecer. Mesmo não sendo este o caso, uma

neurose obsessiva, que perde o seu "equilíbrio neurótico", pode transformar-se em

neurose de ansiedade ou em distúrbios psicossomáticos. Mais interessantes são as

complicadas relações dinâmicas entre neuroses obsessivas e distúrbios psicossomáticos,,

de um lado, e transtornos maníaco-depressivos e esquizofrenias, de outro lado. Os

maníaco-depressivos mostram, costumeiramente, características obsessivas nos seus

intervalos livres (26); as esquizofrenias podem, "artificialmente ser mantidas no nível de

neurose obsessiva" (ver pág. 419), ou controladas por sintomas psicossomáticos (ver

pág. 240). Quer dizer, aqueles que têm disposição a utilizar mecanismos psicóticos ainda

são capazes de resolver certa quantidade de conflito mental por meios neuróticos; se da

vida decorrem intensificações desta quantidade, desenvolvem mecanismos psicóticos; se

decresce a intensidade dos conflitos, voltam a ser neuróticos.

Outra relação ainda existe entre os transtornos maníaco-depressivos e as neuroses

impulsivas. Os impulsos patológicos servem de defesa contra as. depressões e de

equivalente das mesmas. Se são insuficientes por força de causas externas ou internas

faz-se manifesta a depressão.

Toda neurose tem altos e baixos espontâneos. A psicanálise das causas que precipitam as

alterações espontâneas fornece material importante a respeito da índole do conflito

inconsciente.

NEUROSES PROGRESSIVAS

Há casos que, em vez de terem estes desfechos felizes, progridem com malignidade.

Fluem os instintos de fontes somáticas e, não havendo descarga adequada, cada vez mais avulta

o represamento. Os derivados nunca têm descarga plena; apenas prolongam a catástrofe. Nas

fobias, as condições assumem amplitude cada vez maior. Os sintomas compulsivos adquirem

cada vez mais significado instintivo: e as ambivalências e dúvidas vão crescendo até não ser

mais possível decisão alguma; nos "estados finais compiulsivos", a personalidade dá a

impressão de estar completamente consumida pela luta entre instinto e consciência (109, 1292).

Há também "estados finais fóbicos", em que todas as atividades vitais se mostram bloqueadas.

Forma especial de progresso se vê nas misturas de psico-neuroses e neuroses traumáticas (431).

Existem neuroses que, estacionárias durante certo tempo, voltam, subitamente, a

progredir. Os mesmos fatores que precipitam uma primeira irrupção da neurose (ver págs. 422 e

segs.) são também responsáveis pela precipitação segunda. Estes segundos "colapsos nervosos"

(que, por exemplo, produzem ataques súbitos de angústia em pessoas nas quais as tendências

ansiosas forarn anteriormente ligadas com êxito, ou que transformam uma "neurose de carater

rígida em "neurose sintomática" móvel, ou um equilíbrio compulsivo sem emoções em

ataques vegetativos incontroláveis), estes segundos "colapsos ner vosos", dizíamos, podem ser

muito dolorosos para o paciente; são do ponto de vista terapêutico, favoráveis.

23

Terapia e Profilaxia das Neuroses

PSICOTERAPIA

Muitas maneiras existem de tratar as neuroses, mas só uma existe de compreendê-las.

Dentre os ataques dirigidos contra os psicanalistas muitos se baseiam na noção de que

"juram, exclusivamente, pelo seu próprio método" — o que não é, em absoluto verdade. Há

muitas razões pelas quais um tratamento não analítico pode, às vezes, ser mais indicado do que

a psicanálise. O que é verdade, no entanto, é que os psicanalistas pensam que só a ciência

psicanalítica compreende o que se passa nas neuroses e que só uma teoria compreende o que se

passa nas neuroses e que só uma teoria existe que dê explicação científica da eficácia de iodas

as psicoterapias.

Para o analista, a psicoterapia não analítica afigura-se aplicação do conhecimento

psicanalítico, do mesmo modo que o será uma psicologia psicanalítica da propaganda ou uma

psicologia psicanalítica do anúncio comercial. Ainda não foi estudada por forma sistemática

(cf. 1281) e ainda envolve muita intuição. Por conseguinte, esta aplicação do conhecimento

psicanalítico é mais difícil — e, certamente, mais problemática quanto ao seu resultado — do

que o uso, *lege artis,* da terapia psicanalítica. Daí ter Simmel, há muito tempo, exigido que todo

psicoterapeuta, seja qual for o método que pretenda aplicar, tenha formação psicanalítica

completa (1439).

No caso das neuroses traumáticas, vimos que a psicoterapia pode e deve imitar as duas

maneiras espontâneas de recuperação, dando oportunidades a descargas retardadas e, bem

assim, à traquilização. ao repouso, a sugestões calmantes; e vimos que a tarefa consiste em

encontrar a maneira correia de fundir os dois processos (ver pág. 116). Algo semelhante se

pode dizer de referência aos fatos agudos e mais ou menos "traumáticos" que transtornam a

vida das Pessoas normais. Estas, quando sofrem uma perda de amor. um fracasso, uma

alteração no padrão de vida, outro tipo de modificação, têm de promover adaptação às

condições novas. Na execução do "trabalho de aprendizagem", ou “trabalho de ajustamento",

têm de reconhecer a realidade nova e menos cômoda, têm de combater tendências à regressão,

à falsa-interpretação da realidade, ao desejo de passividade e dependência, às fantasias que

realizam desejos. Em situações desta ordem, pode ser útil o *aconselhamento,* que funciona pelo

mesmo mecanismo que a terapia das neuroses traumáticas: de um lado, podemos verbalizar e

clarificar a tarefa que a realidade suscita e ajudar a conter as tendências à reação irracional,

trazendo-as ao nível consciente; por outro lado, esta ajuda se pode somar a concessões relativas

de repouso e pequenas regressões, realizações compensatórias de desejos, cujo efeito é

recuperativo.

É só pequena parte de dificuldades psíquicas que têm índole "traumática"; mas existem

fatores precipitantes de psiconeuroses ou de estados de transtornos agudo não neurótico

capazes de se comparar a traumas. Uma pessoa que haja evoluído de conflito infantil antigo

para um estado de equilíbrio relativo entre forças reprimidas e repressoras não está livre de

sofrer uma alteração externa que signifique transtorno deste equilíbrio, assim dificultando o

ajustamento até então conseguido.

Quanto mais perto estiver certa neurose do extremo traumático da série complementar,

maior será a probabilidade de que logrem êxito os esforços externos no sentido de sustentar as

tentativas espontâneas de recuperação do equilíbrio psíquico; quanto mais o êxito pressuponha

a anulação de bloqueios anteriores, ou seja, de processos de defesa e da crença na necessidade

da defesa, menor será a probabilidade de tratamento psicoterápico fácil.

O "aconselhamento" pode servir-se dos meios adjuvantes *racionais* de que dispõem os

psicoterapeutas. Em primeiro lugar, a verbalização de preocupações obscuras por si só alivia

porque o ego é capaz de enfrentar ideias melhor do que sensações emocionais imprecisas. O

próprio fato do médico dar tempo, interesse, simpatia às preocupações do paciente não será

apenas "transferência" de uma situação passada, mas também alívio muito original e

substancial para pessoas solitárias, sem amigos com quem conversar, ou para aquelas que não

têm sido compreendidas, ou têm sido maltratadas nas suas dificuldades, até o momento. A

informação concernente a questões emocionais e, particularmente, sexuais ajudará almas

excitadas a que se acalmem. Mais ainda: se um paciente vê nexos entre sintomas,

preocupações, partes da sua personalidade até o momento sem ligação entre si; se o ajudamos a

detectar padrões gerais de comportamento por trás de atos concretos: se ele até detecta as

relações que existem entre estes padrões — tudo isso, decerto, fortifica relativamente o seu ego

no trato deste com as forças mais profundas existentes dentro da sua personalidade. (Contudo,

este reforço pode se servir, erroneamente, para fins de resistência.) Há autores que acreditam

constitua psicanálise a ajuda racional deste tipo (820, 821); de fato, é muitas vezes, um

primeiro passo nos tratamentos psicanalíticos, é pré-requisito necessário do trabalho

psícanalítico propriamente dito, o qual não consiste em detectar padrões comportamentais, mas

sim em mostrar uma alteração dinâmica das condições que criaram os padrões patológicos.

Existem também "medidas racionais" fisiológicas. O relaxamento da tensão muscular

tem, por motivos fisiológicos, efeito catártico psíquico (334, 839, 1410) (ver pág. 233); o efeito

relaxante dos sedativos é útil. Às vezes, a velha prescrição dos banhos mornos para pessoas

nervosas é eficaz tanto pelo fato de darem estimulação prazerosa ao erotismo cutâneo e

representarem espiação quanto pela circunstância de produzirem vasodilatação periférica, por

esta forma contrabalançando a tensão central de que sofrem todos os neuróticos. A eficácia

destes processos racionais ainda se pode acrescer mediante aconselhamento que afaste o

paciente de situações desnecessariamente tentadoras ou excitantes ou o conduza a alguma

posição que tranquilize.

É muito limitada a eficácia de todos estes processos racionais. Quanto mais aguda é,

quanto menos uma dificuldade representa neurose verdadeira (sendo, primariamente, tarefa de

ajustamento imediato), maior é a probabilidade de êxito por meio.de processos racionais. No

caso, contudo, da dificuldade representar remobilização de conflitos antigos e padrões

neuróticos latentes, a eficácia dos processos racionais restringir-se-á, em grau maior ou menor,

ao significado de recompensas sedutoras, capazes de servir para a garantia de sentimentos

transferenciais positivos.

O conflito neurótico é a base de toda psiconeurose. Só mudando as relações dinâmicas

dos constituintes deste conflito é que se pode modificar a neurose. E o que, em princípio, se

pode fazer de duas maneiras: ou por acréscimo, ou por anulação da defesa. O acréscimo pode

tentar reprimir, novamente, a neurose inteira, como um derivado daquilo que antes se tenha

rejeitado; a anulação da defesa, é claro, encerrará o conflito inteiro.

O primeiro tipo de "terapia" representa-se na antiquada sugestão hipnótica, pela qual a

autoridade do médico proíbe o paciente de produzir sintomas. O mesmo efeito temporário pode

também se tentar, de modo indireto, mediante técnicas que aumentam a angústia do paciente e,

daí, suas repressões por meio de ameças, maus tratos, castrações simbólicas, recriminações. As

medidas deste tipo tentam induzir o paciente a "reprimir toda a neurose".

Na primeira Guerra Mundial, as neuroses de guerra, na Alemanha e na Áustria,

eram tratadas com choques elétricos muito dolorosos. Os pacientes receavam, então, a

dor mais do que qualquer outra coisa e "fugiam para a saúde" como menor mal. Simmel

citou, de uma feita, a história clínica escrita por um hipnologis-ta, o qual dizia não poder

certo paciente ser hipnotizado "apesar de compressão violenta dos testículos" (1439). Há

ainda medidas psicoterápicas menos drásticas, que consistem em combinar as

associações penosas na mente do paciente a ideia de sintomas — o que fará o paciente

renunciar aos seus sintomas, ou seja, reprimi-los.

Com a "repressão de sintomas", a pressão do material reprimido será, necessariamente,

acrescida e mais cedo ou mais tarde novos sintomas terão de se formar. Pode acontecer, no

entanto, que os novos sintomas se limitem a que fique o paciente mais medroso, mais

introvertido, mais rígido, mais dependente do médico (consciente ou inconscientemente);

enfim, pode o paciente produzir nova "neurose substitutiva" no lugar da neurose original, de

modo que a cura por aumento da repressão" se terá transformado em cura "por estabelecimento

de novos derivativos", a discutir-se adiante (ver págs. 516 e seg.).

O segundo tipo, o tratamento pela anulação completa da repressão, é representado pela

psicanálise, em que a anulação da repressão permite a participação dos desejos sexuais infantis

no desenvolvimento da personalidade e a transformação dos mesmos em sexualidade adulta

capaz de se satisfazer.

Na aparência, estes dois processos estritamente se contrapõe. Na realidade, porém, muitos

compromissos entre eles existem no sentido de que a anulação de uma repressão pode servir

para intensificar outra repressão; ou o aumento de certa repressão específica pode resultar na

criação, em outro lugar, de derivativos menos distorcidos. Discutimos tipos diversos desta

ordem como causas de recuperações ou melhoras espontâneas (ver págs. 507 e segs.). Quase

todas as psicoterapias têm esta índole de compromisso e representam imitação artificial das

melhoras espontâneas.

A utilização da descarga parcial de um derivado que garanta a repressão do resto

ocorre também nos sintomas neuróticos espontâneos e nas atitudes caracterológicas:

particularmente, nos sintomas perversos.

O princípio em que se fundam estas psicoterapias funcionam, frequentemente, no decurso

de um tratamento psicanalitico, quando ocorrem melhoras antes que se produza mudança real,

psicanaliticamente induzida. Acontece, então, que (a) o paciente utiliza o insight novo,

adquirido mediante interpretação feliz, para fins de resistência, isto é, para reforço de outras

repressões; *(b)* a relação afetiva do paciente com o analista (a sua "transferência") modifica a

relação dinâmica entre impulsos reprimidos e angústia: o analista é sentido corno força que

ameaça, ou como força que perdoa e tranquiliza.

Quase todas as psicoterapias dão ao. paciente certas oportunidades de descarga, as quais

são aceitas como substitutos dos sintomas espontâneos: ou porque, de fato. aliviam os conflitos

do paciente, lhe diminuem a pressão interna, dão oportunidade a que se reforce a repressão ém

outras partes da mente, ou porque se receiam medidas vingativas por parte do médico, ou se

esperam, inconscientemente, recompensas.

Glover escreveu, certa vez, um ensaio muito interessante em que investigou as maneiras

pelas quais interpretações incompletas ou inexatas (e também outros procedimentos

psicoterapêuticos) influenciam a mente do paciente (690: cf. também 687). A resposta que

encontrou foi no sentido de que estes procedimentos oferecem sintomas substitutivos artificiais,

os quais tornam supérfluos os sintomas espontâneos. De fato, muitas dentre as medidas

psicotera-pêuticas assemelham-se a sintomas neuróticos; e (em parte, reiterando; em parte,

suplementando Glover) pode-se dizer o seguinte: Os exercícios, banhos, outras medidas físicas

que se prescrevem aos neuróticos se devem considerar como "conversões artificiais"; ou seja,

na medida em que têm êxito, servem, realmente, na vida do paciente, como expressão

conversiva dos seus conflitos. As proibições de toda sorte — a retirada do álcool, do fumo etc.

representam "fobias artificiais". O aconselhamento exato no concernente à conduta de vida ou

às dietas constituem "compulsões artificiais", o que se vê com clareza maior ainda na

prescrição de certos rituais curativos (as preces da Christian Science), ou nas penitências que o

padre impõe na confissão; ou ainda nas fórmulas mágicas da "auto-sugestão", imitação artificial

da magia verbal que tantos neuróticos obsessivos espontaneamente usam para se defender

contra os seus sintomas (28, 889). Há muito conselho médico que serve, se aceito pelo paciente

obsessivo, como sintoma compulsivo, com o significado de penitência: por exemplo, usarn-se

os banhos, desde a antiguidade, como purgação e es-piação, que lava a substância suja do

pecado, obedecendo ao médico, o paciente compra a proteção do superego. A terapia

ocupacional (754; cf. também 1440), na medida em que a ocupação aconselhada (esporte,

hobby), e prazerosa, pode representar menos uma "obsessão artificial" do que uma "neurose

impulsiva artificial"; ou até uma espécie de "perversão artificial". Se o psicoterapeuta é

particularmente bondoso, ou particularmente severo, cria uma "dependência passiva-receptiva

artificial", em certas condições um "masoquismo artificial", capaz até de fazer que o paciente

reaja favoravelmente quando o médico o censura "por não mostrar vontade de se curar. O

próprio tratamento pode assumir o significado de ritual espiatório, que torna supérflua a

neurose (1446). O extremo da "dependência passiva-receptiva artificial" realiza-se na hipnose,

em que o *rapport* entre paciente e médico constitui por si mesmo, uma neurose substitutiva,

possível de chamar-se "infantilismo artificial". As prescrições de drogas, na medida em que o

paciente acredita que "coisas boas neutralizem "coisas ruins" dentro de si, servem como uma

espécie de "paranóia artificial (12).

Para que os processos terapêuticos deste tipo sejam eficazes, é necessário que o substituto

oferecido se ajuste à estrutura dinâmica do paciente; ajustabilidade que depende,

primeiramente, do tipo de paciente: um histérico não poderá aceitar "compulsões neuróticas";

nem um neurótico obsessivo, "conversões artificiais". Além disto, porém, o substituto: (1) Há

de ser prazeroso, quer dizer, terá ou significado sexual secreto, ou significado tranquilizador

secreto; há de ser, portanto, mais atraente do que era o sintoma espontâneo. É evidente, por

exemplo, a significação sexual secreta dos esportes, dos hobbies, da hidroterapia (555); é um

pouco menos evidente quando um prazer, até então inacessível, é permitido pelo médico e

proporciona descarga substitutiva: jogos, representações teatrais, *hobbies,* livros, cuja natureza

especial pode escolher-se de acordo com as necessidades emocionais do paciente (1141). Certa

tranquilização secreta talvez se oculte nas autorizações deste tipo ou em outras satisfações

transferenciais. Será melhor o efeito, se favoráveis as condições, no caso em que o paciente que

tenha visto em seus sintomas neuróticos um sofrimento (merecido ou imerecido) aceite este

prazer como "compensação" a que sente terdireito, ou como sinal de perdão, que lhe extingue o

anseio de vingança. (2) O significado secreto do substituto, contudo, para ser aceitável, tem de

estar bastante distante do significado instintivo original do sintoma. O substituto preencherá as

mesmas condições que uma sugestão dada à pessoa "entediada" deve preencher (422); tem de

estar tão perto da ideia censurável original que se mostre atraente; e tem de estar tão distante

dela, que lhe evite o reconhecimento como derivado.

Será com mais presteza aceito o substituto que tenha a probabilidade máxima de, ao

mesmo tempo, dar alívio em base racional. As medidas "racionais" capazes de curar

dificuldades vitais agudas (acima discutidas) também podem aliviar, por esta forma criando

sentimentos positivos para com o terapeuta nas psiconeuroses severas..

O estabelecimento de uma neurose de transferência é de todos os substitutos das neuroses

espontâneas o mais frequente e importante. Quando falou em "estabelecimento de neurose de

transferência". Freud quis dizer que os conflitos instintivos reprimidos da infância vêm a se

representar nas relações afetivas com o analista; daí já não precisarem de qualquer outra

expressão; daí, pelo menos, não precisarem de tantas outras expressões quanto antes (577, 596).

vê-se no médico a reincarnação dos pais e, como tal, se pensa nele como doador de atnore

proteção ou como figura que com punições ameaça.

A própria presença do médico pode influenciar a psicodinâmica do paciente do mesmo

modo que as medidas educativas dos pais, em outros tempos, o influenciaram, pelo fato de que,

inconscientemente, a presença do médico se confunde com a repetição daquilo que na infância

haja ocorrido. As melhoras que se obtêm nesta base se chama de melhoras de transferência.

Os mecanismos das melhoras de transferência são idênticos aos mecanismos pelos

quais os educadores têm êxito. A ideia de continuar o comportamento neurótico se liga,

na mente do sujeito, à ideia de algum perigo, ou a ideia de melhora se associa a uma

esperança particularmente atraente; ou ambos estes nexos ocorrem simultâneos (427,

1495).

As melhoras de transferência do tipo ameaçador funcionam do mesmo modo que as

ameaças de castração que, originalmente, fizeram a criança reprimir certos impulsos; já

agora, a crença em novas ameaças de castração faz o paciente reprimir os sintomas que

são derivados dos impulsos reprimidos originais. O tipo tranquilizador das melhoras de

transferência funciona porque o paciente, renunciando a sua neurose "por amor do

médico", espera obter satisfação sexual no apreço e no amor deste; antes de mais nada,

precisa deste apreço e deste amor, simultaneamente, para ter segurança e auto-estima.

Há muitos terapeutas que aplicam com grande habilidade ameaças e tranquilizações

umas em seguida às outras, desta forma combinando os dois tipos de influência e

tratando os pacientes por um processo de "banho turco": um dia quente, um dia frio.

Ferenczi estudou a eficácia deste processo observando um domador de cavalos (462).

Assim como há melhoras de transferência, também existem agravamentos de

transferência, que ocorrem tanto em casos nos quais "a transferência se transformou em

resistência" (isto é, o paciente interrompe o trabalho analítico pelo fato de interessar-se,

apenas pela realização dos seus desejos transferenciais [449, 577]) quanto em casos nos

quais uma transferência negativa produz piora da neurose, da mesma maneira que um

sentimento negativo para com o educador faz a criança portar-se mal. Um neurótico

pode piorar apenas para enraivecer o analista. Se toma consciência deste fato, da índole

transferencial do mesmo, a história e o objetivo do seu rancor original, será superada a

sua resistência.

Em certas condições, paradoxalmente, melhoras podem decorrer do rancor

transferencial: por exemplo, quando o paciente perde sintomas tanto por amor ao

analista em sentido positivo, quanto para o fim de provar que ele erra quando lhe diz que

não está curado. Neste caso, o próprio rancor substitui a neurose aparentemente curada

e tem de ser analisado, se se quiserem evitar recidivas posteriores. Acontece até. às

vezes, que o paciente, após análise aparentemente prolongada e profunda, ainda

continua doente, terminando, então, a análise e mudando de terapeuta, que o cura em

muito curto lapso de tempo. Não há dúvida de que. neste caso, o êxito rápido do segundo

médico se assemelha ao que ocorre na anedota do menino cuja mãe ralha com o filho

mais novo porque estragou a roupa: "Teu irmão usou-o anos e anos, sem que nada

acontecesse; tu o usaste apenas uns meses e ele se estragou!". Todavia, o paciente não

está completamente errado quando acredita não ter prestado a primeira análise. A

própria transferência não foi suficientemente analisada; daí também não se poder

confiar, em última análise, na cura operada pelo segundo terapeuta.

Sabem os analistas que não são só expectativas de ser amacio e de ser punido que se

transferem, porém expectativas, impulsos, emoções muito mais específicos. Na análise, toda

transferência, mesmo sendo capaz de fornecer o mais importante material e mesmo podendo

servir para o fim da análise, é em princípio uma resistência, pelo fato de que a conexão errada

de emoções passadas com as presentes, obscurece as conexões verdadeiras e pelo fato de que o

paciente, interessado rua satisfação imediata dos seus desejos transferenciais, se desinteressa da

superação das suas resistências. Também não são exceção a esta regra as "melhoras de

transferência" e é com freqüência que se justifica a expressão "fuga para a saúde".

É diferente a situação nas psicoterapias que promovem a conexão errada dos desejos

inconscientes do paciente como meio de realizar o seu êxito terapêutico. Elas não podem deixar

que as transferências se desenvolvam espontaneamente para o fim mesmo de estudar-lhe os

traços espontâneos; têm de favorecer tudo quanto provoque sentimentos transferenciais

utilizáveis e de deter toda transferência negativa que comece a se desenvolver. A dificuldade

está em que isso tem de se fazer, a rigor, sem planejamento, porque a dinâmica dos conflitos do

paciente é ignorada; pelo menos, nos seus pormenores; só se chega a conhecê-la deixando que

os sentimentos transferenciais espontaneamente se desenvolvam.

Tudo quanto, na análise, cria resistência transferencial é capaz de criar "êxito" nos

tratamentos em que não se analisa a transferência. Os mesmos fatores são, porém, capazes de

criar ação transferencial desfavorável; por exemplo, a paralisação do tratamento.

A maior parte dos terapeutas não segue qualquer "sistema" consciente, mas, a bem dizer,

a intuição. O médico adivinha, representa papéis, muda de comportamento, conforme as

reações manifestas do paciente, sem compreendê-las. Um bom psicólogo "inato" terá êxito; um

mau psicólogo fracassará.

O terapeuta que haja estudado psicanálise está em situação um pouco melhor, porque

tentará, em função da sua compreensão dinâmica dos sintomas e manifestações do paciente,

ajuizar o que pode favorecer e o que pode obstar os êxitos transferenciais (ver pág. 523).

Claro que as melhoras de transferência não são confiáveis: não anulam-os conflitos

patogênicos da infância, mas apenas os deslocam e repetem. Toda alteração da relação afetiva

com o médico ou toda experiência externa que motive o paciente a produzir alteração desta

ordem faz perigar todo o êxito. Daí por que Freud desistiu da hipnose como recurso

terapêutico. Viu-se que os pacientes melhoravam somente enquanto mantinham boas relações

com o médico (586). Tinham-se tornado dele dependentes e a dependência era a condição da

melhora respectiva. "A transferência não fora analisada."

Mais a hipnose revela sobre a índole das melhoras transferenciais. Nela, não é só,

evidentemente, a dependência do paciente em relação ao médico, o *rapport,* que serve de

neurose substitutiva; a hipnose também mostra qual o tipo de *rapport* que é mais efetivo.

Ferenczi (449, 453, 456) e Freud (606) foram os primeiros a dizer que é um vínculo libidinal

infantil que liga o paciente hipnotizado ao hipnologista; mas a pesquisa posterior clarificou a

questão concernente a que tipo de sexualidade infantil é decisivo. Na "dependência", o paciente

hipnotizado recebe satisfação de uma sexualidade que ainda não se diferenciou das

necessidades narcísicas. O paciente regride à fase do controle passivo-recep-tivo. Os dois

primeiros anos de vida, nos quais pessoas "onipotentes" nos assistiam, protegiam e davam

alimento, abrigo, satisfação sexual, reparticipação na onipotência perdida, nos deram a

sensação de estar seguros numa unidade maior, enquanto, ao mesmo tempo, nós perdemos a

nossa individualidade.. Esta recordação estabelece em todo ente humano uma capacidade de

nostalgia daquele estado, sempre que falham tentativas de controle ativo. É este tipo de desejo

regressivo que a hipnose satisfaz.

Desejo regressivo que não é igualmente desenvolvido em todas as pessoas. O tipo oral de

pacientes, que se inclinam para o desenvolvimento de

depressões, adições, neuroses impulsivas, é o que produz com mais intensidade este

desejo.

É o mesmo desejo que recebe significado social quando, em estados de frustração geral,

se desenvolve nas massas em grau elevado, tomando o lugar da tendência ao controle ativo das

dificuldades (436).

É técnica antiga das autoridades e educadores responderem a indivíduos ou crianças que

deles dependem, quando pedem proteção e "provisões narcísicos". Terão o que precisam, mas

sob condição! Se obedecerem, ganharão a proteção e o amor de que precisam. Se não

obedecerem, serão destruídos." Os ritos de iniciação dos povos primitivos (e menos primitivos)

sempre associam experiências amedrontadoras ao estabelecimento solene de uma autorização

(1284). Isso quer dizer: "Podes, agora, desfrutar o privilégio de ser adulto e participar da nossa

sociedade; mas não te esqueças de que só o desfrutarás enquanto obedeceres às nossas regras; e

as dores que te inflingimos te recordem de que outras muito maiores te serão inflingidas, se

desobedeceres." A participação no poder é autorizada, mas em sentido restrito, *sob condição;* e

tanto os súditos quanto as crianças, porque precisam desta participação, dispõem-se a pagar o

preço da limitação.

As melhoras psicoterapêuticas de transferência podem realizar-se do mesmo modo: se o

paciente for "bonzinho" e se não se comportar neuroticamente, ganhará amor, proteção,

"participação" do médico onipotente; se não obedecer, que lhe receie a vingança. Neste

particular, o psicoterapeuta está em boa companhia: porque usa dos mesmos meios de

influenciamento que Deus.

O psicoterapeuta deste tipo está, de fato, perto de Deus. A medicina em geral (a

psicoterapia em particular) estiveram, durante muito tempo, nas mãos dos sacerdotes (1656); e

é o que ainda acontece com freqüência em nossos dias. O poder curativo de Lourdes ou da

confissão católica ainda é de ordem muito mais alta que o poder do psicoterapeuta comum

(156, 965). Os neuróticos, pessoas que não conseguem controlar ativamente o ambiente, estão

sempre mais ou menos procurando proteção passiva-dependente. Quanto mais o psicoterapeuta

logra dar a impressão de possuir poderes mágicos, de ainda ser o representante de Deus, tal

qual foram os médicos-sacerdotes de antigamente, tanto mais ele há de deparar com o anseio

dos pacientes por socorro mágico. A Christian Science e outras instituições ou seitas que

prometem saúde e proteção mágica como recompensa da fé e da obediência conseguem

realizar, pela sua história e pelo temor reverenciai que as cerca, curas mais eficazes e mais

rápida do que muitos cientistas.

Não quer dizer, necessariamente, que o psicoterapeuta tenha de obter maior êxito quando

usar mais de instrumentos mágicos visíveis e quanto mais se portar feito um feiticeiro; para os

pacientes de hoje em dia, a magia não se representa, necessariamente, por meio de grandes

aparelhos, mas, sim, por certa distância da pessoa que tem autoridade. Todavia, também não se

deve subestimar a importância de todos os instrumentos antigos da magia impressionante e do

velho poder mágico que tem a fé (289, 965).

O poder mágico, projetado no médico, não precisa, forçosamente, utilizar-se de modo

direto como proibição dos sintomas neuróticos. Pode também, tal qual ocorre na hipnose

catártica, servir para a anulação de certas repressões; mas toda recuperação que por esta forma

se realiza continua a depender da atitude passiva-dependente do paciente em relação ao médico.

O ego do paciente, em lugar de se capacitar para a maturidade, estabelece-se, claramente, na

imaturidade.

É esta a limitação decisiva do tratamento catártico (188, 510, 731). Se as suas

resistências são superadas pelo curto-circuito de um comando hipnótico, o paciente

poderá recordar-se de fatos esquecidos e, desta forma, fornecer material importante, sem

que, porém, tenha muito valor terapêutico este conhecimento. Ficam faltando as

modificações dinâmicas que resultam da elaboração da parte do paciente, elaboração da

história que obrigou o ego a desenvolver as suas defesas e que impediu a formação de

um ego maduro, capaz de enfrentar e resolver os seus conflitos. As resistências que

foram superadas "à força" e não pela análise retornarão.

A "abreação" já foi considerada o fator terapeuticamente decisivo (504, 543, 554);

e é certo que toda interpretação correta produz a liberação de emoções até então

bloqueadas. Todavia, não se consegue, assim, a dissolução verdadeira e permanente da

luta defensiva. A análise, certamente, consiste numa somação destas descargas de

derivados, mas o que se quer é somação gradativa, porque o ego tem de se capacitar a

assimilá-la. Não só energias anteriormente ligadas têm de ficar livres num ato singular:

a tensão instintiva somática que se produziu recentemente também tem de se capacitar,

de maneira permanente, para a descarga. Na análise, a"abreação" é fonte de material,

por vezes significativo; de outras vezes, apenas a serviço da resistência; é oportunidade

de demonstrar ao paciente a existência e a intensidade das suas emoções; e é introdução

à subsequente elaboração, terapeuticamente eficaz, daquilo que apareceu no "acting

out" do paciente. Na hipnose, como na narco-síntese, não se seguindo elaboração fica a

respectiva eficácia restrita ao alívio imediato, capaz de surgir da expressão emocional;

alívio imediato que tem intensidade máxima nas neuroses traumáticas: que ainda é in-

tenso nas psiconeuroses de background mais ou menos traumático; que é mínimo, porém,

nos transtornos caracterológicos crónicos.

O hipnologista assume as funções do superego do paciente (e até algumas dentre

as funções do próprio ego) como "duplo parasitário temporário do superego" (603).

Tenta, como tal, anular o trabalho anterior do superego que originou a luta defensiva.

Tentativa muito interessante e promissora no sentido de superar as limitações assim

criadas ao trabalho do hipnologista foi feita por Erickson, que não disse a uma paciente

haver sido errada a instrução moral que lhe dera a mãe, já não devendo mais ser

considerada; pelo contrário, sugeriu-lhe que a mãe (morta), se fosse viva, teria mudado,

atualmente, de opinião (377).

Erickson também descreveu outros meios que permitem ao hipnologista se servir

da dependência temporária do paciente em relação a ele, mediante criação de uma base

para a independência posterior (371, 372, 373, 374, 375, 376, 378).

Nos últimos tempos, se têm feito tentativas novas, muito promissoras, de "hipnoanálise",

isto é, uso da hipnose ou de estados semi-hipnóticos quimicamente induzidos, tanto para

realizar "abreações" quanto, na realidade, para superar os inconvenientes que resultam do fato

do ego não enfrentar os seus conflitos e continuar dependente (673, 994, 995). Ainda não se

pode predizer até onde conduzirão estes promissores artifícios, mas o certo é que a eficácia

terapêutica da hipnoanálise continua restrita, mais ou menos, à análise de sintomas. As mesmas

esperanças e as mesmas limitações se aplicam ao uso de drogas para o fim de superar amnésias

e outras resistências. Embora seja mais "objetivo" que o comando do hipnologista, o efeito da

droga também cria um estado artificial do ego.

Muitos psicoterapeutas tentam realizar o seu efeito "aumentando a autoconfiança do

paciente" (cf. 1609) — o que seria bom artifício, realmente, visto que a autoconfiança diminui,

em geral, a angústia. (Infelizmente, é muito difícil aumentara autoconfiança sem análise, no

caso dos neuróticos que sofrem de sentimentos de inferioridade.). Entretanto, a tentativa de

aumentar a autoconfiança pela sugestão é espada de dois gumes: o paciente que tem au-

toconfiança porque o médico lhe disse que a tivesse, tem mais confiança no médico do que em

si. Há aí uma autoconfiança "emprestada", que volta a se perder quando se perde a participação

no poder do médico.

A psicoterapia que torna o paciente dependente para o fim de lhe dizer que seja

independente se assemelha, em certo ponto; à moderna educação, que também,

simultaneamente, estabelece os ideais contraditórios de independência ativa e submissão

obediente. Como é que a pobre criança ou, no caso da psicoterapia, como é que o pobre

paciente se há de extricar deste meandro, isso é com ele...

Favoráveis as condições, consegue-o, em geral, da seguinte forma: por baixo da máscara

da independência e da atividade (de que, conscientemente, tem muito orgulho), o paciente

desfruta, inconscientemente, de uma dependência passiva-receptiva. Pode-se pensar na

dependência como sendo apenas temporária, preparatória de independência posterior

(antecipada na fantasia). É esta a situação mental das crianças e dos adolescentes, o que leva a

que muitos neuróticos tendam a permanecer adolescentes ou crianças.

Há muitas situações na vida em que, semelhantemente, uma atividade independente

aparente encobre passividade dependente real e profunda. Muitos neuróticos, e talvez

não só neuróticos, vêem as forças armadas desta maneira: "Ser soldado",

conscientemente, parece a quintessência da masculinidade ativa; mas "ser soldado"

significa ser dependente de superiores, ser parte de uma grande máquina, ser alimentado

e vestido. Quanto mais intensa for esta segurança interna pela dependência, maior será o

desapontamento, no caso das forças protetoras virem a ser incapazes de darproteção

real (ver pág. 112).

Clímax de dependência, mascarado de poder independente, é o que se realiza pelos

processos de *auto-sugestão,* em que um ego fraco e passivo é controlado por um superego

imenso, dotado de poderes mágicos; poderes, no entanto, emprestados e até usurpados (28,

889).

De que modo funciona a "psicanálise selvagem", isto é, todos os processos de

psicoterapia que usam quantidade limitada de interpretação ou "sem ir tão fundo quanto Freud,

porque nem sempre é preciso", ou "diretamente atacando o paciente com interpretações

profundas"? Pode funcionar de maneiras diferentes e, se êxito se obtém, talvez se deva à

combinação dos seguintes mecanismos: (1) Melhoras de transferência, realizadas por

modificações dinâmicas que resultam da relação afetiva com o médico e são mais ou menos

independentes do conteúdo específico daquilo que ele diz. As melhoras deste tipo podem obser-

var-se com frequência no início de uma análise. (2) Ajuda racional pela ver-balização dos

conflitos, pela exposição de conexões, pelo conselho que se dá em dificuldades reais. (3) Ajuda

inespecífica, que consiste em dirigir a atenção do paciente para questões de que até então não

cogitara, isto é, em dar-lhe coragem para pensar e falar a respeito de assuntos proibidos (570).

(4) Ajuda mais específica do mesmo tipo, isto é, influência analítica verdadeira, a qual, é certo,

porque limitada em profundidade, se usa como resistência contra a análise posterior. É

frequente o uso errado de um *insight* novo, analiticamente ganho, uso errado para o fim de

aumentar alguma outra repressão. Variar a ênfase da atualidade para a infância, conforme a

promovem alguns psicoterapeutas, significará, às vezes, intensificar a repressão de

preocupações atuais ou de ilusões às mesmas concernentes. (5) Todas as neuroses artificiais

criadas por medidas terapêuticas não analíticas também podem ser inauguradas pela inter-

pretação limitada e inexata (690, 885).

Certamente que a compreensão psicanalítica das maneiras pelas quais funcionam as

psicoterapias não analíticas se pode utilizar numa sistematização planejada do procedimento a

se escolher. Enquanto toda escola psicotera-pêutica teve a sua "teoria" própria, os resultados

foram impredizíveis e dependentes da sorte; ou antes, dependentes inteiramente da habilidade

intuitiva do terapeuta. Os processos psicoterapêuticos, por conseguinte, continuaram os

mesmos desde os tempos dos mais remotos médicos-feiticeiros; talvez não tenham sido maus

os resultados, mas não foram compreendidos; daí, não se poder neles confiar. Nunca se podia

dizer se sequer seriam ou não obtidos.

Uma psicoterapia breve que se baseie no conhecimento psicanalítico pode modificar este

estado de coisas. O analista pode utilizar os sintomas, comportamento, história, manifestações

verbais do paciente para o fim de estabelecer um "diagnóstico dinâmico" concernente aos seus

principais conflitos, ao poder relativo das forças repressoras e reprimidas respectivamente, dos

sistemas de defesa e respectivos pontos fracos, da rigidez ou elasticidade do paciente, da sua

acessibilidade geral; diagnóstico dinâmico que lhe permitirá predizer com certo grau de

probabilidade qual será a reação do paciente a umas tantas medidas. E perfeitamente possível

sistematizar combinações de interpretações limitadas, provocações de certos tipos de

transferência, promoção de saídas substitutivas prudentemente escolhidas, modificações do

ambiente, sugestões ou proibições de situações ou atividades inconscientemente tentadoras ou

tranquilizadoras, além de verbalizações dos conflitos atuais e aconselhamento de medidas de

higiene mental. Isso ainda não se tem feito em grande escala, mas existem primórdios

promissores, conforme se vê dos trabalhos de Aichhorn (33, 34, 35) e Zullinger (1639, 1641,

1646) aos do Chicago Psychoanalytic Institute (55) e de inúmeros psiquiatras e instituições

psiquiátricas norteamericanas (122, 297, 370,679,727,870,941, 964,966, 1037,1226, 1390.

1562).

Em grau limitado, uma "psicoterapia breve baseada no conhecimento analítico" foi

tentada no Instituto Psicanalítico de Berlim e, bem assim, no Serviço Psiquiátrico de Los

Angeles, Califórnia. No que diz respeito aos resultados, têm de ser, certamente,

muitíssimo restritos os critérios a que o psicanalista está habituado, mas, feitas as

restrições, não há dúvida de que se pode dar assistência por esta forma. Há casos em

que emociona a gratidão que os pacientes mostram pela simples atenção sincera e pela

disposição a ajudar que vêem no médico. Quanto à duração do êxito, porém, é outra

questão.

A "ludoterapia" com crianças neuróticas (59, 237, 300, 646, 1038, 1040, 1066.

1169, 1319, 1326, 1447, 1448 e outros), assim como uma terapia ocupacional bem

escolhida (754; cf. também 1440) funcionam pela "catarse" e pela busca de novas saídas,

possíveis de combinar com interpretações limitadas.

É de esperar que, sob a pressão da amarga necessidade prática, não tarde a se desenvolver

uma teoria psicanalítica das influências não psicanalíticas (569, 523, 1114), o que vem a ser

tanto mais necessário quanto várias resistências contra a psicanálise abusivamente arvoram a

bandeira da "psicoterapia breve".

A psicoterapia funciona de maneira absolutamente outra quando tenta não mudar a

estrutura dos pacientes, e sim o seu ambiente, isto é, quando procura utilizar a "terapia

situacional".

A mudança de ambiente tem eficácia máxima em casos de crianças nas quais a neurose

ainda não se tenha tornado definitivamente internalizada. Se a criança é neurótica por ter medo

de um ambiente inamistoso, a mudança deste lhe modificará o temor e, daí, as repressões e a

neurose. Há vezes em que a mudança de ambiente também atua eficazmente pela forma oposta:

o ambiente pode significar para a criança excitação e tentação constantes; e a cessação desta

estimulação externa decrescerá, suficientemente a intensidade das exigências instintivas.

Mais internalizada a neurose, tornam-se impossíveis as simples curas deste tipo. É

comum pensar-se na psicoterapia em termos de reeducação, mas a repressão terá feito as

consequências das influências más da educação inacessíveis a experiências novas. Concebe-se,

contudo, uma reeducação, no caso de as conseqüências más da educação não consistirem em

alguma coisa que esta educação tenha feito, mas em algo que haja omitido; caso este em que

aquilo que foi omitido será mais tarde inserido. E o que se vê, por exemplo, nos chamados

psicopatas. cujas deficiências de superego resultam de uma infância transtornada durante a qual

jamais tiveram oportunidade ou tempo para identificar se com quaisquer "figuras parentais

boas". Aichhorn citou inúmeros exemplos de psicoterapia muito eficaz em casos desta ordem,

com base na ideia de darcom atraso aquilo que na infância não se deu (31, 32, 33, 34, 35).

Também em outros tipos de neurose, entretanto, pode ser útil a mudança de ambiente. A

melhora deve-se, então, menos à anulação verdadeira das angústias patogênicas do que à

exclusão de fatores precipitantes que provocam exacerbações quer das angústias, quer das

tentações. Condições (fóbicas ou ritual-compulsivas) de uma saúde relativa, que de algum

modo se haviam perdido na realidade, podem redescobrir-se em outro ambiente.

Melhora que se baseie apenas em mudança do ambiente dependerá sempre desta

mudança: se o neurótico for obrigado a regressar ao antigo meio, tornará a adoecer. E, pois,

medida duvidosa a estadia em sanatório como elemento curativo.

A mudança de ambiente, contudo, pode ser muito benéfica pela aplicação da psicoterapia

enquanto o paciente estiver em ambiente mais favorável. Será muito útil estudar o caso no

sanatório, quando a rotina hospitalar é organizada de modo a satisfazer as necessidades do

paciente (abreações, tranquilização, transferência) (87,219.261.962, 1138, 1440, 1443, 1477).

Há certos tipos de casos em que uma organização desta ordem talvez facilite muito a tarefa de

uma psicanálise *lege artis* (1440). Indica-se, claro, o sanatório quando a tarefa consiste em

superar certo período de emergência (ataques de depressão), ou quando é impossível realizar a

psicanálise ou outras medidas psicoterápicas no ambiente habitual (adições, esquizofrenia,,

depressões). Também se há de admitir que, às vezes, se ganha alguma coisa quando tempo se

ganha. Em seguida a um "colapso nervoso", certo prazo em condições modificadas bastará para

deixar queo ego recupere o seu equilíbrio perdido, ou algo que o substitua. O velho conselho às

pessoas nervosas "de tomarem uma férias", isto é, afastarem-se das situações que provocaram a

neurose contém; decerto, um elemento de verdade.

Número esmagador de pacientes e também certas considerações teóricas têm induzido

alguns autores a tentar a *psicoterapia de grupo.* Num grupo, as relações de transferência se

fazem muito mais complicadas (as relações objetais dos membros entre si, como amor, ódio,

ciúme, inveja, além de identificações e influências de exemplos "bons" e "maus", complicam o

quadro); mas existem outras características psicológicas do grupo que parecem favorecer os

objetivos psicoterapêuticos. A situação hipnótica foi chamada por Freud *grupo de dois* (606),

querendo dizer que as vinculações libidinais no grupo são semelhantes ao *rapport* hipnótico. É

possível utilizar esta semelhança para fins psicoterápicos. Os exemplos dos outros com quem o

paciente se possa identificar e a tendência qeral a anular derivativos instintivos e diferenciações

mentais quando se está em grupo podem ajudar a superar resistências (para a elaboração

analítica, contudo, a situação de intimidade a sós com o médico se afigura indispensável).

Compreende-se, pois, que Thomas, quando sumarizou todas as tentativas de psicoterapia de

grupo até o momento realizadas, haja dito que os processos "inspiracionais repressivos" de

longe ultrapassam os analíticos (1535). Podemos indagar se não estavam errados a respeito do

que eles próprios faziam os autores que, como Schilder. acreditavam nos efeitos puramente

psicanalíticos da grupoterapia (1388, 1390, 1393, 1394). Mas podem ser de vários tipos os

processos "inspiracionais repressivos". Os efeitos mágicos intensificam-se na presença de

muitos crentes com quem o novato se identifique. Muitas tentativas foram feitas desta espécie,

tentativas que vão daquelas iniciadas por Pratt (e em 1906!) com tuberculosos (1230) às

práticas da Christian Science, de outras seitas e também das comunidades que se unem por

espetáculos sagrados ou profanos comuns (1145); que vão, mais ainda, ao trabalho de Burrow,

o qual, pela "filoanálise", tenta conduzir os seus pacientes à reconsideração dos seus modos

naturais de funcionamento (224, 225).

TERAPIA DE CHOQUE

Ao conter este livro, capítulos a respeito dos transtornos maníaco-depressivos e da

esquizofrenia, é provável que se espere a discussão também, quando menos sucinta, do

tratamento de choque. Não existe acordo quanto à natureza das forças que atuam; e porque

agentes tão diversos por sua índole, como a insulina, o cardiazol, o choque elétrico, têm o

mesmo efeito, este se baseia, provavelmente, na experiência do "choque" mais do que em

qualquer fator específico.

Esta conclusão perde um pouco da sua plausibilidade, quando se vê que a insulina

é mais eficaz em certas esquizofrenias: o choque elétrico e o cardiazol, mais eficazes nos

transtornos maníaco-depressivos e nas melancolias involutivas.

Que é, porém, o choque? Claro, é alguma coisa que afeta o organismo tanto somática

quanto psiquicamente. O autor do livro não tem experiência pessoal com este tipo de

tratamento, mas tem experiência pessoal da análise de médicos que aplicam o tratamento de

choque. A atitude (consciente ou inconsciente) dos médicos em relação ao tratamento foi

sempre a de "matar e ressuscitar", idéia que, certamente, produz emoções diferentes conforme

as personalidades. É possível que a impressão que o tratamento dá aos médicos corresponda

àquela que dá aos pacientes. Parece que também eles experimentam uma espécie de morte e

ressureição. "Matar o doente e recriar o paciente corno pessoa sadia" é forma antiga de

tratamento mágico. O que estamos dizendo contudo, nada diz concernentemente às alterações

objetivas e não mágicas capazes de ocorrer enquanto o paciente está tendo uma experiência

mágica. Os autores psicanalíticos que têm estudado o tratamento de choque (231 362, 718, 724.

1046. 1212, 1392, 1431, 1518, 1554, 1560) acham que as alterações objetivas, isto é, as

modificações profundas das funções inteiras — provavelmente, de modo particular, do

metabolismo corporal (das células cerebrais) — correspondem às ideias de morte e

ressurreição. Isso é mais claro no que diz respeito à morte. É provável que o choque inicie

regressão importante e profunda, anulação de diferenciações, redução do organismo a nível

muito primitivo — o que por si só não produziria efeito curativo algum. A "ressurreição" que se

seguiria a esta "morte" artificial parece ser mais problemática e mais importante, duas teorias

opostas se tendo desenvolvido neste particular: (1) Alguns autores acham que, após a

indiferenciação da personalidade, novo desenvolvimento se realiza, capaz de produzir

adaptação melhor e mais duradoura do que o primeiro desenvolvimento espontâneo;

particularmente, se uma psicoterapia simultânea souber utilizar a oportunidade que o abalo do

inconsciente oferece pela regressão ligada ao choque (231, 1392); abalo que talvez resulte de

bloqueio dos impulsos corticais pelo choque, daí se seguindo que certas inibições psíquicas

deixam de funcionar e, então, afloram impulsos instintivos, anteriormente reprimidos; de modo

particular, impulsos agressivos. Há autores que até dizem que todos os estádios

desenvolvimentais originais do ego e da libido mais uma vez se repetem, após o choque, em

sucessão rápida (1431); acreditam estes autores que o trauma do choque haja destruído os

padrões protetores narcisísticos do paciente, o qual fará melhor ajustamento à realidade durante

a repetição do seu desenvolvimento, na fase restitucional que se segue ao choque. (2) Outros

autores, no entanto, mais cépticos no tocante à readaptação, receiam que o choque produza

efeitos danosos permanentes (362, 1560); a diferenciação completa da personalidade talvez

nunca mais se restabeleça, ficando para sempre em mais baixo nível, este caracterizado pela

falta permanente de profundidade emocional e de diferenciação dos contatos pessoais. O efeito

curativo pode basear-se no fato de que o ajustamento se realiza com mais facilidade numa

simples existência vegetativa do que numa personalidade altamente desenvolvida (362); mas

Sullivan encontrou para este ponto de vista a mais radical das formulações quando disse: "A

filosofia (da terapia de choque) mais ou menos consiste em que é melhor ser um imbecil

contente do que um esquizofrênico" (518); e Eissler, por isto, acha que "o choque pelo

cardiazol deve ser administrado, quando muito, depois que a psicoterapia se haja mostrado

positivamente ineficaz" (362).

A PSICANÁLISE COMO PROCESSO TERAPÊUTICO

Em contraste nítido com todos os outros tipos de psicoterapia, a psicanálise tenta anular"

verdadeiramente as defesas patológicas. Este é o único meio por que se liberta o paciente, de

uma vez por todas, das más consequências dos seus conflitos patológicos e novamente se lhe

colocam à disposição as energias canálise é a única terapia causal das neuroses, terapia cujo

objetivo se realiza fazendo o paciente enfrentar a quilo que antes rejeitara. A transferência não

é de imediato usada para fins terapêuticos, mas, sim, analisada, ou seja, demonstra-se-lhe a

verdadeira natureza ao paciente. O que antes fora excluído da personalidade torna a encontrar

este nexo e alcança maturação tardia; a maior parte das energias instintivas até o momento

"ligadas" no conflito defensivo pode ser descarregada; a menor parte pode ser rejeitada por

processos melhores (874,1114).

É bem importante clarificar com comentários mais detalhados o que estamos dizendo, se

bem que possivelmente repetindo o que já dissemos.

No neurótico, as defesas patológicas continuam a atuar porque as angústias e sentimentos

de culpa outrora (na infância) desenvolvidos ainda estão funcionando, fora do alcance do ego

razoável. Freud disse, de uma feita, que a essência da neurose está na permanência das

angústias além do período em que eram adequadas (618).

A permanência da crença num perigo que não está evidentemente presente resulta, em si

mesma, da defesa que se estabeleceu na infância sob a influência da própria angústia. A

angústia que levou à defesa se tornou inconsciente, ao mesmo tempo que os impulsos

censuráveis: não participa no desenvolvimento do resto do ego, nem é corrigida pela

experiência futura.

A tarefa terapêutica consiste, pois, em reunificar com o ego consciente os conteúdos

(tanto as angústias inconscientes do ego quanto os impulsos instintivos do id) que hajam sido

retirados da consciência por contracatexias; vale dizer, anular a atuação das contracatexias — o

que vem a ser possível pelo fato dos impulsos rejeitados produzirem derivados.

Se se seguir a regra básica da psicanálise, assim excluindo, tanto quanto possível, as

tendências intencionais do ego, estes derivados vêm com mais clareza à superfície. Toda

interpretação, quer de uma resistência, quer de um impulso do id, consiste em assinalar um

derivado como tal à parte do ego que julga, apesar da resistência. Nomear conteúdos

inconscientes que ainda não se acham representadas por derivados pré-conscientes (e que,

portanto, não podem como tais ser reconhecidos pelo paciente) simplesmente chamando-lhe a

atenção para eles, não é interpretar. A demonstração ao paciente de que ele se está defendendo,

de que modo se defende, por que é que se defende, contra que se dirige a defesa — é, por assim

dizer, educar o ego defensivo a que tolere derivados cada vez menos distorcidos. Discutindo o

que é, praticamente, a mais importante instância da interpretação — a interpretação da

resistência transferencial — Sterba mostrou de que maneira ela atua por uma espécie de cisão

do ego numa parte razoável, uma parte que julga, e numa parte que experimenta, aquela

reconhecendo que esta não se ajusta ao presente e que vem do passado (1490, 1497, 1498). Daí

se chega à redução da angústia e, conseqüentemente, à produção de derivados posteriores,

menos distorcidos. Realiza-se a clivagem pela utilização da transferência positiva e de

identificações transitórias com o analista.

Resta investigar de que modo estas desejáveis "cisão do ego" e "auto-observação"

se hão de diferenciar das patológicas. A clivagem e a auto-observação visam a conservar

isolamentos e a servir para impedir a produção de derivados

A "atmosfera analítica" que convence o paciente de que nada tem a temer se tolerar

impulsos que antes rejeitou não só parece ser pré-requisito de qualquer interpretação da

transferência (ver pág. 25), como também é o meio decisivo de persuadir o ego a aceitar, por

experiência, alguma coisa que antes foi repelida.

Tem-se manifestado o receio de que isso leve a isolar a análise da vida real porque o

paciente pode sentir que, aqui, está apenas brincando com os seus impulsos, ao passo que, na

vida real, onde são sérios, tem de continuar a defender-se contra eles (910). Há casos em que,

de fato, a objeção tem fundamento: são casos nos quais se tem de analisar a resistência. Certo é,

porém, que esta possibilidade não contrabalança as vantagens da atmosfera de tolerância. O

acting out, que impede o ego de enfrentar o material inconsciente, dá ao analista muitas vezes,

um insight valioso; não deixa, no entanto, em princípio, de ser tão perigoso quanto a resistência

oposta, uma espécie de análise teórica que fala sobre o passado sem perceber que este ainda

está presente — porque o *acting out* apenas se liga ao presente e não faz o paciente consciente

de que está dominado pelo seu passado (445). A análise deve mostrar de que modo o passado

atua no presente. De uma feita, Freud disse que, quando o paciente fala apenas a respeito da sua

realidade presente, a análise tem de falar da sua infância; e o analista tem de lembrara presente

realidade quando o paciente só relata reminiscências infantis. Teorizar a respeito da infância diz

respeito apenas a um passado que não tem nexo com a presente realidade, ao passo que o

"acting out" é realidade presente, sem que se faça evidente o seu enraizamento no passado.

Na análise, todos os processos de que se disponha se usam para induzir o paciente a que

diminua a sua produção de defesas (596); mas o efeito desejado dura tanto mais, é tanto mais

eficazmente obtido, quanto mais consegue o analista não se servir de outro meio de eliminar

resistências que não seja fazer o ego razoável do paciente enfrentar o fato da sua resistência e a

história da origem desta (1271, 1279); este enfrentamento, que faz o paciente reconhecer a

parte inconsciente da sua resistência, também torna supérflua a própria resistência.

O fato de que os conflitos patológicos revividos na *transferência* distingue a psicanálise

de todas as demais psicoterapias. Todo processo terapêutico, seja qual for, usa transferência,

mas é só na psicanálise que este uso consiste em *interpretar* a transferência, quer dizer, em

fazê-la consciente. O analista dá eficácia a esta interpretação não reagindo emocionalmente a

qualquer dos desejos emocionais do paciente, ao seu amor, ódio, angústia; o analista é sempre o

' espelho" que mais não faz do que mostrar ao paciente o que este está fazendo.

O analista recusa-se a participar em qualquer dos atos transferenciais do paciente,

porque a sua tarefa é outra, incompatível com esta participação; é ser o médico do

paciente, curá-lo. Ser seu "espelho" não quer dizer negar esta verdadeira tarefa. O

analista que erradamente tenta o papel de "espelho" como se tivesse de ser inumano e

funcionar feito um autômato não tarda, certamente, a fracassar; e com razão. (cf.

discussão deste ponto, pág. 408).

O fato dos conflitos patológicos, que se revivem na transferência, serem experimentados,

na análise, em seu conteúdo afetivo pleno faz, por isto mesmo, a interpretação da transferência

mais eficaz do que qualquer outra interpretação (46, 432, 1514).

Visto que os neuróticos são pessoas que, em sua vida instintiva inconsciente, ou

permaneceram em nível infantil, ou a este regrediram, isto é, pessoas cuja sexualidade (ou cuja

agressividade) conservou formas infantis, seria, talvez de esperar que, suprimidas as defesas

patológicas, viessem a primeiro plano certos desejos perversos. Vê-se, na prática, que tal perigo

não existe. As partes rejeitadas dos instintos só conservaram o seu caráter infantil por terem

sido rejeitadas. Anulada a defesa, aquilo que haja sido excluído recupera a conexão com a

personalidade madura e a ela se ajusta.

Quando analisou o "homem dos ratos", Freud "ilustrou" este ponto "indicando as

relíquias espalhadas pelo aposento, que eram, certamente, apenas objetos encontrados

num túmulo e que se tinham conservado porque estavam enterrados; a destruição de

Pompéia estava apenas começando, agora que estava sendo escavada" (567).

A realização mais importante de uma economia instintiva adulta é a primazia genital, a

que terá resistido a sexualidade pré-genital rejeitada; libertada do emaranhamento da luta

defensiva, incluem-se as suas forças na organização genital. São as experiências de satisfação,

já então, possibilitadas, que, primariamente e de uma vez por todas**,** suprimem o represamento

patológico. As excitações instintivas são processos *periódicos,* que, uma vez satisfeitos, de-

saparecem durante certo tempo e só gradativamente se tornam a acumular. No indivíduo que

tenha capacidade normal de satisfação, o ego não precisa temer uma quantidade excessiva de

instinto.

"Abreações" singulares não podem isso realizar; dão alívio momentâneo, mas não

suprimem a luta defensiva, nem liberam a energia que nesta se "liga". Este menosprezo relativo

da importância terapêutica da abreação e da dissipação das excitações instintivas reprimidas no

ato da conscientização. em contraste com a importância que tem a facilitação do

desenvolvimento de uma economia sexual bem regulada, diminui o valor terapêutico relativo

da irrupção singular de afeto, por mais útil que seja em certas situações analíticas. O que é mais

importante é a "elaboração subsequente" (584), a qual, comparável, para Rado, ao trabalho do

luto (1235), consiste em apontar repetidamente e sempre o impulso inconsciente, depois de

reconhecido, em suas formas e conexões múltiplas, desta maneira conseguindo o cessar da

defesa patológica.

O estudo do ego e dos mecanismos de defesa, possibilitando encontrar a oportunidade

económica e dinâmica exata das interpretações (o que lhes aumenta a eficácia) (433, 438),

contribuiu muito para a sistematização e eficácia da terapia psicanalítica (541). Não modificou,

entretanto, a desvantagem principal da psicanálise: a sua longa duração. Agora, porém,

sabemos o que é que a exige: é educar o ego a que tolere derivados cada vez menos distorcidos

até a anulação da defesa patológica. Por exemplo, é impossível usar o conhecimento do papel

que desempenha a regressão na neurose obsessiva para abreviar a análise, "saltando por cima"

dos desejos sádico-anais (porque são. afinal, aPenas distorções) e "atacando imediatamente o

complexo de Êdipo"; de fato, ralar no complexo de Édipo não tocará em absoluto o paciente

dinamicamente enquanto estiver realmente deslocada a sua catexia, e "ligada" nas fantasias

sádico-anais. O mesmo se diga das resistências: as interpretações do analista têm de

acompanhar as resistências do paciente em todas as respectivas ramificações e desmascará-las,

uma após outra, a índole e a história das mesmas- a unicidade de cada caso em sua história

individual impede quaisquer abreviações.

Relativamente às tentativas de encurtar o tempo que a psicanálise exige, cite-se

uma caricatura do New Yorker: Um casal vai dirigindo o carro com celeridade; diz a

mulher: "Por favor, nada de encurtar o caminho hoje; não temos tempo!"

A supressão das defesas também possibilita outros tipos de descarga até então

bloqueadas. Quantitativamente, no entanto, as sublimações desempenham no ajustamento da

economia instintiva do ex-neurótico papel menos importante do que a satisfação sexual

adequada.

Uma vez compreendidos os princípios terapêuticos, não é muito difícil dizer se certo

tratamento é ou não psicanalítico. Freud disse, uma vez, que todo tratamento pode ser

considerado psicanálise, se trabalhar mediante a anulação das resistências e a interpretação das

transferências (586); quer dizer, todo processo que leve o ego a enfrentar os seus conflitos

patológicos em todo o respectivo valor emocional, mediante a anulação das forças defensivas

que se opõem e que atuam como se fossem "resistências", isso fazendo pela interpretação dos

derivados e, em particular, dos derivados que se exprimem na transferência. Este é o único

critério. Não importa que o paciente fique deitado ou sentado, que se usem tais ou quais rituais

de procedimento. Para os psicóticos e as crianças, bem como para certos casos

caracterológicos, se tem de modificar o processo "clássico". Mas o melhor procedimento é

aquele que as melhores condições oferece ao trabalho analítico. Qualquer "procedimento não

clássico", não sendo o clássico possível, ainda é psicanálise. Não tem sentido distinguir uma

psicanálise "ortodoxa" de uma psicanálise "não ortodoxa".

De que modo se faz. realmente, psicanálise, as questões de técnica psicanalítica e de

problemas técnicos especiais — são considerações que não cabem numa "Teoria das Neuroses"

(cf. 438, 684, 855, 1422 e outros).

INDICAÇÕES DO TRATAMENTO PSICANALÍTICO

O tratamento psicanalítico, trabalhando pela anulação dos conflitos patológicos, indica-se

sempre que haja dificuldades neuróticas resultantes de conflito neurótico; as conexões entre as

manifestações neuróticas e o conflito pa-togêníco podem ser diretas ou indiretas.

De um ponto de vista terapêutico, Freud dividiu as neuroses em *neuroses* de

transferência e neurose nardsicas (596). Na prática,, esta distinção coincide com a distinção

que. habitualmente, se faz entre neuroses e psicoses; mas a expressão nova enfatiza um fato

que, terapeuticamente, é o fato decisivo; nas neuroses, os impulsos rejeitados estão lutando por

se exprimir em conexão com um anseio por objetos — produzem transferências.

Transferências estão-se desenvolvendo constantemente e em toda parte; mas na

terapia analítica, esta tendência é enfatizada por duas razões; primeira, a regra básica,

excluindo motivos conscientes secundários, dá oportunidade especial a que se

desenvolvam derivados; segunda, ao passo que na vida cotidiana as reações dos objetos

complicam o quadro, o comportamento do analista coloca a índole da transferência em

relevo marcado (ver pág. 120).

Em contraposição, os psicóticos, que regrediram a uma fase anterior ao estabelecimento

de objetos, não se interessam pelo contato com outras pessoas; ou, quando menos, as tentativas

que fazem para estabelecer contato tornam-se pouco confiáveis por força de uma tendência à

retirada.

Visto que a interpretação da transferência é a principal ferramenta da psicanálise, esta se

indica nas neuroses de transferência; mas parece inaplicável nas neuroses narcísicas.

Entretanto, esta regra geral, a que Freud ainda aderia em sua *Introdução à Psicanálise*

(596), tem exceções importantes. Não é absoluta a distinção entre os dois tipos de doença. O

que resta de relações objetais nas psicoses e os anseios pela recuperação de contatos desta

ordem podem servir de base para um primeiro influenciamento analítico; se lograr êxito, talvez

se restabeleça, pouco a pouco, um mínimo de capacidade transferencial. Ao faltar, porém, esta

base, não é aplicável a psicanálise; se for muito pequena, impõe-se modificação da técnica (ver

págs. 416 e segs.).

Tanto a capacidade de desenvolver uma transferência quanto a índole dos sentimentos

que se transferem têm significação. Quanto mais perto estão das emoções normais do amor e do

ódio. os sentimentos transferidos, quanto mais perto os objetivos transferidos estão do objetivo

genital normal, mais fácil é o trabalho analítico; e quanto mais perto estão as emoções

transferidas do "mundo de incorporação" arcaico do bebé, quanto mais pré-genitais são os ob-

jetivos transferenciais, mais difícil a tarefa se faz. Em geral, pois, a dificuldade de uma análise

corresponde à profundidade da regressão patológica. Daí resulta que, usando o conhecimento

analítico no tocante à profundidade dos pontos decisivos de fixação nas neuroses respectivas,

estas se podem classificar, de modo geral, conformaa acessibilidade à análise, na seguinte

ordem.

1. **Histeria:** Se não existirem contra-indicações especiais, o prognóstico da análise é

absolutamente favorável. Os casos precoces de fobia são os que têm a melhor perspectiva.

2. **Neuroses obsessivas e neuroses pré-genitais de conversão:** Por causa da regressão

pré-genital nestes casos, o resultado é mais duvidoso. Os casos em que a rigidez haja sido

rompida, que mostram angústia e em que os conflitos patológicos tenham reaparecido são mais

favoráveis que aqueles nos quais se vê equilíbrio relativamente estável e enrijecido.

3. **Depressões "neuróticas":** Querdizer, aquelas ligeiras, que ainda visam a objetos, e as

ciclotimias. O elemento oral dificulta mais a análise, nestes casos, do que nas neuroses

obsessivas.

4. **Transtornos caracterológicos:** As neuroses de caráter são sempre e em princípio

mais difíceis de abordagem que as neuroses sintomáticas, pelo fato de que não existe ego

razoável e confiável que se oponha a uma neurose irra-zoável, estando o próprio ego incluído

na doença. Os transtornos caracterológicos representam, contudo, distúrbios que variam muito

em grau e profundidade da regressão. Estas diferenças correspondem a dificuldades

terapêuticas que variam muito. De mais a mais, existem diferenças na disposição e capacidade

de'colaborar; e também na flexibilidade ou rigidez da personalidade.

5. **Perversões, adições, neuroses impulsivas:** Em princípio, comparam-se as neuroses

deste tipo à transtornos caracterológicos severos, mas não sempre particularmente difíceis: em

primeiro lugar, porque o sintoma é prazeroso ou, pelo menos, promete sê-lo, donde resulta

forma nova e severa de resistência; em segundo lugar, por força da orientação pré-genital

(geralmente oral) que sobressai.

6. Psicoses, casos **maníacos-depressivos severos, esquizofrenias:** Os distúrbios

psicossomáticos não foram incluídos nesta classificação por causa da dificuldade excessiva da

sua estrutura. A categoria de um caso de distúrbio psicossomático pode corresponder à de

qualquer outra neurose.

A classificação acima tem valor apenas geral. Pode haver complicações que façam a

análise de um histérico particularmente difícil; ou a de um esquizofrênico, relativamente fácil.

Muitas outras condições terão de se considerar quando se faz o prognóstico: a relação dinâmica

geral entre as resistências e o desejo de recuperação, os ganhos secundários, a flexibilidade

geral da pessoa. Os casos agudos sempre constituem indicação da psicanálise melhor que os

crônicos: os casos novos, melhor do que os antigos. As neuroses que se percebem como ego-

distônicas são melhores que as que se incluem na personalidade total (795).

Quanto às neuroses particulares se mencionaram as indicações especiais nos capítulos

respectivos.

CONTRA-INDICAÇOES DO TRATAMENTO PSICANALÍTICO

Nenhum dos fatores que se seguem constitui contra-indicação absoluta; mas, contra-

indicações relativas que são, devem ser sempre consideradas antes de decidir pelo uso ou não

da psicanálise.

1. A idade: A idade ideal para fazer análise está entre os quinze e os quarenta anos, sem

que, certamente, no entanto, seja impossível fazê-la quer mais cedo, quer mais tarde.

A significação da idade reside em que a psicanálise pressupõe tanto certa razoabilidade

quanto certa flexibilidade da pessoa. As crianças pequenas ainda não têm razoabilidade: as

pessoas idosas podem haver perdido a flexibilidade.

Todavia, a razoabilidade necessária não é demasiado grande. As crianças são mais aptas

do que geralmente se admite; em particular, na apreensão de conexões inconscientes. Daí

resulta que um limite etário realmente inferior só se pode fixarpela capacidade de falar (175).

Em todo caso, a análise infantil, que, nos últimos anos. se tem tornado campo especial da

psicoterapia (179, 253, 538. 539, 541, 826. 953, 958, 1245, 1400, 1639), há de adaptar sua

técnica ao seu objetivo particular. É raro as crianças poderem obedecer à regra das associações

livres, donde a necessidade de substituí-la por outros modos de colher material: por exemplo, a

observação das brincadeiras, das expressões artísticas, do comportamento geral. Na análise de

crianças, desempenha a transferência papel diferente: enquanto o ego não está nitidamente

estabelecido, os adultos ainda podem participar neste estabelecimento, e o analista não só

"representa a mãe" como ainda é uma segunda mãe original na vida da criança (538, 539). Por

conseguinte, tem-se de manipular a análise da transferência por forma diversa; e pode ser até

que certas atitudes educativas se tenham de combinar cOm as analíticas. As crianças são muito

mais dependentes do ambiente que os adultos. Se urna criança, depois de analisada, tiver de

voltar ao mesmo ambienta desfavorável que criou a neurose, esta reaparecerá. Além do mais,

relaciona-se com esta dependência real das crianças o outro problema da respectiva análise: é

que o analista tem de manipular tanto as resistências de criança quanto as dos pais (826).

O principal fator curativo na análise de adultos é o fato de que, removidas as regressões,

se estabelece a primazia genital e as satisfações regulares permitem ao paciente regulara sua

vida instintiva. Mas em nossa cultura, são muito limitadas para as crianças as possibilidades de

satisfação instintiva real (842).

Todas estas condições fazem as análises de crianças mais complicadas que as de adultos,

mas não as impossibilitam. Pelo contrário, as análises de crianças são com frequência mais

promissoras que as de adultos porque a neurose ainda está menos incorporada e a análise ainda

pode acelerar-se consideravelmente mediante tranquilizações; as análises de crianças têm

também, às vezes, grande valor profiláctico, ao contrário das análises de adultos. Procurem-se

detalhes na literatura especial (cf. 175, 179, 221, 222, 300, 539, 541, 646, 715, 716, 753, 825,

826, 842, 934, 935, 953, 955, 958, 1062. 1066, 1110, 1185, 1245, 1316, 1400, 1401, 1415,

1424, 1553, 1639, 1641, 1646).

Claro que a idade avançada limita a plasticidade da personalidade, mas limita-a em graus

variáveis e em idades que diferem muito, de modo que não se pode dar regra geral. Há vários

autores que, havendo tentado analisar pacientes de idade muito avançada, relatam êxito

considerável (18, 725, 859, 951, 1025). Quando se pensa na análise de pessoas idosas, é

decisiva a situação global do paciente. Se ele tem possibilidades de gratificação libidinal e

narcísica, a análise se afigura mais promissora do que no caso em que apenas traga a percepção

de que a vida foi um fracasso, sem propiciar qualquer oportunidade de compensação. Para a

remoção de sintomas específicos, se pode tentar a análise até com velhos, sem esquecer, no

entanto, que, no caso de ser necessária uma alteração profunda da personalidade para obtenção

da cura, a possibilidade de modificação é muito limitada nas pessoas idosas.

2. **Debilidade mental:** Porque consiste a análise em fazer o ego enfrentar os seus

conflitos, os casos em que falta a capacidade de confronto não podem ser analisados. É contra-

indicação a debilidade mental.

Entretanto, não é absoluta esta contra-indicação. Uma debilidade mental aparente pode

ser "pseudodebilidade" psicogênica. caso este em que o analista modificará a sua técnica de

modo a ganhar um primeiro contato com a pessoa; feito o que, utilizará este contato para

ampliar as possibilidades do ego (103, 173, 393, 957, 1019, 1020, 1099, 1379. 1403).

Mesmo na debilidade mental autêntica, em que. claro, a psicanálise é impossível, será

possível e útil, às vezes, o uso no tratamento de certos aspectos de procedimento psicanalítico

(1069).

3. **Situações desfavoráveis de vida**: Mesmo com os jovens, há vezes em que se tem a

impressão de que uma análise bem sucedida faria a pessoa mais infeliz do que é na sua neurose.

É o caso em que ela está vivendo numa situação que exclui toda possibilidade de gratificação e

em que a neurose dá uma espécie de ilusão (596); ou há vezes em que parece que não seria bom

despertar desejos impossíveis de realizar.

Para decidir se os doentes, os inválidos, as pessoas que têm outro tipo de *handicap* devem

ser analisadas, é preciso compreender a dinâmica da personalidade. Nas personalidades fortes,

capazes de se adaptar até a realidades externas desfavoráveis, a neurose pode obstar esta

adaptação; nas pessoas mais fracas, porém, a própria neurose ainda é capaz de propiciar o

melhor tipo de ajustamento. O mesmo se diga das pessoas que provavelmente serão incapazes

de encontrar satisfação sexual após a análise.

4. **A trivialidade de certa neurose:** Tal qual uma operação cirúrgica só deve se fazer

quando realmente necessária, há certas neuroses que dão a impressão de, no caso, a análise não

valer o esforço, porque não correspondem ao grau de transtorno o tempo, dinheiro e energia

necessários. Sempre que *parece* possível certo êxito terapêutico com menor gasto, será melhor

evitar o gasto maior.

5. **A urgência de um sintoma neurótico:** Existem sintomas neuróticos, cuja eliminação

deve ser imediata, por serem fisicamente perigosos, ou por ser insuportável o estado. A

psicanálise leva tempo; daí constituírem contra-indi-cação estes estados.

Esta contra-indicação, entretanto, também não é absoluta. Talvez seja possível aplicar,

primeiro, outras medidas terapêuticas até que cesse o estado de emergência; depois, mudar-se-

á para a psicanálise.

6. **Transtornos severos da fala**: Já que conversar é o método da psicanálise, esta não é

aplicável quando a fala é impossível.

Nem neste caso a contra-indicação é absoluta. Em vez de conversar, pode-se utilizar, na

análise, outro meio: por exemplo, escrever. Será pouco provável conduzir uma análise inteira

na escrita, simplesmente pelo tempo que tomaria; mas se pode substituir (e tem-se substituído

com êxito) a conversa pela escrita durante certo prazo; por exemplo, nos casos em que se haja

desenvolvido o sintoma do mutismo histérico.

7. **Ausência de um ego razoável e cooperativo:** É o ponto que tem a maior importância

prática e que é o mais difícil de avaliar.

Baseando-se o método da psicanálise na cooperação de um ego razoável, parece

impossível aplicá-la quando não existe ego desta ordem; ego que pode, contudo, muitas vezes,

ser estabelecido em período pré-analítico mediante processos não analíticos. Em

esquizofrênicos, o procedimento pré-analítico é capaz de estabelecer uma transferência que,

então, vem a constituir a base de posterior análise. Em psicopatas com deficiências de

superego, um comportamento educativo pode compensar omissões da educação original até que

se obtenha a disposição de colaborar.

Aqueles que, por teimosia ou outras razões, realmente se recusam a colaborar não podem,

ser analisados. Mas se estabelece, às vezes, a possibilidade da análise quando o analista

consegue convencer o paciente de que não é que ele *não queira* simplesmente colaborar

(conforme pensa), mas, sim, que é incapaz de colaborar. O paciente talvez, então, se interesse

por esta incapacidade e o analista usará este interesse como primeiro motivo para a

colaboração, esperando que outros motivos venham depois a surgir; esperança que pode ou não

se realizar. O problema do estabelecimento de um ego cooperativo é o mais difícil de todos na

maior parte dos casos caracterológicos; há vezes em que é insolúvel (438, 511, 512, 539, 1279).

Em geral, apresentam este problema com intensidade especial os dois tipos

extremos de resistência caracterológica que se descrevem como "geralmente frígido" e

"pseudo-emocional" (ver págs. 453 e seg.). Aquele pode se recusar em absoluto a

compreender a "lógica das emoções" (44); a este pode faltar a isenção necessária à

formação de juízos concernentes às suas emoções.

Por felicidade, a psicanálise, porque é método científico, não pede "fé" alguma da

parte do paciente, o qual pode ser tão céptico quanto lhe apraza desde que concorde em

colaborar, em seguir a regra básica, em tentar fazer o que puder, em dar "uma boa

chance" à psicanálise (se não for absolutamente céptico, justifica-se a suspeita de que

esteja reprimindo transferências negativas). O que a análise pede do paciente, disse

Freud (578, 584), é um cepticismo benévolo.

Dificuldade semelhante se depara nos pacientes que não vêm à análise por si mesmos,

mas porque alguém os mandou, ou porque procuram realizar a vontade de outra pessoa. Não é

boa base para uma análise, mas pode ser base utilizável para algumas semanas de análise de

experiência, nas quais o analista esclarece ao paciente que a sua análise é interesse dele, que só

ele tem de decidir se a quer ou não quer.

8. **Alguns ganhos secundários:** Há pacientes que parecem viver da sua neurose, que

não parecem dispostos a renunciar à mesma. Muita energia se poupará quando isto se percebe a

tempo.

Neste particular, podemos tocar no problema da análise dos artistas, os quais muitas

vezes mostram receio de perder as suas capacidades criativas se se lhes analisarem os conflitos

inconscientes, a fonte da sua criatividade. Com segurança absoluta não se pode afirmara

impossibilidade de a análise prejudicar as capacidades criativas, mas a experiência mostra que

certas inibições neuróticas são removidas pela análise com muito mais frequência do que a

criatividade. Em todo caso, temos de admitir que, em pequeno número de artistas, a neurose e a

obra de arte parecem tão intimamente se entrelaçar que se afigura impossível remover uma sem

prejudicar a outra.

9. **Personalidades esquizóides:** Em pessoas cujo caráter dá a impressão de que não são,

mas de que podem ficar psicóticas, se se lhes forem agitados os problemas infantis, é difícil, às

vezes, decidir pelo início ou não da análise. Certo que existem personalidades esquizóides nas

quais a análise é capaz de desencadear um processo psicótico, mas outras existem que podem

ser pela análise salvas de uma psicose futura. Não há regra geral que determine se um paciente

se inclui na primeira ou na segunda categoria. Só uma análise de experiência que avalie as

condições dinâmicas e económicas do caso particular é que poderá motivar a decisão.

10 **Contra-indicações da análise** com **um** determinado analista: Há vezes em que um

analista sente que determinado paciente trabalhará melhor com outro analista, ou porque o

paciente não reage à sua personalidade de modo favorável, ou porque o analista não gosta de

trabalhar com ele, ou não se sente inteiramente à vontade; de outras vezes, é o paciente que tem

sentimentos correspondentes.

Como a psicanálise é, por índole, uma colaboração pessoal muito íntima, pode acontecer

que duas pessoas simplesmente não se ajustem entre si: constituem uma equipe que não é boa.

Se se vir a situação com olhos analíticos e contanto que seja bom o analista, existem duas

possibilidades:

(a) Certa resistência da parte do paciente, caso em que se indaga: Deve-se ceder a esta

resistência? De modo geral, o procedimento analítico é analisar resistências, e não ceder a elas.

Tem-se de verificar se este tipo de resistência não está profundamente enraizado na

personalidade do paciente, se constitui parte da sua neurose, se se repetirá com qualquer

analista. Todavia, a regra que consiste em não ceder a resistência só é de se seguir até certo

ponto. Se uma resistência for intensa demais, deve-se-lhe adiara análise e, primeiro, prepará-la

por algum outro trabalho analítico. No caso de um agoráfobo que não consegue sair de casa, o

analista, no começo da análise, deverá ir à casa dele. Do mesmo modo, a análise de um

complexo paterno intenso pode ser melhor preparada se o homem com quem o paciente tem de

conversar não se parece, de fato, com o pai dele.

Questão semelhante é saber se certo paciente trabalhará melhor com analista homem, ou

com analista mulher. Quando discutimos o homossexualismo, dissemos que, em geral, o sexo

do analista não influi decisivamente (ver págs. 307 e seg.), regra geral que, no entanto, tem

exceções frequentes. As pessoas nas quais um complexo de castração é muito pronunciado

podem reagir muito diversamente conforme seja homem ou mulher o analista. Em casos desta

ordem, se evita resistência precoce por demais intensa escolhendo um analista do mesmo sexo

que não provoque nem antagonismo excessivo, nem influência calmante demasiada (516, 604,

822). Mudar, contudo, para analista do outro sexo sempre que uma análise se faz demasiado

difícil não é panaceia geral. Melhor é compreender a resistência; e só nos casos em que a

resistência insuperável pareça depender do sexo do analista é que se indica mudança neste

particular.

Em todos estes casos, o que se deve tentar, primeiro, é *analisar* a resistência; e somente

quando a resistência se mostra insuperável em tais ou quais condições é que se devem estas

modificar (1536).

(b) A dificuldade talvez se deva ao analista. Todo analista honesto há de admitir que,

mesmo estando completamente analisado, trabalha melhor com certos tipos de pacientes que

com outros. Todavia, não deve esta diferença ir a ponto de impossibilitar inteiramente o

trabalho com certas personalidades, porque o analista tem de possuir amplitude de empatia que

lhe permita trabalhar com qualquer tipo. Se a realidade, neste particular, é demasiado diversa

da situação ideal, o erro ou o defeito pode ser do analista; estará enraizado ou diretamente

numa contratransferência negativa, ou num desapontamento pelo fato de que certo tipo de

paciente não realiza uma expectativa ou outra que o analista, certa ou erradamente, associe ao

seu trabalho; em casos desta ordem, o próprio analista deve ser analisado mais completamente

(1501).

Todo analista fará bem em evitar analisar parentes, amigos, conhecidos. O fato das suas

próprias emoções em relação a estas pessoas lhe poderem dificultar o trabalho é, no entanto,

apenas uma das razões da regra. Outra é que a transferência perde muito do seu caráter

específico; quando menos, da sua demonstrabilidade como transferência, se não se originar

dentro da própria análise, mas tiver pré-história não controlada analiticamente.

Até a análise de parentes, amigos e conhecidos de parentes, amigos e conhecidos do

analista pode vir a ser duvidosa por esta razão. Freud, entretan to, acrescentou que, analista

algum recusará ajudar pessoas que a nenhuma outra ajuda tenham acesso, terá apenas de saber

que, assim procedendo, assume o risco de perder os seus amigos (584).

Avaliação segura e pormenorizada de todos estes dez pontos, em qualquer caso

particular, só é possível durante o próprio procedimento analítico. Daí por que se aconselham

os pacientes a ter umas semanas de análise de experiência, findas as quais se resolverá, afinal,

se o paciente precisa de psicanálise completa. A análise de experiência segue as mesmas regras

que a análise final, mas o analista presta atenção, sobretudo, para a avaliação da indicação.

Durante estas semanas, ele tanto confirmará (ou alterará) o seu primeiro diagnóstico do caso

quanto realizará um "diagnóstico dinâmico" dos principais conflitos do paciente, das

resistências supremas e da força relativa provável das mesmas, dos sistemas de defesa do

paciente e respectivos pontos fracos, da acessibilidade geral do paciente, da sua plasticidade ou

rigidez. Qualquer material serve para estabelecer o diagnóstico dinâmico: a história do

paciente, o seu comportamento, manifestações verbais; e também os primeiros sonhos (1354).

Entretanto, é importante não confundir um diagnóstico geral, dinâmico, com certas hipóteses

especiais que dizem respeito a experiências da infância; hipóteses que não se podem

estabelecer logo no início porque dirigirão a atenção do analista com precisão demasiada,

limitando-lhe a suscetibilidade a impressões novas e a presteza na apreensão do material novo

(1293). A avaliação dos fatores contra-in-dicativos não é mais do que parte do diagnóstico

dinâmico.

Tem-se indagado umas tantas vezes se é possível alguém se auto-ana-lisar. O próprio

Freud é o exemplo melhor do fato de que — até certo ponto — isso é possível. No seu livro *A*

Interpretação dos Sonhos, ele deu o exemplo clássico de auto-análise (552).

Há autores que têm feito, na literatura, propaganda da auto-análise (382, 383, 821). Em

geral, porém, são muito limitadas as possibilidades de auto-análise; para o que há duas razões:

1. A superação de resistências sem ajuda de outra pessoa pressupõe uma personalidade

muito forte. Torna-se todo impossível se a resistência consiste num "ponto cego", em não ver

justamente aquilo que não se quer ver. Sendo outra pessoa, o analista pode demonstrar ao

paciente a sua cegueira; na auto-análise, o ponto cego permanece intato.

2. A relação emocional com o analista, chamada transferência, de dois modos é

ferramenta da psicanálise, não existente na auto-análise; diretamente, o desejo de agradar ao

analista é motivo importante para a superação de resistências; indiretamente, a forma da

transferência proporciona modelo insubstituível para o estudo dos padrões comportamentais do

paciente.

ESTATÍSTICA DOS RESULTADOS TERAPÊUTICOS DA PSICANÁLISE

São muito solicitadas as estatísticas dos resultados terapêuticos da psicanálise, mas

difíceis de se dar. As conclusões respectivas dependem, em primeiro lugar, dos casos que se

hajam selecionado. Se se incluírem casos em que tenha havido prognóstico dúbio no início,

a estatística, naturalmente, parecerá muito pior do que se os casos tivessem sido escolhidos

com mais cuidado. Segunda dificuldade: É que os vários médicos compreendem de maneira

muito diferente o que é "cura", o que é "melhora". Este fato se terá em mente particularmente,

quando os resultados da psicanálise forem comparados com os de outros métodos: todos estão

de acordo em que o desaparecimento dos sintomas é necessário, mas não decisivo. "Capacidade

de trabalhar e gozar", contudo, pode se interpretar de vários modos. Os analistas sabem qual é a

diferença entre a pessoa que alcançou esta capacidade, em sentido limitado e provavelmente

temporário, mediante algum êxito transferencial, e a pessoa cuia dinâmica a psicanálise

basicamente alterou (78, 1503).

Têm-se discutido muito as dificuldades da definição exata de "normalidade" e

"saúde" do ponto de vista psicanalítico (243, 693, 901, 1036, 1095, 1409); de modo

particular, faz pouco tempo por forma muito interessante, Hartmann as discutiu (751).

Felizmente, a prática exige menos exatidão.

A tentativa de conferir estatisticamente o trabalho de dez anos do Instituto de Berlim

estabeleceu critérios muito severos para esta' tarefa; é possível, certamente, comparar os

resultados com a estatística de qualquer outro tratamento médico (417). Nesse ínterim, outras

estatísticas se publicaram (287, 1195, 1348); todas correlacionadas, deram resultados

semelhantes (969). Sem dúvida, a psicoterapia analítica deixa muito a desejar. Há malogros e

há sucessos parciais. Mas dúvida também não há "de que a psicanálise, por ser o único método

radical, é o de que melhor se dispõe para o tratamento das neuroses. A principal desvantagem é

o gasto considerável de tempo e dinheiro; e a virtude que tem, de que todos os analistas se

orgulham, que só a ela pertence, está em que a psicanálise se estrutura sobre uma introvisão

científica. A terapia constitui também processo de pesquisa que permite visão científica

posterior, a qual além de útil no tratamento das neuroses, tem aplicação universal.

PROFILAXIA

Em todos os campos da medicina, cada vez mais aumentam a tendência não só no sentido

de curar as doenças, mas também de lhes impedir a irrupção. A profilaxia psiquiátrica se chama

higiene mental (1581); e trabalha no sentido do indivíduo ou no sentido das massas, tentando

ensinar ao indivíduo de que modo comportar para se esquivar à probabilidade de adoecer e

dirigir as instituições sociais, visando a reduzir a grande freqüência das psicoses e das neuroses.

Visto que a psicanálise produziu a compreensão científica do que realmente se passa nas

neuroses, é indubitável que os pontos de vista psicanalíticos terão de ser decisivos na higiene

mentaj. O médico que compreenda a dinâmica e os pontos em que se situam os "complexos" de

certo indivíduo poderá, certamente, dar conselhos para evitar uma mobilização terrível dos

conflitos latentes (1500). Não se coloquem, entretanto, esperanças exageradas na higiene men-

ta!; particularmente, no que diz respeito ao seu segundo objetivo, que é a profilaxia geral.

O elemento decisivo na profilaxia geral está na criação e educação correta dos seres

humanos. Baseadas que são as neuroses em conflitos neuróticos, estes se formam nas crianças

entre os impulsos instintivos e o temor que se associa à ideia de aos mesmos ceder. Podem os

educadores evitar ou reduzir os conflitos patológicos nas crianças (64)?.

Claro, a idéia de que os instintos podem ser perigosos é impossível de evitar. A atuação

instintiva é, às vezes, *realmente,* perigosa. Ente humano algum pode viver segundo o princípio

do prazer, fazendo a todo momento, simplesmente, aquilo a que se sente disposto. Toda criança

aprende pela experiência (mesmo sem medidas educativas especiais) que não é razoável o

comportamento desta ordem. Se ela comer quantos doces quiser, terá dor de estômago; se pegar

uma coisa que pega fogo, queimar-se-á; se atormentar o ambiente em que vive, será por sua vez

atormentada. Assim é que a vida governada pelos impulsos momentâneos pouco a pouco se vai

transformando em vida governada pela razão. O princípio da realidade se estabelece mediante

experiências que associam o prazer imediato ao sofrimento imediato ou tardio; e,

posteriormente, também mediante experiências que associam fatos primariamente penosos a

recompensas prazerosas (427, 575, 1494) (ver págs. 38 e segs.).

É certo que a educação pode ajudar neste processo. Para que se aceite o princípio da

realidade, não há, realmente, necessidade de sofrer a experiência dolorosa da queimadura. Na

educação cabe, a previsão destes sofrimentos, ajudar as crianças a aprender a suportar o

desprazer e a tensão.

Ninguém sabe de que modo se comportaria uma criança que não tivesse educação

alguma; se ignora se o confronto natural da realidade bastaria ou não paia desenvolver a

razoabilidade. Sabemos, porém, com segurança, que, na prática, a educação pede à criança

mais do que é razoável. Ê frequente a educação, produzindo temores artificiais dos impulsos,

exagerando o princípio da realidade, se transformar em obstáculo à razão. Praticamente, não é

só sociabilidade que se exige da criança, mas, sim. sociabilidade em certo sentido restrito, a

saber, ajustamento às condições presentes.

É certo que uma sociedade de indivíduos que se comportassem instintivamente, feito

crianças de dois anos, seria de todo impossível. Mas o que se questiona é, apenas, se uma

criança de dois anos, caso não seja educada, jamais modifique o seu comportamento.

Assim, é claro em que consistem os perigos da educação. Diz o princípio da realidade:

"Não cedas aos teus instintos, se são perigosos." A educação atual pode dar à criança a

impressão de que todos, ou, quando menos muitos instintos são perigosos.

Ouve-se dizer que a sexualidade infantil criará perigos, se não for reprimida. É verdade

que, não sendo regulada, a sexualidade é capaz de ignorar as necessidades do parceiro. Este,

porém, é o único perigo. Mostra a experiência que os instintos não satisfeitos são muito mais

difíceis de controlar e muito mais perigosos do que os instintos ocasionalmente satisfeitos.

Aqueles cuja sexualidade não haja sido em absoluto contida não se inclinarão ao contato sexual

constante; hão de querê-lo apenas periodicamente e ficarão satisfeitos nos intervalos. O fato da

sexualidade dos nossos tempos parecer com tanta frequência, ávida, antissocial e, portanto,

perigosa, é conseqüência da repressão sexual anterior. Certas pessoas receiam que a criança que

não contenha a sua sexualidade deixe de se tornar útil à sociedade porque estará usando toda a

sua libido na esfera sexual, original, sem sobrar energia alguma para a sublimação (171). Não

se justifica de modo algum esta concepção. As sublimações, é verdade, são realizadas pela

energia sexual pré-genital do que pela energia genital, a contenção da sexualidade nao conduz à

sublimação da energia, mas, ao contrário mantém o instinto sexual insatisfeito, sem alteração,

no inconsciente; daí ocorrer transtorno (pelos instintos insatisfeitos) da sublimação pretendida e

de toda atividade.

Antes de Freud, a ciência desconhecia a existência de qualquer sexualidade infantil — o

que mostra com que intensidade a esta resista, em geral De onde é que vem esta resistência?

Onde foi que se originou a superstição do perigo da sexualidade infantil? E onde é que surgiu

uma forma de educação que reprime em demasia os instintos? Todas estas atitudes e, bem

assim, as idéias concernentes à moral (que diferem muito conforme as sociedades) resultam das

situações sociais respectivas e têm de ser analisadas criticamente em função das situações

sociais (131, 1278).

A esta altura, se faz compreensível o cepticismo já expresso. A higiene mental é limitada

pelas condições sociais; e como movimento prático, é até criada pelas mesmas forças sociais

que lhe restringem a eficácia (307). As neuroses são males resultantes da influência de uma

educação que depende menos das opiniões e personalidades dos educadores individuais que das

condições sociais gerais, as quais determinam as instituições educativas, e bem assim, as

opiniões e personalidades dos educadores individuais.

Claro que o analista pode fazer certo número de sugestões gerais a respeito da educação

infantil individual para o fim de evitar neuroses futuras (833, 834, 1303, 1309, 1582). Sempre

que possível, evitar-se-ão advertências concernentes aos impulsos instintivos; e sempre que

possível, evitar-se-ão excitações intensas, desnecessárias, que venham de fora e que aumentem

as exigências instintivas de maneira a exceder-lhes o desenvolvimento espontâneo. Pode-se

dizer: (1) é bom evitar que as crianças presenciem cenas sexuais entre adultos; (2) é bom

reduzir, tanto quanto possível, a oportunidade de seduções por adultos ou crianças de mais

idade; (3) é bom evitar ameaças diretas de castração; (4) é bom ensinar às crianças hábitos de

asseio da maneira correta, nem cedo demais, nem demasiado tarde, nem com severidade

excessiva, nem com excessiva emocionalidade; (5) é bom preparar as crianças com vistas ao

futuro, na previsão de acontecimentos iminentes extraordinários, quais sejam, o nascimento de

irmãos, operações etc.; (6) é melhor compreender as necessidades da criança que usar padrões

disciplinares rígidos.

Tudo isto é importante (e a lista poderia, claro, continuar), mas não tem importância

demasiada; é muito limitada a eficácia destas sugestões. Assim nos manifestando, temos em

mente não só o fato de que podem ocorrer traumas malgrado a melhor assistência, o que,

certamente, não seria objeção a que se faça o máximo possível. O que limita a eficácia das

sugestões higiênico-mentais é a circunstância de que condições crónicas do ambiente, quase

impossíveis de se modificar, têm muito mais influência do que qualquer medida educativa

isolada. Certas palavras com que o adulto reage a um ato instintivo da criança são menos

decisivas do que as atitudes crónicas e latentes dos pais em relação aos instintos em geral. Em

excelente ensaio, mostrou Reich que o valor hi-giênico-mental de certa experiência é

determinado menos pelo seu conteúdo manifesto do que pelo ambiente psíquico total em que

ocorre (1273). A estrutura psíquica da criança é que determina o efeito gratificador ou

ameaçador da experiência. Esta estrutura, por sua vez, depende da totalidade da sua experiência

passada, bem como das influências presentes.

As condições crônicas que não se podem modificar à vontade consistem (a) no

inconsciente dos educadores, que lhes determina não tanto as "medidas educativas" quanto o

comportamento cotidiano; e *(b)* na própria instituição da família, na relação entre a família e os

grupos extrafamiliais e a tradição cultural. (Este fator é mais importante que o fator (a) e o

influencia. Tem-se de compreender que ó verdadeiro objetivo da educação não é idêntico nem

aos objetivos arrolados nos compêndios de pedagogia, nem aos objetivos conscientes dos

educadores. As intenções e modos de pensar dos pais ou mestres individuais não têm tanta

importância quanto as instituições sociais que sobre eles atuam; e são: a família, a escola. *A*

família: situação em que um casal que tem relações sexuais vive junto com uns poucos filhos

apenas, sendo um dos membros deste casal aquele que mais ou menos absolutamente governa;

a *escola:* instituição em que vigoram hábitos e regulamentos (carteiras, horas marcadas,

programas, currículo).

A "educação progressiva", que tenta evitar os erros do período anterior de modo a

impedir frustrações, tem ido, às vezes, ao extremo oposto; daí depender das forças sociais tanto

quanto a educação "autoritária". É impossível o evitar de frustrações, porque a realidade,

necessariamente, as acarreta; daí a razão por que uma criança artificialmente protegida estará

para ela muito mal preparada; quanto mais se evitam frustrações precoces, mais se verá que as

pequenas frustrações posteriores terão o mesmo efeito que as intensas têm sobre pessoas

normalmente criadas. A tendência dos educadores a serem "sempre bons, gentis", tem, ainda

mais, as consequências de que: (1) a criança ganha a impressão de que a agressividade é

terrivelmente proibida; sempre que se sente agressiva, a reprime e a brandura externa torna o

superego interno (quando menos, em sua atitude para com a agressividade) mais severo, a

criança podendo chegar a ponto de desejar, para se aliviar, uma autoridade severa externa

(180); (2) os pais têm de reprimir a agressividade respectiva, a qual, certamente, há de então

aparecer de maneira que não se deseja e em grau que não se quer.

É freqüênte a "educação moderna" firmar o ponto de vista de que "a agressividade

é má". Não sabemos o que é "bom" e o que é "mau"; mas sabemos que a agressividade é

necessária em muitas situações da vida; aquele que não for capaz de usá-la terá o

mesmo "handicap" que aquele que haja perdido a capacidade sexual (1349).

Certamente que uma modificação artificial na educação de algumas crianças individuais

não lhes há de poupar conflitos severos. É antes o contrário que sucede. Estas crianças serão,

mais cedo ou mais tarde, levadas a conflitos mais severos pelo fato de que em toda a parte

ouvirão o contrário do que se lhes ensinou em casa ou na escola especial.

A higiene mental, portanto, é capaz de aconselhar em casos individuais, mas é ineficaz

quando defronta problemas do público em geral. Não são os analistas que prescrevem os meios

e objetivos da educação: estes têm-se desenvolvido por forma autónoma, em situações

históricas e conflitos sociais que ocorreram através de condições presentes (e passadas).

Prescreve-se, socialmente, em que amplitude se permitem exigências instintivas infantis, em

que amplitude têm de ser reprimidas; mas também se prescrevem os modos pelos quais se

aplicam as frustrações estabelecidas, as maneiras pelas quais se obriga a criança a reagir a estas

frustrações. A "psicossociologia comparada da educa ção" é setor científico novo da maior

importância prática, mas não cabe aqui expô-la, nem discuti-la em detalhe (131, 650).

Não ocorrem as neuroses por necessidade biológica, como o envelhecimento; nem têm

determinação puramente biológica como a leucemia. O desamparo do bebé humano e a

diferenciação do ego organizado a partir do id são pré-condições do desenvolvimento das

neuroses (618); mas não são as causas das neuroses, como a existência do estômago não é a

causa das gastropatias. Nem são as neuroses "influenciadas por condições sociais" como o é a

tuberculose, doença cujo curso pode ser decidido por condições de moradia e alimentação. As

neuroses são doenças sociais em sentido muito mais estrito. As exigências reprimidas

representam forças biológicas (e mesmo isso apenas em última análise); mas o fato sequer de

terem de ser reprimidas resulta da pressão do ambiente social. A necessidade das defesas

patológicas não resulta das privações que se originam na insuficiência infantil, mas daquelas

que os pais e educadores impõem à criança, por palavras ou pelo seu comportamento. Estas

medidas educativas, por sua vez, representam exigências da civilização que antagonizam a

gratificação instintiva (561, 1396). E são as exigências da civilização atual, com todas as suas

manifestações contemporâneas, que produzem os neuróticos de hoje (819). Ao que saibamos,

outras civilizações produziram iam-bém neuroses, mas estas eram diversas das neuroses de

hoje em dia porque outras civilizações exigiam outras privações e impunham o

desenvolvimento de outras reações às mesmas. Muitas formas de reação que, hoje, chamamos

neuroses obsessivas são anormais e institucionalizadas em outras civilizações; as "neuroses

demoníacas do século XVII", que Freud estudou (610), não se ajustariam a esquema

diagnóstico algum dos nossos dias. Aliás, é possível observarmos de que modo o quadro clínico

das neuroses se modifica paralelamente na sociedade. Neste particular, o psicólogo tem de se

reconhecer incompetente e concordar em que o problema da etiologia das neuroses não é

problema médico individual, e sim problema que exige consideração sociológica complementar

(433).

As neuroses são a consequência de medidas educativas desfavoráveis e socialmente

determinadas, correspondendo a certo meio social, historicamente desenvolvido: consequência

necessária neste meio. Não podem ser modificadas sem que se modifique,

correspondentemente, o meio.

Se uma sociedade se torna instável, se se enche de tendências contraditórias, se se

transforma em palco de lutas entre as suas diversas partes, é só a força que determina de que

modo e para que objetivos se dirige a educação. A instabilidade e as contradições de uma

sociedade se refletem na sua educação; posteriormente nas neuroses dos indivíduos educados.

E grande a tentação de penetrar na sociologia da educação e na moral; mas o que se disse

ilustrar-se-á com dois simples exemplos, apenas.

A auto-estima de uma pessoa, bem como o conteúdo e grau das suas defesas dependem

dos seus "ideais", os quais são menos desenvolvidos pelo ensino direto do que pelo espírito

total em que se desenvolve a vida de uma criança.

Uma sociedade autoritária tem de promover em seus membros a disposição à obediência

futura lhes martelando a mente com a idéia que tem toda autoridade: promessas condicionais.

"Se obedeceres, se te submeteres, receberás participação (real ou imaginária) no poder e na

proteção." As sociedades de mocráticas favorecem os ideais de independência, autoconfiança,

controle ativo. As sociedades nas quais lutam elementos "autoritários" e "democráticos" serão

contraditórias também nos seus ideais. A criança aprende que tem de se submeter e obedecer

para ganhar as provisões de que precisa; e aprende do mesmo passo: "Arranja-te sozinho."

Historicamente, o tipo autoritário de ideal não encontrava oposição no feudalismo; os súditos,

realmente, tinham o de que precisavam, se renunciassem à independência; e a disposição

mental da maior parte do povo a aceitar esta dependência era necessária à conservação da

sociedade. O capitalismo que surgia trouxe o ideal oposto: a livre competição precisava dos

novos ideais de liberdade e igualdade. O desenvolvimento posterior do capitalismo, contudo,

não só criou, de maneira nova, uma maioria de pessoas que tinham de se manter contentes

numa frustração e dependência relativas; também contradições econômicas fizeram toda a

sociedade instável a ponto de, com o desaparecimento da livre competição, tornarem a aparecer

necessidades autoritárias. Do mesmo passo, todos se sentem em perigo quando tentam, de

qualquer modo, se estabelecer solidamente; se sentem em perigo até na própria existência; daí

resulta que as atividades do indivíduo individualmente ficam sem esperança; por esta forma

aflorando à superfície desejos regressivos de regulação passiva-receptiva: Revivem-se, e até

aumentam, os antigos ideais feudalísticos, daí resultando uma mistura de ideais, conflitos e,

mais, tarde, neuroses. A diferença que ocorre nas condições económicas e, bem assim, na

história é responsável pelas diferenças enormes que se vêem nas misturas de "autoridade" e

"democracia" com que deparamos, atualmente, em todos os países. De modo geral, toda

sociedade capitalista, pelo fato de que prepara as crianças para o papel que o dinheiro e a

competição irão desempenhar na vida delas, favorece a intensificação de desejos sádico-anais;

o que é tanto mais desfavorável quanto, simultaneamente, se desestimula e se frustra a

sexualidade genital (434, 1278).

Segundo exemplo, que é até mais geral: É característico da sociedade contemporânea o

fato de que muita gente não consegue satisfazer as suas necessidades, se bem que haja os meios

com que satisfazê-las. Os livros de psico-patologia discutem extensamente as deficiências do

superego nas pessoas que furtam; mas parece que o problema deve ser posto de outra forma:

Por que é que tanta gente *não furta?* Verdade é que, em primeiro lugar, as pessoas se abstêm de

furtar porque são impedidas pela força. A maioria, porém, não é impedida, simplesmente, pela

força e pelo medo do castigo. A realidade social conseguiu despertar, em certo tipo especial de

consciência, uma força intrap-síquica, a qual se opõe às necessidades que pedem satisfação.

Não se furta porque "não é direito", de modo que instituições sociais especiais produzem, em

seus membros, o desenvolvimento de forças contra-instintivas especiais. E esta necessidade

tem de ser o fator decisivo na orientação antissexual também de certas civilizações.

Os nossos comentários deixam claro que a compreensão do poder formativo das

forças sociais sobre as mentes .individuais não exige modificação alguma nos conceitos

freudianos dos instintos, conforme pensam certos autores (653, 820, 921). As

necessidades instintivas são a matéria-prima formada pelas influências sociais. É tarefa

de uma sociologia psicanalítica estudar os pormenores desta conformação (650).

Embora contenham possibilidades múltiplas, as diversas "constituições biológicas" não

são realidades mas potencialidades. É a experiência, vale dizer, são as condições

culturais que transformam as potencialidades em realidades, que modelam a verdadeira

estrutura psíquica do homem, lhe encaminhando as exigências instintivas, em certas

direções, favorecendo algumas dentre elas e bloqueando outras, e até fazendo que partes

delas se voltem contra o resto.

Não é só de fatores concernentes à educação das crianças que decorrem as limitações

sociais da higiene mental. Também nos adultos é freqüênte ver a situação social impedir que se

sigam as prescrições de uma higiene mental teórica. Os benefícios da assistência social

psiquiátrica não se devem minimizar, mas é provável que quase todos aqueles que trabalham

neste tipo de assistência hão de convir que a realização das exigências básicas da higiene

mental depende de pré-requisitos a que esta não pode atender. Não consistirá a primeira tarefa

da higiene mental em dar trabaiho, pão, satisfação das necessidades básicas de todos os

homens?

É certo que a miséria verdadeira, não cria neuroses em adultos, mas cria frustrações e,

pois, regressões. Não cria neuroses, mas pode ser fator que lhes precipite o desenvolvimento.

Neste sentido, encerr.am alguma verdade as antigas ideias de que o nervosismo é criado pela

"pressa" e pela "competitividade" da civilização moderna. Além disto, porém, a miséria

verdadeira dos adultos é capaz de criar neuroses por forma indireta, a saber, na geração

seguinte, que tiver sido educada por adultos frustrados.

É estranho que se ouçam dois juízos absolutamente contraditórios em relação às neuroses.

Há quem diga que as neuroses são resultado direto da miséria social, que não é de espantar que

quem não tem comida nem abrigo fique "nervoso". For outro lado. dizem outros que as

neuroses são, por assim dizer, "luxo de gente rica ociosa"; e que o operário tem mais em que

pensar para ser nervoso. Erram tanto uns quanto outros e, nesta colisão de opiniões, as duas

afirmativas apenas revelam a resistência emocional geral que se opõe ao estudo desprovido de

preconceitos das neuroses. A extensão enorme das neuroses, na sociedade moderna, não

reconhece quaisquerdiferençasde classe. Isso dizendo, não contrariamos a tese de que as

neuroses sejam socialmente determinadas; apenas ilustramos o fato de que a moral, malgrado

as condições de vida extremamente diversas, não difere muito conforme as classes da mesma

sociedade (na realidade existem diferenças de classe no que toca às neuroses, mas são

diferenças de menor porte, correspondentes a diferenças das. experiências reais das crianças)

(133, 136, 496).

A higiene mental na vida dos adultos seria eficaz como profilaxia da neurose se

conseguisse impedir frustrações novas e repressões destas resultantes; se conseguisse

proporcionar satisfações que representassem "sedução da saúde"; se conseguisse criar

condições que não remobilizassem antigos conflitos infantis. Seria ainda mais eficaz se pudesse

impedir os próprios conflitos patológicos se pudesse, em todas as ocasiões em que é necessário

interferir nos impulsos da criança, deixar a esta abertas mais vias de reação, vias com menos

sentimentos de culpa, mais autoconfiança, mais ativídade, razão, decisão independente: com

menos automatismos arcaicos — se conseguisse criar egos razoavelmente fortes que previssem

as consequências dos seus atos. "Onde id houve, haverá ego", disse Freud (628); o que se pode

completar dizendo: Também "onde superego houve" (quer dizer, a autonomia automática de

sentimentos de culpa irrazoáveis, o princípio de talião, vingança, automatismos), "haverá ego"

(isto é, manipulação razoável da realidade); mas este "haverá" esbarra em barreiras socialmente

determinadas.

Nao é porque ainda atuem instintos primitivos dentro de nós que temos guerras, miséria,

neuroses; o que há é que os nossos instintos ainda nersistem sob forma desfavorável, isso

servindo para gerar guerras e miséria, e também para produzir neuroses — porque ainda não

aprendemos a evitar as guerras e a miséria mediante regulação mais razoável, menos

incoerente, sociais.

Não sabemos se não haveria também neuroses, se outras fossem condições sociais; mas

sabemos que, nas condições atuais, por força de sociais, a instituição de uma profilaxia das

neuroses constitui trabalho de Sísifo.

Quando, às vezes, porém, defrontando a enorme miséria neurótica (e não neurótica) dos

nossos dias, chegamos quase a desesperar porque comoreen demos que só podemos ajudar

cinco a dez pessoas por ano, consola-nos a id" de que este limitado serviço terapêutico vem a

ser também o método de nes quisa de uma ciência que talvez alcance um dia a possibilidade de

aplicação mais geral.

Bibliografia

Tinha-se preparado bibliografia ampla da teoria psicanalítica da neurose, mas a escassez de papel impõe limitações, no

momento; daí por que esta lista apenas abrange: (a) todos os livros e artigos que se mencionam no texto; e (b) algumas

publicações que têm importância geral na explanação do assunto..Restringe-se a bibliografia às literaturas inglesa e alemã. Dos

livros e artigos que foram publicados nas duas línguas citam-se as edições inglesas.

CHAVE DAS ABREVIAÇÕES QUE SE USAM NA BIBLIOGRAFIA

Acta Psychiatrica et Neurológica Acta Psychologica American Heart Journal American Imago

American *Journal oí* Diseases of the Child American Journal of Insanity American Journal of Mental Science

American Journal of Obstetrics and Gynecology American Journal of Orthopsychiatry American Journal of Psychiatry

■American Journal of Physiology Allgemeine Zeitschrift fuer Psychiatrie Annals of Internai Medicine American

Orthopsychiatric Association Archive for Dermatology and Syphilology Archiv fucr die gesamte Psychologie Archive for

Neurology and Psychiatry American **Society** for Research **in Psychosomatic** Problems Association for Research in Nervous

and Mental Diseases **Autoreferat (review** by the **author)** British Journal of Dermatology British Journal of Inebriety British

Journal of Psychology British Medicai Journal Bulletin of the Forest Sanitarium Centralblatt fuer Psychoanalyse Canadian

Journal of Medicine and Surgery

Ferenczi, Sandor: *Contnbutions to Psychoanalysis,* Richard C. Badger, Boston, 1916 Cornell University Medicai

Bulletin

Freud, Sigmund: *Collected Papcrs,* Institute of Psychoanalysis and Hogarth Press, London, 1924 Deutsche Aerzte

Zeitung *DJseases oí the Nervous System* Deutsche Zeitschrift fuer Homoeopathíe Ergebnisse der inneren Medizin und

Kinderheilkunde Jones, Ernest: *Essays in Applied Psychoanalysis,* International Psy-choanalytic Press, London, 1923

Ferenczi, Sandor: *Further Contnbutions to the Theory and Tech-niqtie of Psychoanalysis,* Institute of Psychoanalysis

and Hogarth Press, London, 1926

Acta Ps. et N.

Acta Psychol.

A. Heart /.

A.lm.

A. /. D is. Child

A. 1.1.

A. J. M. S.

A.J. Obs. and Gyn.

A.}. Orthops.

A. /. P.

A. J. Ph.

Allg. Z. f. Ps.

Ann.lnt. Med.

A'. Orthopsych. *Assn.*

Arch, *Derm. Syph.*

Arch. ***ges.*** *Psych.*

Arch. A7. *Ps.*

A.Soc.Res.Ps-s.Pr.

Assn. Research N. Aí. *D.*

Autorej.

B. j. D.

B. /. In.

B. /. P.

B. M. J.

Buli. Forest San.

C.

Can. /. M. S.

Con.

Comcll ***Univ.*** *Med. Buli CP.*

D.A.Z. Du,Xeri>. S. D.Z.Hom. E.inn.M.K. Ess.

F.C.

Vortschr. Med.

G.

III. Psych.].

Itn.

Inst. for Ps-a.

Inst. o/ ***Ps-a.***

Int. ***Ps-a.*** *Congr.*

Int. Ps-a. P.

Int. *Ps-a. V.*

f. Ab. P.

J. A. M. A.

fb. Ps. N.

J. Crim. Psych.

J. Med.

J.M.S.

J. N. M. D.

J. N. Ps.

J.N.Psychop.

Jo.

]. Soe. Psych.

Kl.B.

Kl.R.

M.

Menn. Buli.

M. ges. Sprach.

M.H.

M. N. P.

M.R.

M. R. R.

Neue Erz.

Neur. Z.

New Engl. /. M.

N. M. D. Pub. Co.

N. Y. M. /.

N. Y. S. Hosp. B.

N. Y. S.}. M.

P.

Paed.

P.B.

Proc. R. S. M.

Ps.

Ps-A.

Ps-a.

Ps-a. Bwgg.

Ps-a. Q. Inc.

Ps-a. V.

Psychol. Rec.

Psychol. Rev.

Psyc/iosom. Med.

Psychosom.Med. Monogr Psych. Q.

Fortschritte der Medizin

Concerning thc psychoanalytic theory of neurosis in general

Illinois Psychiatric Journal

Imago

Instituto for Psychoanalysis (Chicago)

Institutc of Psychoanalysis **(London)**

International Psychoanalytic Congress

International Psychoanalytic Press

Internationaler Psychoanalytischer Verlag

Journal of Abnormal Psychology

Journal of the American Medicai Association

Jahrbuch fuer Psychiatrie und Neurologie

Journal of Criminal Psychopathology

Journal of Medicine

Journal of Mental Science

Journal of **Nervous** and Mental Disease

Journal of Neurology and Psychiatry

Journal of Neurology and Psychopathology

International Journal of Psychoanaiysis

Journal of Social Psychology

Abraham, Karl: *Klinische Beitraege zur Psychoanalyse,* Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wicn, 1921

Klinische Rundschau

British Journal of Medicai Psychology

Bulletin of the Menninger **Clinic**

Monatsschrift fuer die gesamte Sprachhcilkunde Mental Hygiene

Monatsschrift fuer Neurologie und Psychiatrie

Medicai Record

Medicai Review of Reviews

Neue Erziehung

Neurologisches Zentralblatt

New England Journal of Medicine

Nervous and Mental Disease Publishíng Company

New York Medicai Journal

New York State Hospital Bulletin

New York State Journal of Medicine

Jones, Ernest: *Papers on Psychoanalysis,* ist ed., Wood and Co.,

New York, 1913

Zeitschrift fuer Psychoanalytische Paedagogik

Psychiatric Bulletin

Proceedings of the Royal Society of Medicine

Psychiatry

Psychoanalysis

Psychoanahtic

Psychoanalytische Bewegung

The Psychoanalytic Quartcrly Incorporated

Psychoanalytische Vcrcinigung

Psychological Record

Psychological Review

Psychosomatic Medicine

Psychosomatic Medicine Monographs

Psychiatric Quarterly

Q-

R.

Schw.A.N.P. Schw.M.W. S.P.

S. P. H.

Ti: A. N. A. W. m. W.

W. ps-a. V.

y. z.

Z. ges. exp. M. Z. ges. N. P. Z. G. G. Z. ind. Abst. Z. Psychoth. Z. Soz. Z. S. W.

Psychoanalytic Quarterly

Psychoanalytic Review

Schweizer Archiv fuer Neurologie und Psychiatrie

Schweizer Mcdizinische Wochenschnft

Abraham, Karl: *Selected Papers,* Institute of Psychoanalysis and

Hogarth Press, London, 1927

Freud, Sigmund: "Selected Papers on Hysteria," *N. M. D. M. S.*

No. 4, New York **and** Washington

Transactions of the American Neurological Association

Wiener medizinische **Wochenschrift**

Wiener psychoanalytische Vereinigung

Jahrbuch fuer psychoanalytische Forschungen

Internationale Zeitschrift fuer Psychoanalyse

Zeitschrift fuer die gesamte experimentelle Medizin

Zeitschrift fuer die gesamte Neurologie und Psychiatrie

Zeitschrift fuer Geburtshilfe und Gynaekologie

Zeitschrift fuer induktive Abstammungs und Vererbungslehre

Zentralblatt fuer Psychotherapie

Zeitschrift fuer Sozialforschung

Zeitschrift fuer Sexualwissenschaften

ABRAHAM, KARL

(1) The Psychoscxual Differences between Hysteria and Dementia Praecox. *S. P.*

(2) The Psychological Rclations between Sexuality and Alcoholism. *S. P.*

(3) Hysterical I^rearn States. *S. P.*

(4) Remarks on the Psychoanalysis of a Case of Foot and Corset Fetishism. *S. P.*

(5) Notes on the Psychoanalytical Investigation and Treatment of Manic-Depressive Insanity and Allièd Conditions. *S. P.*

(6) Zur Psychogenese der Strassenangst **im** Kindesalter. In: *Kl. B.*

(7) Mental Aftereffects Produced in a Nine-year-old Child by the Observation of Sexual Intercourse between Its Parents. 5. *P.*

(8) Restrictions and Transformations of Scoptophilia in Psychoneuroses; with Remarks on Analogous Phenomena in Folk Psychology. *S. P.*

(9) A Constitutional Basis of I^ocomotor Anxiety. *S. P.* **ff** o) Ueber Neurotische Exogamie. *Kl. B.*

(11) The Ear and Auditory Passage as Erotogenetic Zone. *S. P.*

(12) Zum Verstaendnis suggestiver Arzneiwirkungcn bei ncurotischen Zustaenden. Z. II, 1914



(13) The First Pregenital Stage of the Libido. *S.P.*

(14) Ejaculado Praecox. *S. P.*

(15) The Spendíng of Money in Anxiety States. *S. P.*

(16) —Freud, Sigmund, **Fercnczi,** Sandor, and Simmel, Ernst: Psycho-analysis and the War Neuroses. *Int. Ps-a. P.,* London, 1921

(17) A Particular Form of Neurotic Resistance against the Psycho-analytic Method. *S. P.*

Capitulo 18

16 12, 13

16

17 **11**

5

1

0

>

1

1

1

2

0

6,

5

1

> 6. 8

2

3

5

1

, 16, 7

I

O

1

4

7

M

549

(18) The Applicability of Psychoanalytic Treatment to Patients at an Advanced Age. *S. P.*

(19) The **Narcissistic Evaluation** of Excretory Processes in Dream and Neuroses. *S. P.*

(20) Manifestations of the Female Castration Complcx. *S. P.*

(21) Contributions to the Theory of the Anal Character. *S. P.*

(22) Discussion of Tic. *S. P.*

(23) The Spider as Dream Symbol. *S. P.*

(24) The Inflúence of Oral Erotism on Character Formation. *S. P.*

(25) Character Formation on the Genital Levei of Libido Development. *S. P.*

(26) A Short Study of the Development of the Libido. *S. P.*

(27) Psychoanalyse und Gynaekologie. Z. *G. G.* LXXXIX, 1925

(28) Psychoanalytical Notes on Coué's Method of Self-Mastery. *Jo.*

VII, 1926

(29) The History of an Impostor in the Light of Psychoanalytic Knowl-

edge. *Q.* IV, 1935

ACHELIS, WERNER

(30) Das Plattenlaufen. *Paed.* III, 1929

AICHHORN, AUGUST

(31) Wayward Youth. *Putnam,* London, 1936

(32) Zum Verwahrlostenproblem. *Paed.* I, 1926

(33) Psychoanalytisches Verstaendnis und Erziehung Dissozialer. In

Federn-Meng: *Ps-a. Vol\sbuch,* 1926

(34) Erziehungsberatung. *Paed.* VI, 1932

(35) Zur Technik der Erziehungsberatung. *Paed.* X, 1936

ALEXANDER, FRANZ

(36) The Castration Complex in the Formation of Character. *Jo.* VI,

1923

(37) Psychoanalysis of the Total Personality. *N. M. D. Pub. Co.,*

New York and Washington, 1930 6, 12,

(38) The Neurotic Character. *Jo.* XI, 1930

(39) Concerning the Génesis of the Castration Complex. *R.* XXII,

r935

(40) —and Staub, Hugo: The Criminal, the Judge, and the Public.

Allen and Unwin, London, 1931 The Medicai Value of Psychoanalysis. *Norton,* New York, 1932

(43) (44)

C

apítulo

r

7, 23

5 T

4> 18

.

I

5

0, 12,

»

J

1

3 **6, 20**

>

5 **1**

. **4, 20**

4

, n

1

0, 20

2

0

5 ■

9> 12,

.

1

1

6, 7, 18,

2

0, 22

1

0, 13

2

3

1

6, 22

9. 14

16, 20, 23 23

23 **23 23**

5, 14, 20 14, 19, 20

l6, "20

(40

(42) The Relation of **Structural** and Instinctual Conflicts. *Q.* II, 1933

The Inflúence of Psychological Factors upon Gastrointestinal Dis-

turbances. *0.* III, 1934 The Logic of Emotions and Its Dynamic Background. *Jo. X,*

'935 2, 13,

14, 20

10, 13

8, 20

13, 20 19, 20, 23

(45) —and Wilson, George: Quantitative Dream Studies. *0.* IV, 1935

(46) The Problem of Psychoanalytic Technique. *Q.* IV, 1935

(47) —and Healy, William: Roots of Crime. *Knopj,* New York, 1935

(48) Addenda to: "The Medicai Value of Psychoanalysis." *Q.* V. 1936

(49) ■—and Menninger, William: The Relation of Persecutory Delu-

sions to the Functioning of the Gastrointestinal Tract. /. *N. M. D.* LXXXIV, 1936

(50) —and Saul, Leon N.: The Human Spirogram. *A. J. Ph.* XLIX,

1937

(51) Emotional Factors in Essential Hypertension. *Psychosom. Med.*

I, 1939

(52) Psychoanalytic Study of a Case of Essential Hypertension. *Psy-*

chosom. Med. I, 1939

(53) Psychoanalysis Revised. *Q.* IX, 1940

(54) —and Saul, Leon N.: Respiration and Personality. *Psychosom. Med.* II, 1940

(55) — *et ai:* Proceedings of the Brief Psychotherapy Council, October, 1942. *Inst. for Ps-a.,* Chicago, 1942

(56) Fundamental Concepts of Psychosomatic Research: Psychogenesis, Conversion, Specificity. *Psychosom. Med.* V, 1943

ALLEN, CLIFFORD

(57) Introjection in Schizophrenia. *R.* XXII, 1935

(58) The Sexual Perversions and Abnormalities. *Oxford Medicai Pub.,* London, 1940

ALLEN, FREDERICK H.

(59) Psychotherapy with Children. *Norton,* New York, 1942

ALLENDY, R.

(60) Sadism in Women. *R.* XVII, 1930

ALMASY, ENDRE

(61) Daten zur manischen Assoziation und Affektuebertragung. Z. XIX, 1933

(62) Zur Psychoanalyse amentiaaehnlicher Faelle. Z. XXII, 1936

ALBERT, AUGUSTA

(63) The Latency Period. *A. J. Orthops.* XI, 1941

AMES, THADDEUS H.

(64) Prevention of Nervous and Mental Disease in Childhood. In Lorand: *Ps-a. Today,* Covici Fricde, New York, 1933

ANDERSON, O. D.

(65) —and Parmenter, R.: A Long-Term Study of the Experimental

Neurosis in the Sheep and Dog. *Psychosom. Med. Monogr.,* New York, 1941

Capítulo 13, 20

23

l6, 20

13 l8

13 **11**

23 13

l8 16

23 16

13, 18

6

23

551

ANDREAS-SALOME, LOU

(66) Anal und Sexual. *Im.* IV, 1916

BACON, CATHERINE

(67) Typical Personality Trends and Conflicts in Cases of Spastic

Colitis. *Q.* III, 1934

BAK, ROBERT

(68) Regression of Ego-Orientation and Libido in Schizophrenia. *Jo. ′* XX, 1939

(69) Ueber die dynamisch-strukturellen Bedingungen des primaeren

Beziehungswahnes. *Z. ges. N. P.* CLXVI, 1939

(70) Dissolution of the Ego, Mannerism and Delusion of Grandeur.

/. *N. M. D.* XCVIII, 1943

BAKER, DORIS M.

(71) Cardiac Symptoms in the Neuroses. *Lewis,* London, 1943

BALINT, ALICE

(72) Ueber eine besondere Form der infantilen Angst. *Pacd.* **VII,**

1933

(73) Liebè zur Mutter und Mutterliebe. Z. XXIV, 1939

BALINT, MICHAEL

(74) Ueber die Psychoanalysc des Charaktcrs. Z. XIX, 1933

(75) Charakteranalyse und Neubeginn. Z. XX, 1934

(76) Der Onanie-Abgewoehnungskampf in der Pubertaet. *Pacd.*

VIII, 1934

(77) A Contribution to **Fetishism.** *Jo.* XVI, 1935

(78) The Final Goal of Psychoanalytic Treatment. *Jo.* XVII, 1936

(79) Fruehe Entwicklungsstadien des Ichs: Primaere Objektliebe.

***Im.* XXIII, 1937**

(80) A Contribution to the Psychology of Menstruation. *Q.* VI, 1937

(81) Eros and Aphrodite. *Jo.* XIX, 1938

BALLY, GUSTAV

(82) Zur Frage der Behandlung schizoider Neurotiker. Z. XVI, 1930

(83) Die Wahrnehmungslehre von Jaensch and íhrc Beziehung zu

psychoanalytischen Problemen. *Im.* XVII, 1931

(84) Ueber Hochstaplcr und Verwahrloste. *Pacd.* IX, 1935

BALSAR, BEN H.

(85) A Behavior Problem—Runaways. *Psych. O.* XIII, 1936

BAKINBAUM, MOSES

(86) Zum Problem des psychophysischen Zusammenhangs mit besonderer Beruecksichtigung der Dermatologie. Z. XX, 1934

552

Capítulo 5

18 18 18

13

5 4. 5

20 20

5.6 i6

23

4

5

18

4, **13**

16

16

»3

37)

(88) (89) **(9°)**

(90

(93)

(94) (95)

(96)

(97) (98) (99)

(100)

(101) (102)

(103)

(104)

(105)

(106) (107)

BARRAS, MARY

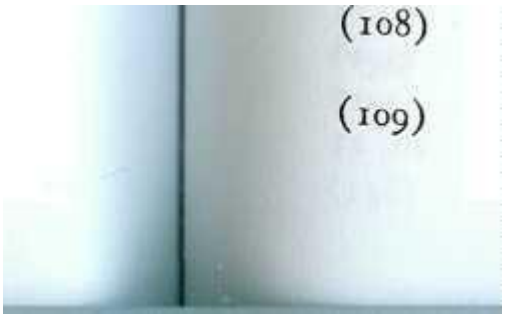
The Treatment of Psychotic Patients in Institutions in the Light of Psychoanalysis. /. *N. Psychop.,* 1925

BARTEMEIER, LEO H.

A Counting Compulsion. *Jo.* XXII, 1941

Micropsia. *Q.* X, 1941

Concerning the Psychogencsis of Convulsive Disorders. *Q.* XII,



J943

BAUDOUIN, CHARLES

Ein Fali von Bettnaessen. *Pacd.* III, 1929 Ein Fali von Kleptomanie. *Pacd.* IV, 1930

BEHN-ESCHENBURG, HANNS The Antecedents of the Oedipus Complex. *Jo.* XVI, 1935

BENDER, LAURETTA

The Anal Component in Persecutory Delusions. *R.* XXI, 1934 —and Schilder, Paul: Suicidai Preoccupations and

Attempts in Children. *A. J. Orthops.* VII, 1937

BENEDF.K, THERESE

Notes from the Analysis of a Case ol **Erythrophobia.** *Jo.* VI,

1925

Todestrieb und Angst. Z. XVII, 1931 Mental Processes in Thyreotoxic States. *0.* III, 1934 Dominant Ideas and

Their Relation to Morbid Cravings. *Jo.*

XVII, 1936 Defense Mechanisms and Structure of the Total Personality. *0.*

VI, 1937

Adaptation to Reality in Early Infancy. *O.* VII, 1938 —and Rubenstein, Arnold: The Sexual Cycle in Women. *Psy-*

chosom. Med. Monogr., Washington, 1942

BERGLER, EDMUND

Zur Problematik der Pseudodebilitaet. Z. XVIII, 1932

—und Eidelberg, Ludwig: Der Mammakomplex des Mannes.

Z. XIX, 1933 " 5,

Psychoanalyse eines Falles von Pruefungsangst. Z. *Psychoth.,*

1933

Zur Problematik des oralen Pessimisten. *Im.* XX, 1934

—und Eidelberg, Ludwig: Der Mechanismus der Depersonalisa-

tion. Z. XXI, 1935 Some Spccial Vaneties of Ejaculatory Disturbance not Hilherto

Described. -*Jo.* **XVI,** 1935 Bemerkungen ueber eine Zwangsneurose in **ultimis.** Z. XXII,

1936

Capitulo 18,23

13

12

16

18 17

1

2

1, 0

8

i

3

5 1

. 6

2

0

4

13. 21

I

2

O, 3

1

2

6, 0

1

2

1, 0

1

2

0

6.

18

10, 20

14, 22

553

(no)

(III)

(112)

("3) **(114)**

(5 (116)

(117) (118)

(119) (120)

(121) (122)

(124)

(126)

(127) (128)

(129)

(130) (13O

(132) ('33)

Further Observations in the Clinicai Picture of Psychogenic

Oral **Aspermia.** *Jo.* **XVIII,** 1957 10,

Dic Psychische Impolenz des Mannes. *Huber,* Bcrn, 1937 Preliminary **Phases** of the Masculinc Beating Fantasy. *O.*

VII, 1938

Beitraege zur Psychologic der Eifersucht. Z. XXV, 1939 On the Psychoanalysis of the Ability to Wait and of

Impatience.

R. XXVI, 1939

Four Types of Neurotic Indecisiveness. *Q.* X, 1940 The Gambler: A Misunderstood Neurotic. /. *Crim. Psych.* IV,

1943

Legorrhoea. *Psych. 0.* XVIII, 1944 A New Approach to the Therapy of Erythrophobia. *Q.* XIII,

1944

BERKELEY-HILL, OWEN

The Anal Complex and Its Relation to Delusions of Persecution.

Jo. IV, 1923 Flatus and Aggression. *Jo.* XI, 1930

BERLINER, BERNHARD

Libido and Reality in **Masochism.** *0.* X, 1940

Short Psychoanalytic Psychotherapy; Its Possibilities and Its

Limitations. *Menu. Buli.* V, 1941

BERNER, EMMA Eine Einschlafstoerung aus Todesangst. *Paed.* XI, 1937

BERNFELD, SIEGFRIED

Zur Psychologie der Lektuere. Z. III, 1915

Zur Psychologie des Unmusikalischen. *Arch. ges. Psych.*

XXXIV, 1918

Zur Idiosynkrasie gegen Speisen. Z. V, 1919 Bemerkungen ueber Sublimierung. *Im.* VIII, 1921 Ueber eine typische

Form der maennlichen Pubertaet. *Im.* IX,

1923 Vom dichterischen Schafifen der Jugend. *Int. Ps-a. V.,* Wien,

1924

Ueber Faszination. *Im.* XIV, 1928 Sisyphos, oder ueber die Grenzen der Erziehung. *Int. Ps-a. V.,*

Vienna, 1928 Einige spekulative Bemerkungen ueber die **psychologische**

Bewcrtung telepathischer Prozesse. Z. *ges. N. P.,* 1928 Der soziale Ort und seine Bedeutung fuer Neurose, Vcrwahr-

losung und Paedagogik. ***Im.*** XV, 1929 Psychology of the Infant. *Kegan Paul,* London, 1929 Selbstmord. *Pacd.*

III, 1929 Die Tantalussituation. *Im.* XVII, 1931

C

aPUul0

I3, 16,

í0

I

o

1

1

8,

6

2

0

1

6

1

0,

M

1

6

2

0

1

2

0,

0

11,



1

8

1

5

1

2

6,

0

2

3

15, 16, 20

10

10

9

6

6 18

23

20

16, 20, 23 *A.* r8

20. 2?

554

(137) (138) (139)

(140)

(141)

(142) (143) (144) (145)

(146)

(147)

(148) (149) **(150)**

(151) (152)

(154) (155)

(156)

Zur Sublimierungstheorie. *Im.* XVII, 1931

Ueber die Einteilung der Tricbe. *Im.* XXI, 1935

Types of Adolesccnce. *Q.* VII, 1938

Freud's Earliest Theories and the School of Helmholtz. *0.* XIII, 1944

BERTSCHINGER, H. Illustrierte Halluzinationen. Y. III, 1911

BIBRING, EDWARD

Klinische Beitraege zur Paranoiafrage, I: Zur Psychologie der Todesideen bei paranoider Schizophrenie. *Z.* XIV,

1928

Klinische Beitraege zur Paranoiafrage, II: Ein Fali von Organ-Projektion. Z. XV, 1929

The Development and Problems of the Theory of the Instincts. *Jo.* XXI, 1941

The Conception of the Repetition Compulsion. *Q.* XII, 1943

BIBRING-LEHNER, GRETE

Ueber die phallische Phase und ihre Stoerungen beim Maed-

chen. *Paed.* VII, 1933 Ueber eine orale Komponente bei maennlicher Inversion. Z.

XXV, 1940

BIEN, E.

The Clinicai Psychogenic Aspects of Pruritus. *R.* XX, 1933

BINSWANGER, L. Psychoanalyse und klinische Psychiatrie. Z. VII, 1921

BIVIN, GEORGE D. —and Klinger, M. P.: Pseudocyesis. *Principia Press,* Bloom-

ington, Ind., 1937

BJERRE, POUL

Zur Radikalbehandlung der chronischen Paranóia. Y. III, 1911

BLAIR, DONALD

Prognosis in Schizophrcnia. /. *M. S.* LXXXVI, 1940 BLANCO, IGNAZIO MATTE

On Introjection and the Processes ot Psychic Metabolism. *Jo.* XXII, 1941

P/LANTON, **SMILETf**

What is theProblem of Stuttenng? /. ***Ab. P.*** **XIII,** 1918

—and Blanton, Margaret Gray: For **Stutteiers.** *Appleton-*

Century, New York, 1936 Analytic Studv of a Cure at Lourdes. O. **IX,** 1940

Capitulo 9

5

6

18

18 18

5 21

5 **16**

13 **18**

12, 13 18

18

17

15

15 23

555

T

(157) (158) (159)

(160)

(161) (162) (163) (164)

(165) (166)

(167) (168)

(169) (170) **(171) (172)**

(173) (174)

(175) (176)

(177) (178) (179) (180)

(181)

556

BBLEULER, EUGEN Alkohol und Neurosen. Y. III, 1911

BLUM, ERNST The Psychology of Study ; and Examinations. *Jo.* VII, 1926

BLUJMGART, LEONARD A Short Communciation con Repression. *R.* IV, 1916

BOEHM, FELIX

Beitraege zur Psychologiee der Homosexualitaet. Z. VI, 1920,

and Z. VIII, 1922

Bemerkungen ueber Trannsvestitismus. Z. IX, 1923 Homosexualitaet und Oeddipuskomplex. Z. XII, 1926 The Femininity

Complex c in Man. *Jo.* XI, 1930 Ueber zwei Typen von maaennlichen Homosexuellen. Z. XIX,

Anthropophagy, Its Formas and Motives. *Jo.* XVI, 1935

BCOISEN, ANTON T. The Form and Content of ! Schizophrcnic Thinking. *Ps.* V, 1942

BOJNAPARTE, MARIE

Ueber die Symbolik der Kvopftrophaeen. ***Ittt.*** XIV, 1928 Die Identifizierung einer TTochter mit ihrer verstorbcncn Mut-

ter. Z. XV, 1929

Eine kleptomane AnwandHlung. Z. XVI, 1930 Der Mensch und sein Zahr.narzt. *Im.* XIX, 1933 Passivity, Masochism and I

Frigidity. *Jo.* XVI, 1935 Time and the Unconsciouas-. *Jo.* XXI, 1940

BQDRNSTEIN, BERTA

Zur Psychogenese der Pseuudodebilitaet. Z. XVI, 1930 Beziehungen zwischen Seexual- und Intellektentwicklung.

Paed. IV, 1930

Phobia in a Two-and-a-haalf-year-old Child. *Q.* IV, 1934 Leugnung durch die Phanntasie. *Paed.* X, 1936

BCORNSTEIN, STEFF

Zum Problem der narzisstidschen Identifizierung. Z. XVI, 1930 Ein Beitrag zur Psychoanahlyse des Paedagogcn. *Paed.* VII,

1933 A Child Analysis. ***Q.*** **IV,, 1935**

Missverstaendnisse der psyychoanalytischen Paedogogik. *Paed.* XI, 1937

BORr-NSZTAJN, MAURICY

Schizophrene Symptome ir.m Lichte der Psychoanalyse. Z. **XII,** 192Õ

Capítulo 16

n, 20

16

16

16

5, 14, 16

16 5

18

5, 20 16 **20**

10, 23 14

9, 10, 23

10 10, 11, 23

9

17 16

23

18

BOSS, M.

(182) Koerperliches Kranksein ais Folge seelischer Gleichgewichts- *Capítulo*

stoerungen. *Hubcr,* Bern, 1940 13

BRAATÕY, TRYGVE

(183) Maenner zwischen 15 und 25 Jahrcn. *Fabntius u. Sonner,*

Oslo, 1934 6

(184) The Prognosis in Schizophrenia, with Remarks Regarding

Diagnosis and Therapy. *Acta Ps. et N.* XI, 1936 18

BRADLEY, CHARLES

(185) Schizophrenia in Childhood. *Macmillan,* New York, 1941 18

(186) —and Bowen, Margaret: Behavior Characteristics of Schizo-

phrenic Children. *Psych. Q.* XV, 1941 18

BREUER, JOSEPH

(187) —and Freud, Sigmund: The Psychic Mechanism of Hysterical

Phcnomena. No. 4 in *S. P. H.* 12

(188) —and Freud, Sigmund: Studies in Hysteria. ***N.M.D.Pubt.Co.,***

New York and Washington, 1936. (First German edition. Deuticke, Leipzig, 1895.) 3, 12, 23

BRIEHL, WALTER

(189) —and Kulka, Ernst: Lactation in a Virgin. *0.* IV, 1935 13

BRIERLEY, MARJORIE

(190) Specific Determinants in Feminine Development. *Jo.* **XVII,**

1936 5

(191) Affects in Theory and Practice. *Jo.* XVIII, 1937 2,19

(192) A Prefatory Note on Internalized Objects and Depression. /o.

XX, 1939 17

BRILL, A. A.

(193) Psychological Factors in Dementia Praecox: An Analysis.

/. *Ab. P.* III, 1908 18

(194) Anal Eroticism and Character. /. *Ab. P.* VII, 1912 14,20

(195) The Only or Favorite Child in Adult Life. *N. Y. S. J. M.,*

August, 1912 5, 20

(196) Hysterical Dreamy States. ***N.* Y. *M. J.* XCV, 1912** 12

(197) Psychoanalysis: Its Theories and Practical Application. *Saun-*

ãers, Philadelphia and London, ist. ed., 1913 G

(198) Artificial Dreams and Lying. /. ***Ab. P.* IX, 1914** 20

(199) Fundamental Conceptions of Psychoanalysis. *Harcourt, Brace,*

New York, 1921 G

(200) The Application of Psychoanalysis to Psychiatry. /. *N. M. D.*

LXVIII, 1928 ' 17, 18

(201) Diagnostic Errors in Neurasthenia. *M. R. R.,* 1930 10

(202) The Sense of Smell in the Neuroses and Psychoses. *Q.* I, 1932 14, 15

557

/20,\ The Schizoid Concept in Neuroses and Psychoses. In *Schizo-**phrenia:*** Assn. Research N. M. D., **Hoeber,** New

York, 1938

(204) The Concept of Psychic Suicide. *Jo.* XX, 1939

BROMBERG, WALTER

(205) -—and Schilder, Paul: **Psychological** Considerations in Alcoholic

Hallucinations. *Jo.* XIV, 1933

/2o6) —and Schilder, Paul: **Death** and Dying. *R.* XX, 1933 *(2oy)* —and Schilder, Paul: Attitude of

Psychoneurolics towards

Death. A'. XXIII, 1936

BROWN, J. F.

(208) The Psychodynamics of Abnormal Behavior. *McGraw-Hill,*

New York, 1940

BRUCH, HILDE

(209) —and Touraine, Grace: Obesity in Childhood. *Pgychosom.*

Med. II, 1940

(210) Obesity in Childhood and Personality Development. *A. J.*



Orthops. **XI,** 1941

(211) **Psychiatric Aspects of** Obesity in Children. *A. J. P.* XCIX, 1943

BRUN, R.

(212) Zur Psychoanalyse des Stotterns. Z. IX, 1922

BRUNNER, M.

(213) Beemflussung des Stotterns. *Paed.* X, 1936

BRYAN, DOUGLASS

(214) A Note on the Tongue. *Jo.* III, 1922

(215) Speech and Castration: Two Unusual Analytic Hours. *Jo.* VI, 1925

(216) Bisexuality. *Jo.* XI, 1930

BULLARD, DEXTER M.

(217) The Application of Psychoanalytic Psychiatry to the Psychoses. *R.* XXVI, 1939

(218) Experiences in the Psychoanalytic Treatment of Psychotics. *Q.* IX, 1940

(219) The Organization of Psychoanalytic Procedure in the Hospital. /. *N. M. D.* XCI, 1940

BUNKER, HENRY **ÂLLEN**

(220) The Voice as (Female) Phallus. *Q.* III, 1934

BURLINGHAM, DOROTHY

(221) Child Analysis and the Mother. *0.* IV, 1935

558

Capítulo

18

17. 18

16 II, 17

II, 17

!3 13

15

15

14, !5 5, 16

18

16, 18, 23

16

(222) (223)

(224) (225)

(226) (227)

(228) (229)

(230)

(23O (232)

(233) (234)

(235) (236)

(237)

(238) (239)

(240)

(24l)

Phantasie und Wirklichkeit in einer Kinderanalyse. Z. XXIV,

1939 Psychic Problcms of the Blind. *A. Im.* II, 1941

BURROW, TRIGANT

The Group Method of Psychoanalysis. 7^. XIV, 1927 The Structure of Insanity. *Paul, Trench and* ***Trubner,*** London,

1932

BUXBAUM, EDITH

Angstaeusserungen von Schulmaedchen im Pubertaetsalter.

Paed. VII, 1933 Exhibitionistic Onanism in a Ten-year-old Boy. *Q.* IV, 1935

BYCHOWSKI, GUSTAV

Psychoanalytisches aus der psychiatrischen Abteilung. Z. XI,

1921 Zur Psychopathologie der Brandstiftung. *Schw. A. N. P,* V,



1922

A Case of Oral Delusions of Persecution. *Jo.* XI, 1930 Psychoanalyse im hypoglykaemischen Zustand. Z. XXIII,

1937 One Relation between the Ego and the Superego. *R.* XXX,

'943

Disorders in the Body Image in the Clinicai Picturcs of Psychoses. /. *N. M. D.* XCVII, 1943

Physiology of Schizophrenic Thinking. /. *N. M. D.* XCVI1I, 1943

CAMERON, NORMAN

Schizophrenic Thinking in a Problem-Solving Situation.

/. *M. S.* LXXXV, 1939 Deterioration and Regression in Schizophrenic Thinking.

/. *Ab. P.* XXXIV, 1939

CAMERON, WILLIAM M.

The Treatment of Children in Psychiatric Clinics with Particular Reference to the Use of Play Techniques. *Menn. Buli.*

IV, 1940

CAMPBELL, C. MACFIE

The Form and Contcnt of the Psychoses; the Role of Psychoanalysis in Psychiatry. *Corncll Univ. Med. Buli.* V, 1915

Clinicai Studies in Schi/ophrcnia: A Follow-up Study of a Small Group of Cases of Deterioration with Few Spccial

Trends (Schizophrenic Surrender). *A. J. P.* XCIX, 1943

CANNON, WALTER B.

Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage. *Applcton,*

New York, 1929 The Wisdom of the Body. *Norton,* New York, 1932

Capítulo 23

23 23

6 **12**

18

16 18

23

18 18

18

18

18

18

13 **2**

559

(242) The Role of Emotion in Disease. *Ann. Int.* ***Med.,*** **1936**

CANTOR, NATHANIEL

(243) What is a Normal Mind? *A.* /. *Orthops.* XI, 1941

CARMICHAEL, IIUGÍI T.

(244) A **Psychoanalytic Study** of a Case of Eunuchoidism. *0.* X, I941

CARP, E. A. D. E.

(245) Die Rolle der praegenitalen Libidofixierung in der Perversion. Z. X, 1924

CARVER, ALFRED

(246) Notes on the Analysis of a Case of Melancholia. /. *N. Ps.* I, 1921

CASSITY, J. H.

(247) Psychologica! Considerations of Pedophilia. *R.* XIV, 1926

CHADWICK, MARY

(248) A Case of **Cleptomania** in a Girl of Ten Years. /o. VI, 1925

(249) Ueber die Wurzeln der Wissbegierde. Z. **XI,** 1925 5,

(250) The Psychological Problem of the Foster Child. *Child,* May, 1925

(251) Notes upon the Acquisition of Knowledge. *R.* XIII, 1926

(252) Die Unterscheidung zwischen Ton und Sprache in der fruehcn Kindheit. *Paed.* II, 1928

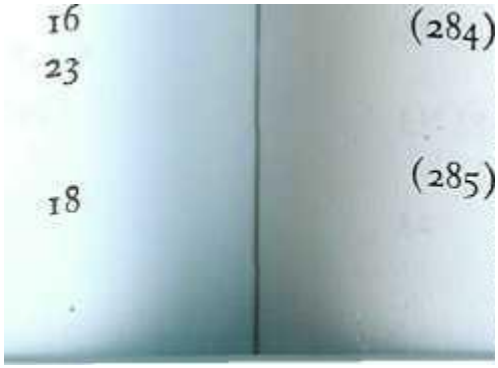
(253) Difficulties in Child Development. *Allen and Unwin,* London, 1928

(254) Notes upon the Fear of Death. *Jo.* X, 1929

(255) The Psychological Effects of Menstruation. *N. M. D. Pub. Co.,* New York and Washington, 1932

(256) Adolescent Girlhood. *Allen and Unwin,* London,-1932

(257) Women's Periodicity. *Noel Douglass,* London, 1933



CHASE, LOUIS S.

(258) —and Silverman, S.: Prognostic Criteria in Schizophrenia.

A. /. P., 1941

(259) —and Silverman, Samuel: Prognosis in Schizophrenia.

/. *N. M. D.* XCVIII, 1943

CHASSELL, JOSEPH

(260) Family Constellation in the Etiology of Essential Alcoholism.

Ps. I, 1938

(261) Psychoanalytic Therapy in a Mental Hospital. *Ps.* III, 1940

CHIJS, A. VAN DER

(262) Ueber Halluzinationen und Psychoanalyse. Z. V, 1919

560

Capítulo

23

16

1

6

1

í

0, 15, o

5

2

»

0

1**5**5

.

4

1

.

5

2

3

1

1

6

1

,

3

6

17, 21

(263)

(264) (265)

(266)

(267) (268)

(269) (270)

(7O (272)

(273) (274)

(275) (2/6)

(277) (278)

(279)

(280) (28l)

(282) (283)

CHRISTOFFEL, H.

Harntriebaeusserungen, insbcsondere Enuresis, Urophilie und

Uropolemie. Z. XXI, 1935

Exhibitionism and Exhibitionists. *Jo.* XVII, 1936 Bemerkungen ueber zweierlei Mcchanismen der Identifizierung.

Im. **XXIII,** 1937

CLARDY, E. R.

—and Goldensohn, L. N.: Schizophrenic-like Reactions in Chil-dren. *Psych. Q.* XV, 1941

CLARK, L. PIERCE

The Nature and Pathogenesis of Epilepsy. *N. Y. M. }.,* 1914 Some Observations upon the Aetiology of Mental Torticollis.

M. R., February, 1914 A Personaftty Study of the Epileptic Constitution. *A. J. M. S.*

XLVIII, 1914 A Further Study upon MentaLTorticollis as a Psychoneurosis.

M. R., March, 1914

Clinicai Studies in Epilepsy. *P. B.* IX, 1916 A Further Study of Mental Content in Epilepsy. *P. B.,* Octo-

ber, 1917

A Psychological Study of Some Alcoholics. *R.* VI, 1919 Practical Remarks upon the Use of Modified Psychoanalysis in

the Borderline Neuroses and Psychoses. *R.* VI, 1919 The Psychological Treatment of Retardcd Depressions. *A. J. I.*

XLV, 1919 A Clinicai Study of Some Mental Contents in Epileptic Attacks.

R. VII, 1920 A Study of Unconscious Motivations in Suicides. jV. *Y. M. J.,*

September, 1922 The Fantasy Method of Analyzing Narcissistic Neuroses, *R.*

XIII, 1925

The Question of Prognosis in Narcissistic Neuroses and Psychoses. *Jo.* XIV, 1933

What is the Psychology of Organic Epilepsy? *R.* XX, 1933 What is the Psychology of Little's Disease? *R.* XXI, 1934

COHN, FRANZ

Analyse eines Falles von Strassenangst. Z. XIV, 1928 Practical Approach to the Problem of Narcissistic Neuroses. *Q.* IX, 1940

CONNELL, E. H.

The Significance of the Idea of Death in the Neurotic Mind. *M.* IV, 1924

CONRAD, AGNES

Analysis of a Case of Chronic Invalidism vvith Hysterical Mecha-nism Complicating Organic Disease. *R.* XXII, 1935

Cap!ul°

12

16

16 18

13

13 13

13 13

13

16

18

11,

17 18

18 13 13

II

18

■7

5P61

COOK, S. **W.**

(286) A Survey of the Mcthods Uscd to Produce Experimental Neu-

roses. ***A. J. P.*** **XCV, 1939**

CORIAT, ISADOR H.

(287) Some Statistical Results of the **Psychoanalytic** Treatment of the

Psychoneuroses. *R.* IV, 1917

(288) The Treatment of **Dementia Praecox** by Psychoanalysis.

/. *Ab. P.* XII, 1917

(289) **Suggestion as a Form of Medicai** Magic. /. *Ab. P.* XVIII, 1923

(290) The Character Traits of Urethral Eroticism. *R.* XI, 1924

(291) The Oral-Erotic Components of Stammering. *Jo.* VIII, 1927

(292) Stammering. *N. M. D. Fub. Co.,* New York and Washington,

1928

(293) The Oral Libido in Language Formation. *Jo.* X, 1929

(294) A Psychoanalytic Theory of Hallucinations. *R.* XXI, 1934

(295) The Structure of the Ego. *0.* IX, 1940

(296) A Note on the Medusa Symbolism. *A. Im.* II, 1941

CRANK, HARLAN

(297) The Use of Psychoanalytic Principies in Outpatient Psychotherapy. ***Menn. Buli.*** IV, 1940

CRONIN, **HERBERT J.**

(298) An **Analysis** of the Neuroses **of Fdentical** Twins. *R.* XX, 1933

CROWLEY, **RALPH** M.

(299) Psychoanalytic Literature on Drug Addiction and Alcoholism. *R.* XXVI, 1939

CRUTCHER, ROBERTA

(300) Child Psychiatry. **Pi.** VI, 1943

DANIELS, G. E.

(301) Turning Points in the Analysis of a Case of Alcoholism. *Q.* IL !933

(302) Neuroses Associated with the Gastrointestinal Tract. *A. J. P.* XCI, 1934

(303) Analysis **of** a Case of Neurosis with Diabetes **Mellitus.** *Q.* V, 1936

(304) Present **Trends** in the **Evaluation** of **Psychic** Factors in Diabetes Mellitus. ***Psychosom. Med.*** **I, 1.939**

(305) Treatment **of a** Case of **Ulcerative** Colitis Associated with **Hysterical Depression.** *Psychosom. Med.* II, 1940

(306) **Psychiatric Aspects of** Ulcerative Colitis. ***New*** *Engl. J. M* CCXXVI, 1942

DA VIS, KINGSLEY

(307) Mental Hygiene *mâ* **the** Class Structure. *Ps.* I, 1938

23

18

23 **20**

15

15

4 **10, 15**

16 23

16

13

13 13

13 13

23

(310)

(307a) Intrapsychic Factors in the Choice of a Sexual Object. *Q.* XII, 1943

DERI, FRANCÊS

(308) On Sublimation. *Q.* VIII, 1939

(309) On Neurotic Disturbances of Sleep. *Jo.* XXIII, 1942

DESPERT, J. LOUISE

Thinking and Motility Disorder in a Schizophrcnic Child. *Psych. Q.* XV, 1941

DEUTSCH, FELIX

Psychoanalyse und Organkrankheiten. Z. VIII, 1922

—und Kauf, E.: Ueber die Ursaçhen der Krieslaufstoerungen

bei den Herzneurosen. Z. *ges. exp. M.* XXXIV, 1923 Zur Bildung des Konversionssymptoms. Z. X, 1924 Der

gesunde und der kranke Koerper in psychoanalytischer

Betrachtung. Z. XII, 1926 Studies in Pathogenesis: Biological and Psychological Aspects.

Q- II» 1933

The Choice of Organ in Organ Neurosis. *Jo.* X, 1939 The Production of Somatic Disease by Emotional Disturbance.

Williams and Wil\ins, Baltimore, 1939 Review of French-Alexander: Psychogcnic Factors in Bronchial

Asthma. *Q.* XII, 1943

(33) (314)

(316)

(319)

(320)

(32a) (323)

(325) (326)

(327)

(328) (329) (330)

Capitulo 16

9 **10**

18

13

13 **12, 13**

13

'3 **12, 13**

13

13

(332) (333)

DEUTSCH, HELENE

Zur Psychologie d^s Misstraucns. ***Im.*** VII, 1920

Ueber die pathologische Luege (Pseudologia phantastica). Z.

VIII, 1922

Zur Psychogenese eines Tic-Falles. Z. XI, 1925 Zur Psychologie der weiblichen Sexualfunktionen. *Int. Ps-a.*

V., Wien, 1925 10,

A Contribution to the Psychology of Sport. *Jo.* **VII,** 1926 Ueber Zufriedenheit, Glueck und Ekstase. Z. XIII, 1927 The Génesis of

Agoraphobia. *Jo.* X, 1929 The Significance of Masochism in the Mental Life of Women.

Jo. XI, 1930 Psychoanalysis of the Neuroses. *Hogarth Press and* ***Inst.*** *of*

Ps-a., London, 1933 u, !7>

On Femalc Homosexuality. *Q".* I, 1932 Homosexuality in Women. *Jo.* XIV, 1933 Zur Psychologie der manisch-depressiven

Zustaendc, insbeson-

dere der chronischen Hypomame. Z. XIX, 1933 Ueber **einen** Typus der Pseudo-Afiektivitaet ("ais ob"). Z.

XX, 1934

Absence of **Grief.** ***Q.*** **VI,** 1937 Some Forms of Emotional Disturbance and Their Relationship

to Schizophrenia. *Q.* XI, 1942

2

0

1

5

1 *l*

3. *7*

2

0

1

8

I

1

I, 7

1

6

2

2

0, 1

1

6

1

6

18, 20

9> '7

18, 20

563

(337)

DEXTF.R, LEWIS A.

(234) A Note **on** the **Unification of Sociology** and Physiology. *Ps.* "Ol VI, 1943

DOLLARD, JOHN

(335) —anc' **otriers: Frustration** and Aggression. *Yalc Univ. Press,* New Havcn, 1939

DOOLEY, LUCILLE

Psychoanalytic Study of Manic-Depressive Psychoses. *R.* VIII, 1921

he Reíat'on °f Humor to Masochism. i?. XXVIII, 1941 Concept of Time in Defense of Ego Integrity. *Ps.* IV, 1941

DREYFUSS, KARL

(339) Ueber die Bedeutung des psychischen Traumas in der Epilepsie.

Z. XXII, 1936

(340) Zur Theorie der traumatischen Neurose. Z. XXVI, 1941

DRUECK, CHARLES J.

(341) Essential Pruritus **Perinei.** /. *N. M. D.* XCVII, 1943

BUNBAR, FLANDERS

(342) Emotions and Bodily Changes. *Columbia Univ. Press,* New

York, 1938

(343) Psychòsomatic Diagnosis. *Hoeber,* New York, 1944

DUNN, WILLIAM H.

(344) Emotional Factors in Neurocirculatory Asthenia. *Psychosom.*

Med. IV, 1942

EDDISON, H. W.

(345) The Love Object in Mania. *Jo.* XV, 1934

EDER, M. D.

(346) Das Stottern, eine Psychoneurose, und seine Behandlung durch

Psychoanalyse. Z. I, 1913

(347) War **Shock:** The Psychoneuroses in War. *Heinemann,* Lon-

don, **1917.** (34°) On the Economics and the Future of the Superego. *Jo.* X, 1929

EIDF.LBERG, LUDWIG

(349) Zur **Metapsychologie** des Masochismus. Z. XIX, 1933

(35°) Zur Theorie und Klinik der **Perversion.** Z. XIX, 1933

(351) Beitraege zum **Studium** des Masochismus. Z. XX, 1934

(352) Zur Génese der Platzangst und des Schreibkrampfes. *Z.* XXII,

(353)

93 Pseudo-Identification. *Jo.* XIX, 1938

Capitulo

r3s 23

17

16

11, 14

13

7

13 13

13

17

16

16 16

10 20

EISENBUD, JULE

(354) Effect of Repression on the Somatic Expression of Emotion.

Psychosom. Med. I, 1939

KISENDORFER, **ARNOLD**

(355) The Clinicai Significance of the Single-Parent Relationship in

Womcn. *Q.* XII, 1943

EISLER, MICHAEL JOSEPH

(356) Ein Fali von krankhafter Schamsucht. Z. V, 1919

(357) Ueber autoerotische Mitbewegungen bei der Onanie. Z. VI, 1920

(358) Pleasure in Sleep and Disturbed Capacity for Sleep. *Jo.* III, 1922

(359) Uterine Phenomena in Hysteria. *Jo.* IV, 1923

EISSLER, KURT

(360) On Certain Problems of Female Sexual Development. *Q.* VIII, 1939

(361) Some **Psychiatric** Aspects of Anorexia Nervosa. *R.* XXX, 1943

(362) Schizophrenia: Structural Analysis and Metrazol Treatment. *Ps.* VI, 1943

(363) Limitations to the Psycholherapy of Schizophremcs. *Ps.* VI, 1943

EITINGON, MAX

(364) Ueber das Unbewusste bei Jung und seine Wendung ins Ethische. Z. II, 1914

EKMAN, TORE

(365) Phaenomenologisches und Psychoanalytisches zum Problem des Mitleids. Z. XXVI, 1941

ELIASBERG, W.

(366) Remarks on the Psychopathology of Pornography. /. *Crim. Psych.* **III,** 1942

ELMORE, ELLIANE

(367) Mrs. Miller: A Study of Psychic **Blindness. *R.* XXIII,** 1936

EMERSON, L. E.

(368) The Psychoanalytic Treatment of Hystcro-Epilepsy. /. *Ab. P.*

X, 1915

(369) Some Psychoanalytic Studies of Character. /. *Ab. P.* XI, 1916

ENGLISH, O. SPURGEON

(370) —and Pearson, Gerald H. J.: Common Neuroses of Children

and Adults. *Norton,* New York-, 1937

Capítulo

9

5, 20

1

I

0,

I



1

1

2,

5

14,

1

2

0,

0

1

1

0,

3

5 10, 13

18, 23 18

564

20

16

12

13

20

23 565

(272)

(374)

(375) (376)

(377) (378)

(379) (380)

(381)

(382) (383)

(384) (385)

(386)

(3«7)

(3«8)

(389) (39°) (390 (392)

Sfifi

ERICKSON, MILTON H.

A Study of an Experimental Neurosis Hypnotically Induced in a

Case of Ejaculado Praecox. *M.* XV, 1935 Development of Apparent Unconsciousness during Hypnottc

Re-Living of a Traumatic Experience. *Arch. N. Ps.*

XXXVIII, 1937 —and Kubic, Lawrence: The Use of Automatic Drawing in the

Interpretation and Relief of a State of Acute Obsessional Depres-

sion. *Q.* **VII,** 1938 ' —and Kubie, L.: The Permanent Relief of an Obsessional

Phobia by Means of Communications with an Unsuspected

Dual Personality. *Q.* VIII, 1939

The Applications of Hypnosis to Psychiatry. *M. R.* XC, 1939 —and Kubie, L.: The Translation of the Cryptic

Automatic

Writing of One Hypnotic Subject by Another in a Trance-like

Dissociated State. *Q.* IX, 1940 —and Kubie, L.: The Successful Treatment of a Case of Acute

Hysterical Depression by a Return under Hypnosis to a Criticai Phase of Childhood. *Q.* X, 1941 Hypnosis: A

General Review. *Dis. Nerv. S.* II, 1941

ERICKSON-HOMBURGER, ERIK

Configuration in Play. 0. VI, 1937

Observations on the Yurok: Childhood and World Image. *Univ. of Calij. Press,* Berkeley and Los Angeles, 1943

EVANS, E.

—and Jelliffe, S. E.: Psoriasis as a Hysterical Conversion Sym-bolization. *N. Y. M.* /. **CIV, 1916**

FARROW, A. PICKWORTH

A Method of Self-Analysis. M. V, 1925

A Practical Method of Self-Analysis. *Allen and Unwtn,* Lon-don,1942

FAULKNER, WILLIAM B.

Esophagal Spasm. /. *N. M. D.* XCIII, 1941 FEDERN, PAUL

Beitraege zur Analyse des Sadismus und Masochismus. Z. I,

1913, and Z. II, 1914

Die Geschichte einer Melancholie. Z. IX, 1923 Some Variations in Ego-Feeling. *Jo.* VII, 1926 —and Meng,

Heinrich: Das psychoanalytische Volksbuch.

Hippo\rates ***Verlag,*** Stuttgart, 1926 Narcissism in the Structure of the Ego. /o. IX, 1928 An Everyday Compulsion.

/o. X, 1929

Das Ich ais Subjekt und Objekt im Narzissmus. Z. XV, 1929 The Neurasthenic Core in Hysteria. *M. R. R.,* 1930

Capítulo 23

23

23

23

23

23

23

23

23 23 10

16

17 12, 18

G 18

9, 14

18

(393) Psychoanalytische Auflassung der intellektuellen Hemmung. *Paed.* IV, 1930

(394) The Analysis of Psychotics. *Jo.* XV, 1934

(395) Zur Unterscheidung dcs gcsunden und krankhaften Narzissmus. *Im.* XXII

(396) The Detcrmination of Hysteria *versus* Obsessional Neurosis. *R.* XXVII, 1940

(397) Psychoanalysis of Psychoses, I—**III.** *Psych. Q.* XVII, 1943

FEIGENBAUM, DORIAN

(398) A Case of Hysterical Depression. *R.* XIII, 1926

(399) Analysis of a Case of Paranóia Persecutória, Structure and Cure. *R.* XVII, 1930

(400) Note on the Theory of Libidinal Types. *Q.* I, 1932

(401) On Projection. *Q.* V, 1936

(402) Depersonalization as a Defense Mechanism. *Q.* VI, 1937

FELDMANN, SANDOR

(403) Ueber Krankheitsanlaesse bei Psychosen. Z. VII, 1921

(404) Puerperal Neuroses. *Jo.* IV, 1922

(405) On **Blushing.** 0. XV, 1941

(406) On the Fear of Being Buried Alive. *Psych. 0.* XVI, 1942

FENICHEL, OTTO

(407) Introjektion und Kastrationskomplcx. Z. XI, 1925

(408) Die Idcntifizierung. Z. XII, 1926

(409) Zur oekonomischen Funktion der Deckerinnerungen. Z. XIII, 1927

(410) Ueber organlibidinoese Begleiterscheinungen der Triebabwehr.

Z. XIV, 1928 " 5, 9,

i3>

(411) Zur Isolierung. Z. XIV, 1928

(412) The Clinicai Aspect of the Need for Punishment. *Jo.* IX, 1928

(413) The Inner Injunction to Make a Mental Note. *Jo.* X, 1929

(414) The Dread of Being Eaten. *Jo.* X, 1929

(415) Eine Traumanalyse. Z. XV, 1929

(416) The Psychology of Transvestitism. *Jo.* XI, 1930

(417) Die therapeutischen Rcsultatc. In: 10 Jahre Berliner Psycho-

analytisches Institut, *Int. Ps-a. V.,* Wicn, 1930

(418) Specific Fornis of the Ocdipus Complex. *Jo.* XII, 1931

(419) The Prcgcnital Anteccdcnts of the Oedipus Complex. *Jo.* XII,

1931

(420) Ueber respiratorische Introjektion. Z. XVII, 1931

(421) Weiteres zur praeoedipalen Phase der Maedchen. Z. XX, 1934 5,

(422) Zur Psychologie der Langeweile. *Im.* XX, 1934

Capítulo

10, 23

18

18

14 18

12, 17

1

8

2

0

9

1

,

8

9

1

,

8

1

8

1

8

1

2

0,

0

11,

1

1

1

2

4

1

,6, 2,

J

1

3>

7

9, 16, 20

1

I

0

I,

, 12,

i 1

4 5. 18

>

9

, 14

16,

20

9

, 20

5

» n

1

6

1

6

2

3

5 1

> 2, 20

5

4 5

> ,

*3,

15,

16

I

1

O

3, 20

,

2

1

, 0, 23

567



(423) Ueber Angstabwehr, insbesondere durch Libidinisierung. Z.

XX, 1934 4

(424) Outline of Clinicai Psychoanalysis. *Norton,* New York, 1934

(425) Zur Kritik des Todestricbes. *Im.* XXI, 1935

(426) Beitrag zur Psychologie der Eifersucht. *Im.* XXI, 1935

(427) Ueber Erziehungsmittel. *Paed.* IX, 1935

(428) Die symbolische Gleichung Maedchen-Phallus. Z. XXII, 1936

(429) **Fruehe** Entwicklungsstadien des Ichs. *Im.* XXIII, 1937

(430) The **Scoptophilic Instinct** and Identification. *Jo.* XVIII, 1937

(431) Der Begriff "Trauma" in der heutigen psychoanalytischen Neurosenlehre. Z. XXIII, 1937 4, 7

(432) On the Theory of the Therapeutic Results of Psychoanalysis. *Jo.* XVIII, 1937

(433) Ego Disturbances and Their Treatment. *Jo.* XIX, 1938

(434) The Drive to Amass Wealth. *Q.* VII, 1938

(435) The Counter-Phobic Attitude. *jo.* XX, 1939

(436) Ueber Trophae und Triumph. Z. XXIV, 1939

C"pítulo

IO,

4

>

i8,

5

2

0

4

2

. i6, 3

2

0

1

2

0

5,

4

8

, 5, ,

1

1

1.

2,

3. 20

J, 21, 22

(437)

(438)

(439) (44°) (44O (442) (442a)

(443)

(444)

(445) (446)

Zur Oekonomik der Pseudologia Phantastica. Z. XXIV, 1939 Problems of Psychoanalytic Technique. *Ps-a. 0. Inc.,*

Al-

b N Y

(447)

(448)

(449) (45°) (450

(452)

(453)

568-

bany, N. Y., 1939 3, 8,

Psychoanalysis of Anti-Scmitism. *A. Im.* I, 1940 The Ego and the Afiects. *R.* XXVIII, 1941 On Neurotic

Disturbances of Slecp. *Jo.* XXIII, 1942 The Misapprchended Oracle. *A. Im.* III, 1942

Notes on a Case of Characteranalysis. *Buli. Forest San.* I, 1943 The Psychopathology of Coughing. *Psychosom.*

Med. V,

1943

Remarks on the Common Phobias. *Q.* XIII, 1944 Neurotic Acting Out. *R.* XXXII, 1945 On Stage Acting. (To be

published in *A. Im.)*

FERENCZI, SANDOR

Actual- and Psychoneuroses in the Light of Freud's Investiga-

tions and Psychoanalysis. F. *C.* Analytical Interpretations and Treatment of Psychosexual Im-

potence in Men. *Con.* **Introjection** and **Xransference.** *Con.* Alkohol und Neurosen. *Y.* III, 1911 Obscene Words.

Con. On the Part Played by Homosexuality in the Pathogenesis of

Paranóia. *Con.* Suggestion and Psychoanalysis. *F. C.*

2

3

6

2

2

0,

3

, 8,

2

2

0,

3

4

9

1

0,

>

,

1

M **2**

1,

0

.

4

1

1

2,

,

6,

1

2

0

7,

9 ,

1

2

0

14, 6,

> ,

2

2

0,

9 16,

3

2

0

2

■

8

1

.

4, , 9

1

0

9

J

2

0

,

4>

5

2

0

1

3

5

n

1

,

,

4

1

2

2

2

0,

1,

6,

3

"

2

j

1

0

5.

10

10 20, 23

4, r4> '5

T6

18 23

I

(454) (455) (456)

(457) (458)

(459) (460) (461) (462)

(463)

(464)

'(465)

(466)

(467) (468)

(469) **(47°)**

(470 (472) (473) (474) (475) (476) (477)

(478) (479) (480) (481) (482) (483) (484) (485) (486)

(487)

(488)

(49°) (49O

(492) (493) (494)

(495) (496) (497)

F.C.

F.C.

Zur Begriffsbestimmung der Introjektion. *C.* II, 1912

On Onanism. *Con.*

The Psychoanalysis of Suggestion and Hypnosis. Transactions

of the Psycho-Medical Society, vol. **III,** London, 1912. Stages in the Development of the Scnse of Reality. *Con.*

4,

The Grandfather Complex. *F. C.* A Little Chanticleer. *Con.* The Ontogenesis of Symbols. *Con.* Belief, Disbelief

and Conviction. *F. C.* Zaehmung eines wilden Pferdes. *C.* III, 1913 Flatus as an Adult Prerogative. *F. C.*

Some Clinicai Observations on Paranóia and Paraphrenia. *Con.* On the Nosology of Male Homosexuality. *Con.* The

Origin of the Interest in Money. *Con.* Rubbing the Eyes as a Substitute for Onanism. Obsessional Neurosis and Piety. *F. C.*

Falling Asleep during the Analysis. *F. C.* On Embarrassed Hands. *F. C.* Psychogenic Anomalies of Voice Production. On

Supposed Mistakes. *F. C.* Talkativeness. *F. C.* On Two Types of War Neuroses. F. *C.* **Composite** Formations of Erotic

and **Character** Traits. F. ***C.*** **Variations** of the Shoe as Vagina Symbol. F. *C.* Pollution without **Dream** Orgasm and Dream

Orgasm without

Pollution. *F. C.*

Disease—or Pathoncuroses. *F. C.* The Compulsion to Symmetrical Touching. F. *C.*

Pecunia Olet. *F. C.*

Technical DifEculties in an Analysis ot Hysteria. *F. C.*

Thinking and Muscle Innervation. F. *C.*

Nakedness as a Means of Inspiring Terror. *F. C.*

Sunday Neuroses. *F. C.*

Disgust for Breakfast. *F. C.*

The Phenomena of Hysterical Materialization. F. C.

An Attempted Explanation of Some Hysterical Stigmata. *F. C.*

The Psychoanalysis of a Case of Hysterical Hypochondria. *F.C.*

Psychoanalysis and Criminology. *F. C.*

Furthcr Development of Active Technique. F. *C.*

Psychoanalytical Observations on Tic. *F. C.*

Discussion on Tic. *Jo.* **II,** 1921

—and Hollos, Istvan: Psychoanalysis and the **Psychic Disorder** of General Paresis. *N. M. D. Pub. Co.,* New York,

1925

The Psyche as an Inhibiting Organ. F. *C.*

Social Considerations in Some Analyses. *F. C.*

Thalassa. *Ps-a. Q. Inc.,* New York, 1938

H

C

apítulo

9

2

0

>

5

1

2

X5< 3

1

8

5

2

0

4

,

2

10,

0

2

3

5

1

>

5



18

1

6

T

4

1

1

4.

5

1

4

1

0

Q

O

1

2

2

0

1

2

5,

0

7

16

1

6

1

0

1

1

3.

9

1

4

T

,1

1

T

1

2

4

1

=

2

,

5

16

.

!5:

H

,

i

20

M

1

2

1

2

1

3

2

0

1

6

1

,

5

18

1

5

'

3

2

5

,

23

4

, 5

569

(498) The Sons of the Tailor. F. *C.*

(499) Materíalization in **Globus Hystericus.** *F. C.* (rOo) The Symbolism of the Medusa's Head. *F. C.*

(501) Stage-Fright and Narcissistic Self-Observation. *F. C.*

(502) An "Anal Hollow Penis" in Woman. *F. C.*

(503) Washing Compulsion and Masturbation. *F. C. (COA)* —and Rank, Otto: The Development of

Psychoanalysis.

N. M. D. Pub. Co., New York and Washington, 1925 . (505) Psychoanalysis of Sexual Habits. *F. C.* (<o6)

Contraindications to the Active Psychoanalytical Technique.

F.C.

(507) The Problem of the Acceptance of Unpleasant Ideas. *F. C.*

(508) Gulliver Phantasies. *Jo.* IX, 1928

(509) Aus der Kindheit eines Proletariermaedchens. *Paed.* III, 1929

(510) The Principie of Relaxation and Neocatharsis. *Jo.* XI, 1930

(511) Child Analysis in the Analysis of Adults. *Jo.* XII, 1931

(512) Sprachverwirrung zwischen dem Erwachsenen und dem Kind.

Z. XIX, 1933

(513) Gedanken ueber das Trauma. *Z.* XX, 1934

FESSLER, LADISLAUS

(514) Psychogene Potcnzstoerungen nach urologischen Operationen.

Z. XVII, 1931

FINESINGER, JACOB E.

(515) Effect of Pleasant and Unpleasant Ideas on Respiration in Psy-

choneurotic Patients. ***Arch.*** *N. Ps.* XLII, 1939

FISCHER, EDMUND

(516) Geschlecht und Uebertragung. *Paed.* III, 1929

FLETCHER, JOHN M.

(517) Homeostasis as an Explanatory Principie in Psychology.

Psychol. Rev. XLIX, 1942

FLIESS, ROBERT

(518) The Metapsychology of the Analyst. *Q.* XI, 1942

FLUEGEL, J. C. (5T9) A Case of AíTective Inhibition of an Intellectual Process. *Jo.*

IV, I923

(520) A Note on the Phallic Significance of the Tongue and of Speech.

Jo. VI, 1925

, (521) The Psychology of Clothes. *Hogarth Press,* London, 1930 (522) Stage Fright and Anal Erotism. *M.*

XVII, 1938

570

11,

5, 6,

C"pítul0

(523)

20

12

10. ,j

15, 16

(524;

5

M

(525)

23

12, 13

(526)

16

(527)

9; 19

20

17

(528)

23

(529)

23

(530)

23

(530

21

(532)

(533)



(534)

7

(535)

20

10

n

4, 10 II, 14, 20

(536)

(537)

(538) (539)

(540) (541)

(542) (543) (544) (545)

The Examination as Initiation Rite and Anxiety Situation. *Jo.*

XX, 1939

FOXE, ARTHUR N.

Omnipotence as a Defense. *R.* XXV, 1938

FRANKE, VIKTOR EMIL

Zur mimischen Bejahung und Verneinung. Z. X, 1924 FRENCH, THOMAS M.

Psychogenic Material Related to the Function of the Semi-

Circular Canais. *Jo.* X, 1929 A Clinicai Study of Learning in the Course of a Psychoanalytic

Treatment. *Q.* V, 1936 Reality and the Unconscious. *Q.* VI, 1937 Reality-Testing in Dreams. *Q.* VI, 1937 Defense

and Synthesis in the Function of the Ego. *Q.* VII,

1938

Psychogenic Factors in Asthma. *A. /. P.* XCVI, 1939 Physiology of Bchavior and Choice of Neurosis. *0.* X, 1941 —

and Kasanin, J.: A Psychodynamic Study of the **Recovery** of

Two Schizophrenic Cases. *Q.* X, 1941 Goal, Mcchanism and Integrative Field. *Psychosom. Med.*

III, 1941

—and Alexander, Franz: Psychogenic Factors in Bronchial Asthma. *Psychosom. Med. Monogr.* II, 1 and 2, and IV,

1941 Some Psychoanalytic Applications of the Psychological Field

Concept. *Q.* XI, 1942

FREUD, ANNA The Relations of Beating Fantasies to a Daydream. *Jo.* IV,

Capítulo 11, 16

Zur Theorie der Kinderanalyse. Z. XIV, 1928

Introduction to the Technique of Child Analysis. *N. M. D.*

Pub. Co., New York, 1928 Introduction to Psychoanalysis for Teachers and Parents.

Emerson Boo\s, New York, 1935 The Ego and the Mechanisms of Defense. *Hogarth Press,*

London, 1937

FREUD, SIGMUND

The Defense Neuropsychoses. *S. P. H.*

Case Histories. From "Studien ueber Hysterie," *S. P. H.*

The Psychothcrapy of Hysteria. *S. P. H.*

On the Right to Separate from Neurasthenia a **Definite**

Symptom Complex as "Anxiety Neurosis." *S. P. H.* and

C.P.l

11, 15

4, 20 20 20

4

i3' X5 13

18

20

13. 15

20

12 23

23 G

4, 6, 8, 9, 11, 15, 16, 20, 23

3. I2> 23 3- 12

9, TO, 13

571

(546)

(547) (548) (549) (55°))

5 (552)

(553)

(554) (555)

(556)

(557) (558)

(559) (56o)

(562) (563) (564) (565) (566)

Obsessions and Phobias: Their Psychical Mechanisms and their

Aetiology. *C. P.* I

A **Reply** to **Criticism** on the Anxiety Neurosis. *C. P.* I Further **Observations** on the Defense-Neuropsychoses. *C.*

P. I Heredity and the Aetiology of the Neuroses. *C. P.* I The Aetiology of Hysteria. *C. P.* I Sexuality in the Aetiology of the

Neuroses. ***C. P.*** **I** Thc **Interpretation** of Dreams. *Macmillan,* New York,

CaPttul

0

'9

9. io

5, 12

14, 16

ia

10

On the Psychopathology of Everyday Life. *Macmillan,*

New York, 1914

On Psychotherapy. *C. P.* I.

Three Contributions to the Theory of Sex. *N. M. D. Pub. Co.,* New York and Washington, 1910

5. 6, 9, 10, 12, 14, 15, 18, 20, 23

9> 15.

10, 11, 16. 20 20, 23

2, 5, 6, 8, 9,

13. 14.

Wit and Its Relation to the Unconscious. *Moffaí, Yard,*

New York, 1916

Fragment of an Analysis of a Case of Hysteria. *C. P.* III My Views on thc Part Played by Sexuality in the Aetiology

of

the Neuroses. *C. P.* I Delusion and Drcam in Jcnsen's "Gradiva." *Moffaí, Yard,*

New York, 1917

Obsessive Acts and Religious Practices. *C. P.* II Civilized Sexual Morality and Modern Nervousness. *C. P.*

II

Hysterical Fancies and Their Relation to Bisexuality. *C. P.* II Character and Anal Erotism. *C. P.* II The Relation of

the Poet to Daydreaming. *C. P.* IV General Remarks on Hysterical Attacks. *C. P.* II Analysis of a Phobia in a Five-year-old

Boy. *C. P.* **III**

(567) Notes upon a Case of Obsessional Neurosis. *C. P.* III

(568)

(569) (57o) (57i)

(572) (573)

572

Leonardo da Vinci: A Psychosexual Study of an Infantile

Reminiscence. ***Moffaí,*** *Yard,* New York, 1916 The Future Chances of Psychoanalytic Thcrapy. *C. P.* II Concerning

"Wild" Psychoanalysis. *C. P.* II Psychogenic Visual Disturbance according to Psychoanalytical

Conceptions. *C. P.* II

Contributions to the Psychology of Love. *C. P.* IV Einleitung und Schlusswort zur Selbstmord-Diskussion. In

Ucber den Selbstmord, insbes. den Schuelerselbstmord, Berg-

mann, Wiesbaden, 1910

10, 16, 18, 20, 23

, 17, 20

, 12, 13

9, 10

6, 22 14, 19

10, 20, 23 **12**

14, 20

12, 20

12

5. 9. »>

16, 19, 23

9, 10, 14, 18, 19, 23

6

23 23

10, 10,

13

20

(574) Psychoanalytic Notes upon an Autobiographical Account of a Case of Paranóia. *C. P.* III 9,

(575) Formulations Regarding the Two Principies in Mental Functioning. *C. P.* IV 4,

(576) Types of Ncurotic Nosogenesis. *C. P.* II

(577) ~^he Dynamics of the Transfercncc. *C. P.* II

(578) Recommendations for Physicians on thc Psychoanalytic **Method** of Treatment. *C. P.* II

(579) Totem and Taboo. *Moffat, Yard,* New York, 1918 5,

(580) Einleitung und Schlusswort der Onanie-Diskussion. In *Dte Onanie,* Bergmann, Wiesbaden, 1912

(581) The Predisposition to Obsessional Neurosis. *C. P.* II 5,

(582) Fausse Reconnaissance (Déjà Raconté) in Psychoanalytic Treatment. *C. P.* II

(583) Two Lies Told by Children. *C.P.ll*

(584) Further Recommendations on the Technique of Psychoanalysis. *C. PAI*

(585) On Narcissism: An Introduction. *CP.IV* 4, 5,6,

16,

(586) The History of the Psychoanalytic Movemcnt. *C. P.* I

(587) A Case of Paranóia Running Counter to the Psychoanalytical Theory of the Discase. *C. P.* II

(588) Instincts and Their Vicissitudes. *C. P.* IV 2,

9.

(589) Repression. *C. P.* IV

(590) The Unconscious. *C. P.* IV :

(591) Thoughts for the Times on War and Death. *CP.IV*

(592) Some Character Types Met with in Psychoanalytic Work.

CP. IV ' .0,

(593) On the Transformation of Instincts with Especial Reference

to Anal Erotism. *C. P.* II

(594) A Connection between a Symbol and a Symptom. *C. P.* II

(595) Metapsychological Supplement to the Theory of Dreams.

C. P. IV

(596) Introductory Lectures to Psychoanalysis. *Bom and* ***Uveright,***

New **York,** 1920

(597) Mourning and Melancholia. *C. P.* IV

(598) One of the Difficultics of Psychoanalysis. ***C.P.IV***

(599) From the History of an Infantile Neurosis. *C. P.* III

(600) Turnings in the Ways of Psychoanalytic Therapy. *C. P.* II

(601) A Child Is Being Beaten. *C. PAI*

C

apítulo

■ 1

2

8,

0

3.

9 1

r

. .6, 9

>

2

2

0,

3

l

9

3

2

.

3

2

3

1

1

1

1, 4. 7

5

1

0

,

* 1

1

4 6,

9

>

9

2

0

2

3

9 **1**

1

0,

,

3.

1

2

0

8,

2

3

1

8

4 5

,

' , 6 8,

1

M

1

2.

6

.

9

,

2

0

.

12,

■

.

1

>

1,

9.

4

1

2

0

8,

i

1

ii

7

1

.

2

6.

0

19,

5 **1**

1

1,

2,

.

'

,

2

0

4

16,

t

o

12, 18

3

4 5

7

> , ,6, .

9

1

!

'

> **1,** 4. 5

,

1

1

1

1

6, 7. 8,

9,

2

2

0,

3

9

T

.

7

G

5 > **1**

H

1,

.

9

>

1

,

2

2

5 16,

1

1

1,

6

5

1

. «, 6

573

(602)

(603)

(604) (605)

(606)

(607)

(608)

(609) (610)

(611)

(612)

(613)

(614)

(615) (616) **(617)**

(618)

(619) (620) (621) (622) (623) (624) (625) (626) (627) (628)

(629) (630) (631) **(632)**

574

The **Uncanny.** *C. P.* **IV**

Introduction to "Psychoanalysis of War Neuroses." *Int. Ps-a.*

P., London, 1921 The Psychogcnesis of a Case of Femalc Homosexuality. *C. P.*

II Beyond the Plcasure Principie. *Int. Ps-a. P.,* London, 1922

Group Psychology and the Analysis of the Ego. *Int. Ps-a. P.,* London, 1922

Certain Neurotic Mechanisms in Jealousy, Paranóia and

Homosexuality. *C. P.* II The Ego and the Id. *Inst. of Ps-a. and Hogarth Press,*

London, 1927

The Infantile Genital Organization of the Libido. *C. P.* II A Neurosis of Dcmoniacal Possession in the Seventeenth

Cen-

tury. *C. P.* IV

Neurosis and Psychosis. *C. P.* II The Passing of the Oedipus Complex. *C. P.* II The Economic Problem in

Masochism. *C. P.* II

Capitulo **20**

6, 7, 20, 23

16, 23

2- 4, 5, 7, 9, **13, 16, 20, 21**

4> 5> 16,

12, 14, , 20, 23

5> 9» l6» 18, 20

2, 4> 5> 6, 8, 9, **10, 11, 12, 13,** 14, 16, 17, 18, 19, 20 5

23 8, 14, 18, 20

5, 6, 16, 20, 21 2, 5, 6, 9, 10,

The Loss of Reality in Neurosis and Psychosis. *C. P.* II A Note **upon** the **Mystic** Writing Pad. *Jo.* XXI, 1940 On

Negation. *Jo.* VI, 1923 Some Psychological Consequences of the Anatomical Dis-

tinction between the Sexes. *Jo.* VIII, 1927 The Problem of Anxiety. *Norton,* New York, 1936

14.

2, 4.

16, 20, 21

8, 9, 18

2, 4

:, 9» J4> :9

5, 6, 16, 20 4, 5, 6, 7, 8, **9, 10, 11, 12,**

r9>

22, 23 G

The Problem of Lay Analysis. *Brentano,* New York, 1927

Humor. *Jo.* XI, 1928

Fetishism. /o. IX, 1928

The Future of an Illusion. *Hogarth Press,* London, 1928

Dostojewski and Parricide. *The Realist* I, 1929

Civilization and Its Discontents. *Norton,* New York, 1930

Libidinal Types. *Jo.* XIII, 1932

Female Sexuality. *Jo.* XIII, 1932

The Acquisition of Power over Fire. *Jo.* XIII, 1932

New Introductory Lectures on Psychoanalysis. *parden City*

Pub. Co., New York, 1933 5, 6, 10, 16, 23

Analysis Terminable and Interminable. *Jo.* XVIII, 1937 8, 10, 20

Constructions in Analysis. *Jo.* XIX, 1938 18

A Disturbance of Memory on the Acropolis. *Jo.* XXI, 1941 9, 20

Moses and Monotheism. *Knopj,* New York, 1939 4

8, 9, 4. 5.

5, 10, 14,

17 16, 18

J7' l8 13, 16

, 8, 15 20

16, 20 16

(633) (634) (635)

(636)

(637) (638)

(639)

(640)

(641)

(642)

(643)

(644)

(645) (646)

(648)

(649) (650)

(651)

(652) (653)

An Outline of Psychoanalysis. *Jo.* XXI, 1940

Medusa's Head. *Jo.* XXII, 1941

Splitting of the Ego in the Defensive Process. *Jo.* XXII, 1941

FRIEDJUNG, JOSEPH K.

Ueber verschiedene Quellen kindlicher Schamhaftigkeit. Z. I,

1913

Die Pathologie des einzigen Kindes. *E. **inn.** M. K.* XVI, 1919 Beitrag zum Verstaendnis der Einschlafstoerungen bei

Kindern.

W. m. W., 1924 Zur Kenntnis kindlicher Selbstmordimpulse. *Paed.* III, 1929

FRIEDLANDER-MISCH, KATE

Die biologischen Grundlagen der Freud'schen Angsttheorie.

Z. XXI, 1935

On the Longing to Die. *Jo.* XXI, 1940 Charlotte Bronté: Zur Frage des masochistischen Charakters.

Z. XXVI, 1941 Children's Books and Their Function in Latency and Puberty.

A. Im. III, 1942

FRIEDMAN, M. Cleptomania. *R.* XVII, 1930

FRIES, MARGARET E.

Interrelationship of Physical, Mental and Emotional Life of a Child, from Birth to Four Years of Age. *A. /. Dis.* ***Chila***

XLIX, 1935

Play Technique in the Analysis of Young Children. *R.* XXIV,

1937

FRINK, H. W.

Report of a Case of Psychogenetic Convulsions Simulating Epi-

lepsy. *N. Y. M. J.,* March, 1911 Morbid Fears and Compulsions: Their Psychology and Psycho-

analytic Treatment. *Moffat, Yard,* New York, 1918

Capitulo



8, 9, 16, 18 8, 9', 16, 18

5, 20

10

17

4 11, 17

16 6

16

4 23

13 G

FROMM, ERICH

Zur Psychologie des Verbrechers und der strafenden Gesellschaft.

Im. XVII, 1931 20

Ueber Methode und Aufgabe einer analytischen Sozialpsy-

chologie. Z. *Soz.* I, 1932 23

Sozialpsychologischer Teil. In *Autoritaet und Familie,* Felix

Allan, Paris, 1936 6, 20, 23

Selfishness and Self-Love. *Ps.* II, 1939 5

Escape from Freedom. *Farrar and Rinehart,* New York,

1941 6, 11, 19, 20,23 .

575

(654) (655)

(657) (658)

(659) (660)

(661) (662)

(663) (664)

(665)

(666) (667)

(668) (669) ("7o)

Faith as a Character Trait. *Ps.* V, 1942 Sex and Character. Pi. VI, 1943

FROMM-RFJCHMANN, FRIEDA

Contributions to the Psychogenesis of Migraine. *R.* XXIV, 1937 Transference Problems in Schizophrenics. *Q.* VIII,

1939 Notes on the Mother Role in the Family Group. *Menn. Buli.*

IV, 1940

Recent Advances in Psychoanalytic Therapy. *Ps.* IV, 1941 A Preliminary Note on the Emotional Significance of

Stereo-

typies. *Buli. Forest San.* I, 1942 Psychoanalytic Psychotherapy with Psychotics. *Ps.* VI, 1943

FUCHS, S. H. On Introjection. . ***Jo.* XVIII,** 1937

GARMA, ANGEL

Realitaet und Es in der Schizophrenie. *Z.* XVIII, 1932 Psychologie des Selbstmordes. *Im.* XXIII, 1937

GELEERD, F.LIZABETH R.

The Analysis of a Case of Compulsive Masturbation in a Child. ***Q.* XII, 1943**

GERARD, M. W.

Child Analysis as a Technique in the Investigation of Mental

Mechanisms. *A. J. P.* XCIV, 1937 Enuresis, a Study in Etiology. *A. J. Orthops.* IX, 1939

GERO, GEORGE

The Construction of Depression. *Jo.* XVII, 1936 £um Problem der oralen Fixierung. Z. XXIV, 1939 Fhe Idea of

Psychogenesis in Modern Psychiatry and in Psycho-analysis. *R.* XXX, 1943

GESELL, A., *et ai.*

The First Five Years of Life. *Harper and Brothers,* New **York,**

1940

GILL, MORTON M. tun(:tional Disturbances of Menstruation. *Menn. Buli.* VII,

9 "-and Brenrnan, Margaret: Treatment of a Case of Anxiety

Hysteria hy an Hypnotic Technique Employing Psychoanalytic Principies. ***Menn.*** *Buli.* **VII,** 1943

GILLESPIE, R. D.

the Psychotherapy of the Psychoses. *M.* X, 1930

Capitulo

22

5, 20



13

18

6, 20

18

18 18

8, 18 17

16

23 **12**

18

18

(6751 Psychological Factors in Asthma. *B. M.* /. I, 1285, 1936 (6761 Psychological Aspects of Skin Diseases. *B.*

J. D. L, 1938

GILLESPIE, W. H. (6771 A Contribution to the Study of Fetishism. *Jo.* XXI, 1940

GITELSON, MAX

(678' Direct Psychotherapy in Adolescence. *A. J. Orthops.* XII, 1942 (679 The Criticai Moment in

Psychotherapy. *Menn. Buli.* VI, 1942

1924

1928

1

6

Jo. X,

7

1929

, 9

2

3

1

8

XII,

2

1931

0

Jo.

2

XII, 1931

3

Lancei

1

, 1931

6

22

1

6

576

GLOVER, EDWARD

(680 The Significance of the Mouth in Psychoanalysis. *M.* IV

(681 Notes on Oral Character Formation. *Jo.* VI, 1925

(682^ The Neurotic Character. *Jo.* VII, 1926

(683 Einige Probleme der psychoanalytischen Charakterologie. Z.

XII, 1926

(684' Lectures on Technique in Psychoanalysis. *Jo.* VIII, 1927, and

IX, 1928

(685' The Etiology of Alcoholism. *Proc. R. S. M.* XXI, 1928

(686^ The Screening Function of Traumatic Memories.

(687' The Vehicle of Interpretation. *Jo.* XI, 1930

(688^ The Psychotherapy of the Psychoses. *M.* X, 1930

(689^ Sublimation, Substitution and Social Anxiety. *Jo*

(690' The Therapeutic Effect of Inexact Interpretation.

(691] The Prevention and Treatment of Drug Addiction.

(692] On the Aetiology of Drug Addiction. *Jo.* XIII, 1932

(693^ Medíco-Psychological Aspects of Normality. *B.* /. *P.* XXIII,

1932

(694) The Relation of Perversion Formation to the Development of the

Reality Sense. *Jo.* XIV, 1933

(695) A Developmental Study of the Obsessional Neurosis. *Jo.* XVI,

1935



(696" A Note on Idealization. *Jo.* XIX, 1938 (697) The Psychoanalysis of Affects. *Jo.* XX, 1939 (698}

Psychoanalysis. *John Bale Medicai Pub. Co.,* London, 1939

GLOVER, JAMES

(699^ Notes on the Psychopathology of Suicide. *Jo.* III, 1922

(700^ The Conception of the Ego. *Jo.* VII, 1926

fyyoi) Notes on an Unusual Form of Perversion. *Jo.* VIII, 1927

GLUECK, EDITH

(702^ Schauspicler der Wirklichkeit. Paper read at the Hungarian Ps-a. Society, 1934

GOLDMAN, GEORGE S. (703^ A Case of ComDulsive Handwàshing. *Q.* VII, 1938

Capítulo 13

:6

6

23

20 20 20

20

23

16

19 **20**

2, 19 G

17

4 16

20

577

CaPHul0 4

18

GOLDSTEIN, KURT

(704) —and Steinfeld, Julius J.: The Conditioning of Sexual Behavior by Central **Agnosia.** *Buli. Forcst San.* I, 1942

(705) The Significancc of Psychological Research m Schizophrenia. ***J.N.M.D.XCVll,*** 1943

GORELIK, BASEL

(706) Gertain Reaction Formations against Oral Impulses. *Jo.* **XII,** 1931

GRABER, GUSTAV HANS

(707) Die Ambivalenz des Kindes. *Int. Ps-a.* V., Wien, 1925

(708) Redehemmung und Analerotik. *Paed.* II, 1928

(709) Realitaetspruefung und Weltuntergangsphobie. *Paed.* III, 1929

(710) Neurotische Typisierung. Z. XVII, 1931

(711) Aus der Analyse eines nachtwandelnden Knaben. *Merlin Vetiag,* Baden-Baden, 1932

(712) Die zweierlei Mechanismen der Identifizierung. *Im.* XXIII, J937

GREENACRE, PHYLLIS

(713) Surgical Addiction: Clinicai Case Abstract. *Psychosom. Med.*

I» 1939

(714) The Predisposition to Anxiety. *Q.* X, 1941

GREENSON, RALPH R. (714a) On Genuine Epilepsy. *Q.* XIII, 1944

GREIG, AGNES B.

(715) The Problem of the Parent in Child Analysis. *Ps.* **III, 1940**

(716) A Child Analysis. *Q.* X, 1941

GRIMBERG* L. (7r7) On Somnambulism. *R.* III, 1916 12

GRINKER, R. R. (718) —and MacLean, H.: The Course of a Depression Treated by

Psychotherapy and Metrazol. *Psychosom. Med.* II, 1940 23

GRODDECK, GF.ORG

w:9) Die psychische Bedingtheit und psychoanalytische Behandlung

organischer Krankheiten. *S. Hirzel,* Berlin, 1917 13

(720) TheBookoflt. *N. M. D. Pub. Co.,* New York and Washington, 1928 5,13

y/j

4 10, 15

18 14, 20

4. 5. 16

20 4

23 2.3

GROSS, ALFRED

The Psychic Efiects of Toxic and Toxoid Substances. *Jo.* XVI, J935

16

GROTJAHN, MARTIN

(722) Dream ()bservations in a Two-year, four-months-old Baby. *O.* VI, 1938

(723) Psychoaiialysis and Brain Disease. *R.* XXI, T938

(724) Observaljons of Schizophrcnic Patients during Metrazol Treatment. *Menti. Buli.* II, 1938

(725) Psychoanalytic Investigations of a Seventy-one-year-old Man with Senile Dementia. *Q.* IX, 1940

(726) The ProceSs of Awakening. *R.* XXIX, 1942

(727) Brief Psychotherapy on Psychoanalytic Principies. ///. *Psych. J.* II, 19^2

GUNTHER, LEWIS

(728) —and híenninger, Karl A.: Intermittent Extrasystole Directly Associated with Emotional Conflict. ***Menn.*** *Buli.* III, 1939

HADLEY, ERNEST E.

(729) Commeiits on Pedophilia. *M. R.,* August, 1926

(730) The Psychoanalytic Clarification of Personality Types. *A. J. P.* XCIV, I938

HAHN, BENNO

(731) Die Psythokatharsis ais kausale Behandlungsmethode. Bcricht 1. aerztl. Kongr. f. Psychotherapie, Baden-Baden, 1926; Cari Marold, Halle a/S, 1927

HANFMANN, EUGENIA

(732) —and Kasanin, Jacob: Conceptional Thinking in Schizophrenia. *N. M, D. M. S.,* New York and Washington, 1942

HAPPEL, CLARA

(733) Onanieersatzbildungen. Z. IX, 1923

HARMS, ERNEST

(734) (Ed.) Schizophrenia in Childhood. *The Nervous Child* I, 1941

HARNIK, JENÕ

(735) Discussion of Tic. *Jo.* II, 1921

(736) The Various Developments Undcrgone by Narcissism in Men and Women. *Jo.* V, 1924

(737) Der Zafhlzwang und seinc Bcdeutung fuer dic Psychologie der Zahkjnvorstellung. *Vortrag* VIII; Int. Ps-a. Kongr.; Autoref. Z.X, 1924

(738) Die triebhaft-affektivcn Momente im Zeitgefuehl. *Im.* XI, 1925

(739) Die oekonomischen Beziehungen zwischen dem Schuldgefuehl und dem weiblichen Narzissmus. Z. XIV, 1928

2.3

23

4

23

13

16

23

18

12, 14, 15 18

15

5, 16

14

16 579

(740) Zur Psychologie des Zopfabschneiders. *Z. S. W.* XII, 1928

(741) One Componcnt in the Fear of Death in Early Infancy. /o. XI,

1930

(742) Zur Therapie der Homosexualitact. *Vortrag* II; Tgg. d.

Deutschen Ps-a. Ges.; Autoref. Z. XVI, 1930

(743) Introjection and Projection in the Mcchanism of Depression.

Jo. XIII, 1932

(744) Zur Frage der infantilen weiblichen Genitalorganisation. Z.

XX, 1934

HART, MOSS

(745) Lady in the Dark. *Random House,* New York, 1941

HARTMANN, HEINZ

(746) Ein Fali von Depersonalisation. Z. *ges. N. P.* LXXIV, 1922

(747) Kokainismus und Homosexualitaet. Z. *ges. N. P.* XCV, 1925

(748) Die Grundlagen der Psychoanalyse. *G. Thieme,* Leipzig, 1927

(749) Psychiatrische Zwillingsprobleme. *Jb. Ps. N.* L and LI, 1934

(750) Ich-Psychologie und Anpassungs-Problem. Z. XXIV, 1939

(751) Psychoanalysis and the Concept of Health. *Jo.* XX, 1939

HARTMANN, MAX

(752) Die Sexuahtaet der Protisten und ihre Bedeutung fucr eine allgemeine Theorie der Bisexualitaet. Z. *ind. Abst.* L1V, 1930

HAWK1NS, MARY **O'NEIL**

(753) Psychoanalysis of Children. *Menn. Buli.* IV, 1940

HAWORTH, NORAH A.

(754) —and MacDonald, Mary E.: Theory of Occupational Therapy. *Williams and Wilhjns,* Baltimore, 1941

HAYWARD, EMELINE P.

(755) Types of Female Castration Reaction. *Q.* XII, 1943

HEALY, WILLIAM

(756) The Individual Delinquent. *Little, Brown,* Boston, 1915

(757) —and Bronner, F. A.: New Light on Delinquency and Its Treatment. *Yale Univ. Press,* New Haven, 1936

HEI DE, CAREL VAN DER

(758) A Study of Mechanisms in Two Cases of Peptic Ulcer. *Psychosom. Mcd.* II, 1940

(759) A Case of Pollakisuria Nervosa. *O.* X, 1941

HEILPERN-FUCHS, ELSE

(760) Psychological Problems of Stepchildren. *R.* XXX, 1943

580

Capítulo

(761

16

)

i3> 15

(762

)

16

(763

) (764) (765)

5

(766)

10

(767

) (768)

18 16

(769

3 **20**

) (77°)

4 **23**

(77

0

(772

)

(773

)

IÊ

(774

) (775)

23

(776

) (777) (778)

23

(779

20

) (78o)

(781

) (782)

16,

20

(783

16, 20

) (784)

(785

)

13 12

(786

)

5, 20

HENDRICK, IVES Pregenital Anxiety in a Passive Feminine Character, *Q.* II,

1933 "The Ego and the Defense Mechanisms": A Review and Disus-

sion. *R.* XXV, 1938

Facts and Theories of Psychoanalysis. *Knopj,* New York, 1)39 Suicide as Wish Fulfillment. *Psych. Q.* XIV, 1940

Psychoanalytic Observations on tjie Aurae of Two Cases **wih**

Convulsions. *Psychosom. Med.* II, 1940 Instincts and the Ego during Infancy. *Q.* XI, 1942 Work and the Pleasure

Principie. *Q.* XII, 1943 **The** Discussion of the "Instinct to Master." *Q.* XII, 1943

HERBERT, S.

Thc Psychogenic **Root** of Enuresis. *R.* IX,. 1922 A Case of Pseudo-Epilepsia Hysterica. *R.* X, 1923

HERMANN, IMRE

Randbemerkungen zum Wiederholungszwang. Z VIII, 1122

Organlibido und Begabung. Z. IX, 1923

Die Regei der Gleichzeitigkeit in der Sublimierun^sarbeit.

Im. X, 1924

Das System Bw. *Im.* XII, 1926 Die Zwangsneurose und ein historisches Moment in der Uoer-

Ich-Bildung. Z. XV, 1929 Das Ich und das Denken. *Im.* XV, 1929 Sinnesmodalitaeten und Denkformen. *Im.* XV,

1929 Urwahrnehmungen, insbesondere Augenleuchten und Lau>

werden des Inneren. Z. XX, 1934

Die Psychoanalyse ais Methode. *Int. Ps-a. V',* Wien, 1934 Sich Anklammern—Auf Suche gehen. Z. XXII, 1936 Zur

Triebbesetzung von Ich und Ueber-Ich. Z. XXV, 194c Studien zur Denkpsychologie. *Acta Psychol.* V, 1940

HILL, LEWIS B.

A Psychoanalytic Observation on Essential Hypertension. *R.*

XXII, 1935 The Use of Hostility as a Defense. *Q.* VII, 1938

HINSIE, LELAND E.

The Treatment of Schizophrenia. *Baãlicre Twdall,* Londan,

1930 The Relationship of Psychoanalysis to Psychiatry. *A.* /. *P.* XCI,

Colutr.bia *Univ.*

(787) Concepts and Problems of Psychotherapy. *Press,* New York, 1937

Capítulo 5

4 G

13

2, 4, 20 2, 4, 20 2, 4, 20

12

13

21 10

9

2

6

4 **15**

4 3 5 6 6

13 11, 20

18 18 **13**

581

HIRSCH, ERW1N

(788) Eine **Feuerphobie** ais **Folge** unterdrueckter Onanie. *Vaed.* II, *Capitulo*

1928 ,6

HITSCHMANN, EDUARD

(789) Kinderangst une! Onanic-Entwoehnung. *C.* IÍI, 1913 5, Io

(790) Paranóia, **Homosexualitaet** und Analcrotik. Z. I, 1913 **,g**

(791) **Freud's Thearies of the Neuroses.** ***Kegan Paul,*** **London, 1913** ***Q***

(792) Ein **Fali** von Zwansbefuerchtung vom Tode des gleichgeschlechtlichen EIternteils. Z. III, 1915 n

(793) Ueber einen sporadischen Rueckfall ins Bettnaessen bei einem **vierjaehrigen Kinde.** Z. V, 1919 , I2

(794) Urethral Erotism and Obsessional Neurosis. *Jo.* IV, 1923 5, 2o

(795) Die Indikationen fuer psychoanalytische Behandlung. *Ars Mediei* XIV, 1924 23

(796) —and Bergler, Edmund: Frigidity in Women. *N.M.D.Pub. Co.,* Washington and New York, 1936 10

(797) Bemerkungeh ueber Platzangst und andere neurotische Angstzustaende. Z. XXIII, 1937 11

(798) Beitraege zui- Aetiologie und Konstitution der Spermatorrhoe. Z. XXV, i94o ' 5

HOCH, PAUL H.

(799) Personality Pactors in **Âlcoholic Psychoses.** *Psych. Q.* XIV, 1940 *i6*

HOFFER, WILHELM

(800) Ueber die maennliche Latenz und ihre spezifische Erkrankung. Z. XII, 19:26 6

(801) Analyse **eineir** postenzephalitischen Geistesstoerung. Z. **XXV,** 1940 13

HOFFMANN, ERNST PAUL

(802) Projektion und Ich-Entwicklung. Z. XXI, 1935 4

HOFFMANN, JAKOB

(803) Entwicklungisgeschichte eines Falles von sozialer Angst. Z. XVII, 1931; 10, 20

HOFSTAETTER, R.

(804) Ueber **èingebildete Schwangerschaft.** *Urban u. Sehwarzcn-berg,W\tik,* 1924 12, 13

HOLLITSCHER, WALTER

(805) **The Concept of Ratíonalization.** /o" XX, 1939 20

HOLLOS, ISTVAN

(806) Psychoanalytiische Beleuchtung eines Falles von Dementia Praecox. *Z.* II, 1914 18

582

(807) Die Phasen des Selbstbewusstseinsaktes. Z. V, 1919

(808) Aus der psychiatrischcn Anstaltspraxis. Z. IX, 1923

(809) Hinter der gelben Mauer. *Hippo\rates Verlag,* Stuttgart, 1928

HOOP, J. H. VAN **DER**

(810) Ueber die Projektion und ihre **Inhalte.** Z. X, 1924

HORNEY, KAREN

(811) On the Génesis of the Castration Complex in Women. *Jo.* V, 1924

(812) The Flight from Womanhood. *Jo.* VII, 1926

(813) Die praemenstruellen Verstimmungen. *Paed.* V, 1931

(814) The Dread of Woman. *Jo.* XIII, 1932

(815) The Denial of the Vagina. *Jo.* XIV, 1933

(816) Psychogenic Factors in Functional Female Disorders. *A. J.*

Obs. and Gyn. XXV, 1933

(817) The Problem of Feminine Masochism. *R.* XXII, 1935

(818) The Problem of the Negative Therapeutic Reaction. *0. V,*

1936

(819) The Neurotic Personality of Our Time. ***Norton,* New York,**

1936

(820) New Ways in Psychoanalysis. *Norton,* New York, 1940

(821) Self-Analysis. *Norton,* New York, 1942

HUBBARD, L. T.

(822) Transference and Sex. *R.* X, 1922

HUEBSCH, D. E.

(823) Psychoanalysis and Eye Disturbances. *R.* XVIII, 1931

HUG-HELLMUTH, HERMINE VON

(824) Ein Fali von weiblichem Fuss-, richtiger Stieíelfetischismus.

Z. III, 1915

(825) A Study of the Mental Life of the Child. *N. M. D. Pub. Co.,* Washington, 1919

(826) On the Technique of Child Analysis. *Jo.* II, 1921

(827) Vom mittleren Kinde. *Im.* VII, 1921

(828) Die Bedeutung der Familic fuer das Schicksal des Einzelnen.

Z. 5. *W.* IX, 1923

HUPFER, **SUSANNE**

(829) Ueber Schwangerschaftsgelueste. Z. XVI, 1930

HUTCHINGS, G. R.

(830) —Cheney, C. O., and Wright, W. W.: Psychogenic Precipitating

Causes of Schizophrenia. In *Schizophrenia:* Assn. Research N. M. D., Hoeber, New Ymk, 1928

Capítulo

13

18

18

5

2

0

1

3

5 1

. 6

5

1

1

0, 3

5 1

, 6

14, 20

l6, 20, 23

20, 23

20, 23

23 13

l6

23

23

5, 20

5, 20 16

18 583

(83a)

(833) (834)

(835) (836)

(837) (838)

(839)

(840) (841) (842)

(843) (844)

(845)

(846)

(847) (848)

(849) (850)

(851) (852)

INMAN, W. S. A Psyehoanalytical Explanation of Micropsia. *Jo.* XIX, 1938

ISAACS, SUSAN

Penis-Fcces-Child. *Jo.* VIII, 1927

The Nursery Years. *Routledge and Sons,* London, 1929 The Children We Teach. *Uniu. of London Press,* London,

i932 Social Development in Young Children. *Routledge and Sons,*

London, 1933 The Psychological Aspects of Child Development. *Evans*

Brothers, London, 1935

ISAKOWER, OTTO

A Contribution to the Pathopsychology of Phenomena Associated with Falling Asleep. *Jo.* XIX, 1938

On the Exceptional Position of the Auditive Sphere. *Jo.* XX, 1939

JACOBSON, EDMUND Progressive Relaxation. *Univ. of Chicago Press,* Chicago, 1929

JACOBSON (JACOBSOHN), EDITH Beitrag zur asozialen Charaktcrbildung. Z. XVI, 1930 Em weibischer Knabe

und seine Heilung. *Paed.* IV, 1931 Lernstoerungen beim Kindc durch masochistische Mechanis-

men. Z. XVIII, 1932

Wege der weiblichen Ueber-Ich-Bildung. Z. XXIII, 1937 Depression, the Oedipus Complex in the Development of

De-

pressive Mechanisms. *Q.* XII, 1943

JACOBY, HEINRICH Muss es Unmusikalische geben? *Paed.* I, 1926

JEKELS, LUDWIG Analerotik. Z. I, 1913

Zur Psychologie der Komoedie. *Im.* XII, 1926 Zur Psychologie des Mitleids. *Im.* XVI, 1930 Das Schuldgefuehl.

Ps-a. *Bwgg.* IV, 1932 —und Bergler, Edmund: Uebcrtragung und Liebe. *Im.* XX,

(853) (854)

584

934

Mitleid und Liebc. *Im.* XXII, 1936 The Riddle of Shakespeare's Macbeth. *R.* XXX, 1943

JELGERSMA, G.

Unbewusstes Geistesleben. *Int. Ps-a. V.,* Wien, 1914 Projection. *Jo.* VII, 1926

Capitulo

12

5» 12, 20 23

23

5

5

4. 5- 11

5, 6, 18

!3> 23

16, 20 23

10, 23

6

5

27 **20**

5

20 20

G

9, 18

JELLIFFE, SMITH ELY

(855) The Teehnique of Psychoanalysis. *N. M. D. Pub. Co.,* New York and Washington, 1914

(856) Alcohol in Some of Its Social Compensatory Aspects. *N.Y. M. J.* CV, 1917

(857) Epileptic Attacks in Dynamic Pathology. *N. Y. M.* /., July, 1918

(858) Psychopathology and Organic Disease. *Arch. N. Ps<,* 1922

(859) The Old-Age Factor in Psyehoanalytical Therapy. *M. R.* CXXI, 1925

(860) Psychoanalysis and Organic Disorder: Myopia as Paradigma. *Jo.* VII, 1926

(861) Post-Encephalitic Respiratory Disorders. /. *N. M. D.* LXIII,

1926





(862) Psychopathology of Forced Movements in Oculogyric Crises. *N. M. D. Pub. Co.,* New York and Washington, 1932

(863) Dynamic Concepts and the Epileptic Attack. *A. J. P.* XCII, 1935

(864) Sketches in Psychosomatic Medicine. *N. M. D. Pub. Co.,* New York and Washington, 1939

(865) The Parkinsonian Body Posture: Some Considerations in Unconscious Hostility. *R.* XXVII, 1940

JOHNSON, ADELAIDE M.

(866) —Falstein, Eugene *J.,* Szurek, S..A., and Svendsen, Margaret: School Phobia. *A. J. Orthops.* XI, 1941

JOKL, ROBERT HANS

(867) Zur Psychogenese des Schreibkrampfes. Z, VIII, 1922

JONES, ERNEST

(868) Rationalization in Everyday Life. *P.*

(869) Psychoanalytic Notes on a Case of Hypomania. *A. J. 1.,* 1909

(870) Psychoanalysis in Psychotherapy. *P.*

(871) Simulated Foolishness in Hysteria. *P.*

(872) The Therapeutic Efiect of Suggestion. *Can. J. M. S.* XXXIX, 1911

(873) The Psychology of Morbid Anxiety. *P.*

(874) The Therapeutic Action of Psychoanalysis. *P.*

(875) The Relation between Anxiety Neurosis and Anxiety Hysteria. *P.*

(876) The Nightmare. *Hogarth Press and Inst. of Ps-a., London,* 1931

(877) The Significance of the Grandfather for the Fate oí the Individual. *P.*

(878) The God Complex. *Ess.*

Capitulo 23

16

13 13

23

13 13

13

13

11

10, 12

23 **11**

23

4- 14»

585

(879) (88o)

(881)

(882) (883) (884)

(885) (886) **(887)**

(888) (889)

(890) **(891)**

(892)

(893) (894) (895) (896)

(897) (898)

(899) (900) (901) (902)

Hate and Anal Erotism in the Obsessional Neurosis. *P.*

Suggestion und Uebertragung. *Z.* II, 1914

Urethralerotik und Ehrgeiz. *Z. Ill,* 1915

The Theory of Symbolism. *P.*

Anal-Erotic Character Traits. *P.*

The Symbolism of Being Run Over. *Jo.* I, T920

The Treatment of the Neuroses. *Wood,* New York, 1920

Introjection and Projection. *Jo.* III, 1921

Notes on Abraham's Article on the Female Castration Complex.

Jo. III, 1922

Some Problems of Adolescence. *P.* The Nature of Auto-Suggestion. *P.*
Classification of the Instincts. *B. J. P.*

XIV, 1923 Mother-Right and the Sexual Ignorance of the Savages. *Jo.* VI, 1924

Deprivation of the Senses as a Castration Symbol. *Jo.* VII, 1926

The Origin and Structure of the Superego. *Jo.* VII, 1926

The Early Development of Female Sexuality. *Jo.* VIII, 1927

Fear, Guilt and Hate. *Jo.* X, 1929

The Anxiety Character. *M. R. R.,* 1930

Die Eifersucht. ***Ps-a. Btvgg.*** II, 1930

The Phallic Phase. *Jo.* XIV, 1933

The Early Female Sexuality. *Jo.* XVI, 1935

Psychoanalysis and the Instincts. *B. J. P.* XXVI, 1936

The Concept ot a Normal Mind. *Jo.* **XXIII,** 1942

Psychology and Childbirth. *Lancei* CCXLII, 1942

Capít

JULIUSBURGER, OTTO

(903) Beitrag zur Psychologie der sogenannten Dipsomanie. *C.* II,

1912

(904) Zur Lehre vorn psychosexuellen Infantilismus. Z. *S. W.* I, 1914

JUNG, C. G.

(905) Der Inhalt der Psychose. *Deutickf,* Leipzig, 1908

(906) The Psychology of Dementia Praecox. *N. M. D. Pub. Co.,*

New York and Washington, 1909

(907) Wandlungen und Symbole der Libido. *Deutic\e,* Leipzig,

1912

(908) Psychological Types. *Harcourt, Brace,* New York, 1923

JUST-KERi, **HEDWIG**

(909) Lernhemmungen in der **Schule.** ***Paed.*** IV, 1930

KAISER, **HELLMUTH**

(910) Probleme der Technik. Z. XX, 1934

10,

6, *9,* i8,

ulo

M

5, 20

4

r4, 20

II

23 9

2Ò

6 23

5

5

15 6

5

1 [

20 20

10,

5 5 5

23 13

16 16

18

18

5

20

10 23

KALISCHER, **HANS**

(911) Beobachtungen an einem **jungen** Verschwender. *Paed.* III,

1929

(912) Leben und Selbstmord emes Zwangsdiebes. *Paed.* III, 1929

KAMM, **BERNARD A.**

(913) A Technical Problem in the Psychoanalysis of a Schizoid Character. *Menn. Buli.* I, 1937

(914) Schizophrenia and Compulsion Neurosis. *Menn. Buli.* II, 1938

KAPLAN, LEO

(915) Grundzuege der Psychoanalyse. *Deutic\e,* Leipzig, 1924

(916) Das Problem der Magie und die Psychoanalyse. *Merlin Verlag,* Heidelberg, 1928

KARDINER, ABRAHAM

(917) The Bio-Analysis of the Epileptic Reaction. *O.* I, 1933

(918) The Role of Economic Security in the Adaptation of the Individ-. uai. *Family* XVII, 1936

(919) Security, Cultural Restraints, Intra-Social Dependencies and Hostilities. *Family* XVIII, 1937

(920) Influence of Culture on Behavior. *Social* ***Wor*** *Today,* 1937

(921) The Individual and His Society. *Columbia Uniu. Press,* New York, 1939

(922) The Traumatic Neuroses of War. *National Research Council,* Washington, 1941

KARN, H. W.

(923) A Bibliography of Experimental Neurosis. *Psychol. Rec.* IV, 1940

KARPMAN, BEN

(924) Stupor and Allied States. *R.* IX, 1922

(925) The Psychopathology of Exhibitionism. *R.* XIII, 1926

(926) The Chronic Alcoholic as a Neurotic and a Dreamer.

/.TV. *M. D.* XCIV, 1941

(927) The Individual Criminal. *N. M. D. Pub. Co.,* New York

and Washington, 1941

KASANIN, JACOB

(928) Defense Reactions in Anxiety States of Central Origin. *O.* XI,

1942

(929) —and Biskind, Gerson R.: Pcrsonality Changcs Following Sub-

stitution Therapy in Prc-Adolcsccnt **Eunuchoidism.** /. *A. M. A.* CXXI, 1943

(930) (Ed.) Language and Thought in Schizophrenia. ***Univ.*** *of Cali-*

fórnia Press, Berkeley and Los Angeles, 1944

Capítulo 16

16

18

18

G

4. 14

4. 7. I2 4

4

4

4, 14, 20, 23 **7**

18 16

16

13

18

586

KATAN, M.

(931) The Understanding of Schizophrenie Specch. *Jo.* XX, 1939

(932) Die Rolle des Wortes in der Schizophrenie und Manie. Z.

XXV, 1940

KATAN-ANGEL, ANNY

(933) Einige Bemerkungen ueber Optimismus. Z. XX, 1934 '

(934) From the **Analysis** of a **Bed-Wetter,** *Q.* IV, 1935

(935) ^*ie* ^°^e ^er Verschiebung bei der Strassenangst. Z. XXIII,

1937

KAUFMANN, MOSES RALPH

(936) Some Clinicai Data on Ideas of Reference. *Q.* I, 1932

(937) Pr°)ecti°n> Heterosexual and Homosexual. *O.* III, 1934

(938) ' Psychoanalysis in Late-Life Depressions. *Q.* VI, 1937

(939) Religious Deiusions in Schizophrenia. *Jo.* XX, 1939

(940) A Clinical-Note on Social Anxiety. *R.* XXVIII, 1941

(941) Factors in Psychotherapy: A Psychoanalytic Evaluation. *Psych. Q.* XV, 1941

KEMPER, WERNER

(942) Zur Génese der genitalen Erogeneitaet und des Orgasmus. Z. XX, 1934

KEMPF, EDWARD J.

(943) The Psychoanalytic Treatment of Dcmentia Praecox: Report of a Case. *R.* VI, 1919

KIELHOLZ, ARTHUR

(944) Symbolische Diebstaehle. Z. *ges. N. P.* LV, 1920

(945) On the Génesis and Dynamics of Inventor's Delusion. *Jo.* V, 1924

(946) Analyseversuch bei Delirium Tremens. Z. XII, 1926

(947) Seelische Hintergruende der Trunksucht. *Ps-a. Bwgg.* II, 1930

(948) Giftmord und Vergiftungswahn. Z. XVII, 1931

(949) Weh dem, der luegt: Beitrag zur Pseudologia phantastica. Z. XIX, 1933

(950) Zur Begutachtung eines Falles von Paederosis. Z. XXIII, 1937

KIRSCHNER, LOTTE

(951) Analyse einer Konvcrsionshysteric in vorgeschrittenem Lebens-alter. Z. XIV, 1928

(952) Aus der Analyse einer zwangsneurotischen Arbeitshcmmung. Z. XIV, 1928

KLEIN, MELANIE

(953) Zur **Fruehanalyse.** *hn.* IX, 1923

(954) Zur Génese des Tics. Z. XI, 1925

(955) Early Stages of the Oedipus Conflict. *Jo.* IX, 1928 5, 6,

(956) Personification in the Play of Children. *Jo.* X, 1929

588

Capítulo 18

18

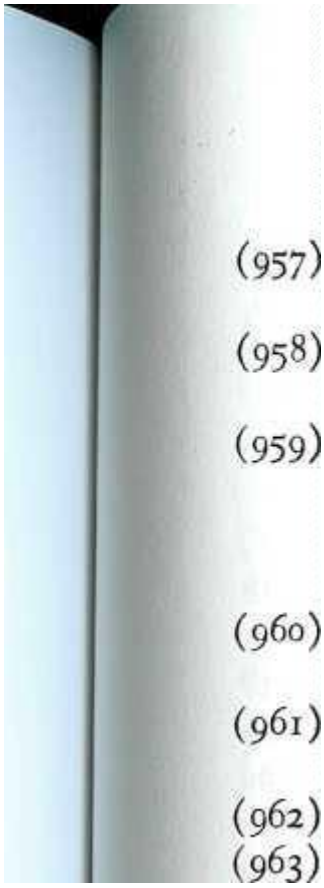
20 12, 23

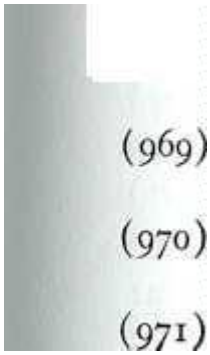
II,

18

9 J7 18 **20**

23





16

18

16

16

n, 17

20

16

=3

15

16, 23

9

(964)

(965) (966)

(967) (968)

(972) (973) (974)

(975)

(976) (977)

(978)

A Contribution to the Theory of Intcllcctual Inhibition. *Jo.*

XII, 1931 The Psychoanalysis of Children. *Hogarth Press and Inst. of*

Ps-a., **London,** 1932 —and Rivierc, Joan: Love, Hate and Reparation. *Hogarth*

Press, London, 1938

KNIGHT, ROBERT

The Psychodynamics of Chronic Alcoholism. /. *N. M. D.*

LXXXVI, 1936 Application oí Psychoanalytic Concepts in Psychotherapy.

Menn. Buli. I, 1937

Psychoanalysis of Hospitalized Patients. *Menn. Buli.* I, 1937 The Dynamics and Treatment of Chronic Alcohol

Addiction.

Menn. Buli. I. 1937 The Psychoanalytic Treatment in a Sanatorium of Chronic

Addiction to Alcohol. /. *A. M. A.* III, 1938 Why People go to Cultists. *Menn. Buli.* III, 1939 Psychotherapy in Acute

Paranoid Schizophrenia vvith Successful

Outcome. *Menn. Buli.* III, 1939

Introjection, Projection and Identification. *0.* IX, 1940 The Relationship of Latent Homosexuality to the Mechanism

of Paranoid Deiusions. , *Menn. Buli.* IV, 1940 The Evaluation of the Results of Psychoanalytic Therapy.

*A. **J.** P.* **XCVIII,** 1941 Some Problems Involvcd in Selccting and Rearing Adopted

Children. *Menn. Buli.* V, 1941 Intimidation of Others as a Defense against Anxiety. *Menn.*

Buli. VI, 1942

KNOPF, O.

Preliminary Report on Personality Studies in Thirty Migraine

Patients. /. *N. M. D.* LXXXII, 1935 Aeusserungen des Oedipuskomplexes bei Schizophrenie. Z.

XIV, 1928 Weltuntergangserlebnis und Wiedergeburtsphantasie bei einem

Schizophrenen. Z. XVIII, 1932

KOVACS, SANDOR Introjektion, Projektion und Einfuehlung. *C.* II, 1912

KOVACS, VILMA

Analyse emes Falles von Tic Convulsif. Z. XI, 1925 Wiederholungstendenz und Charakterbildung. *Z.* XVII, 1931

KRAINES, SAMUEL H.

The Therapy of the Neuroses and Psychoses. *Lea and Febiger,* Philadelphia, 1943

Capítulo

10, 23

3, 5. 16, 23 5,8,9

16

2

23 3

16

16, 18, 23 23

18, 23 9

18

23 **20**

11, 20

13

18 18

20

15 **21**

KRAUS, SIEGFRIED (079) Die Verwaisung ais sozialc Erscheinung. *Paed.* IV, 1950

KRETSCHMER, ERNST

(980) Physique and Character. *Harcourt, Brace,* New York, 1931

KR IS, ERNST

(981) Ein geisteskranker Bildhauer. *lm.* XIX, 1933

(982) Bemerkungen zur Bildnerei der Geisteskranken. *lm.* XXII,

1936

(983) The Psychology of Caricature. *Jo.* XVII, 1936

(984) Ego Development and the Comic. *Jo.* XIX, 1938

(985) —and Gombrich, E.: The Principies of Caricature. Aí. XVII,

1938

(986) Laughter as an Expressive Process. *Jo.* XXI, 1940

KRONENGOLD, EDWARD

(987) —and Sterba, Richard: Two Cases of Fetishism. *Q.* V, 1936

K.UBIE, LAWRENCE S.

(988) Practical Aspects of Psychoanalysis. *Norton,* New York, 1936

(989) The **Fantasy of Dirt.** *O.* VI, 1937

(990) Modification in a Schizophrenic Reaction with Psychoanalytic

Treatment. ***Arch.*** *N. Ps.* XXXVII, 1937

(991) A Criticai **Analysis** ol the Conception of a Repetition CompuI-

sion. *Jo.* XX, 1939

(992) The Repetitive Core of **Neurosis.** *Q.* X, 1941

(993) A Physiological Approach to the Concept of Anxiety.

Psychosom. Med. III, 1941

(994) —and Margolin, S. G.: A Physiological Method for the Induc-

tion of States of Partial Sleep, and Securing Free Associíation and Early Memories in Such States. *Tr. A. N. A.,* 1942

1995) The Use of Induced Hypnagogic Reveries in the Recovery of Repressed Amnesic Data. *Menn. Buli.* VII, 1943

KULOVESI, YRJÒ

(996) Zur **Entstehung** des Tics. Z. XV, 1929

(997) Ein Beitrag zur Psychoanalyse des epileptischen Anfalls. Z. XX, 1934

(998) Die Ausdrucksbewegungen der Bcjahung und Verncinung. Z. XXIV, I939

LAFORGUE, R.

(999) Zum **Begriff** der **Verdraengung.** Z. XIV, 1928

(1000) The Mechanism of **Isolation** in Neurosis and Its Relations to Schizophrenia. *Jo.* X, 1929

(1001) On the Erotization of Anxiety. *Jo.* XI, 1930

Capitulo **20**

i8

18, 20 16, 20

18

15, 18

16

G

H

18

21 21

23 23

-5

9

20

(1002) Clinicai Aspects of Psychoanalysis. ***Hogarth Press,*** **London,** *Capítulo* 1938 G

(1003) The Ego and the Conception of Reality. *Jo.* XX, 1939 4

(1004) The Rclativity of Reality. *N. M.* ***D. Pub. Co.,*** **New York and** Washington, 1940 4, 20 LAMPL, **HANS**

(1005) A Case of Borrowed Sense of Guilt. *Jo.* VIII, 1927 9

LAMPL-DE GROOT, J.

(1006) The Evolution of the Oedipus Complex in Women. *Jo.* IX, 1928

(1007) Problems of Femininity. *Q.* II, 1933

(1008) Masochismus und Narzissmus. Z. XXII, 1936

LANDAUER, KARL

(1009) Spontanheilung einer Katatonie. Z. II, 1914

(1010) Die symptomatische Neurasthenie. Z. *ges. N. P.* XLV, 1919

(1011) Aequivalente der Trauer. *Z.* XI, 1925

(1012) Die kindliche Bewegungsunruhe. Z. XII, 1926

(1013) Gemuetsbewegungen oder Affekte. In Federn-Meng: *Ps-a. Volksbuch,* 1926

(1014) Die Triebe. In Federn-Meng: *Ps-a. Vol\sbuch,* 1926

(1015) Die Bewusstseinsstoerungen. **In Federn-Meng:** ***Ps-a. Vol\s-buch,*** 1926

(1016) Die Schizophrenie. In Federn-Meng: *Ps-a. Vol^sbuch,* 1926

(1017) Paranóia. In Federn-Meng: *Ps-a. Vol\sbuch,* Hippokrates Verlag, 1926

(1018) Automatismen, Zwangsneurose und Paranóia. Z. XIII, 1927

(1019) Zur psychosexuellen Ger.ese der Dummheit. Z. 5. *W.,* 1929

(1020) Zur Theorie der Dummheit. *Paed.* IV, 1930

(1021) Affects, Passions and Tetnperament. *Jo.* XIX, 1938

(1022) Some Remarks on the Formation of the Anal-Erotic Character.

Jo. XX, 1939 14. 20

LANDMARK, **JOHANNES**

(1023) Ueber den Triebbegriff. *lm.* XX, 1934 5

(1024) Der Freud'sche Triebbegrifi und die erogenen Zonen. *lm.*

XXI, 1935 ' 5

LANTOS, BARBARA

(1025) Analyse einer Konversionshysterie im Klimakterium. Z. XV,

1929 12, 23

LATIF, J. (1.026) Some Etiological Factors in the Pathology of Stammering. *M.*

XVII, 1938 15

LAUBI, O.

(1027) Ein Fali von Psychoanalyse bei einem erwachsenen Stotterer.

M. ges. Sprach., 1911 15

5

5 1

. 6

1

6

1

8

1

0

9

1

5

2

5

1

2

1

8

1

8

1 1

5 8

.

I

2

O

3

,

1

2

0

3

,

2

1

, 9

590

591

LEHRMAN, PHILIP R.

(1028) Analysis of a Conversion Hysteria Superimposed on an Qld *Capítulo* **Diffuse** Central **Nervous** System Lesion. /. *N. M. D.* LIV, 1921 I2

(1029) Some Unconscious Determinants in Homicide. *Psych. Q.* XIII, 1939 l6

LENNOX, W. G.

(1030) —and Cobb, St.: Epilepsy. *Williams and Wil\ins,* Baltimore, 1928 * I3

LEVEY, HARRY B.

(1031) Oral Trends and Oral Conflicts in a Case of Duodenal Ulcer. *Q-* in, 1934 I3

(1032) A Critique of the Theory of Sublimation. *Ps.* II, 1939 9

LEVIN, MAX

(1033) The Activation of a Repressed Impulse under Apparently Paradoxical Circumstances. *Jo.* XVIII, 1936 <j

LEVINE, MAURICE

(1034) Pregenital Trends in a Case of Chronic Diarrhoea and Vomiting. *Q.* III, 1934 I3

(1035) Notes on the Psychopathology of Suspicions of Marital Infidelity. /. *Med.* XIX, 1938 18

(1036) The Diagnosis of Normality. /. *Med.* XX, 1939 23

(1037) Psychotherapy in Medicai Practice. *Macmillan,* New York,

1942 23

LEVY, DAVID M.

(1038) Use of Play Technique as an Experimental Procedure. *A. J.*

Orthops. III, 1933 23

(1039) Studies in Sibling Rivalry. *A. Orthopsych. Assn.,* New York,

1937 5

(1040) "Release Therapy" in Young Children. *Ps.* I, 1938 23

(1041) Maternal Overprotection. *Columbia Vmv. Press,* New York,

1943 5, 6, 20

LEVY, ER WIN

(1042) Some Aspects of the Schizophrenic Formal Disturbance of

Thought. *Ps.* VI, 1943 18

LEVY, ESTELLE

(1043) Psychoanalytic Treatment of a Child with a Stealing Compul-

sion. *A. J. Orthops.* IV, 1934 16

LEVY, KATA

(1044) Vom Bettnaessen des Kindes. *Paed.* VIII, 1934 12

LEVY, LUDWIG

The Psychology of lhe: F.iícct Produced by Morphine. *Jo.* VI, 1925

LEVY, NORMAN A.

—and Grinker, Roy R.:: Psychological Observations in Affective Psychoscs Treated vwith Combined Convulsive

Shock and Psychotherapy. /. *M. M. D.* XCVII, 1943

LEVY-BRUHL Primitive Mentality. *IMacmillan,* New York, 1923

LEVY-SUHL, MAX

Ueber Hypnotismus uind seine Beziehungen zur Psycho-

anaJyse. *Hirzel,* Le:ipzig, 1929 Resolution by Psychoainalysis of Motor Disturbances in an

Adolescent. *Q.* VI,, 1937

ILEWIN, BERTRAM D.

Kotschmicren, Mensess und weibliches Ueber-Ich. Z. XVI,

1930 Warum Kinder von dlcn Erwachsenen gencckt werden.

Paed. IV, 1930

The Compulsivo Chanacter. ***M. R. R.,* 1930** Analysis and Structurc of a Transicnt Hypomania. *Q.* I,

(1045) (1046)

(1047)

(1048) (1049)

(1050) (1051)

(1052) (1053)

(1054) Anal Eroticism and thie Mechanism of Undoing. *Q.* I,

1932

(1055) The Body as Phallus. *Q.* II, 1933 (1056.) Claustrophobia. *Q.* IV, 1935

(1057) —and Others: Discussiion of DanieFs Case of Neurosis with

Diabetes Mellitus. *Q.* V, 1936

(1058) A Type of Neurotic Hypomanic Reaction. *Arch.N.Ps.*

XXXVII, 1937

(1059) Some Observations on Knowledge, Belief and the Impulse to

Know. *Jo.* XX, 1939

(1060) Concepts on Hypomainic and Related States. *R.* XXVIII,

1941

ILEWIS, NOLAN D. C.

(1061) A Psychoanalytic Studiy of Hyperthyroidism. *R.* X, 1923 (rofu)
Psychoanalytic Approaich to Children

under **Twelve** Years of

Age. *R.* XIII, 1926)

(1063) Studies on Suicides. >*R.* XX, 1933, and XXI, 1934

IJICHTENSTEIN, HEINZ

(1064) Zur Phaenomenologie: des Wiederholungszwanges und des

Todestriebes. *Im.* XXI, 1935

Capitulo 18

23

4, 18

23 15

5 **20**

17

9, 14, 16

16, 20

11



13 17

5, ro, 20

17

13

23 17

21

593

LIPTON, S. (1065) Dissociated Personality: a Case **Report.** *Psych. 0.* XVII,

LISS, EDWARD

(1066) Play Technique in Child Analysis. *A. J. Orthops.* VI, 1936

(1067) **Emotional** and Biological Factors Involved in Learning Proc-

esses. *A. /. Orthops.* VII, 1937

(1068) Learning Dirfkulties. *A. J. Orthops.* XI, 1941

(1069)

(1070)

(1071)

(1072) (1073) (1074) (1075) (1076)

(1077) (1078) (1079)

(1080) (1081) (1082)

(1083)

(1084)

(1085)

LOEW-BEER, HELENE

■—and Morgenstern, Milan: Heilpaedagogische Praxis. ***Sensen Verlag,*** **Wien,** 1936

LOEWENFELD, HENRY

Psychic Trauma and Productive Expcrience in the Artist. *Q.* X, 1941

LOEWENSTEIN, RUDOLPH Phallic **Passivity** in Mcn. *jo.* XVI, 1935

LORAND, **SANDOR**

Fetishism in Statu Nascendi. /o. XI, 1930

The Reactive Character. *M. R. R.,* 1930

Aggression and Flatus. *Jo.* **XII,** 1931

The Morbid Personality. *Knopf,* New York, 1931

Psychoanalysis Today, Its Scope and Function. *Covici*

Friede, New York, 1933

A Note on the Psychology of the Inventor. *Q.* III, 1934 Dynamics and Therapy of Depressive States. *R.* XXIV,

1937 Contribution to the Problem of Vaginal Orgasm. *Jo.* XX,

1939 Role of the Female Penis Fantasy in Male Character 'Forma-

tion. *Jo.* XX, 1939 Hypnotic Suggestion, Its Dynamics, Indications and Limita-

tions. /. *N. M. D.* XCIV, 1941 Anorexia Nervosa: Report of a Case. *Psychosom. Med.* V,

r943

LOWREY, LAWSON G.

Runaways and Normais. *A. J. Orthops.* XI, 1941

LUNDHOLD, IIELGE

Reprcssion and Rationalization. ***M.*** **XIII, 1933 LUZENBERGER,** A. VON

Psychoanalyse **in** einem **Falle von** Erroctungsangst ais Beitrag zur **Psychologie** des Schamgefuehls. *C.* I, 1911

Capítulo

12

23

10 10

23

21

5, 16

16

20

5 G

G

18 17

5 20

23

10, 13

16

20

11, 20

MACCURDY, JOHN T.

A Psychological Feature of the Precipitating Factors in the Psychoses, and Its Rclation to Art. /. *Ab. P.* IX, 1914

MACFARLANE, DONALD A.

Arthritis and Aggressivencss. Paper read at the Spring Meeting of the San Francisco Psychoanalytic Society, San

Francisco, 1942

MACK-BRUNSWICK, RUTH A Supplement to Freud's History of an Infantilc Neurosis.

Jo. IX, 1928

Die Analyse eines Eifersuchtswahnes. Z. XIV, 1928 The Pre-Oedipal Phasc of the Libido Development. *Q.* IX,

1940 The Accepted Lie. *Q.* XII, 1943

MAEDER, ALPHONSE

Sexualitaet und Epilepsie. Y. I, 1909

Psychologische Untersuchungen an Dementia Praecox-

Kranken. *Y.* II, 1910 Psychoanalyse bei einer melancholischen Depression. Y.

III, 1911

MAEDER, LEROY A. M. Diagnostic Criteria: The Concept of Normal and Abnormal.

Family, 1941 Relations of Psychoanalysis to Psychiatry. *Arch. N. Ps.*

XLIX, 1943

MAENCHEN, ANNA

Denkhemmung und Aggression. *Paed.* X, 1936 On Neurotic Disturbances of Sleep. *Jo.* XXIII, 1942

MAHLER-SCHOENBERGER, MARGARETE Pseudo-Imbecility: A Magic Cap of Invincibility. *Q.* XI,

1942 —and Rangell, Leo: A Psychosomatic Study of Maladies des

Tics. *Psych. Q.* XVII, 1943

MALINOWSKI, BRONISLAW

(1101) Mutterrechtliche Familie und Oedipuskomplex. *Im.* X, 192*4

(1102) The Sexual Life o£ Savages. *Routlcdge,* London, 1929

MARCUS, ERNST

(1103) Psychische Beeinflussung der Menstruation. *C.* II, 1912

(1086)

(1087)

(1088)

(1089) (1090)

(1091)

(1092) **(1093)**

(1094)

(1095) (1096)

(1097) (1098)

(1099) (1100)

Capítulo

18

1

i

3. S

1 2

0

8,

5

2

0

1

3

1

8

17

23 18

10, 23

10

10, 23

15

13

595

çao da sexualidade nao conduz à sublimação da energia, mas, ao contrário mantém o instinto sexual

insatisfeito, sem alteração, no inconsciente; daí ocorrer transtorno (pelos instintos insatisfeitos) da sublimação

pretendida e de toda atividade.

Antes de Freud, a ciência desconhecia a existência de qualquer sexualidade infantil — o que mostra com

que intensidade a esta resista, em geral De onde é que vem esta resistência? Onde foi que se originou a superstição

do perigo da sexualidade infantil? E onde é que surgiu uma forma de educação que reprime em demasia os

instintos? Todas estas atitudes e, bem assim, as ideias concernentes à moral (que diferem muito conforme as

sociedades) resultam das situações sociais respectivas e têm de ser analisadas criticamente em função das situações

sociais (131, 1278).

A esta altura, se faz compreensível o cepticismo já expresso. A higiene mental é limitada pelas condições

sociais; e como movimento prático, é até criada pelas mesmas forças sociais que lhe restringem a eficácia (307).

As neuroses são males resultantes da influência de uma educação que depende menos das opiniões e

personalidades dos educadores individuais que das condições sociais gerais, as quais determinam as instituições

educativas, e bem assim, as opiniões e personalidades dos educadores individuais.

Claro que o analista pode fazer certo número de sugestões gerais a respeito da educação infantil individual

para o fim de evitar neuroses futuras (833, 834, 1303, 1309, 1582). Sempre que possível, evitar-se-ão advertências

concernentes aos impulsos instintivos; e sempre que possível, evitar-se-ão excitações intensas, desnecessárias, que

venham de fora e que aumentem as exigências instintivas de maneira a exceder-lhes o desenvolvimento

espontâneo. Pode-se dizer: (1) é bom evitar que as crianças presenciem cenas sexuais entre adultos; (2) é bom

reduzir, tanto quanto possível, a oportunidade de seduções por adultos ou crianças de mais idade; (3) é bom evitar

ameaças diretas de castração; (4) é bom ensinar às crianças hábitos de asseio da maneira correta, nem cedo demais,

nem demasiado tarde, nem com severidade excessiva, nem com excessiva emocionalidade; (5) é bom preparar as

crianças com vistas ao futuro, na previsão de acontecimentos iminentes extraordinários, quais sejam, o nascimento

de irmãos, operações etc.; (6) é melhor compreender as necessidades da criança que usar padrões disciplinares

rígidos.

Tudo isto é importante (e a lista poderia, claro, continuar), mas não tem importância demasiada; é muito

limitada a eficácia destas sugestões. Assim nos manifestando, temos em mente não só o fato de que podem ocorrer

traumas malgrado a melhor assistência, o que, certamente, não seria objeção a que se faça o máximo possível. O

que limita a eficácia das sugestões higiênico-mentais é a circunstância de que condições crónicas do ambiente,

quase impossíveis de se modificar, têm muito mais influência do que qualquer medida educativa isolada. Certas

palavras com que o adulto reage a um ato instintivo da criança são menos decisivas do que as atitudes crónicas e

latentes dos pais em relação aos instintos em geral. Em excelente ensaio, mostrou Reich que o valor hi-giênico-

mental de certa experiência é determinado menos pelo seu conteúdo manifesto do que pelo ambiente psíquico total

em que ocorre (1273). A estrutura psíquica da criança é que determina o efeito gratificador ou ameaçador da

experiência. Esta estrutura, por sua vez, depende da totalidade da sua experiência passada, bem como das

influências presentes.

As condições crónicas que não se podem modificar à vontade consistem (a) no *inconsciente* dos

educadores, que lhes determina não tanto as "medidas educativas" quanto o comportamento cotidiano; e *(b)* na

própria instituição da família, na relação entre a família e os grupos extrafamiliais e a tradição cultural. (Este fator

é mais importante que o fator (a) e o influencia. Tem-se de compreender que ó verdadeiro objetivo da educação

não é idêntico nem aos objetivos arrolados nos compêndios de pedagogia, nem aos objetivos conscientes dos

educadores. As intenções e modos de pensar dos pais ou mestres individuais não têm tanta importância quanto as

instituições sociais que sobre eles atuam; e são: a família, a escola. *A família:* situação em que um casal que tem

relações sexuais vive junto com uns poucos filhos apenas, sendo um dos membros deste casal aquele que mais ou

menos absolutamente governa; a *escola:* instituição em que vigoram hábitos e regulamentos (carteiras, horas

marcadas, programas, currículo).

A "educação progressiva", que tenta evitar os erros do período anterior de modo a impedir frustrações, tem

ido, às vezes, ao extremo oposto; daí depender das forças sociais tanto quanto a educação "autoritária". É

impossível o evitar de frustrações, porque a realidade, necessariamente, as acarreta; daí a razão por que uma

criança artificialmente protegida estará para ela muito mal preparada; quanto mais se evitam frustrações precoces,

mais se verá que as pequenas frustrações posteriores terão o mesmo efeito que as intensas têm sobre pessoas



normalmente criadas. A tendência dos educadores a serem "sempre bons, gentis", tem, ainda mais, as

consequências de que: (1) a criança ganha a impressão de que a agressividade é terrivelmente proibida; sempre que

se sente agressiva, a reprime e a brandura externa torna o superego interno (quando menos, em sua atitude para

com a agressividade) mais severo, a criança podendo chegar a ponto de desejar, para se aliviar, uma autoridade

severa externa (180); (2) os pais têm de reprimir a agressividade respectiva, a qual, certamente, há de então

aparecer de maneira que não se deseja e em grau que não se quer.

É frequente a "educação moderna" firmar o ponto de vista de que "a agressividade é má". Não sabemos o

que é "bom" e o que é "mau"; mas sabemos que a agressividade é necessária em muitas situações da vida; aquele

que não for capaz de usá-la terá o mesmo "handicap" que aquele que haja perdido a capacidade sexual (1349).

Certamente que uma modificação artificial na educação de algumas crianças individuais não lhes há de

poupar conflitos severos. É antes o contrário que sucede. Estas crianças serão, mais cedo ou mais tarde, levadas a

conflitos mais severos pelo fato de que em toda a parte ouvirão o contrário do que se lhes ensinou em casa ou na

escola especial.

A higiene mental, portanto, é capaz de aconselhar em casos individuais, mas é ineficaz quando defronta

problemas do público em geral. Não são os analistas que prescrevem os meios e objetivos da educação: estes têm-

se desenvolvido por forma autónoma, em situações históricas e conflitos sociais que ocorreram através de

condições presentes (e passadas). Prescreve-se, socialmente, em que amplitude se permitem exigências instintivas

infantis, em que amplitude têm de ser reprimidas; mas também se prescrevem os modos pelos quais se aplicam as

frustrações estabelecidas, as maneiras pelas quais se obriga a

criança a reagir a estas frustrações. A "psicossociologia comparada da educa ção" é setor científico novo da

maiorimportância prática, mas não cabe aqui **expô-la,** nem discuti-la em detalhe (131, 650).

Não ocorrem as neuroses por necessidade biológica, como o envelhecimento; nem têm determinação

puramente biológica como a leucemia. O desamparo do bebé humano e a diferenciação do ego organizado a partir

do id são **pré-condições** do desenvolvimento das neuroses (618); mas não são as causas das neuroses, como a

existência do estômago não é a causa das gas-tropatias. Nem são as neuroses "influenciadas por condições sociais"

como o é a tuberculose, doença cujo curso pode ser decidido por condições de moradia e alimentação. As neuroses

são doenças sociais em sentido muito mais estrito. As exigências reprimidas representam forças biológicas (e

mesmo isso apenas em última análise); mas o fato sequer de terem de ser reprimidas resulta da pressão do

ambiente social. A necessidade **das defesas patológicas** não resulta das privações que se originam na insuficiência

infantil, mas daquelas que os pais e educadores impõem à criança, por palavras ou pelo seu comportamento. Estas

medidas educativas, por sua vez, representam exigências da civilização que antagonizam a gratificação instintiva

(561, 1396). E são as exigências da civilização atual, com todas as suas manifestações contemporâneas, que

produzem os neuróticos de hoje (819). Ao que saibamos, outras civilizações produziram iam-bém neuroses, mas

estas eram diversas das neuroses de hoje em dia porque outras civilizações exigiam outras privações e impunham

o desenvolvimento de outras reações às mesmas. Muitas formas de reação que. hoje, chamamos neuroses

obsessivas são anormais e institucionalizadas em outras civilizações; as "neuroses demoníacas do século XVII",

que Freud estudou (610). não se ajustariam **a** esquema diagnóstico algum dos nossos dias. Aliás, é possível

observarmos de que modo o quadro clínico das neuroses se modifica paralelamente na sociedade. Neste particular,

o psicólogo tem de se reconhecer incompetente e concordar em que o problema da etiologia das neuroses não é

problema médico individual, e sim problema que exige consideração sociológica complementar (433).

As neuroses são a consequência de medidas educativas desfavoráveis e socialmente determinadas,

correspondendo a certo meio social, historicamente desenvolvido: consequência necessária neste meio. Não

podem ser modificadas sem que se modifique, correspondentemente, o meio.

Se uma sociedade se torna instável, se se enche de tendências contraditórias, se se transforma em palco de

lutas entre as suas diversas partes, é só a força que determina de que modo e para que objetivos se dirige a

educação. A instabilidade e as contradições de uma sociedade se refletem na sua educação; posteriormente nas

neuroses dos indivíduos educados.

E grande a tentação de penetrar na sociologia da educação e na moral; **mas** o que se disse **ilustrar-se-á** com

dois simples exemplos, apenas.



A **auto-estima** de uma pessoa, bem como o conteúdo e grau das suas defesas dependem dos seus "ideais",

os quais são menos desenvolvidos pelo ensino direto do que pelo espírito total em que se desenvolve a vida de

uma criança.

Uma sociedade autoritária tem de promover em seus membros a disposição à obediência futura lhes

martelando a mente com **a** ideia que tem toda autoridade: promessas condicionais. "Se obedeceres, se te

submeteres, receberás participação (real ou imaginária) no poder e na proteção." As sociedades de-542

iriocráticas favorecem os ideais de independência, autoconfiança, controle ativo. As sociedades nas **quais**

lutam elementos "autoritários" e "democráticos" serão contraditórias **também nos seus ideais. A criança**

aprende que tem de se submeter e obedecer para ganhar as provisões de que precisa; e aprende **do** mesmo

passo: "Arranja-te sozinho." Historicamente, o tipo autoritário de ideal não encontrava oposição no feudalismo; os

súditos, realmente, tinham o de que precisavam, se renunciassem à independência; e a disposição mental da maior

parte do povo a aceitar esta dependência era necessária à conservação da sociedade. O capitalismo que surgia

trouxe o ideal oposto: a livre competição precisava **dos novos ideais de liberdade e igualdade. O**

desenvolvimento posterior do capitalismo, contudo, não só criou, de maneira nova, uma maioria de pessoas

que tinham de se manter contentes numa frustração e dependência relativas; também contradições

económicas fizeram toda a sociedade instável a ponto de, com o desaparecimento da livre competição,

tornarem a aparecer necessidades **autoritárias. Do mesmo** passo, todos se sentem em perigo quando tentam, de

qualquer modo, se estabelecer solidamente; se sentem **em** perigo **até na própria existência; daí resulta que as**

atividades do indivíduo individualmente ficam sem esperança; por esta forma aflorando à superfície desejos

regressivos de regulação passiva-receptiva: Revivem-se, e **até aumentam, os antigos** ideais **feudalísticos, daí**

resultando uma mistura de ideais, conflitos e, mais, tarde, neuroses. **A diferença que ocorre nas condições**

económicas e, bem assim, na **história é responsável pelas diferenças enormes que se vêem nas misturas de**

"autoridade" e "democracia" com que deparamos, atualmente, em todos os países. De modo geral, toda

sociedade capitalista, pelo fato de que prepara as crianças para o papel que o dinheiro e a competição irão

desempenhar na vida delas, favorece a intensificação de desejos sádico-anais; o que é tanto mais

desfavorável quanto, simultaneamente, se desestimula e se frustra a sexualidade genital (434, 1278).

Segundo exemplo, que é até mais geral: É característico da sociedade contemporânea o **fato de que muita**

gente não consegue satisfazer as suas necessidades, se **bem que haja os meios com que** satisfazê-las. Os livros de

psico-patologia **discutem extensamente as deficiências** do superego nas pessoas **que** furtam; mas **parece que o**

problema deve ser posto de **outra forma: Por que é** que **tanta gente *não furta?* Verdade é que,** em primeiro

lugar, as pessoas se abstêm de **furtar porque são impedidas pela** força. **A** maioria, porém, não **é impedida,**

simplesmente, pela força e pelo medo do castigo. A realidade social conseguiu despertar, em certo tipo

especial de consciência, uma força intrap-síquica, a qual se opõe às necessidades **que** pedem satisfação. Não se

furta porque **"não é direito",** de modo que instituições sociais especiais produzem, em **seus membros,** o

desenvolvimento de forças contra-instintivas especiais. E esta necessidade tem de ser o fator decisivo na

orientação antissexual também de certas civilizações.

Os nossos comentários deixam claro que a compreensão do poder formativo das forças sociais sobre as

mentes .individuais não exige modificação alguma nos conceitos freudianos dos instintos, conforme pensam certos

autores (653, 820, 921). As necessidades instintivas são a matéria-prima formada pelas influências **sociais. £ tarefa**

de uma sociologia psicanalítica estudar os pormenores desta conformação (650). Embora contenham possibilidades

múltiplas, as diversas "constituições biológicas" *não* são realidades mas potencialidades. É a experiência, vale

dizer, são as condições culturais que transformam as potencialidades em realidades, que modelam a

verdadeira estrutura psíquica do homem, lhe encaminhando as exigências instintivas, em certas direções,

favorecendo algumas dentre elas e bloqueando outras, e até fazendo que partes delas se voltem contra o resto.

Nao é só de fatores concernentes à educação das crianças que decorrem as limitações sociais da higiene

mental. Também nos adultos é frequente ver a situação social impedir que se sigam as prescrições de uma higiene

mental teórica. Os benefícios da assistência social psiquiátrica não se devem minimizar, mas é provável que quase

todos aqueles que trabalham neste tipo de assistência hão de convir que a realização das exigências básicas da

higiene mental depende de pré-requisitos a que esta não pode atender. Não consistirá a primeira tarefa da higiene

mental em dar trabaiho, pão, satisfação das necessidades básicas de todos os homens?

É certo que a miséria verdadeira, não cria neuroses em adultos, mas cria frustrações e, pois, regressões. Não

cria neuroses, mas pode ser fator que lhes precipite o desenvolvimento. Neste sentido, encerr.am alguma verdade

as antigas ideias de que o nervosismo é criado pela "pressa" e pela "competitividade" da civilização moderna.

Além disto, porém, a miséria verdadeira dos adultos é capaz de criar neuroses por forma indireta, a saber, na

geração seguinte, que tiver sido educada por adultos frustrados.

É estranho que se ouçam dois juízos absolutamente contraditórios **em** relação às neuroses. Há quem diga

que as neuroses são resultado direto da miséria social, que **não** é de espantar que quem não tem comida nem

abrigo fique "nervoso". For outro lado. dizem outros que as **neuroses** são, por assim dizer, "luxo de gente rica

ociosa"; e que o operário tem mais em que pensar para ser nervoso. Erram tanto uns quanto outros e, nesta colisão

de opiniões, as duas afirmativas apenas revelam a resistência emocional geral que se opõe ao estudo desprovido de

preconceitos das neuroses. A extensão enorme das neuroses, na sociedade moderna, não reconhece

quaisquerdiferençasde classe. Isso dizendo, não contrariamos a tese de que as neuroses sejam socialmente

determinadas; apenas ilustramos o fato de que a moral, malgrado as condições de vida extremamente diversas, não

difere muito conforme as classes da mesma sociedade (na realidade existem diferenças de classe no que toca às

neuroses, mas são diferenças de menor porte, correspondentes a diferenças das. experiências reais das crianças)

(133, 136, 496).

A higiene mental na vida dos adultos seria eficaz como profilaxia da neurose se conseguisse impedir

frustrações novas e repressões destas resultantes; se conseguisse proporcionar satisfações que representassem

"sedução da saúde"; se conseguisse criar condições que não remobilizassem antigos conflitos infantis. Seria ainda

mais eficaz se pudesse **impedir** os próprios conflitos patológicos se pudesse, em todas as ocasiões em que é

necessário interferir nos impulsos **da** criança, deixar **a** esta abertas mais vias de reação, vias com menos

sentimentos **de** culpa, mais autoconfiança, mais ativídade, razão, decisão independente: com menos **automatismos**

arcaicos — se conseguisse criar egos razoavelmente fortes que previssem as consequências dos seus atos. "Onde

id houve, haverá ego", disse Freud (628); o que se pode completar dizendo: Também "onde superego houve" (quer

dizer, a autonomia automática de sentimentos de culpa irrazoáveis, o princípio de talião, vingança, automatismos),

"haverá

544

ego" (isto é, manipulação razoável da realidade); mas este "haverá" Dckam *Pm* barreiras socialmente

determinadas. esbaml

Nao é porque ainda atuem instintos primitivos dentro de nós t mos guerras, miséria, neuroses; o que há é

que os nossos instintos ainda nersistem sob forma desfavorável, isso servindo para gerar guerras e miséria

bém

para produzir neuroses — porque ainda não aprendemos a evitar as ai ^pa miséria mediante regulação

mais razoável, menos incoerente J, | -sociais. '

relações

Não sabemos se não haveria também neuroses, se outras fossem dições sociais; mas sabemos que, nas

condições atuais, por força de sociais, a instituição de uma profilaxia das neuroses constitui trabalho de

Quando, às vezes, porém, defrontando a enorme miséria neurótica (enã^ neurótica) dos nossos dias,

chegamos quase a desesperar porque comoreen demos que só podemos **ajudar cinco a** dez pessoas por ano,

consola-nos a id" de que este limitado serviço terapêutico vem a ser também o método de nes quisa de uma ciência

que talvez alcance um dia a possibilidade de aplicação mais"

Bibliografia

Tinha-se preparado bibliografia ampla da teoria psicanalítica da neurose, mas a escassez

de papel impõe limitações, no momento; daí por que esta lista apenas abrange: (a) todos os

livros e artigos que se mencionam no texto; e (b) algumas publicações que têm importância

geral na explanação do assunto..Restringe-se a bibliografia às literaturas inglesa e alemã. Dos

livros e artigos que foram publicados nas duas línguas citam-se as edições inglesas.

CHAVE DAS ABREVIAÇÕES QUE SE USAM NA BIBLIOGRAFIA

Acta Psychiatrica et Neurológica Acta Psychologica American Heart Journal American

Imago

American *Journal oí* Diseases of the Child American Journal of Insanity American

Journal of Mental Science American Journal of Obstetrics and Gynecology American Journal

of Orthopsychiatry American Journal of Psychiatry ■American Journal of Physiology

Allgemeine Zeitschrift fuer Psychiatrie Annals of Internai Medicine American Orthopsychiatric

Association Archive for Dermatology and Syphilology Archiv fucr die gesamte Psychologie

Archive for **Neurology** and Psychiatry American **Society** for Research **in Psychosomatic** Problems

Association for Research in Nervous and Mental Diseases **Autoreferat (review** by the **author)** British Journal of Dermatology

British Journal of Inebriety British Journal of Psychology British Medicai Journal Bulletin of the Forest Sanitarium Centralblatt

fuer Psychoanalyse Canadian Journal of Medicine and Surgery

Ferenczi, Sandor: *Contnbutions to Psychoanalysis,* Richard C. Badger, Boston, 1916 Cornell University Medicai

Bulletin

Freud, Sigmund: *Collected Papcrs,* Institute of Psychoanalysis and Hogarth Press, London, 1924 Deutsche Aerzte

Zeitung *DJseases oí the Nervous System* Deutsche Zeitschrift fuer Homoeopathíe Ergebnisse der inneren Medizin und

Kinderheilkunde Jones, Ernest: *Essays in Applied Psychoanalysis,* International Psy-choanalytic Press, London, 1923

Ferenczi, Sandor: *Further Contnbutions to the Theory and Tech-niqtie of Psychoanalysis,* Institute of Psychoanalysis

and Hogarth Press, London, 1926

Acta Ps. et N.

Acta Psychol.

A. Heart /.

A.lm.

A. /. D is. Child

A. 1.1.

A. J. M. S.

A.]. Obs. and Gyn.

A.}. Orthops.

A. /. P.

A. J. Ph.

Allg. Z. f. Ps.

Ann.lnt. Med.

A'. Orthopsych. *Assn.*

Arch, *Derm. Syph.*

Arch. ***ges.*** *Psych.*

Arch. A7. *Ps.*

A.Soc.Res.Ps-s.Pr.

Assn. Research N. Aí. *D.*

Autorej.

B. j. D.

B. /. In.

B. /. P.

B. M. J.

Buli. Forest San.

C.

Can. /. M. S.

Con.

Comcll ***Univ.*** *Med. Buli CP.*

D.A.Z. Du,Xeri>. S. D.Z.Hom. E.inn.M.K. Ess.

F.C.

Vortschr. Med.

G.

III. Psych.].

Itn.

Inst. for Ps-a.

Inst. o/ ***Ps-a.***

Int. ***Ps-a.*** *Congr.*

Int. Ps-a. P.

Int. *Ps-a. V.*

f. Ab. P.

J. A. M. A.

fb. Ps. N.

J. Crim. Psych.

J. Med.

J.M.S.

J. N. M. D.

J. N. Ps.

J.N.Psychop.

Jo.

]. Soe. Psych.

Kl.B.

Kl.R.

M.

Menn. Buli.

M. ges. Sprach.

M.H.

M. N. P.

M.R.

M. R. R.

Neue Erz.

Neur. Z.

New Engl. /. M.

N. M. D. Pub. Co.

N. Y. M. /.

N. Y. S. Hosp. B.

N. Y. S.}. M.

P.

Paed.

P.B.

Proc. R. S. M.

Ps.

Ps-A.

Ps-a.

Ps-a. Bwgg.

Ps-a. Q. Inc.

Ps-a. V.

Psychol. Rec.

Psychol. Rev.

Psyc/iosom. Med.

Psychosom.Med. Monogr Psych. Q.

548

Fortschritte der Medizin

Concerning thc psychoanalytic theory of neurosis in general

Illinois Psychiatric Journal

Imago

Instituto for Psychoanalysis (Chicago)

Institutc of Psychoanalysis **(London)**

International Psychoanalytic Congress

International Psychoanalytic Press

Internationaler Psychoanalytischer Verlag

Journal of Abnormal Psychology

Journal of the American Medicai Association

Jahrbuch fuer Psychiatrie und Neurologie

Journal of Criminal Psychopathology

Journal of Medicine

Journal of Mental Science

Journal of **Nervous** and Mental Disease

Journal of Neurology and Psychiatry

Journal of Neurology and Psychopathology

International Journal of Psychoanaiysis

Journal of Social Psychology

Abraham, Karl: *Klinische Beitraege zur Psychoanalyse,* Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wicn, 1921

Klinische Rundschau

British Journal of Medicai Psychology

Bulletin of the Menninger **Clinic**

Monatsschrift fuer die gesamte Sprachhcilkunde Mental Hygiene

Monatsschrift fuer Neurologie und Psychiatrie

Medicai Record

Medicai Review of Reviews

Neue Erziehung

Neurologisches Zentralblatt

New England Journal of Medicine

Nervous and Mental Disease Publishíng Company

New York Medicai Journal

New York State Hospital Bulletin

New York State Journal of Medicine

Jones, Ernest: *Papers on Psychoanalysis,* ist ed., Wood and Co.,

New York, 1913

Zeitschrift fuer Psychoanalytische Paedagogik

Psychiatric Bulletin

Proceedings of the Royal Society of Medicine

Psychiatry

Psychoanalysis

Psychoanahtic

Psychoanalytische Bewegung

The Psychoanalytic Quartcrly Incorporated

Psychoanalytische Vcrcinigung

Psychological Record

Psychological Review

Psychosomatic Medicine

Psychosomatic Medicine Monographs

Psychiatric Quarterly

Q-

R.

Schw.A.N.P. Schw.M.W. S.P.

S. P. H.

Ti: A. N. A. W. m. W.

W. ps-a. V.

y. z.

Z. ges. exp. M. Z. ges. N. P. Z. G. G. Z. ind. Abst. Z. Psychoth. Z. Soz. Z. S. W.

Psychoanalytic Quarterly

Psychoanalytic Review

Schweizer Archiv fuer Neurologie und Psychiatrie

Schweizer Mcdizinische Wochenschnft

Abraham, Karl: *Selected Papers,* Institute of Psychoanalysis and

Hogarth Press, London, 1927

Freud, Sigmund: "Selected Papers on Hysteria," *N. M. D. M. S.*

No. 4, New York **and** Washington

Transactions of the American Neurological Association

Wiener medizinische **Wochenschrift**

Wiener psychoanalytische Vereinigung

Jahrbuch fuer psychoanalytische Forschungen

Internationale Zeitschrift fuer Psychoanalyse

Zeitschrift fuer die gesamte experimentelle Medizin

Zeitschrift fuer die gesamte Neurologie und Psychiatrie

Zeitschrift fuer Geburtshilfe und Gynaekologie

Zeitschrift fuer induktive Abstammungs und Vererbungslehre

Zentralblatt fuer Psychotherapie

Zeitschrift fuer Sozialforschung

Zeitschrift fuer Sexualwissenschaften



ABRAHAM, KARL

(1) The Psychoscxual Differences between Hysteria and Dementia Praecox. *S. P.*

(2) The Psychological Rclations between Sexuality and Alcoholism. *S. P.*

(3) Hysterical I^rearn States. *S. P.*

(4) Remarks on the Psychoanalysis of a Case of Foot and Corset Fetishism. *S. P.*

(5) Notes on the Psychoanalytical Investigation and Treatment of Manic-Depressive Insanity and Allièd Conditions. *S. P.*

(6) Zur Psychogenese der Strassenangst **im** Kindesalter. In: *Kl. B.*

(7) Mental Aftereffects Produced in a Nine-year-old Child by the Observation of Sexual Intercourse between Its Parents. 5. *P.*

(8) Restrictions and Transformations of Scoptophilia in Psychoneuroses; with Remarks on Analogous Phenomena in Folk Psychology. *S. P.*

(9) A Constitutional Basis of I^ocomotor Anxiety. *S. P.* **ff** o) Ueber Neurotische Exogamie. *Kl. B.*

(11) The Ear and Auditory Passage as Erotogenetic Zone. *S. P.*

(12) Zum Verstaendnis suggestiver Arzneiwirkungcn bei ncurotischen Zustaenden. Z. II, 1914

(13) The First Pregenital Stage of the Libido. *S.P.*

(14) Ejaculado Praecox. *S. P.*

(15) The Spendíng of Money in Anxiety States. *S. P.*

(16) —Freud, Sigmund, **Fercnczi,** Sandor, and Simmel, Ernst: Psycho-analysis and the War Neuroses. *Int. Ps-a. P.,* London, 1921

(17) A Particular Form of Neurotic Resistance against the Psycho-analytic Method. *S. P.*

Capitulo 18

16 12, 13

16

17 **11**

5

1

0

>

1

1

1

2

0

6,

5

1

> 6. 8

2

3

5

1

, 16, 7

I

O

1

4

7

M

549

(18) The Applicability of Psychoanalytic Treatment to Patients at an Advanced Age. *S. P.*

(19) The **Narcissistic Evaluation** of Excretory Processes in Dream and Neuroses. *S. P.*

(20) Manifestations of the Female Castration Complcx. *S. P.*

(21) Contributions to the Theory of the Anal Character. *S. P.*

(22) Discussion of Tic. *S. P.*

(23) The Spider as Dream Symbol. *S. P.*

(24) The Inflúence of Oral Erotism on Character Formation. *S. P.*

(25) Character Formation on the Genital Levei of Libido Development. *S. P.*

(26) A Short Study of the Development of the Libido. *S. P.*

(27) Psychoanalyse und Gynaekologie. Z. *G. G.* LXXXIX, 1925

(28) Psychoanalytical Notes on Coué's Method of Self-Mastery. *Jo.* VII, 1926

(29) The History of an Impostor in the Light of Psychoanalytic Knowledge. *Q.* IV, 1935

ACHELIS, WERNER

(30) Das Plattenlaufen. *Paed.* III, 1929

AICHHORN, AUGUST

(31) Wayward Youth. *Putnam,* London, 1936

(32) Zum Verwahrlostenproblem. *Paed.* I, 1926

(33) Psychoanalytisches Verstaendnis und Erziehung Dissozialer. In

Federn-Meng: *Ps-a. Vol\sbuch,* 1926

(34) Erziehungsberatung. *Paed.* VI, 1932

(35) Zur Technik der Erziehungsberatung. *Paed.* X, 1936

ALEXANDER, FRANZ

(36) The Castration Complex in the Formation of Character. *Jo.* VI,

1923

(37) Psychoanalysis of the Total Personality. *N. M. D. Pub. Co.,*

New York and Washington, 1930 6, 12,

(38) The Neurotic Character. *Jo.* XI, 1930

(39) Concerning the Génesis of the Castration Complex. *R.* XXII,

r935

(40) —and Staub, Hugo: The Criminal, the Judge, and the Public.

Allen and Unwin, London, 1931 The Medicai Value of Psychoanalysis. *Norton,* New York, 1932

(43) (44)

C

apítulo

r

7, 23

5 T

4> 18

.

I

5

0, 12,

»

J

1

3 **6, 20**

>

5 **1**

. **4, 20**

4

, n

1

0, 20

2

0

5 ■

9> 12,

.

1

1

6, 7, 18,

2

0, 22

1

0, 13

2

3

1

6, 22

9. 14

16, 20, 23 23

23 **23 23**

5, 14, 20 14, 19, 20

l6, "20

(40

(42) The Relation of **Structural** and Instinctual Conflicts. *Q.* II, 1933

The Inflúence of Psychological Factors upon Gastrointestinal Dis-

turbances. *0.* III, 1934 The Logic of Emotions and Its Dynamic Background. *Jo. X,*

'935 2, 13,

14, 20

10, 13

8, 20

13, 20 19, 20, 23

(45) —and Wilson, George: Quantitative Dream Studies. *0.* IV, 1935

(46) The Problem of Psychoanalytic Technique. *Q.* IV, 1935

(47) —and Healy, William: Roots of Crime. *Knopj,* New York, 1935

(48) Addenda to: "The Medicai Value of Psychoanalysis." *Q.* V. 1936

(49) ■—and Menninger, William: The Relation of Persecutory Delu-

sions to the Functioning of the Gastrointestinal Tract. /. *N. M. D.* LXXXIV, 1936

(50) —and Saul, Leon N.: The Human Spirogram. *A. J. Ph.* XLIX,

1937

(51) Emotional Factors in Essential Hypertension. *Psychosom. Med.*

I, 1939

(52) Psychoanalytic Study of a Case of Essential Hypertension. *Psy-*

chosom. Med. I, 1939

(53) Psychoanalysis Revised. *Q.* IX, 1940

(54) —and Saul, Leon N.: Respiration and Personality. *Psychosom. Med.* II, 1940

(55) — *et ai:* Proceedings of the Brief Psychotherapy Council, October, 1942. *Inst. for Ps-a.,* Chicago, 1942

(56) Fundamental Concepts of Psychosomatic Research: Psychogenesis, Conversion, Specificity. *Psychosom. Med.* V, 1943

ALLEN, CLIFFORD

(57) Introjection in Schizophrenia. *R.* XXII, 1935

(58) The Sexual Perversions and Abnormalities. *Oxford Medicai Pub.,* London, 1940

ALLEN, FREDERICK H.

(59) Psychotherapy with Children. *Norton,* New York, 1942

ALLENDY, R.

(60) Sadism in Women. *R.* XVII, 1930

ALMASY, ENDRE

(61) Daten zur manischen Assoziation und Affektuebertragung. Z. XIX, 1933

(62) Zur Psychoanalyse amentiaaehnlicher Faelle. Z. XXII, 1936

ALBERT, AUGUSTA

(63) The Latency Period. *A. J. Orthops.* XI, 1941

AMES, THADDEUS H.

(64) Prevention of Nervous and Mental Disease in Childhood. In Lorand: *Ps-a. Today,* Covici Fricde, New York, 1933

ANDERSON, O. D.

(65) —and Parmenter, R.: A Long-Term Study of the Experimental

Neurosis in the Sheep and Dog. *Psychosom. Med. Monogr.,* New York, 1941

Capítulo 13, 20

23

l6, 20

13 l8

13 **11**

23 13

l8 16

23 16

13, 18

6

23

551

ANDREAS-SALOME, LOU

(66) Anal und Sexual. *Im.* IV, 1916

BACON, CATHERINE

(67) Typical Personality Trends and Conflicts in Cases of Spastic

Colitis. *Q.* III, 1934

BAK, ROBERT

(68) Regression of Ego-Orientation and Libido in Schizophrenia. *Jo. ′* XX, 1939

(69) Ueber die dynamisch-strukturellen Bedingungen des primaeren

Beziehungswahnes. *Z. ges. N. P.* CLXVI, 1939

(70) Dissolution of the Ego, Mannerism and Delusion of Grandeur.

/. *N. M. D.* XCVIII, 1943

BAKER, DORIS M.

(71) Cardiac Symptoms in the Neuroses. *Lewis,* London, 1943

BALINT, ALICE

(72) Ueber eine besondere Form der infantilen Angst. *Pacd.* **VII,**

1933

(73) Liebè zur Mutter und Mutterliebe. Z. XXIV, 1939

BALINT, MICHAEL

(74) Ueber die Psychoanalysc des Charaktcrs. Z. XIX, 1933

(75) Charakteranalyse und Neubeginn. Z. XX, 1934

(76) Der Onanie-Abgewoehnungskampf in der Pubertaet. *Pacd.*

VIII, 1934

(77) A Contribution to **Fetishism.** *Jo.* XVI, 1935

(78) The Final Goal of Psychoanalytic Treatment. *Jo.* XVII, 1936

(79) Fruehe Entwicklungsstadien des Ichs: Primaere Objektliebe.

***Im.* XXIII, 1937**

(80) A Contribution to the Psychology of Menstruation. *Q.* VI, 1937

(81) Eros and Aphrodite. *Jo.* XIX, 1938

BALLY, GUSTAV

(82) Zur Frage der Behandlung schizoider Neurotiker. Z. XVI, 1930

(83) Die Wahrnehmungslehre von Jaensch and íhrc Beziehung zu

psychoanalytischen Problemen. *Im.* XVII, 1931

(84) Ueber Hochstaplcr und Verwahrloste. *Pacd.* IX, 1935

BALSAR, BEN H.

(85) A Behavior Problem—Runaways. *Psych. O.* XIII, 1936

BAKINBAUM, MOSES

(86) Zum Problem des psychophysischen Zusammenhangs mit besonderer Beruecksichtigung der Dermatologie. Z. XX, 1934

552

Capítulo 5

18 18 18

13

5 4. 5

20 20

5.6 i6

23

4

5

18

4, **13**

16

16

»3

37)

(88) (89) **(9°)**

(90

(93)

(94) (95)

(96)

(97) (98) (99)

(100)

(101) (102)

(103)

(104)

(105)

(106) (107)

BARRAS, MARY

The Treatment of Psychotic Patients in Institutions in the Light of Psychoanalysis. /. *N. Psychop.,* 1925

BARTEMEIER, LEO H.

A Counting Compulsion. *Jo.* XXII, 1941

Micropsia. *Q.* X, 1941

Concerning the Psychogencsis of Convulsive Disorders. *Q.* XII,

J943

BAUDOUIN, CHARLES

Ein Fali von Bettnaessen. *Pacd.* III, 1929 Ein Fali von Kleptomanie. *Pacd.* IV, 1930

BEHN-ESCHENBURG, HANNS The Antecedents of the Oedipus Complex. *Jo.* XVI, 1935

BENDER, LAURETTA

The Anal Component in Persecutory Delusions. *R.* XXI, 1934 —and Schilder, Paul: Suicidai Preoccupations and

Attempts in Children. *A. J. Orthops.* VII, 1937

BENEDF.K, THERESE

Notes from the Analysis of a Case ol **Erythrophobia.** *Jo.* VI,

1925

Todestrieb und Angst. Z. XVII, 1931 Mental Processes in Thyreotoxic States. *0.* III, 1934 Dominant Ideas and

Their Relation to Morbid Cravings. *Jo.*

XVII, 1936 Defense Mechanisms and Structure of the Total Personality. *0.*

VI, 1937

Adaptation to Reality in Early Infancy. *O.* VII, 1938 —and Rubenstein, Arnold: The Sexual Cycle in Women. *Psy-*

chosom. Med. Monogr., Washington, 1942

BERGLER, EDMUND

Zur Problematik der Pseudodebilitaet. Z. XVIII, 1932

—und Eidelberg, Ludwig: Der Mammakomplex des Mannes.

Z. XIX, 1933 " 5,

Psychoanalyse eines Falles von Pruefungsangst. Z. *Psychoth.,*

1933

Zur Problematik des oralen Pessimisten. *Im.* XX, 1934

—und Eidelberg, Ludwig: Der Mechanismus der Depersonalisa-

tion. Z. XXI, 1935 Some Spccial Vaneties of Ejaculatory Disturbance not Hilherto

Described. -*Jo.* **XVI,** 1935 Bemerkungen ueber eine Zwangsneurose in **ultimis.** Z. XXII,

1936

Capitulo 18,23

13

12

16

18 17

1

2

1, 0

8

i

3

5 1

. 6

2

0

4

13. 21

I

2

O, 3

1

2

6, 0

1

2

1, 0

1

2

0

6.

18

10, 20

14, 22

553

(no)

(III)

(112)

("3) **(114)**

(5 (116)

(117) (118)

(119) (120)

(121) (122)

(124)

(126)

(127) (128)

(129)

(130) (13O

(132) ('33)

Further Observations in the Clinicai Picture of Psychogenic

Oral **Aspermia.** *Jo.* **XVIII,** 1957 10,

Dic Psychische Impolenz des Mannes. *Huber,* Bcrn, 1937 Preliminary **Phases** of the Masculinc Beating Fantasy. *O.*

VII, 1938

Beitraege zur Psychologic der Eifersucht. Z. XXV, 1939 On the Psychoanalysis of the Ability to Wait and of

Impatience.

R. XXVI, 1939

Four Types of Neurotic Indecisiveness. *Q.* X, 1940 The Gambler: A Misunderstood Neurotic. /. *Crim. Psych.* IV,

1943

Legorrhoea. *Psych. 0.* XVIII, 1944 A New Approach to the Therapy of Erythrophobia. *Q.* XIII,

1944

BERKELEY-HILL, OWEN

The Anal Complex and Its Relation to Delusions of Persecution.

Jo. IV, 1923 Flatus and Aggression. *Jo.* XI, 1930

BERLINER, BERNHARD

Libido and Reality in **Masochism.** *0.* X, 1940

Short Psychoanalytic Psychotherapy; Its Possibilities and Its

Limitations. *Menu. Buli.* V, 1941

BERNER, EMMA Eine Einschlafstoerung aus Todesangst. *Paed.* XI, 1937

BERNFELD, SIEGFRIED

Zur Psychologie der Lektuere. Z. III, 1915

Zur Psychologie des Unmusikalischen. *Arch. ges. Psych.*

XXXIV, 1918

Zur Idiosynkrasie gegen Speisen. Z. V, 1919 Bemerkungen ueber Sublimierung. *Im.* VIII, 1921 Ueber eine typische

Form der maennlichen Pubertaet. *Im.* IX,

1923 Vom dichterischen Schafifen der Jugend. *Int. Ps-a. V.,* Wien,

1924

Ueber Faszination. *Im.* XIV, 1928 Sisyphos, oder ueber die Grenzen der Erziehung. *Int. Ps-a. V.,*

Vienna, 1928 Einige spekulative Bemerkungen ueber die **psychologische**

Bewcrtung telepathischer Prozesse. Z. *ges. N. P.,* 1928 Der soziale Ort und seine Bedeutung fuer Neurose, Vcrwahr-

losung und Paedagogik. ***Im.*** XV, 1929 Psychology of the Infant. *Kegan Paul,* London, 1929 Selbstmord. *Pacd.*

III, 1929 Die Tantalussituation. *Im.* XVII, 1931

C

aPUul0

I3, 16,

í0



I

o

1

1

8,

6

2

0

1

6

1

0,

M

1

6

2

0

1

2

0,

0

11,

1

8

1

5

1

2

6,

0

2

3

15, 16, 20

10

10

9

6

6 18

23

20

16, 20, 23 *A.* r8

20. 2?

554

(137) (138) (139)

(140)

(141)

(142) (143) (144) (145)

(146)

(147)

(148) (149) **(150)**

(151) (152)

(154) (155)

(156)

Zur Sublimierungstheorie. *Im.* XVII, 1931

Ueber die Einteilung der Tricbe. *Im.* XXI, 1935

Types of Adolesccnce. *Q.* VII, 1938

Freud's Earliest Theories and the School of Helmholtz. *0.* XIII, 1944

BERTSCHINGER, H. Illustrierte Halluzinationen. Y. III, 1911

BIBRING, EDWARD

Klinische Beitraege zur Paranoiafrage, I: Zur Psychologie der Todesideen bei paranoider Schizophrenie. *Z.* XIV,

1928

Klinische Beitraege zur Paranoiafrage, II: Ein Fali von Organ-Projektion. Z. XV, 1929

The Development and Problems of the Theory of the Instincts. *Jo.* XXI, 1941

The Conception of the Repetition Compulsion. *Q.* XII, 1943

BIBRING-LEHNER, GRETE

Ueber die phallische Phase und ihre Stoerungen beim Maed-

chen. *Paed.* VII, 1933 Ueber eine orale Komponente bei maennlicher Inversion. Z.

XXV, 1940

BIEN, E.

The Clinicai Psychogenic Aspects of Pruritus. *R.* XX, 1933

BINSWANGER, L. Psychoanalyse und klinische Psychiatrie. Z. VII, 1921

BIVIN, GEORGE D. —and Klinger, M. P.: Pseudocyesis. *Principia Press,* Bloom-

ington, Ind., 1937

BJERRE, POUL

Zur Radikalbehandlung der chronischen Paranóia. Y. III, 1911

BLAIR, DONALD

Prognosis in Schizophrcnia. /. *M. S.* LXXXVI, 1940 BLANCO, IGNAZIO MATTE

On Introjection and the Processes ot Psychic Metabolism. *Jo.* XXII, 1941

P/LANTON, **SMILETf**

What is theProblem of Stuttenng? /. ***Ab. P.*** **XIII,** 1918

—and Blanton, Margaret Gray: For **Stutteiers.** *Appleton-*

Century, New York, 1936 Analytic Studv of a Cure at Lourdes. O. **IX,** 1940

Capitulo 9

5

6

18

18 18

5 21

5 **16**

13 **18**

12, 13 18

18

17

15

15 23

555

T

(157) (158) (159)

(160)

(161) (162) (163) (164)

(165) (166)

(167) (168)

(169) (170) **(171) (172)**

(173) (174)

(175) (176)

(177) (178) (179) (180)

(181)

556

BBLEULER, EUGEN Alkohol und Neurosen. Y. III, 1911

BLUM, ERNST The Psychology of Study ; and Examinations. *Jo.* VII, 1926

BLUJMGART, LEONARD A Short Communciation con Repression. *R.* IV, 1916

BOEHM, FELIX

Beitraege zur Psychologiee der Homosexualitaet. Z. VI, 1920,

and Z. VIII, 1922

Bemerkungen ueber Trannsvestitismus. Z. IX, 1923 Homosexualitaet und Oeddipuskomplex. Z. XII, 1926 The Femininity

Complex c in Man. *Jo.* XI, 1930 Ueber zwei Typen von maaennlichen Homosexuellen. Z. XIX,

Anthropophagy, Its Formas and Motives. *Jo.* XVI, 1935

BCOISEN, ANTON T. The Form and Content of ! Schizophrcnic Thinking. *Ps.* V, 1942

BOJNAPARTE, MARIE

Ueber die Symbolik der Kvopftrophaeen. ***Ittt.*** XIV, 1928 Die Identifizierung einer TTochter mit ihrer verstorbcncn Mut-

ter. Z. XV, 1929

Eine kleptomane AnwandHlung. Z. XVI, 1930 Der Mensch und sein Zahr.narzt. *Im.* XIX, 1933 Passivity, Masochism and I

Frigidity. *Jo.* XVI, 1935 Time and the Unconsciouas-. *Jo.* XXI, 1940

BQDRNSTEIN, BERTA

Zur Psychogenese der Pseuudodebilitaet. Z. XVI, 1930 Beziehungen zwischen Seexual- und Intellektentwicklung.

Paed. IV, 1930

Phobia in a Two-and-a-haalf-year-old Child. *Q.* IV, 1934 Leugnung durch die Phanntasie. *Paed.* X, 1936

BCORNSTEIN, STEFF

Zum Problem der narzisstidschen Identifizierung. Z. XVI, 1930 Ein Beitrag zur Psychoanahlyse des Paedagogcn. *Paed.* VII,

1933 A Child Analysis. ***Q.*** **IV,, 1935**

Missverstaendnisse der psyychoanalytischen Paedogogik. *Paed.* XI, 1937

BORr-NSZTAJN, MAURICY

Schizophrene Symptome ir.m Lichte der Psychoanalyse. Z. **XII,** 192Õ

Capítulo 16

n, 20

16

16

16

5, 14, 16

16 5

18

5, 20 16 **20**

10, 23 14

9, 10, 23

10 10, 11, 23

9

17 16

23

18

BOSS, M.

(182) Koerperliches Kranksein ais Folge seelischer Gleichgewichts- *Capítulo*

stoerungen. *Hubcr,* Bern, 1940 13

BRAATÕY, TRYGVE

(183) Maenner zwischen 15 und 25 Jahrcn. *Fabntius u. Sonner,*

Oslo, 1934 6

(184) The Prognosis in Schizophrenia, with Remarks Regarding

Diagnosis and Therapy. *Acta Ps. et N.* XI, 1936 18

BRADLEY, CHARLES

(185) Schizophrenia in Childhood. *Macmillan,* New York, 1941 18

(186) —and Bowen, Margaret: Behavior Characteristics of Schizo-

phrenic Children. *Psych. Q.* XV, 1941 18

BREUER, JOSEPH

(187) —and Freud, Sigmund: The Psychic Mechanism of Hysterical

Phcnomena. No. 4 in *S. P. H.* 12

(188) —and Freud, Sigmund: Studies in Hysteria. ***N.M.D.Pubt.Co.,***

New York and Washington, 1936. (First German edition. Deuticke, Leipzig, 1895.) 3, 12, 23

BRIEHL, WALTER

(189) —and Kulka, Ernst: Lactation in a Virgin. *0.* IV, 1935 13

BRIERLEY, MARJORIE

(190) Specific Determinants in Feminine Development. *Jo.* **XVII,**

1936 5

(191) Affects in Theory and Practice. *Jo.* XVIII, 1937 2,19

(192) A Prefatory Note on Internalized Objects and Depression. /o.

XX, 1939 17

BRILL, A. A.

(193) Psychological Factors in Dementia Praecox: An Analysis.

/. *Ab. P.* III, 1908 18

(194) Anal Eroticism and Character. /. *Ab. P.* VII, 1912 14,20

(195) The Only or Favorite Child in Adult Life. *N. Y. S. J. M.,*

August, 1912 5, 20

(196) Hysterical Dreamy States. ***N.* Y. *M. J.* XCV, 1912** 12

(197) Psychoanalysis: Its Theories and Practical Application. *Saun-*

ãers, Philadelphia and London, ist. ed., 1913 G

(198) Artificial Dreams and Lying. /. ***Ab. P.* IX, 1914** 20

(199) Fundamental Conceptions of Psychoanalysis. *Harcourt, Brace,*

New York, 1921 G

(200) The Application of Psychoanalysis to Psychiatry. /. *N. M. D.*

LXVIII, 1928 ' 17, 18

(201) Diagnostic Errors in Neurasthenia. *M. R. R.,* 1930 10

(202) The Sense of Smell in the Neuroses and Psychoses. *Q.* I, 1932 14, 15

557

/20,\ The Schizoid Concept in Neuroses and Psychoses. In *Schizo-**phrenia:*** Assn. Research N. M. D., **Hoeber,** New

York, 1938

(204) The Concept of Psychic Suicide. *Jo.* XX, 1939



BROMBERG, WALTER

(205) -—and Schilder, Paul: **Psychological** Considerations in Alcoholic

Hallucinations. *Jo.* XIV, 1933

/2o6) —and Schilder, Paul: **Death** and Dying. *R.* XX, 1933 *(2oy)* —and Schilder, Paul: Attitude of

Psychoneurolics towards

Death. A'. XXIII, 1936

BROWN, J. F.

(208) The Psychodynamics of Abnormal Behavior. *McGraw-Hill,*

New York, 1940

BRUCH, HILDE

(209) —and Touraine, Grace: Obesity in Childhood. *Pgychosom.*

Med. II, 1940

(210) Obesity in Childhood and Personality Development. *A. J.*

Orthops. **XI,** 1941

(211) **Psychiatric Aspects of** Obesity in Children. *A. J. P.* XCIX, 1943

BRUN, R.

(212) Zur Psychoanalyse des Stotterns. Z. IX, 1922

BRUNNER, M.

(213) Beemflussung des Stotterns. *Paed.* X, 1936

BRYAN, DOUGLASS

(214) A Note on the Tongue. *Jo.* III, 1922

(215) Speech and Castration: Two Unusual Analytic Hours. *Jo.* VI,

1925

(216) Bisexuality. *Jo.* XI, 1930

BULLARD, DEXTER M.

(217) The Application of Psychoanalytic Psychiatry to the Psychoses.

R. XXVI, 1939

(218) Experiences in the Psychoanalytic Treatment of Psychotics. *Q.*

IX, 1940

(219) The Organization of Psychoanalytic Procedure in the Hospital.

/. *N. M. D.* XCI, 1940

BUNKER, HENRY **ÂLLEN**

(220) The Voice as (Female) Phallus. *Q.* III, 1934

BURLINGHAM, DOROTHY

(221) Child Analysis and the Mother. *0.* IV, 1935

17. 18

16 II, 17

II, 17

!3 13

15

15

14, !5 5, 16

18

16, 18, 23

16

(222) (223)

(224) (225)

(226) (227)

(228) (229)

(230)

(23O (232)

(233) (234)

(235) (236)

(237)

(238) (239)



(240)

(24l)

Phantasie und Wirklichkeit in einer Kinderanalyse. Z. XXIV,

1939 Psychic Problcms of the Blind. *A. Im.* II, 1941

BURROW, TRIGANT

The Group Method of Psychoanalysis. 7^. XIV, 1927 The Structure of Insanity. *Paul, Trench and* ***Trubner,*** London,

1932

BUXBAUM, EDITH

Angstaeusserungen von Schulmaedchen im Pubertaetsalter.

Paed. VII, 1933 Exhibitionistic Onanism in a Ten-year-old Boy. *Q.* IV, 1935

BYCHOWSKI, GUSTAV

Psychoanalytisches aus der psychiatrischen Abteilung. Z. XI,

1921 Zur Psychopathologie der Brandstiftung. *Schw. A. N. P,* V,

1922

A Case of Oral Delusions of Persecution. *Jo.* XI, 1930 Psychoanalyse im hypoglykaemischen Zustand. Z. XXIII,

1937 One Relation between the Ego and the Superego. *R.* XXX,

'943

Disorders in the Body Image in the Clinicai Picturcs of Psychoses. /. *N. M. D.* XCVII, 1943

Physiology of Schizophrenic Thinking. /. *N. M. D.* XCVI1I, 1943

CAMERON, NORMAN

Schizophrenic Thinking in a Problem-Solving Situation.

/. *M. S.* LXXXV, 1939 Deterioration and Regression in Schizophrenic Thinking.

/. *Ab. P.* XXXIV, 1939

CAMERON, WILLIAM M.

The Treatment of Children in Psychiatric Clinics with Particular Reference to the Use of Play Techniques. *Menn. Buli.*

IV, 1940

CAMPBELL, C. MACFIE

The Form and Contcnt of the Psychoses; the Role of Psychoanalysis in Psychiatry. *Corncll Univ. Med. Buli.* V, 1915

Clinicai Studies in Schi/ophrcnia: A Follow-up Study of a Small Group of Cases of Deterioration with Few Spccial

Trends (Schizophrenic Surrender). *A. J. P.* XCIX, 1943

CANNON, WALTER B.

Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage. *Applcton,*

New York, 1929 The Wisdom of the Body. *Norton,* New York, 1932

Capítulo 23

23 23

6 **12**

18

16 18

23

18 18

18

18

18

18

13 **2**

559

(242) The Role of Emotion in Disease. *Ann. Int.* ***Med.,*** **1936**

CANTOR, NATHANIEL

(243) What is a Normal Mind? *A.* /. *Orthops.* XI, 1941

CARMICHAEL, IIUGÍI T.

(244) A **Psychoanalytic Study** of a Case of Eunuchoidism. *0.* X, I941

CARP, E. A. D. E.

(245) Die Rolle der praegenitalen Libidofixierung in der Perversion. Z. X, 1924

CARVER, ALFRED

(246) Notes on the Analysis of a Case of Melancholia. /. *N. Ps.* I, 1921

CASSITY, J. H.

(247) Psychologica! Considerations of Pedophilia. *R.* XIV, 1926

CHADWICK, MARY

(248) A Case of **Cleptomania** in a Girl of Ten Years. /o. VI, 1925

(249) Ueber die Wurzeln der Wissbegierde. Z. **XI,** 1925 5,

(250) The Psychological Problem of the Foster Child. *Child,* May, 1925

(251) Notes upon the Acquisition of Knowledge. *R.* XIII, 1926

(252) Die Unterscheidung zwischen Ton und Sprache in der fruehcn Kindheit. *Paed.* II, 1928

(253) Difficulties in Child Development. *Allen and Unwin,* London, 1928

(254) Notes upon the Fear of Death. *Jo.* X, 1929

(255) The Psychological Effects of Menstruation. *N. M. D. Pub. Co.,* New York and Washington, 1932

(256) Adolescent Girlhood. *Allen and Unwin,* London,-1932

(257) Women's Periodicity. *Noel Douglass,* London, 1933

CHASE, LOUIS S.

(258) —and Silverman, S.: Prognostic Criteria in Schizophrenia.

A. /. P., 1941

(259) —and Silverman, Samuel: Prognosis in Schizophrenia.

/. *N. M. D.* XCVIII, 1943

CHASSELL, JOSEPH

(260) Family Constellation in the Etiology of Essential Alcoholism.

Ps. I, 1938

(261) Psychoanalytic Therapy in a Mental Hospital. *Ps.* III, 1940

CHIJS, A. VAN DER

(262) Ueber Halluzinationen und Psychoanalyse. Z. V, 1919

560

Capítulo

23

16

1

6

1

í

0, 15, o

5

2

»

0

1**5**5

.

4

1

.

5

2

3

1

1

6

1

,

3

6

17, 21

(263)

(264) (265)

(266)

(267) (268)

(269) (270)

(7O (272)

(273) (274)

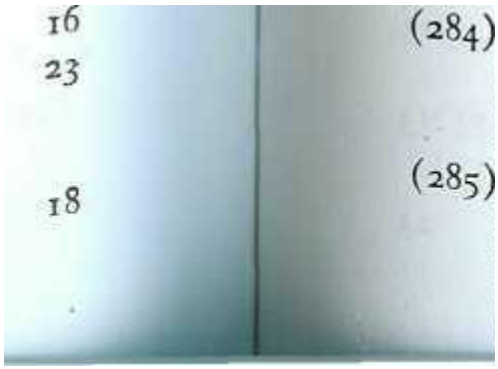
(275) (2/6)

(277) (278)

(279)

(280) (28l)

(282) (283)



CHRISTOFFEL, H.

Harntriebaeusserungen, insbcsondere Enuresis, Urophilie und

Uropolemie. Z. XXI, 1935

Exhibitionism and Exhibitionists. *Jo.* XVII, 1936 Bemerkungen ueber zweierlei Mcchanismen der Identifizierung.

Im. **XXIII,** 1937

CLARDY, E. R.

—and Goldensohn, L. N.: Schizophrenic-like Reactions in Chil-dren. *Psych. Q.* XV, 1941

CLARK, L. PIERCE

The Nature and Pathogenesis of Epilepsy. *N. Y. M. }.,* 1914 Some Observations upon the Aetiology of Mental Torticollis.

M. R., February, 1914 A Personaftty Study of the Epileptic Constitution. *A. J. M. S.*

XLVIII, 1914 A Further Study upon MentaLTorticollis as a Psychoneurosis.

M. R., March, 1914

Clinicai Studies in Epilepsy. *P. B.* IX, 1916 A Further Study of Mental Content in Epilepsy. *P. B.,* Octo-

ber, 1917

A Psychological Study of Some Alcoholics. *R.* VI, 1919 Practical Remarks upon the Use of Modified Psychoanalysis in

the Borderline Neuroses and Psychoses. *R.* VI, 1919 The Psychological Treatment of Retardcd Depressions. *A. J. I.*

XLV, 1919 A Clinicai Study of Some Mental Contents in Epileptic Attacks.

R. VII, 1920 A Study of Unconscious Motivations in Suicides. jV. *Y. M. J.,*

September, 1922 The Fantasy Method of Analyzing Narcissistic Neuroses, *R.*

XIII, 1925

The Question of Prognosis in Narcissistic Neuroses and Psychoses. *Jo.* XIV, 1933

What is the Psychology of Organic Epilepsy? *R.* XX, 1933 What is the Psychology of Little's Disease? *R.* XXI, 1934

COHN, FRANZ

Analyse eines Falles von Strassenangst. Z. XIV, 1928 Practical Approach to the Problem of Narcissistic Neuroses. *Q.* IX, 1940

CONNELL, E. H.

The Significance of the Idea of Death in the Neurotic Mind. *M.* IV, 1924

CONRAD, AGNES

Analysis of a Case of Chronic Invalidism vvith Hysterical Mecha-nism Complicating Organic Disease. *R.* XXII, 1935

Cap!ul°

12

16

16 18

13

13 13

13 13

13

16

18

11,

17 18

18 13 13

II

18

■7

5P61

COOK, S. **W.**

(286) A Survey of the Mcthods Uscd to Produce Experimental Neuroses. ***A. J. P.*** **XCV, 1939**

CORIAT, ISADOR H.

(287) Some Statistical Results of the **Psychoanalytic** Treatment of the **Psychoneuroses.** *R.* IV, 1917

(288) The Treatment of **Dementia Praecox** by Psychoanalysis. /. *Ab. P.* XII, 1917

(289) **Suggestion as a Form of Medicai** Magic. /. *Ab. P.* XVIII, 1923

(290) The Character Traits of Urethral Eroticism. *R.* XI, 1924

(291) The Oral-Erotic Components of Stammering. *Jo.* VIII, 1927

(292) Stammering. *N. M. D. Fub. Co.,* New York and Washington, 1928

(293) The Oral Libido in Language Formation. *Jo.* X, 1929

(294) A Psychoanalytic Theory of Hallucinations. *R.* XXI, 1934

(295) The Structure of the Ego. *0.* IX, 1940

(296) A Note on the Medusa Symbolism. *A. Im.* II, 1941

CRANK, HARLAN

(297) The Use of Psychoanalytic Principies in Outpatient Psychotherapy. ***Menn. Buli.*** IV, 1940

CRONIN, **HERBERT J.**

(298) An **Analysis** of the Neuroses **of Fdentical** Twins. *R.* XX, 1933

CROWLEY, **RALPH** M.

(299) Psychoanalytic Literature on Drug Addiction and Alcoholism.

R. XXVI, 1939

CRUTCHER, ROBERTA

(300) Child Psychiatry. **Pi.** VI, 1943

DANIELS, G. E.

(301) Turning Points in the Analysis of a Case of Alcoholism. *Q.*

IL !933

(302) Neuroses Associated with the Gastrointestinal Tract. *A. J. P.*

XCI, 1934

(303) Analysis **of** a Case of Neurosis with Diabetes **Mellitus.** *Q.* V,

1936

(304) Present **Trends** in the **Evaluation** of **Psychic** Factors in Diabetes

Mellitus. ***Psychosom. Med.*** **I, 1.939**

(305) Treatment **of a** Case of **Ulcerative** Colitis Associated with

Hysterical Depression. *Psychosom. Med.* II, 1940

(306) **Psychiatric Aspects of** Ulcerative Colitis. ***New*** *Engl. J. M*

CCXXVI, 1942

DA VIS, KINGSLEY

(307) Mental Hygiene *mâ* **the** Class Structure. *Ps.* I, 1938

562

23

18

23 **20**

15

15

4 **10, 15**

16 23

16

13

13 13

13 13

23

(310)

(307a) Intrapsychic Factors in the Choice of a Sexual Object. *Q.* XII, 1943

DERI, FRANCÊS

(308) On Sublimation. *Q.* VIII, 1939

(309) On Neurotic Disturbances of Sleep. *Jo.* XXIII, 1942

DESPERT, J. LOUISE

Thinking and Motility Disorder in a Schizophrcnic Child. *Psych. Q.* XV, 1941

DEUTSCH, FELIX

Psychoanalyse und Organkrankheiten. Z. VIII, 1922

—und Kauf, E.: Ueber die Ursaçhen der Krieslaufstoerungen

bei den Herzneurosen. Z. *ges. exp. M.* XXXIV, 1923 Zur Bildung des Konversionssymptoms. Z. X, 1924 Der

gesunde und der kranke Koerper in psychoanalytischer

Betrachtung. Z. XII, 1926 Studies in Pathogenesis: Biological and Psychological Aspects.

Q- II» 1933

The Choice of Organ in Organ Neurosis. *Jo.* X, 1939 The Production of Somatic Disease by Emotional Disturbance.

Williams and Wil\ins, Baltimore, 1939 Review of French-Alexander: Psychogcnic Factors in Bronchial

Asthma. *Q.* XII, 1943

(33) (314)

(316)

(319)

(320)

(32a) (323)

(325) (326)

(327)

(328) (329) (330)

Capitulo 16

9 **10**

18

13

13 **12, 13**

13

'3 **12, 13**

13

13

(332) (333)

DEUTSCH, HELENE

Zur Psychologie d^s Misstraucns. ***Im.*** VII, 1920

Ueber die pathologische Luege (Pseudologia phantastica). Z.

VIII, 1922

Zur Psychogenese eines Tic-Falles. Z. XI, 1925 Zur Psychologie der weiblichen Sexualfunktionen. *Int. Ps-a.*

V., Wien, 1925 10,

A Contribution to the Psychology of Sport. *Jo.* **VII,** 1926 Ueber Zufriedenheit, Glueck und Ekstase. Z. XIII, 1927 The Génesis of

Agoraphobia. *Jo.* X, 1929 The Significance of Masochism in the Mental Life of Women.

Jo. XI, 1930 Psychoanalysis of the Neuroses. *Hogarth Press and* ***Inst.*** *of*

Ps-a., London, 1933 u, !7>

On Femalc Homosexuality. *Q".* I, 1932 Homosexuality in Women. *Jo.* XIV, 1933 Zur Psychologie der manisch-depressiven

Zustaendc, insbeson-

dere der chronischen Hypomame. Z. XIX, 1933 Ueber **einen** Typus der Pseudo-Afiektivitaet ("ais ob"). Z.

XX, 1934

Absence of **Grief.** ***Q.*** **VI,** 1937 Some Forms of Emotional Disturbance and Their Relationship

to Schizophrenia. *Q.* XI, 1942

2

0

1

5

1 *l*

3. *7*

2

0

1

8

I

1

I, 7

1

6

2

2

0, 1

1

6

1

6

18, 20

9> '7

18, 20

563

(337)

DEXTF.R, LEWIS A.

(234) A Note **on** the **Unification of Sociology** and Physiology. *Ps.* "Ol VI, 1943

DOLLARD, JOHN

(335) —anc' **otriers: Frustration** and Aggression. *Yalc Univ. Press,* New Havcn, 1939

DOOLEY, LUCILLE

Psychoanalytic Study of Manic-Depressive Psychoses. *R.* VIII, 1921

he Reíat'on °f Humor to Masochism. i?. XXVIII, 1941 Concept of Time in Defense of Ego Integrity. *Ps.* IV, 1941

DREYFUSS, KARL

(339) Ueber die Bedeutung des psychischen Traumas in der Epilepsie.

Z. XXII, 1936

(340) Zur Theorie der traumatischen Neurose. Z. XXVI, 1941

DRUECK, CHARLES J.

(341) Essential Pruritus **Perinei.** /. *N. M. D.* XCVII, 1943

BUNBAR, FLANDERS

(342) Emotions and Bodily Changes. *Columbia Univ. Press,* New

York, 1938

(343) Psychòsomatic Diagnosis. *Hoeber,* New York, 1944

DUNN, WILLIAM H.

(344) Emotional Factors in Neurocirculatory Asthenia. *Psychosom.*

Med. IV, 1942

EDDISON, H. W.

(345) The Love Object in Mania. *Jo.* XV, 1934

EDER, M. D.

(346) Das Stottern, eine Psychoneurose, und seine Behandlung durch

Psychoanalyse. Z. I, 1913

(347) War **Shock:** The Psychoneuroses in War. *Heinemann,* Lon-

don, **1917.** (34°) On the Economics and the Future of the Superego. *Jo.* X, 1929

EIDF.LBERG, LUDWIG

(349) Zur **Metapsychologie** des Masochismus. Z. XIX, 1933

(35°) Zur Theorie und Klinik der **Perversion.** Z. XIX, 1933

(351) Beitraege zum **Studium** des Masochismus. Z. XX, 1934

(352) Zur Génese der Platzangst und des Schreibkrampfes. *Z.* XXII,

(353)

93 Pseudo-Identification. *Jo.* XIX, 1938

Capitulo

r3s 23

17

16

11, 14

13

7

13 13

13

17

16

16 16

10 20

EISENBUD, JULE

(354) Effect of Repression on the Somatic Expression of Emotion.

Psychosom. Med. I, 1939

KISENDORFER, **ARNOLD**

(355) The Clinicai Significance of the Single-Parent Relationship in

Womcn. *Q.* XII, 1943

EISLER, MICHAEL JOSEPH

(356) Ein Fali von krankhafter Schamsucht. Z. V, 1919

(357) Ueber autoerotische Mitbewegungen bei der Onanie. Z. VI,

1920

(358) Pleasure in Sleep and Disturbed Capacity for Sleep. *Jo.* III,

1922

(359) Uterine Phenomena in Hysteria. *Jo.* IV, 1923

EISSLER, KURT

(360) On Certain Problems of Female Sexual Development. *Q.*

VIII, 1939

(361) Some **Psychiatric** Aspects of Anorexia Nervosa. *R.* XXX, 1943

(362) Schizophrenia: Structural Analysis and Metrazol Treatment.

Ps. VI, 1943

(363) Limitations to the Psycholherapy of Schizophremcs. *Ps.* VI,

1943

EITINGON, MAX

(364) Ueber das Unbewusste bei Jung und seine Wendung ins Ethi-

sche. Z. II, 1914

EKMAN, TORE

(365) Phaenomenologisches und Psychoanalytisches zum Problem des



Mitleids. Z. XXVI, 1941

ELIASBERG, W.

(366) Remarks on the Psychopathology of Pornography. /. *Crim.*

Psych. **III,** 1942

ELMORE, ELLIANE

(367) Mrs. Miller: A Study of Psychic **Blindness. *R.* XXIII,** 1936

EMERSON, L. E.

(368) The Psychoanalytic Treatment of Hystcro-Epilepsy. /. *Ab. P.* X, 1915

(369) Some Psychoanalytic Studies of Character. /. *Ab. P.* XI, 1916

ENGLISH, O. SPURGEON

(370) —and Pearson, Gerald H. J.: Common Neuroses of Children and Adults. *Norton,* New York-, 1937

Capítulo

9

5, 20

1

I

0,

I

1

1

2,

5

14,

1

2

0,

0

1

1

0,

3

5 10, 13

18, 23 18

564

20

16

12

13

20

23 565

(272)

(374)

(375) (376)

(377) (378)

(379) (380)

(381)

(382) (383)

(384) (385)

(386)

(3«7)

(3«8)

(389) (39°) (390 (392)

Sfifi

ERICKSON, MILTON H.

A Study of an Experimental Neurosis Hypnotically Induced in a

Case of Ejaculado Praecox. *M.* XV, 1935 Development of Apparent Unconsciousness during Hypnottc

Re-Living of a Traumatic Experience. *Arch. N. Ps.*

XXXVIII, 1937 —and Kubic, Lawrence: The Use of Automatic Drawing in the

Interpretation and Relief of a State of Acute Obsessional Depres-

sion. *Q.* **VII,** 1938 ' —and Kubie, L.: The Permanent Relief of an Obsessional

Phobia by Means of Communications with an Unsuspected

Dual Personality. *Q.* VIII, 1939

The Applications of Hypnosis to Psychiatry. *M. R.* XC, 1939 —and Kubie, L.: The Translation of the Cryptic

Automatic

Writing of One Hypnotic Subject by Another in a Trance-like

Dissociated State. *Q.* IX, 1940 —and Kubie, L.: The Successful Treatment of a Case of Acute

Hysterical Depression by a Return under Hypnosis to a Criticai Phase of Childhood. *Q.* X, 1941 Hypnosis: A

General Review. *Dis. Nerv. S.* II, 1941

ERICKSON-HOMBURGER, ERIK

Configuration in Play. 0. VI, 1937

Observations on the Yurok: Childhood and World Image. *Univ. of Calij. Press,* Berkeley and Los Angeles, 1943

EVANS, E.

—and Jelliffe, S. E.: Psoriasis as a Hysterical Conversion Sym-bolization. *N. Y. M.* /. **CIV, 1916**

FARROW, A. PICKWORTH

A Method of Self-Analysis. M. V, 1925

A Practical Method of Self-Analysis. *Allen and Unwtn,* Lon-don,1942

FAULKNER, WILLIAM B.

Esophagal Spasm. /. *N. M. D.* XCIII, 1941 FEDERN, PAUL

Beitraege zur Analyse des Sadismus und Masochismus. Z. I,

1913, and Z. II, 1914

Die Geschichte einer Melancholie. Z. IX, 1923 Some Variations in Ego-Feeling. *Jo.* VII, 1926 —and Meng,

Heinrich: Das psychoanalytische Volksbuch.

Hippo\rates ***Verlag,*** Stuttgart, 1926 Narcissism in the Structure of the Ego. /o. IX, 1928 An Everyday Compulsion.

/o. X, 1929

Das Ich ais Subjekt und Objekt im Narzissmus. Z. XV, 1929 The Neurasthenic Core in Hysteria. *M. R. R.,* 1930

Capítulo 23

23

23

23

23

23

23

23

23 23 10

16

17 12, 18

G 18

9, 14

18

(393) Psychoanalytische Auflassung der intellektuellen Hemmung.

Paed. IV, 1930

(394) The Analysis of Psychotics. *Jo.* XV, 1934

(395) Zur Unterscheidung dcs gcsunden und krankhaften Narzissmus.

Im. XXII

(396) The Detcrmination of Hysteria *versus* Obsessional Neurosis.

R. XXVII, 1940

(397) Psychoanalysis of Psychoses, I—**III.** *Psych. Q.* XVII, 1943

FEIGENBAUM, DORIAN

(398) A Case of Hysterical Depression. *R.* XIII, 1926

(399) Analysis of a Case of Paranóia Persecutória, Structure and Cure.

R. XVII, 1930

(400) Note on the Theory of Libidinal Types. *Q.* I, 1932

(401) On Projection. *Q.* V, 1936

(402) Depersonalization as a Defense Mechanism. *Q.* VI, 1937

FELDMANN, SANDOR

(403) Ueber Krankheitsanlaesse bei Psychosen. Z. VII, 1921

(404) Puerperal Neuroses. *Jo.* IV, 1922

(405) On **Blushing.** 0. XV, 1941

(406) On the Fear of Being Buried Alive. *Psych. 0.* XVI, 1942

FENICHEL, OTTO

(407) Introjektion und Kastrationskomplcx. Z. XI, 1925

(408) Die Idcntifizierung. Z. XII, 1926

(409) Zur oekonomischen Funktion der Deckerinnerungen. Z. XIII,

1927

(410) Ueber organlibidinoese Begleiterscheinungen der Triebabwehr.

Z. XIV, 1928 " 5, 9,

i3>

(411) Zur Isolierung. Z. XIV, 1928

(412) The Clinicai Aspect of the Need for Punishment. *Jo.* IX, 1928

(413) The Inner Injunction to Make a Mental Note. *Jo.* X, 1929

(414) The Dread of Being Eaten. *Jo.* X, 1929

(415) Eine Traumanalyse. Z. XV, 1929

(416) The Psychology of Transvestitism. *Jo.* XI, 1930

(417) Die therapeutischen Rcsultatc. In: 10 Jahre Berliner Psycho-

analytisches Institut, *Int. Ps-a. V.,* Wicn, 1930

(418) Specific Fornis of the Ocdipus Complex. *Jo.* XII, 1931

(419) The Prcgcnital Anteccdcnts of the Oedipus Complex. *Jo.* XII,

1931

(420) Ueber respiratorische Introjektion. Z. XVII, 1931

(421) Weiteres zur praeoedipalen Phase der Maedchen. Z. XX, 1934 5,

(422) Zur Psychologie der Langeweile. *Im.* XX, 1934

Capítulo

10, 23

18

18

14 18

12, 17

1

8

2

0

9

1

,

8

9

1

,

8

1

8

1

8

1

2

0,

0

11,

1

1

1

2

4

1

,6, 2,

J

1

3>

7

9, 16, 20

1

I

0

I,

, 12,

i 1

4 5. 18

>

9

, 14

16,

20

9

, 20

5

» n

1

6

1

6



2

3

5 1

> 2, 20

5

4 5

> ,

*3,

15,

16

I

1

O

3, 20

,

2

1

, 0, 23

567

(423) Ueber Angstabwehr, insbesondere durch Libidinisierung. Z.

XX, 1934 4

(424) Outline of Clinicai Psychoanalysis. *Norton,* New York, 1934

(425) Zur Kritik des Todestricbes. *Im.* XXI, 1935

(426) Beitrag zur Psychologie der Eifersucht. *Im.* XXI, 1935

(427) Ueber Erziehungsmittel. *Paed.* IX, 1935

(428) Die symbolische Gleichung Maedchen-Phallus. Z. XXII, 1936

(429) **Fruehe** Entwicklungsstadien des Ichs. *Im.* XXIII, 1937

(430) The **Scoptophilic Instinct** and Identification. *Jo.* XVIII, 1937

(431) Der Begriff "Trauma" in der heutigen psychoanalytischen Neurosenlehre. Z. XXIII, 1937 4, 7

(432) On the Theory of the Therapeutic Results of Psychoanalysis. *Jo.* XVIII, 1937

(433) Ego Disturbances and Their Treatment. *Jo.* XIX, 1938

(434) The Drive to Amass Wealth. *Q.* VII, 1938

(435) The Counter-Phobic Attitude. *jo.* XX, 1939

(436) Ueber Trophae und Triumph. Z. XXIV, 1939

C"pítulo

IO,

4

>

i8,

5

2

0

4

2

. i6, 3

2

0

1

2

0

5,

4

8

, 5, ,

1

1

1.

2,

3. 20

J, 21, 22

(437)

(438)

(439) (44°) (44O (442) (442a)

(443)

(444)

(445) (446)

Zur Oekonomik der Pseudologia Phantastica. Z. XXIV, 1939 Problems of Psychoanalytic Technique. *Ps-a. 0. Inc.,*

Al-

b N Y

(447)

(448)

(449) (45°) (450

(452)

(453)

568-

bany, N. Y., 1939 3, 8,

Psychoanalysis of Anti-Scmitism. *A. Im.* I, 1940 The Ego and the Afiects. *R.* XXVIII, 1941 On Neurotic

Disturbances of Slecp. *Jo.* XXIII, 1942 The Misapprchended Oracle. *A. Im.* III, 1942

Notes on a Case of Characteranalysis. *Buli. Forest San.* I, 1943 The Psychopathology of Coughing. *Psychosom.*

Med. V,

1943

Remarks on the Common Phobias. *Q.* XIII, 1944 Neurotic Acting Out. *R.* XXXII, 1945 On Stage Acting. (To be

published in *A. Im.)*

FERENCZI, SANDOR

Actual- and Psychoneuroses in the Light of Freud's Investiga-

tions and Psychoanalysis. F. *C.* Analytical Interpretations and Treatment of Psychosexual Im-

potence in Men. *Con.* **Introjection** and **Xransference.** *Con.* Alkohol und Neurosen. *Y.* III, 1911 Obscene Words.

Con. On the Part Played by Homosexuality in the Pathogenesis of

Paranóia. *Con.* Suggestion and Psychoanalysis. *F. C.*

2

3

6

2

2

0,

3

, 8,

2

2

0,

3

4

9

1

0,

>

,

1

M **2**

1,

0

.

4

1

1

2,

,

6,

1

2

0

7,

9 ,

1

2

0

14, 6,

> ,

2

2

0,

9 16,

3

2

0

2

■

8

1

.

4, , 9

1

0

9

J

2

0

,

4>

5

2

0

1

3

5

n

1

,

,

4

1

2

2

2

0,

1,

6,

3

"

2

j

1

0

5.

10

10 20, 23

4, r4> '5

T6

18 23

I

(454) (455) (456)

(457) (458)

(459) (460) (461) (462)

(463)

(464)

'(465)

(466)

(467) (468)

(469) **(47°)**

(470 (472) (473) (474) (475) (476) (477)

(478) (479) (480) (481) (482) (483) (484) (485) (486)

(487)

(488)

(49°) (49O

(492) (493) (494)

(495) (496) (497)

F.C.

F.C.

Zur Begriffsbestimmung der Introjektion. *C.* II, 1912

On Onanism. *Con.*

The Psychoanalysis of Suggestion and Hypnosis. Transactions

of the Psycho-Medical Society, vol. **III,** London, 1912. Stages in the Development of the Scnse of Reality. *Con.*

4,

The Grandfather Complex. *F. C.* A Little Chanticleer. *Con.* The Ontogenesis of Symbols. *Con.* Belief, Disbelief

and Conviction. *F. C.* Zaehmung eines wilden Pferdes. *C.* III, 1913 Flatus as an Adult Prerogative. *F. C.*

Some Clinicai Observations on Paranóia and Paraphrenia. *Con.* On the Nosology of Male Homosexuality. *Con.* The

Origin of the Interest in Money. *Con.* Rubbing the Eyes as a Substitute for Onanism. Obsessional Neurosis and Piety. *F. C.*

Falling Asleep during the Analysis. *F. C.* On Embarrassed Hands. *F. C.* Psychogenic Anomalies of Voice Production. On

Supposed Mistakes. *F. C.* Talkativeness. *F. C.* On Two Types of War Neuroses. F. *C.* **Composite** Formations of Erotic

and **Character** Traits. F. ***C.*** **Variations** of the Shoe as Vagina Symbol. F. *C.* Pollution without **Dream** Orgasm and Dream

Orgasm without

Pollution. *F. C.*

Disease—or Pathoncuroses. *F. C.* The Compulsion to Symmetrical Touching. F. *C.*

Pecunia Olet. *F. C.*

Technical DifEculties in an Analysis ot Hysteria. *F. C.*

Thinking and Muscle Innervation. F. *C.*

Nakedness as a Means of Inspiring Terror. *F. C.*

Sunday Neuroses. *F. C.*

Disgust for Breakfast. *F. C.*

The Phenomena of Hysterical Materialization. F. C.

An Attempted Explanation of Some Hysterical Stigmata. *F. C.*

The Psychoanalysis of a Case of Hysterical Hypochondria. *F.C.*

Psychoanalysis and Criminology. *F. C.*

Furthcr Development of Active Technique. F. *C.*

Psychoanalytical Observations on Tic. *F. C.*

Discussion on Tic. *Jo.* **II,** 1921

—and Hollos, Istvan: Psychoanalysis and the **Psychic Disorder** of General Paresis. *N. M. D. Pub. Co.,* New York,

1925

The Psyche as an Inhibiting Organ. F. *C.*

Social Considerations in Some Analyses. *F. C.*

Thalassa. *Ps-a. Q. Inc.,* New York, 1938

H

C

apítulo

9

2

0

>

5

1

2

X5< 3

1

8

5

2

0

4

,

2

10,

0

2

3

5

1

>

5

18

1

6

T

4

1

1

4.

5

1

4

1

0

Q

O

1

2

2

0

1

2

5,

0

7

16

1

6

1

0

1

1

3.

9

1

4

T

,1

1

T

1

2

4

1

=

2

,

5

16

.

!5:

H

,

i

20

M

1

2

1

2

1

3

2

0

1

6



1

,

5

18

1

5

'

3

2

5

,

23

4

, 5

569

(498) The Sons of the Tailor. F. *C.*

(499) Materíalization in **Globus Hystericus.** *F. C.* (rOo) The Symbolism of the Medusa's Head. *F. C.*

(501) Stage-Fright and Narcissistic Self-Observation. *F. C.*

(502) An "Anal Hollow Penis" in Woman. *F. C.*

(503) Washing Compulsion and Masturbation. *F. C. (COA)* —and Rank, Otto: The Development of

Psychoanalysis.

N. M. D. Pub. Co., New York and Washington, 1925 . (505) Psychoanalysis of Sexual Habits. *F. C.* (<o6)

Contraindications to the Active Psychoanalytical Technique.

F.C.

(507) The Problem of the Acceptance of Unpleasant Ideas. *F. C.*

(508) Gulliver Phantasies. *Jo.* IX, 1928

(509) Aus der Kindheit eines Proletariermaedchens. *Paed.* III, 1929

(510) The Principie of Relaxation and Neocatharsis. *Jo.* XI, 1930

(511) Child Analysis in the Analysis of Adults. *Jo.* XII, 1931

(512) Sprachverwirrung zwischen dem Erwachsenen und dem Kind.

Z. XIX, 1933

(513) Gedanken ueber das Trauma. *Z.* XX, 1934

FESSLER, LADISLAUS

(514) Psychogene Potcnzstoerungen nach urologischen Operationen.

Z. XVII, 1931

FINESINGER, JACOB E.

(515) Effect of Pleasant and Unpleasant Ideas on Respiration in Psy-

choneurotic Patients. ***Arch.*** *N. Ps.* XLII, 1939

FISCHER, EDMUND

(516) Geschlecht und Uebertragung. *Paed.* III, 1929

FLETCHER, JOHN M.

(517) Homeostasis as an Explanatory Principie in Psychology.

Psychol. Rev. XLIX, 1942

FLIESS, ROBERT

(518) The Metapsychology of the Analyst. *Q.* XI, 1942

FLUEGEL, J. C. (5T9) A Case of AíTective Inhibition of an Intellectual Process. *Jo.*

IV, I923

(520) A Note on the Phallic Significance of the Tongue and of Speech.

Jo. VI, 1925

, (521) The Psychology of Clothes. *Hogarth Press,* London, 1930 (522) Stage Fright and Anal Erotism. *M.*

XVII, 1938

570

11,

5, 6,

C"pítul0

(523)

20

12

10. ,j

15, 16

(524;

5

M

(525)

23

12, 13

(526)

16

(527)

9; 19

20

17

(528)

23

(529)

23

(530)

23

(530

21

(532)

(533)

(534)

7

(535)

20

10

n

4, 10 II, 14, 20

(536)

(537)

(538) (539)

(540) (541)

(542) (543) (544) (545)

The Examination as Initiation Rite and Anxiety Situation. *Jo.*

XX, 1939

FOXE, ARTHUR N.

Omnipotence as a Defense. *R.* XXV, 1938

FRANKE, VIKTOR EMIL

Zur mimischen Bejahung und Verneinung. Z. X, 1924 FRENCH, THOMAS M.

Psychogenic Material Related to the Function of the Semi-

Circular Canais. *Jo.* X, 1929 A Clinicai Study of Learning in the Course of a Psychoanalytic

Treatment. *Q.* V, 1936 Reality and the Unconscious. *Q.* VI, 1937 Reality-Testing in Dreams. *Q.* VI, 1937 Defense

and Synthesis in the Function of the Ego. *Q.* VII,

1938

Psychogenic Factors in Asthma. *A. /. P.* XCVI, 1939 Physiology of Bchavior and Choice of Neurosis. *0.* X, 1941 —

and Kasanin, J.: A Psychodynamic Study of the **Recovery** of

Two Schizophrenic Cases. *Q.* X, 1941 Goal, Mcchanism and Integrative Field. *Psychosom. Med.*

III, 1941

—and Alexander, Franz: Psychogenic Factors in Bronchial Asthma. *Psychosom. Med. Monogr.* II, 1 and 2, and IV,

1941 Some Psychoanalytic Applications of the Psychological Field

Concept. *Q.* XI, 1942

FREUD, ANNA The Relations of Beating Fantasies to a Daydream. *Jo.* IV,

Capítulo 11, 16

Zur Theorie der Kinderanalyse. Z. XIV, 1928

Introduction to the Technique of Child Analysis. *N. M. D.*

Pub. Co., New York, 1928 Introduction to Psychoanalysis for Teachers and Parents.

Emerson Boo\s, New York, 1935 The Ego and the Mechanisms of Defense. *Hogarth Press,*

London, 1937

FREUD, SIGMUND

The Defense Neuropsychoses. *S. P. H.*

Case Histories. From "Studien ueber Hysterie," *S. P. H.*

The Psychothcrapy of Hysteria. *S. P. H.*

On the Right to Separate from Neurasthenia a **Definite**

Symptom Complex as "Anxiety Neurosis." *S. P. H.* and

C.P.l

20



11, 15

4, 20 20 20

4

i3' X5 13

18

20

13. 15

20

12 23

23 G

4, 6, 8, 9, 11, 15, 16, 20, 23

3. I2> 23 3- 12

9, TO, 13

571

(546)

(547) (548) (549) (55°))

5 (552)

(553)

(554) (555)

(556)

(557) (558)

(559) (56o)

(562) (563) (564) (565) (566)

Obsessions and Phobias: Their Psychical Mechanisms and their

Aetiology. *C. P.* I

A **Reply** to **Criticism** on the Anxiety Neurosis. *C. P.* I Further **Observations** on the Defense-Neuropsychoses. *C.*

P. I Heredity and the Aetiology of the Neuroses. *C. P.* I The Aetiology of Hysteria. *C. P.* I Sexuality in the Aetiology of the

Neuroses. ***C. P.*** **I** Thc **Interpretation** of Dreams. *Macmillan,* New York,

CaPttul

0

'9

9. io

5, 12

14, 16

ia

10

On the Psychopathology of Everyday Life. *Macmillan,*

New York, 1914

On Psychotherapy. *C. P.* I.

Three Contributions to the Theory of Sex. *N. M. D. Pub. Co.,* New York and Washington, 1910

5. 6, 9, 10, 12, 14, 15, 18, 20, 23

9> 15.

10, 11, 16. 20 20, 23

2, 5, 6, 8, 9,

13. 14.

Wit and Its Relation to the Unconscious. *Moffaí, Yard,*

New York, 1916

Fragment of an Analysis of a Case of Hysteria. *C. P.* III My Views on thc Part Played by Sexuality in the Aetiology

of

the Neuroses. *C. P.* I Delusion and Drcam in Jcnsen's "Gradiva." *Moffaí, Yard,*

New York, 1917

Obsessive Acts and Religious Practices. *C. P.* II Civilized Sexual Morality and Modern Nervousness. *C. P.*

II

Hysterical Fancies and Their Relation to Bisexuality. *C. P.* II Character and Anal Erotism. *C. P.* II The Relation of

the Poet to Daydreaming. *C. P.* IV General Remarks on Hysterical Attacks. *C. P.* II Analysis of a Phobia in a Five-year-old

Boy. *C. P.* **III**

(567) Notes upon a Case of Obsessional Neurosis. *C. P.* III

(568)

(569) (57o) (57i)

(572) (573)

572

Leonardo da Vinci: A Psychosexual Study of an Infantile

Reminiscence. ***Moffaí,*** *Yard,* New York, 1916 The Future Chances of Psychoanalytic Thcrapy. *C. P.* II Concerning

"Wild" Psychoanalysis. *C. P.* II Psychogenic Visual Disturbance according to Psychoanalytical

Conceptions. *C. P.* II

Contributions to the Psychology of Love. *C. P.* IV Einleitung und Schlusswort zur Selbstmord-Diskussion. In

Ucber den Selbstmord, insbes. den Schuelerselbstmord, Berg-

mann, Wiesbaden, 1910

10, 16, 18, 20, 23

, 17, 20

, 12, 13

9, 10

6, 22 14, 19

10, 20, 23 **12**

14, 20

12, 20

12

5. 9. »>

16, 19, 23

9, 10, 14, 18, 19, 23

6

23 23

10, 10,

13

20

(574) Psychoanalytic Notes upon an Autobiographical Account of a Case of Paranóia. *C. P.* III 9,

(575) Formulations Regarding the Two Principies in Mental Functioning. *C. P.* IV 4,

(576) Types of Ncurotic Nosogenesis. *C. P.* II

(577) ~^he Dynamics of the Transfercncc. *C. P.* II

(578) Recommendations for Physicians on thc Psychoanalytic **Method** of Treatment. *C. P.* II

(579) Totem and Taboo. *Moffat, Yard,* New York, 1918 5,

(580) Einleitung und Schlusswort der Onanie-Diskussion. In *Dte Onanie,* Bergmann, Wiesbaden, 1912

(581) The Predisposition to Obsessional Neurosis. *C. P.* II 5,

(582) Fausse Reconnaissance (Déjà Raconté) in Psychoanalytic Treatment. *C. P.* II

(583) Two Lies Told by Children. *C.P.ll*

(584) Further Recommendations on the Technique of Psychoanalysis. *C. PAI*

(585) On Narcissism: An Introduction. *CP.IV* 4, 5,6,

16,

(586) The History of the Psychoanalytic Movemcnt. *C. P.* I

(587) A Case of Paranóia Running Counter to the Psychoanalytical Theory of the Discase. *C. P.* II

(588) Instincts and Their Vicissitudes. *C. P.* IV 2,

9.

(589) Repression. *C. P.* IV

(590) The Unconscious. *C. P.* IV :

(591) Thoughts for the Times on War and Death. *CP.IV*

(592) Some Character Types Met with in Psychoanalytic Work.

CP. IV ' .0,

(593) On the Transformation of Instincts with Especial Reference

to Anal Erotism. *C. P.* II

(594) A Connection between a Symbol and a Symptom. *C. P.* II

(595) Metapsychological Supplement to the Theory of Dreams.

C. P. IV

(596) Introductory Lectures to Psychoanalysis. *Bom and* ***Uveright,***

New **York,** 1920

(597) Mourning and Melancholia. *C. P.* IV

(598) One of the Difficultics of Psychoanalysis. ***C.P.IV***

(599) From the History of an Infantile Neurosis. *C. P.* III

(600) Turnings in the Ways of Psychoanalytic Therapy. *C. P.* II

(601) A Child Is Being Beaten. *C. PAI*

C

apítulo

■ 1

2

8,

0

3.

9 1

r

. .6, 9

>

2

2

0,

3

l

9

3

2

.

3

2

3

1

1

1

1, 4. 7

5

1

0

,

* 1

1

4 6,

9

>

9

2

0

2

3

9 **1**

1

0,

,

3.

1

2

0

8,

2

3

1

8

4 5

,

' , 6 8,

1

M

1

2.

6

.

9

,

2

0

.

12,

■

.

1

>

1,

9.

4

1

2

0

8,

i

1

ii

7

1

.

2

6.

0

19,

5 **1**

1

1,

2,

.

'

,

2

0

4

16,

t

o

12, 18

3

4 5

7

> , ,6, .

9

1

!

'

> **1,** 4. 5

,

1

1

1

1

6, 7. 8,

9,

2

2

0,

3

9

T

.

7

G

5 > **1**

H

1,

.

9

>

1

,

2

2

5 16,

1

1

1,

6

5

1

. «, 6

573

(602)

(603)

(604) (605)

(606)

(607)

(608)

(609) (610)

(611)

(612)

(613)

(614)

(615) (616) **(617)**

(618)

(619) (620) (621) (622) (623) (624) (625) (626) (627) (628)

(629) (630) (631) **(632)**

574

The **Uncanny.** *C. P.* **IV**

Introduction to "Psychoanalysis of War Neuroses." *Int. Ps-a.*

P., London, 1921 The Psychogcnesis of a Case of Femalc Homosexuality. *C. P.*

II Beyond the Plcasure Principie. *Int. Ps-a. P.,* London, 1922

Group Psychology and the Analysis of the Ego. *Int. Ps-a. P.,* London, 1922

Certain Neurotic Mechanisms in Jealousy, Paranóia and

Homosexuality. *C. P.* II The Ego and the Id. *Inst. of Ps-a. and Hogarth Press,*

London, 1927

The Infantile Genital Organization of the Libido. *C. P.* II A Neurosis of Dcmoniacal Possession in the Seventeenth

Cen-

tury. *C. P.* IV

Neurosis and Psychosis. *C. P.* II The Passing of the Oedipus Complex. *C. P.* II The Economic Problem in

Masochism. *C. P.* II

Capitulo **20**

6, 7, 20, 23

16, 23

2- 4, 5, 7, 9, **13, 16, 20, 21**

4> 5> 16,

12, 14, , 20, 23

5> 9» l6» 18, 20

2, 4> 5> 6, 8, 9, **10, 11, 12, 13,** 14, 16, 17, 18, 19, 20 5

23 8, 14, 18, 20

5, 6, 16, 20, 21 2, 5, 6, 9, 10,

The Loss of Reality in Neurosis and Psychosis. *C. P.* II A Note **upon** the **Mystic** Writing Pad. *Jo.* XXI, 1940 On

Negation. *Jo.* VI, 1923 Some Psychological Consequences of the Anatomical Dis-

tinction between the Sexes. *Jo.* VIII, 1927 The Problem of Anxiety. *Norton,* New York, 1936

14.

2, 4.

16, 20, 21

8, 9, 18

2, 4

:, 9» J4> :9

5, 6, 16, 20 4, 5, 6, 7, 8, **9, 10, 11, 12,**

r9>

22, 23 G

The Problem of Lay Analysis. *Brentano,* New York, 1927

Humor. *Jo.* XI, 1928

Fetishism. /o. IX, 1928

The Future of an Illusion. *Hogarth Press,* London, 1928

Dostojewski and Parricide. *The Realist* I, 1929

Civilization and Its Discontents. *Norton,* New York, 1930

Libidinal Types. *Jo.* XIII, 1932

Female Sexuality. *Jo.* XIII, 1932

The Acquisition of Power over Fire. *Jo.* XIII, 1932

New Introductory Lectures on Psychoanalysis. *parden City*

Pub. Co., New York, 1933 5, 6, 10, 16, 23

Analysis Terminable and Interminable. *Jo.* XVIII, 1937 8, 10, 20

Constructions in Analysis. *Jo.* XIX, 1938 18

A Disturbance of Memory on the Acropolis. *Jo.* XXI, 1941 9, 20

Moses and Monotheism. *Knopj,* New York, 1939 4

8, 9, 4. 5.

5, 10, 14,

17 16, 18

J7' l8 13, 16

, 8, 15 20

16, 20 16

(633) (634) (635)

(636)

(637) (638)

(639)

(640)

(641)

(642)

(643)

(644)

(645) (646)

(648)

(649) (650)

(651)

(652) (653)

An Outline of Psychoanalysis. *Jo.* XXI, 1940

Medusa's Head. *Jo.* XXII, 1941

Splitting of the Ego in the Defensive Process. *Jo.* XXII, 1941

FRIEDJUNG, JOSEPH K.

Ueber verschiedene Quellen kindlicher Schamhaftigkeit. Z. I,

1913

Die Pathologie des einzigen Kindes. *E. **inn.** M. K.* XVI, 1919 Beitrag zum Verstaendnis der Einschlafstoerungen bei

Kindern.

W. m. W., 1924 Zur Kenntnis kindlicher Selbstmordimpulse. *Paed.* III, 1929

FRIEDLANDER-MISCH, KATE

Die biologischen Grundlagen der Freud'schen Angsttheorie.



Z. XXI, 1935

On the Longing to Die. *Jo.* XXI, 1940 Charlotte Bronté: Zur Frage des masochistischen Charakters.

Z. XXVI, 1941 Children's Books and Their Function in Latency and Puberty.

A. Im. III, 1942

FRIEDMAN, M. Cleptomania. *R.* XVII, 1930

FRIES, MARGARET E.

Interrelationship of Physical, Mental and Emotional Life of a Child, from Birth to Four Years of Age. *A. /. Dis.* ***Chila***

XLIX, 1935

Play Technique in the Analysis of Young Children. *R.* XXIV,

1937

FRINK, H. W.

Report of a Case of Psychogenetic Convulsions Simulating Epi-

lepsy. *N. Y. M. J.,* March, 1911 Morbid Fears and Compulsions: Their Psychology and Psycho-

analytic Treatment. *Moffat, Yard,* New York, 1918

Capitulo

8, 9, 16, 18 8, 9', 16, 18

5, 20

10

17

4 11, 17

16 6

16

4 23

13 G

FROMM, ERICH

Zur Psychologie des Verbrechers und der strafenden Gesellschaft.

Im. XVII, 1931 20

Ueber Methode und Aufgabe einer analytischen Sozialpsy-

chologie. Z. *Soz.* I, 1932 23

Sozialpsychologischer Teil. In *Autoritaet und Familie,* Felix

Allan, Paris, 1936 6, 20, 23

Selfishness and Self-Love. *Ps.* II, 1939 5

Escape from Freedom. *Farrar and Rinehart,* New York,

1941 6, 11, 19, 20,23 .

575

(654) (655)

(657) (658)

(659) (660)

(661) (662)

(663) (664)

(665)

(666) (667)

(668) (669) ("7o)

Faith as a Character Trait. *Ps.* V, 1942 Sex and Character. Pi. VI, 1943

FROMM-RFJCHMANN, FRIEDA

Contributions to the Psychogenesis of Migraine. *R.* XXIV, 1937 Transference Problems in Schizophrenics. *Q.* VIII,

1939 Notes on the Mother Role in the Family Group. *Menn. Buli.*

IV, 1940

Recent Advances in Psychoanalytic Therapy. *Ps.* IV, 1941 A Preliminary Note on the Emotional Significance of

Stereo-

typies. *Buli. Forest San.* I, 1942 Psychoanalytic Psychotherapy with Psychotics. *Ps.* VI, 1943

FUCHS, S. H. On Introjection. . ***Jo.* XVIII,** 1937

GARMA, ANGEL

Realitaet und Es in der Schizophrenie. *Z.* XVIII, 1932 Psychologie des Selbstmordes. *Im.* XXIII, 1937

GELEERD, F.LIZABETH R.

The Analysis of a Case of Compulsive Masturbation in a Child. ***Q.* XII, 1943**

GERARD, M. W.

Child Analysis as a Technique in the Investigation of Mental



Mechanisms. *A. J. P.* XCIV, 1937 Enuresis, a Study in Etiology. *A. J. Orthops.* IX, 1939

GERO, GEORGE

The Construction of Depression. *Jo.* XVII, 1936 £um Problem der oralen Fixierung. Z. XXIV, 1939 Fhe Idea of

Psychogenesis in Modern Psychiatry and in Psycho-analysis. *R.* XXX, 1943

GESELL, A., *et ai.*

The First Five Years of Life. *Harper and Brothers,* New **York,**

1940

GILL, MORTON M. tun(:tional Disturbances of Menstruation. *Menn. Buli.* VII,

9 "-and Brenrnan, Margaret: Treatment of a Case of Anxiety

Hysteria hy an Hypnotic Technique Employing Psychoanalytic Principies. ***Menn.*** *Buli.* **VII,** 1943

GILLESPIE, R. D.

the Psychotherapy of the Psychoses. *M.* X, 1930

Capitulo

22

5, 20

13

18

6, 20

18

18 18

8, 18 17

16

23 **12**

18

18

(6751 Psychological Factors in Asthma. *B. M.* /. I, 1285, 1936 (6761 Psychological Aspects of Skin Diseases. *B.*

J. D. L, 1938

GILLESPIE, W. H. (6771 A Contribution to the Study of Fetishism. *Jo.* XXI, 1940

GITELSON, MAX

(678' Direct Psychotherapy in Adolescence. *A. J. Orthops.* XII, 1942 (679 The Criticai Moment in

Psychotherapy. *Menn. Buli.* VI, 1942

1924

1928

1

6

Jo. X,

7

1929

, 9

2

3

1

8

XII,

2

1931

0

Jo.

2

XII, 1931

3

Lancei

1

, 1931

6

22

1

6

576

GLOVER, EDWARD

(680 The Significance of the Mouth in Psychoanalysis. *M.* IV

(681 Notes on Oral Character Formation. *Jo.* VI, 1925

(682^ The Neurotic Character. *Jo.* VII, 1926

(683 Einige Probleme der psychoanalytischen Charakterologie. Z.

XII, 1926

(684' Lectures on Technique in Psychoanalysis. *Jo.* VIII, 1927, and



IX, 1928

(685' The Etiology of Alcoholism. *Proc. R. S. M.* XXI, 1928

(686^ The Screening Function of Traumatic Memories.

(687' The Vehicle of Interpretation. *Jo.* XI, 1930

(688^ The Psychotherapy of the Psychoses. *M.* X, 1930

(689^ Sublimation, Substitution and Social Anxiety. *Jo*

(690' The Therapeutic Effect of Inexact Interpretation.

(691] The Prevention and Treatment of Drug Addiction.

(692] On the Aetiology of Drug Addiction. *Jo.* XIII, 1932

(693^ Medíco-Psychological Aspects of Normality. *B.* /. *P.* XXIII,

1932

(694) The Relation of Perversion Formation to the Development of the

Reality Sense. *Jo.* XIV, 1933

(695) A Developmental Study of the Obsessional Neurosis. *Jo.* XVI,

1935

(696" A Note on Idealization. *Jo.* XIX, 1938 (697) The Psychoanalysis of Affects. *Jo.* XX, 1939 (698}

Psychoanalysis. *John Bale Medicai Pub. Co.,* London, 1939

GLOVER, JAMES

(699^ Notes on the Psychopathology of Suicide. *Jo.* III, 1922

(700^ The Conception of the Ego. *Jo.* VII, 1926

fyyoi) Notes on an Unusual Form of Perversion. *Jo.* VIII, 1927

GLUECK, EDITH

(702^ Schauspicler der Wirklichkeit. Paper read at the Hungarian Ps-a. Society, 1934

GOLDMAN, GEORGE S. (703^ A Case of ComDulsive Handwàshing. *Q.* VII, 1938

Capítulo 13

:6

6

23

20 20 20

20

23

16

19 **20**

2, 19 G

17

4 16

20

577

CaPHul0 4

18

GOLDSTEIN, KURT

(704) —and Steinfeld, Julius J.: The Conditioning of Sexual Behavior by Central **Agnosia.** *Buli. Forcst San.* I, 1942

(705) The Significancc of Psychological Research m Schizophrenia. ***J.N.M.D.XCVll,*** 1943

GORELIK, BASEL

(706) Gertain Reaction Formations against Oral Impulses. *Jo.* **XII,** 1931

GRABER, GUSTAV HANS

(707) Die Ambivalenz des Kindes. *Int. Ps-a.* V., Wien, 1925

(708) Redehemmung und Analerotik. *Paed.* II, 1928

(709) Realitaetspruefung und Weltuntergangsphobie. *Paed.* III, 1929

(710) Neurotische Typisierung. Z. XVII, 1931

(711) Aus der Analyse eines nachtwandelnden Knaben. *Merlin Vetiag,* Baden-Baden, 1932

(712) Die zweierlei Mechanismen der Identifizierung. *Im.* XXIII, J937

GREENACRE, PHYLLIS

(713) Surgical Addiction: Clinicai Case Abstract. *Psychosom. Med.*

I» 1939

(714) The Predisposition to Anxiety. *Q.* X, 1941

GREENSON, RALPH R. (714a) On Genuine Epilepsy. *Q.* XIII, 1944

GREIG, AGNES B.

(715) The Problem of the Parent in Child Analysis. *Ps.* **III, 1940**

(716) A Child Analysis. *Q.* X, 1941

GRIMBERG* L. (7r7) On Somnambulism. *R.* III, 1916 12

GRINKER, R. R. (718) —and MacLean, H.: The Course of a Depression Treated by

Psychotherapy and Metrazol. *Psychosom. Med.* II, 1940 23

GRODDECK, GF.ORG

w:9) Die psychische Bedingtheit und psychoanalytische Behandlung

organischer Krankheiten. *S. Hirzel,* Berlin, 1917 13

(720) TheBookoflt. *N. M. D. Pub. Co.,* New York and Washington, 1928 5,13

y/j

4 10, 15

18 14, 20

4. 5. 16

20 4

23 2.3

GROSS, ALFRED

The Psychic Efiects of Toxic and Toxoid Substances. *Jo.* XVI, J935

16

GROTJAHN, MARTIN

(722) Dream ()bservations in a Two-year, four-months-old Baby. *O.* VI, 1938

(723) Psychoaiialysis and Brain Disease. *R.* XXI, T938

(724) Observaljons of Schizophrcnic Patients during Metrazol Treatment. *Menti. Buli.* II, 1938

(725) Psychoanalytic Investigations of a Seventy-one-year-old Man with Senile Dementia. *Q.* IX, 1940

(726) The ProceSs of Awakening. *R.* XXIX, 1942

(727) Brief Psychotherapy on Psychoanalytic Principies. ///. *Psych. J.* II, 19^2

GUNTHER, LEWIS

(728) —and híenninger, Karl A.: Intermittent Extrasystole Directly Associated with Emotional Conflict. ***Menn.*** *Buli.* III, 1939

HADLEY, ERNEST E.

(729) Commeiits on Pedophilia. *M. R.,* August, 1926

(730) The Psychoanalytic Clarification of Personality Types. *A. J. P.* XCIV, I938

HAHN, BENNO

(731) Die Psythokatharsis ais kausale Behandlungsmethode. Bcricht 1. aerztl. Kongr. f. Psychotherapie, Baden-Baden, 1926; Cari Marold, Halle a/S, 1927

HANFMANN, EUGENIA

(732) —and Kasanin, Jacob: Conceptional Thinking in Schizophrenia. *N. M, D. M. S.,* New York and Washington, 1942

HAPPEL, CLARA

(733) Onanieersatzbildungen. Z. IX, 1923

HARMS, ERNEST

(734) (Ed.) Schizophrenia in Childhood. *The Nervous Child* I, 1941

HARNIK, JENÕ

(735) Discussion of Tic. *Jo.* II, 1921

(736) The Various Developments Undcrgone by Narcissism in Men and Women. *Jo.* V, 1924

(737) Der Zafhlzwang und seinc Bcdeutung fuer dic Psychologie der Zahkjnvorstellung. *Vortrag* VIII; Int. Ps-a. Kongr.; Autoref. Z.X, 1924

(738) Die triebhaft-affektivcn Momente im Zeitgefuehl. *Im.* XI, 1925

(739) Die oekonomischen Beziehungen zwischen dem Schuldgefuehl und dem weiblichen Narzissmus. Z. XIV, 1928

2.3

23

4

23

13

16

23

18

12, 14, 15 18

15

5, 16

14

16 579

(740) Zur Psychologie des Zopfabschneiders. *Z. S. W.* XII, 1928

(741) One Componcnt in the Fear of Death in Early Infancy. /o. XI,

1930

(742) Zur Therapie der Homosexualitact. *Vortrag* II; Tgg. d.

Deutschen Ps-a. Ges.; Autoref. Z. XVI, 1930

(743) Introjection and Projection in the Mcchanism of Depression.

Jo. XIII, 1932

(744) Zur Frage der infantilen weiblichen Genitalorganisation. Z.

XX, 1934

HART, MOSS

(745) Lady in the Dark. *Random House,* New York, 1941

HARTMANN, HEINZ

(746) Ein Fali von Depersonalisation. Z. *ges. N. P.* LXXIV, 1922

(747) Kokainismus und Homosexualitaet. Z. *ges. N. P.* XCV, 1925

(748) Die Grundlagen der Psychoanalyse. *G. Thieme,* Leipzig, 1927

(749) Psychiatrische Zwillingsprobleme. *Jb. Ps. N.* L and LI, 1934

(750) Ich-Psychologie und Anpassungs-Problem. Z. XXIV, 1939

(751) Psychoanalysis and the Concept of Health. *Jo.* XX, 1939

HARTMANN, MAX

(752) Die Sexuahtaet der Protisten und ihre Bedeutung fucr eine allgemeine Theorie der Bisexualitaet. Z. *ind. Abst.* L1V, 1930

HAWK1NS, MARY **O'NEIL**

(753) Psychoanalysis of Children. *Menn. Buli.* IV, 1940

HAWORTH, NORAH A.

(754) —and MacDonald, Mary E.: Theory of Occupational Therapy. *Williams and Wilhjns,* Baltimore, 1941

HAYWARD, EMELINE P.

(755) Types of Female Castration Reaction. *Q.* XII, 1943

HEALY, WILLIAM

(756) The Individual Delinquent. *Little, Brown,* Boston, 1915

(757) —and Bronner, F. A.: New Light on Delinquency and Its Treatment. *Yale Univ. Press,* New Haven, 1936

HEI DE, CAREL VAN DER

(758) A Study of Mechanisms in Two Cases of Peptic Ulcer. *Psychosom. Mcd.* II, 1940

(759) A Case of Pollakisuria Nervosa. *O.* X, 1941

HEILPERN-FUCHS, ELSE

(760) Psychological Problems of Stepchildren. *R.* XXX, 1943

580

Capítulo

(761

16

)

i3> 15

(762

)

16

(763

) (764) (765)

5

(766)

10

(767

) (768)

18 16

(769

3 **20**

) (77°)

4 **23**

(77

0

(772

)

(773

)

IÊ

(774

) (775)

23

(776

) (777) (778)

23

(779

20

) (78o)

(781

) (782)

16,

20

(783

16, 20

) (784)

(785

)

13 12

(786

)

5, 20

HENDRICK, IVES Pregenital Anxiety in a Passive Feminine Character, *Q.* II,

1933 "The Ego and the Defense Mechanisms": A Review and Disus-

sion. *R.* XXV, 1938

Facts and Theories of Psychoanalysis. *Knopj,* New York, 1)39 Suicide as Wish Fulfillment. *Psych. Q.* XIV, 1940

Psychoanalytic Observations on tjie Aurae of Two Cases **wih**

Convulsions. *Psychosom. Med.* II, 1940 Instincts and the Ego during Infancy. *Q.* XI, 1942 Work and the Pleasure

Principie. *Q.* XII, 1943 **The** Discussion of the "Instinct to Master." *Q.* XII, 1943

HERBERT, S.

Thc Psychogenic **Root** of Enuresis. *R.* IX,. 1922 A Case of Pseudo-Epilepsia Hysterica. *R.* X, 1923

HERMANN, IMRE

Randbemerkungen zum Wiederholungszwang. Z VIII, 1122

Organlibido und Begabung. Z. IX, 1923

Die Regei der Gleichzeitigkeit in der Sublimierun^sarbeit.

Im. X, 1924

Das System Bw. *Im.* XII, 1926 Die Zwangsneurose und ein historisches Moment in der Uoer-

Ich-Bildung. Z. XV, 1929 Das Ich und das Denken. *Im.* XV, 1929 Sinnesmodalitaeten und Denkformen. *Im.* XV,

1929 Urwahrnehmungen, insbesondere Augenleuchten und Lau>

werden des Inneren. Z. XX, 1934

Die Psychoanalyse ais Methode. *Int. Ps-a. V',* Wien, 1934 Sich Anklammern—Auf Suche gehen. Z. XXII, 1936 Zur

Triebbesetzung von Ich und Ueber-Ich. Z. XXV, 194c Studien zur Denkpsychologie. *Acta Psychol.* V, 1940

HILL, LEWIS B.

A Psychoanalytic Observation on Essential Hypertension. *R.*

XXII, 1935 The Use of Hostility as a Defense. *Q.* VII, 1938

HINSIE, LELAND E.

The Treatment of Schizophrenia. *Baãlicre Twdall,* Londan,

1930 The Relationship of Psychoanalysis to Psychiatry. *A.* /. *P.* XCI,

Colutr.bia *Univ.*

(787) Concepts and Problems of Psychotherapy. *Press,* New York, 1937

Capítulo 5

4 G

13

2, 4, 20 2, 4, 20 2, 4, 20

12

13

21 10

9

2

6

4 **15**

4 3 5 6 6

13 11, 20

18 18 **13**

581

HIRSCH, ERW1N

(788) Eine **Feuerphobie** ais **Folge** unterdrueckter Onanie. *Vaed.* II, *Capitulo*

1928 ,6

HITSCHMANN, EDUARD

(789) Kinderangst une! Onanic-Entwoehnung. *C.* IÍI, 1913 5, Io

(790) Paranóia, **Homosexualitaet** und Analcrotik. Z. I, 1913 **,g**

(791) **Freud's Thearies of the Neuroses.** ***Kegan Paul,*** **London, 1913** ***Q***

(792) Ein **Fali** von Zwansbefuerchtung vom Tode des gleichgeschlechtlichen EIternteils. Z. III, 1915 n

(793) Ueber einen sporadischen Rueckfall ins Bettnaessen bei einem **vierjaehrigen Kinde.** Z. V, 1919 , I2

(794) Urethral Erotism and Obsessional Neurosis. *Jo.* IV, 1923 5, 2o

(795) Die Indikationen fuer psychoanalytische Behandlung. *Ars Mediei* XIV, 1924 23

(796) —and Bergler, Edmund: Frigidity in Women. *N.M.D.Pub. Co.,* Washington and New York, 1936 10

(797) Bemerkungeh ueber Platzangst und andere neurotische Angstzustaende. Z. XXIII, 1937 11

(798) Beitraege zui- Aetiologie und Konstitution der Spermatorrhoe. Z. XXV, i94o ' 5

HOCH, PAUL H.

(799) Personality Pactors in **Âlcoholic Psychoses.** *Psych. Q.* XIV, 1940 *i6*

HOFFER, WILHELM

(800) Ueber die maennliche Latenz und ihre spezifische Erkrankung. Z. XII, 19:26 6

(801) Analyse **eineir** postenzephalitischen Geistesstoerung. Z. **XXV,** 1940 13

HOFFMANN, ERNST PAUL

(802) Projektion und Ich-Entwicklung. Z. XXI, 1935 4

HOFFMANN, JAKOB

(803) Entwicklungisgeschichte eines Falles von sozialer Angst. Z. XVII, 1931; 10, 20

HOFSTAETTER, R.

(804) Ueber **èingebildete Schwangerschaft.** *Urban u. Sehwarzcn-berg,W\tik,* 1924 12, 13

HOLLITSCHER, WALTER

(805) **The Concept of Ratíonalization.** /o" XX, 1939 20

HOLLOS, ISTVAN

(806) Psychoanalytiische Beleuchtung eines Falles von Dementia Praecox. *Z.* II, 1914 18

582

(807) Die Phasen des Selbstbewusstseinsaktes. Z. V, 1919

(808) Aus der psychiatrischcn Anstaltspraxis. Z. IX, 1923

(809) Hinter der gelben Mauer. *Hippo\rates Verlag,* Stuttgart, 1928

HOOP, J. H. VAN **DER**

(810) Ueber die Projektion und ihre **Inhalte.** Z. X, 1924

HORNEY, KAREN

(811) On the Génesis of the Castration Complex in Women. *Jo.* V, 1924

(812) The Flight from Womanhood. *Jo.* VII, 1926

(813) Die praemenstruellen Verstimmungen. *Paed.* V, 1931

(814) The Dread of Woman. *Jo.* XIII, 1932

(815) The Denial of the Vagina. *Jo.* XIV, 1933

(816) Psychogenic Factors in Functional Female Disorders. *A. J.*

Obs. and Gyn. XXV, 1933

(817) The Problem of Feminine Masochism. *R.* XXII, 1935

(818) The Problem of the Negative Therapeutic Reaction. *0. V,*

1936

(819) The Neurotic Personality of Our Time. ***Norton,* New York,**

1936

(820) New Ways in Psychoanalysis. *Norton,* New York, 1940

(821) Self-Analysis. *Norton,* New York, 1942

HUBBARD, L. T.

(822) Transference and Sex. *R.* X, 1922

HUEBSCH, D. E.

(823) Psychoanalysis and Eye Disturbances. *R.* XVIII, 1931

HUG-HELLMUTH, HERMINE VON

(824) Ein Fali von weiblichem Fuss-, richtiger Stieíelfetischismus.

Z. III, 1915

(825) A Study of the Mental Life of the Child. *N. M. D. Pub. Co.,* Washington, 1919

(826) On the Technique of Child Analysis. *Jo.* II, 1921

(827) Vom mittleren Kinde. *Im.* VII, 1921

(828) Die Bedeutung der Familic fuer das Schicksal des Einzelnen.

Z. 5. *W.* IX, 1923

HUPFER, **SUSANNE**

(829) Ueber Schwangerschaftsgelueste. Z. XVI, 1930

HUTCHINGS, G. R.

(830) —Cheney, C. O., and Wright, W. W.: Psychogenic Precipitating

Causes of Schizophrenia. In *Schizophrenia:* Assn. Research N. M. D., Hoeber, New Ymk, 1928

Capítulo

13

18

18

5

2

0

1

3

5 1

. 6

5

1

1

0, 3

5 1

, 6

14, 20

l6, 20, 23

20, 23

20, 23

23 13

l6

23

23

5, 20

5, 20 16

18 583

(83a)

(833) (834)

(835) (836)

(837) (838)

(839)

(840) (841) (842)

(843) (844)

(845)

(846)

(847) (848)

(849) (850)

(851) (852)

INMAN, W. S. A Psyehoanalytical Explanation of Micropsia. *Jo.* XIX, 1938

ISAACS, SUSAN

Penis-Fcces-Child. *Jo.* VIII, 1927

The Nursery Years. *Routledge and Sons,* London, 1929 The Children We Teach. *Uniu. of London Press,* London,

i932 Social Development in Young Children. *Routledge and Sons,*

London, 1933 The Psychological Aspects of Child Development. *Evans*

Brothers, London, 1935

ISAKOWER, OTTO

A Contribution to the Pathopsychology of Phenomena Associated with Falling Asleep. *Jo.* XIX, 1938

On the Exceptional Position of the Auditive Sphere. *Jo.* XX, 1939

JACOBSON, EDMUND Progressive Relaxation. *Univ. of Chicago Press,* Chicago, 1929

JACOBSON (JACOBSOHN), EDITH Beitrag zur asozialen Charaktcrbildung. Z. XVI, 1930 Em weibischer Knabe

und seine Heilung. *Paed.* IV, 1931 Lernstoerungen beim Kindc durch masochistische Mechanis-

men. Z. XVIII, 1932

Wege der weiblichen Ueber-Ich-Bildung. Z. XXIII, 1937 Depression, the Oedipus Complex in the Development of

De-

pressive Mechanisms. *Q.* XII, 1943

JACOBY, HEINRICH Muss es Unmusikalische geben? *Paed.* I, 1926

JEKELS, LUDWIG Analerotik. Z. I, 1913

Zur Psychologie der Komoedie. *Im.* XII, 1926 Zur Psychologie des Mitleids. *Im.* XVI, 1930 Das Schuldgefuehl.

Ps-a. *Bwgg.* IV, 1932 —und Bergler, Edmund: Uebcrtragung und Liebe. *Im.* XX,

(853) (854)

584

934

Mitleid und Liebc. *Im.* XXII, 1936 The Riddle of Shakespeare's Macbeth. *R.* XXX, 1943

JELGERSMA, G.

Unbewusstes Geistesleben. *Int. Ps-a. V.,* Wien, 1914 Projection. *Jo.* VII, 1926

Capitulo

12

5» 12, 20 23

23

5

5

4. 5- 11

5, 6, 18

!3> 23

16, 20 23

10, 23

6

5

27 **20**

5



20 20

G

9, 18

JELLIFFE, SMITH ELY

(855) The Teehnique of Psychoanalysis. *N. M. D. Pub. Co.,* New York and Washington, 1914

(856) Alcohol in Some of Its Social Compensatory Aspects. *N.Y. M. J.* CV, 1917

(857) Epileptic Attacks in Dynamic Pathology. *N. Y. M.* /., July, 1918

(858) Psychopathology and Organic Disease. *Arch. N. Ps<,* 1922

(859) The Old-Age Factor in Psyehoanalytical Therapy. *M. R.* CXXI, 1925

(860) Psychoanalysis and Organic Disorder: Myopia as Paradigma. *Jo.* VII, 1926

(861) Post-Encephalitic Respiratory Disorders. /. *N. M. D.* LXIII, 1926

(862) Psychopathology of Forced Movements in Oculogyric Crises. *N. M. D. Pub. Co.,* New York and Washington, 1932

(863) Dynamic Concepts and the Epileptic Attack. *A. J. P.* XCII, 1935

(864) Sketches in Psychosomatic Medicine. *N. M. D. Pub. Co.,* New York and Washington, 1939

(865) The Parkinsonian Body Posture: Some Considerations in Unconscious Hostility. *R.* XXVII, 1940

JOHNSON, ADELAIDE M.

(866) —Falstein, Eugene *J.,* Szurek, S..A., and Svendsen, Margaret: School Phobia. *A. J. Orthops.* XI, 1941

JOKL, ROBERT HANS

(867) Zur Psychogenese des Schreibkrampfes. Z, VIII, 1922

JONES, ERNEST

(868) Rationalization in Everyday Life. *P.*

(869) Psychoanalytic Notes on a Case of Hypomania. *A. J. 1.,* 1909

(870) Psychoanalysis in Psychotherapy. *P.*

(871) Simulated Foolishness in Hysteria. *P.*

(872) The Therapeutic Efiect of Suggestion. *Can. J. M. S.* XXXIX, 1911

(873) The Psychology of Morbid Anxiety. *P.*

(874) The Therapeutic Action of Psychoanalysis. *P.*

(875) The Relation between Anxiety Neurosis and Anxiety Hysteria.

P.

(876) The Nightmare. *Hogarth Press and Inst. of Ps-a., London,*

1931

(877) The Significance of the Grandfather for the Fate oí the In-

dividual. *P.*

(878) The God Complex. *Ess.*

Capitulo 23

16

13 13

23

13 13

13

13

11

10, 12

23 **11**

23

4- 14»

585



(879) (88o)

(881)

(882) (883) (884)

(885) (886) **(887)**

(888) (889)

(890) **(891)**

(892)

(893) (894) (895) (896)

(897) (898)

(899) (900) (901) (902)

Hate and Anal Erotism in the Obsessional Neurosis. *P.*

Suggestion und Uebertragung. *Z.* II, 1914

Urethralerotik und Ehrgeiz. *Z. Ill,* 1915

The Theory of Symbolism. *P.*

Anal-Erotic Character Traits. *P.*

The Symbolism of Being Run Over. *Jo.* I, T920

The Treatment of the Neuroses. *Wood,* New York, 1920

Introjection and Projection. *Jo.* III, 1921

Notes on Abraham's Article on the Female Castration Complex.

Jo. III, 1922

Some Problems of Adolescence. *P.* The Nature of Auto-Suggestion. *P.*
Classification of the Instincts. *B. J. P.*

XIV, 1923 Mother-Right and the Sexual Ignorance of the Savages. *Jo.* VI, 1924

Deprivation of the Senses as a Castration Symbol. *Jo.* VII, 1926

The Origin and Structure of the Superego. *Jo.* VII, 1926

The Early Development of Female Sexuality. *Jo.* VIII, 1927

Fear, Guilt and Hate. *Jo.* X, 1929

The Anxiety Character. *M. R. R.,* 1930

Die Eifersucht. ***Ps-a. Btvgg.*** II, 1930

The Phallic Phase. *Jo.* XIV, 1933

The Early Female Sexuality. *Jo.* XVI, 1935

Psychoanalysis and the Instincts. *B. J. P.* XXVI, 1936

The Concept ot a Normal Mind. *Jo.* **XXIII,** 1942

Psychology and Childbirth. *Lancei* CCXLII, 1942

Capít

JULIUSBURGER, OTTO

(903) Beitrag zur Psychologie der sogenannten Dipsomanie. *C.* II,

1912

(904) Zur Lehre vorn psychosexuellen Infantilismus. Z. *S. W.* I, 1914

JUNG, C. G.

(905) Der Inhalt der Psychose. *Deutickf,* Leipzig, 1908

(906) The Psychology of Dementia Praecox. *N. M. D. Pub. Co.,*

New York and Washington, 1909

(907) Wandlungen und Symbole der Libido. *Deutic\e,* Leipzig,

1912

(908) Psychological Types. *Harcourt, Brace,* New York, 1923

JUST-KERi, **HEDWIG**

(909) Lernhemmungen in der **Schule.** ***Paed.*** IV, 1930

KAISER, **HELLMUTH**

(910) Probleme der Technik. Z. XX, 1934

10,

6, *9,* i8,

ulo

M

5, 20

4

r4, 20

II

23 9

2Ò

6 23

5

5

15 6

5

1 [

20 20

10,

5 5 5

23 13

16 16

18

18

5

20

10 23

KALISCHER, **HANS**

(911) Beobachtungen an einem **jungen** Verschwender. *Paed.* III,

1929

(912) Leben und Selbstmord emes Zwangsdiebes. *Paed.* III, 1929

KAMM, **BERNARD A.**

(913) A Technical Problem in the Psychoanalysis of a Schizoid Character. *Menn. Buli.* I, 1937

(914) Schizophrenia and Compulsion Neurosis. *Menn. Buli.* II, 1938

KAPLAN, LEO

(915) Grundzuege der Psychoanalyse. *Deutic\e,* Leipzig, 1924

(916) Das Problem der Magie und die Psychoanalyse. *Merlin Verlag,* Heidelberg, 1928

KARDINER, ABRAHAM

(917) The Bio-Analysis of the Epileptic Reaction. *O.* I, 1933

(918) The Role of Economic Security in the Adaptation of the Individ-. uai. *Family* XVII, 1936

(919) Security, Cultural Restraints, Intra-Social Dependencies and Hostilities. *Family* XVIII, 1937

(920) Influence of Culture on Behavior. *Social* ***Wor*** *Today,* 1937

(921) The Individual and His Society. *Columbia Uniu. Press,* New York, 1939

(922) The Traumatic Neuroses of War. *National Research Council,* Washington, 1941

KARN, H. W.

(923) A Bibliography of Experimental Neurosis. *Psychol. Rec.* IV, 1940

KARPMAN, BEN

(924) Stupor and Allied States. *R.* IX, 1922

(925) The Psychopathology of Exhibitionism. *R.* XIII, 1926

(926) The Chronic Alcoholic as a Neurotic and a Dreamer.

/.TV. *M. D.* XCIV, 1941

(927) The Individual Criminal. *N. M. D. Pub. Co.,* New York

and Washington, 1941

KASANIN, JACOB

(928) Defense Reactions in Anxiety States of Central Origin. *O.* XI,

1942

(929) —and Biskind, Gerson R.: Pcrsonality Changcs Following Sub-

stitution Therapy in Prc-Adolcsccnt **Eunuchoidism.** /. *A. M. A.* CXXI, 1943

(930) (Ed.) Language and Thought in Schizophrenia. ***Univ.*** *of Cali-*

fórnia Press, Berkeley and Los Angeles, 1944

Capítulo 16

16

18

18

G

4. 14

4. 7. I2 4

4

4

4, 14, 20, 23 **7**

18 16

16

13

18

586

KATAN, M.

(931) The Understanding of Schizophrenie Specch. *Jo.* XX, 1939

(932) Die Rolle des Wortes in der Schizophrenie und Manie. Z.

XXV, 1940

KATAN-ANGEL, ANNY

(933) Einige Bemerkungen ueber Optimismus. Z. XX, 1934 '

(934) From the **Analysis** of a **Bed-Wetter,** *Q.* IV, 1935

(935) ^*ie* ^°^e ^er Verschiebung bei der Strassenangst. Z. XXIII,

1937

KAUFMANN, MOSES RALPH

(936) Some Clinicai Data on Ideas of Reference. *Q.* I, 1932

(937) Pr°)ecti°n> Heterosexual and Homosexual. *O.* III, 1934

(938) ' Psychoanalysis in Late-Life Depressions. *Q.* VI, 1937

(939) Religious Deiusions in Schizophrenia. *Jo.* XX, 1939

(940) A Clinical-Note on Social Anxiety. *R.* XXVIII, 1941

(941) Factors in Psychotherapy: A Psychoanalytic Evaluation. *Psych. Q.* XV, 1941

KEMPER, WERNER

(942) Zur Génese der genitalen Erogeneitaet und des Orgasmus. Z. XX, 1934

KEMPF, EDWARD J.

(943) The Psychoanalytic Treatment of Dcmentia Praecox: Report of a Case. *R.* VI, 1919

KIELHOLZ, ARTHUR

(944) Symbolische Diebstaehle. Z. *ges. N. P.* LV, 1920

(945) On the Génesis and Dynamics of Inventor's Delusion. *Jo.* V, 1924

(946) Analyseversuch bei Delirium Tremens. Z. XII, 1926

(947) Seelische Hintergruende der Trunksucht. *Ps-a. Bwgg.* II, 1930

(948) Giftmord und Vergiftungswahn. Z. XVII, 1931

(949) Weh dem, der luegt: Beitrag zur Pseudologia phantastica. Z. XIX, 1933

(950) Zur Begutachtung eines Falles von Paederosis. Z. XXIII, 1937

KIRSCHNER, LOTTE

(951) Analyse einer Konvcrsionshysteric in vorgeschrittenem Lebens-alter. Z. XIV, 1928

(952) Aus der Analyse einer zwangsneurotischen Arbeitshcmmung. Z. XIV, 1928

KLEIN, MELANIE

(953) Zur **Fruehanalyse.** *hn.* IX, 1923

(954) Zur Génese des Tics. Z. XI, 1925

(955) Early Stages of the Oedipus Conflict. *Jo.* IX, 1928 5, 6,

(956) Personification in the Play of Children. *Jo.* X, 1929

588

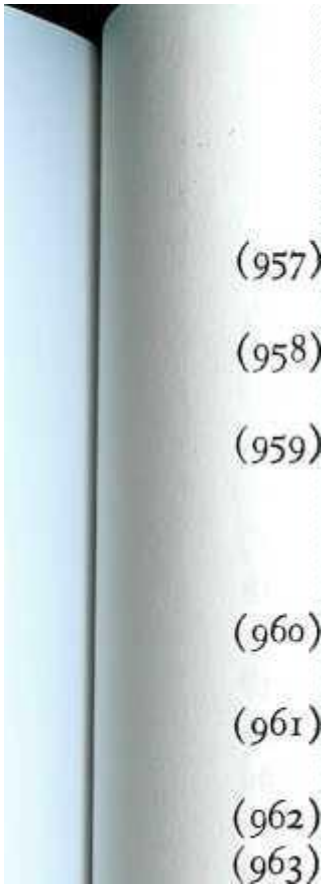
Capítulo 18

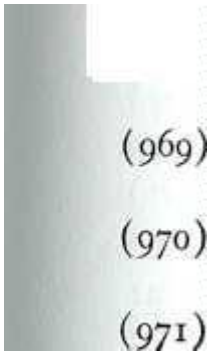
18

20 12, 23

II,

18





9 J7 18 **20**

23

16

18

16

16

n, 17

20

16

=3

15

16, 23

9

(964)

(965) (966)

(967) (968)

(972) (973) (974)

(975)

(976) (977)

(978)

A Contribution to the Theory of Intcllcctual Inhibition. *Jo.*

XII, 1931 The Psychoanalysis of Children. *Hogarth Press and Inst. of*

Ps-a., **London,** 1932 —and Rivierc, Joan: Love, Hate and Reparation. *Hogarth*

Press, London, 1938

KNIGHT, ROBERT

The Psychodynamics of Chronic Alcoholism. /. *N. M. D.*

LXXXVI, 1936 Application oí Psychoanalytic Concepts in Psychotherapy.

Menn. Buli. I, 1937

Psychoanalysis of Hospitalized Patients. *Menn. Buli.* I, 1937 The Dynamics and Treatment of Chronic Alcohol

Addiction.

Menn. Buli. I. 1937 The Psychoanalytic Treatment in a Sanatorium of Chronic

Addiction to Alcohol. /. *A. M. A.* III, 1938 Why People go to Cultists. *Menn. Buli.* III, 1939 Psychotherapy in Acute

Paranoid Schizophrenia vvith Successful

Outcome. *Menn. Buli.* III, 1939

Introjection, Projection and Identification. *0.* IX, 1940 The Relationship of Latent Homosexuality to the Mechanism

of Paranoid Deiusions. , *Menn. Buli.* IV, 1940 The Evaluation of the Results of Psychoanalytic Therapy.

*A. **J.** P.* **XCVIII,** 1941 Some Problems Involvcd in Selccting and Rearing Adopted

Children. *Menn. Buli.* V, 1941 Intimidation of Others as a Defense against Anxiety. *Menn.*

Buli. VI, 1942

KNOPF, O.

Preliminary Report on Personality Studies in Thirty Migraine

Patients. /. *N. M. D.* LXXXII, 1935 Aeusserungen des Oedipuskomplexes bei Schizophrenie. Z.

XIV, 1928 Weltuntergangserlebnis und Wiedergeburtsphantasie bei einem

Schizophrenen. Z. XVIII, 1932

KOVACS, SANDOR Introjektion, Projektion und Einfuehlung. *C.* II, 1912

KOVACS, VILMA

Analyse emes Falles von Tic Convulsif. Z. XI, 1925 Wiederholungstendenz und Charakterbildung. *Z.* XVII, 1931

KRAINES, SAMUEL H.

The Therapy of the Neuroses and Psychoses. *Lea and Febiger,* Philadelphia, 1943

Capítulo

10, 23

3, 5. 16, 23 5,8,9

16

2

23 3

16

16, 18, 23 23

18, 23 9

18

23 **20**

11, 20

13

18 18

20

15 **21**

KRAUS, SIEGFRIED (079) Die Verwaisung ais sozialc Erscheinung. *Paed.* IV, 1950

KRETSCHMER, ERNST

(980) Physique and Character. *Harcourt, Brace,* New York, 1931

KR IS, ERNST

(981) Ein geisteskranker Bildhauer. *lm.* XIX, 1933

(982) Bemerkungen zur Bildnerei der Geisteskranken. *lm.* XXII,

1936

(983) The Psychology of Caricature. *Jo.* XVII, 1936

(984) Ego Development and the Comic. *Jo.* XIX, 1938

(985) —and Gombrich, E.: The Principies of Caricature. Aí. XVII,

1938

(986) Laughter as an Expressive Process. *Jo.* XXI, 1940

KRONENGOLD, EDWARD

(987) —and Sterba, Richard: Two Cases of Fetishism. *Q.* V, 1936

K.UBIE, LAWRENCE S.

(988) Practical Aspects of Psychoanalysis. *Norton,* New York, 1936

(989) The **Fantasy of Dirt.** *O.* VI, 1937

(990) Modification in a Schizophrenic Reaction with Psychoanalytic

Treatment. ***Arch.*** *N. Ps.* XXXVII, 1937

(991) A Criticai **Analysis** ol the Conception of a Repetition CompuI-

sion. *Jo.* XX, 1939

(992) The Repetitive Core of **Neurosis.** *Q.* X, 1941

(993) A Physiological Approach to the Concept of Anxiety.

Psychosom. Med. III, 1941

(994) —and Margolin, S. G.: A Physiological Method for the Induc-

tion of States of Partial Sleep, and Securing Free Associíation and Early Memories in Such States. *Tr. A. N. A.,* 1942

1995) The Use of Induced Hypnagogic Reveries in the Recovery of Repressed Amnesic Data. *Menn. Buli.* VII, 1943

KULOVESI, YRJÒ

(996) Zur **Entstehung** des Tics. Z. XV, 1929

(997) Ein Beitrag zur Psychoanalyse des epileptischen Anfalls. Z.

XX, 1934

(998) Die Ausdrucksbewegungen der Bcjahung und Verncinung. Z.

XXIV, I939

LAFORGUE, R.

(999) Zum **Begriff** der **Verdraengung.** Z. XIV, 1928

(1000) The Mechanism of **Isolation** in Neurosis and Its Relations to

Schizophrenia. *Jo.* X, 1929

(1001) On the Erotization of Anxiety. *Jo.* XI, 1930

Capitulo **20**

i8

18, 20 16, 20

18

15, 18

16

G

H

18

21 21

23 23

-5

9

(1002) Clinicai Aspects of Psychoanalysis. ***Hogarth Press,*** **London,** *Capítulo* 1938 G

(1003) The Ego and the Conception of Reality. *Jo.* XX, 1939 4

(1004) The Rclativity of Reality. *N. M.* ***D. Pub. Co.,*** **New York and** Washington, 1940 4, 20 LAMPL, **HANS**

(1005) A Case of Borrowed Sense of Guilt. *Jo.* VIII, 1927 9

LAMPL-DE GROOT, J.

(1006) The Evolution of the Oedipus Complex in Women. *Jo.* IX, 1928

(1007) Problems of Femininity. *Q.* II, 1933

(1008) Masochismus und Narzissmus. Z. XXII, 1936

LANDAUER, KARL

(1009) Spontanheilung einer Katatonie. Z. II, 1914

(1010) Die symptomatische Neurasthenie. Z. *ges. N. P.* XLV, 1919

(1011) Aequivalente der Trauer. *Z.* XI, 1925

(1012) Die kindliche Bewegungsunruhe. Z. XII, 1926

(1013) Gemuetsbewegungen oder Affekte. In Federn-Meng: *Ps-a. Volksbuch,* 1926

(1014) Die Triebe. In Federn-Meng: *Ps-a. Vol\sbuch,* 1926

(1015) Die Bewusstseinsstoerungen. **In Federn-Meng:** ***Ps-a. Vol\s-buch,*** 1926

(1016) Die Schizophrenie. In Federn-Meng: *Ps-a. Vol^sbuch,* 1926

(1017) Paranóia. In Federn-Meng: *Ps-a. Vol\sbuch,* Hippokrates Verlag, 1926

(1018) Automatismen, Zwangsneurose und Paranóia. Z. XIII, 1927

(1019) Zur psychosexuellen Ger.ese der Dummheit. Z. 5. *W.,* 1929

(1020) Zur Theorie der Dummheit. *Paed.* IV, 1930

(1021) Affects, Passions and Tetnperament. *Jo.* XIX, 1938

(1022) Some Remarks on the Formation of the Anal-Erotic Character.

Jo. XX, 1939 14. 20

LANDMARK, **JOHANNES**

(1023) Ueber den Triebbegriff. *lm.* XX, 1934 5

(1024) Der Freud'sche Triebbegrifi und die erogenen Zonen. *lm.*

XXI, 1935 ' 5

LANTOS, BARBARA

(1025) Analyse einer Konversionshysterie im Klimakterium. Z. XV,

1929 12, 23

LATIF, J. (1.026) Some Etiological Factors in the Pathology of Stammering. *M.*

XVII, 1938 15

LAUBI, O.

(1027) Ein Fali von Psychoanalyse bei einem erwachsenen Stotterer.

M. ges. Sprach., 1911 15

5

5 1

. 6

1

6

1

8

1

0

9

1

5

2

5

1

2

1

8

1

8

1 1

5 8

.

I

2

O

3

,

1

2

0

3

,

2

1

, 9

590

591

LEHRMAN, PHILIP R.

(1028) Analysis of a Conversion Hysteria Superimposed on an Qld *Capítulo*

Diffuse Central **Nervous** System Lesion. /. *N. M. D.* LIV,

1921 I2

(1029) Some Unconscious Determinants in Homicide. *Psych. Q.*

XIII, 1939 l6

LENNOX, W. G.

(1030) —and Cobb, St.: Epilepsy. *Williams and Wil\ins,* Baltimore,

1928 * I3

LEVEY, HARRY B.

(1031) Oral Trends and Oral Conflicts in a Case of Duodenal Ulcer.

Q- in, 1934 I3

(1032) A Critique of the Theory of Sublimation. *Ps.* II, 1939 9

LEVIN, MAX

(1033) The Activation of a Repressed Impulse under Apparently Para-

doxical Circumstances. *Jo.* XVIII, 1936 <j

LEVINE, MAURICE

(1034) Pregenital Trends in a Case of Chronic Diarrhoea and Vomit-

ing. *Q.* III, 1934 I3

(1035) Notes on the Psychopathology of Suspicions of Marital In-

fidelity. /. *Med.* XIX, 1938 18

(1036) The Diagnosis of Normality. /. *Med.* XX, 1939 23

(1037) Psychotherapy in Medicai Practice. *Macmillan,* New York,

1942 23

LEVY, DAVID M.

(1038) Use of Play Technique as an Experimental Procedure. *A. J.*

Orthops. III, 1933 23

(1039) Studies in Sibling Rivalry. *A. Orthopsych. Assn.,* New York,

1937 5

(1040) "Release Therapy" in Young Children. *Ps.* I, 1938 23

(1041) Maternal Overprotection. *Columbia Vmv. Press,* New York,

1943 5, 6, 20

LEVY, ER WIN

(1042) Some Aspects of the Schizophrenic Formal Disturbance of

Thought. *Ps.* VI, 1943 18

LEVY, ESTELLE

(1043) Psychoanalytic Treatment of a Child with a Stealing Compul-

sion. *A. J. Orthops.* IV, 1934 16

LEVY, KATA

(1044) Vom Bettnaessen des Kindes. *Paed.* VIII, 1934 12

LEVY, LUDWIG

The Psychology of lhe: F.íícct Produced by Morphine. *Jo.* VI, 1925

LEVY, NORMAN A.

—and Grinker, Roy R.:: Psychological Observations in Affective Psychoscs Treated vwith Combined Convulsive

Shock and Psychotherapy. /. *M. M. D.* XCVII, 1943

LEVY-BRUHL Primitive Mentality. *IMacmillan,* New York, 1923

LEVY-SUHL, MAX

Ueber Hypnotismus uind seine Beziehungen zur Psycho-

anaJyse. *Hirzel,* Le:ipzig, 1929 Resolution by Psychoainalysis of Motor Disturbances in an

Adolescent. *Q.* VI,, 1937

ILEWIN, BERTRAM D.

Kotschmicren, Mensess und weibliches Ueber-Ich. Z. XVI,

1930 Warum Kinder von dlcn Erwachsenen gencckt werden.

Paed. IV, 1930

The Compulsivo Chanacter. ***M. R. R.,* 1930** Analysis and Structurc of a Transicnt Hypomania. *Q.* I,

(1045) (1046)

(1047)

(1048) (1049)

(1050) (1051)

(1052) (1053)

(1054) Anal Eroticism and thie Mechanism of Undoing. *Q.* I,

1932

(1055) The Body as Phallus. *Q.* II, 1933 (1056.) Claustrophobia. *Q.* IV, 1935

(1057) —and Others: Discussiion of DanieFs Case of Neurosis with

Diabetes Mellitus. *Q.* V, 1936

(1058) A Type of Neurotic Hypomanic Reaction. *Arch.N.Ps.*

XXXVII, 1937

(1059) Some Observations on Knowledge, Belief and the Impulse to

Know. *Jo.* XX, 1939

(1060) Concepts on Hypomainic and Related States. *R.* XXVIII,

1941

ILEWIS, NOLAN D. C.

(1061) A Psychoanalytic Studiy of Hyperthyroidism. *R.* X, 1923 (rofu)
Psychoanalytic Approaich to Children

under **Twelve** Years of

Age. *R.* XIII, 1926)

(1063) Studies on Suicides. >*R.* XX, 1933, and XXI, 1934

IJICHTENSTEIN, HEINZ

(1064) Zur Phaenomenologie: des Wiederholungszwanges und des

Todestriebes. *Im.* XXI, 1935

Capitulo 18

23

4, 18

23 15

5 **20**

17

9, 14, 16



16, 20

11

13 17

5, ro, 20

17

13

23 17

21

593

LIPTON, S. (1065) Dissociated Personality: a Case **Report.** *Psych. 0.* XVII,

LISS, EDWARD

(1066) Play Technique in Child Analysis. *A. J. Orthops.* VI, 1936

(1067) **Emotional** and Biological Factors Involved in Learning Proc-

esses. *A.* /. *Orthops.* VII, 1937

(1068) Learning Dirfkulties. *A. J. Orthops.* XI, 1941

(1069)

(1070)

(1071)

(1072) (1073) (1074) (1075) (1076)

(1077) (1078) (1079)

(1080) (1081) (1082)

(1083)

(1084)

(1085)

LOEW-BEER, HELENE

■—and Morgenstern, Milan: Heilpaedagogische Praxis. ***Sensen Verlag,*** **Wien,** 1936

LOEWENFELD, HENRY

Psychic Trauma and Productive Expcrience in the Artist. *Q.* X, 1941

LOEWENSTEIN, RUDOLPH Phallic **Passivity** in Mcn. *jo.* XVI, 1935

LORAND, **SANDOR**

Fetishism in Statu Nascendi. /o. XI, 1930

The Reactive Character. *M. R. R.,* 1930

Aggression and Flatus. *Jo.* **XII,** 1931

The Morbid Personality. *Knopf,* New York, 1931

Psychoanalysis Today, Its Scope and Function. *Covici*

Friede, New York, 1933

A Note on the Psychology of the Inventor. *Q.* III, 1934 Dynamics and Therapy of Depressive States. *R.* XXIV,

1937 Contribution to the Problem of Vaginal Orgasm. *Jo.* XX,

1939 Role of the Female Penis Fantasy in Male Character 'Forma-

tion. *Jo.* XX, 1939 Hypnotic Suggestion, Its Dynamics, Indications and Limita-

tions. /. *N. M. D.* XCIV, 1941 Anorexia Nervosa: Report of a Case. *Psychosom. Med.* V,

r943

LOWREY, LAWSON G.

Runaways and Normais. *A. J. Orthops.* XI, 1941

LUNDHOLD, IIELGE

Reprcssion and Rationalization. ***M.*** **XIII, 1933 LUZENBERGER,** A. VON

Psychoanalyse **in** einem **Falle von** Erroctungsangst ais Beitrag zur **Psychologie** des Schamgefuehls. *C.* I, 1911

Capítulo

12

23

10 10

23

21

5, 16

16

20

5 G

G

18 17

5 20

23

10, 13

16

20

11, 20

MACCURDY, JOHN T.

A Psychological Feature of the Precipitating Factors in the Psychoses, and Its Rclation to Art. /. *Ab. P.* IX, 1914

MACFARLANE, DONALD A.

Arthritis and Aggressivencss. Paper read at the Spring Meeting of the San Francisco Psychoanalytic Society, San

Francisco, 1942

MACK-BRUNSWICK, RUTH A Supplement to Freud's History of an Infantilc Neurosis.

Jo. IX, 1928

Die Analyse eines Eifersuchtswahnes. Z. XIV, 1928 The Pre-Oedipal Phasc of the Libido Development. *Q.* IX,

1940 The Accepted Lie. *Q.* XII, 1943

MAEDER, ALPHONSE

Sexualitaet und Epilepsie. Y. I, 1909

Psychologische Untersuchungen an Dementia Praecox-

Kranken. *Y.* II, 1910 Psychoanalyse bei einer melancholischen Depression. Y.

III, 1911

MAEDER, LEROY A. M. Diagnostic Criteria: The Concept of Normal and Abnormal.

Family, 1941 Relations of Psychoanalysis to Psychiatry. *Arch. N. Ps.*

XLIX, 1943

MAENCHEN, ANNA

Denkhemmung und Aggression. *Paed.* X, 1936 On Neurotic Disturbances of Sleep. *Jo.* XXIII, 1942

MAHLER-SCHOENBERGER, MARGARETE Pseudo-Imbecility: A Magic Cap of Invincibility. *Q.* XI,

1942 —and Rangell, Leo: A Psychosomatic Study of Maladies des

Tics. *Psych. Q.* XVII, 1943

MALINOWSKI, BRONISLAW

(1101) Mutterrechtliche Familie und Oedipuskomplex. *Im.* X, 192*4

(1102) The Sexual Life o£ Savages. *Routlcdge,* London, 1929

MARCUS, ERNST

(1103) Psychische Beeinflussung der Menstruation. *C.* II, 1912

(1086)

(1087)

(1088)

(1089) (1090)

(1091)

(1092) **(1093)**

(1094)

(1095) (1096)

(1097) (1098)

(1099) (1100)

Capítulo

18

1

i

3. S

1 2

0

8,

5

2

0

1

3

1

8

17

23 18

10, 23



10

10, 23

15

13

595

(1104)

(1105)

(1106) (1107) (1108)

(1109) (mo)

(IIII) (1112)

(1113) (1114)

(1115) (1116) (1117) (1118) (1119) (1120) (1121)

(1122)

(1123)

596

MARKUSZEWICZ, ROMAN Beitrag zum autiistischen Denkcn bei Kindcrn. *Z.* **VI,** 1920

MARMOR, JUDAH The Role of Instinct in Human Behavior. ***Ps.*** **V, 1942**

MALSSERMAN, JULES H.

Psychodynamisrms in Anorexia Nervosa and Neurotic **Vomit-**

ing. *0.* X, 1941 **Psychodynamisrms** in Manic-Depressive Psychoses. *R.*

XXVIII, 1941 Hypnotic Treatrment of: Acute Hysterical Depression: **The**

Dynamics of Hypnosiis and Brief Psychotherapy. *Arch. N.*

Ps. **XLVI, 194:1** Behavior and Neuroses. *Univ. of Chicago Press,* **Chicago,**

MICCORD, CLINTON

Bemerkungen zum **Stand** der Kinderanalyse in Amerika.

Paed. VIII, 1934

MDEAD, MARGARET Changing Food IHabits. *Menn. Buli.* VII, 1943

MENAKER, ESTHER

A Contribiution t<o the **Sttudy** of the Neurotic Stealing Symp-

tom. *Â. J. Orthops.* IX, 1939

MENG, HEINRICH

Ueber Schlaf und Schlafs;toerungen beim Gesunden, Kranken,

und Arzneivergifteten.. *D. Z. Hom.* 9/10, 1924 Stellung der Pjsychoanalyse zur uebrigen Psychotherapie.

In Federn-Menig: *Ps-a.. Volk/buch,* Hippokrates Verlag,

Leipzig, 1926

Aus Analysen vom stotternden Kindern. *Paed.* II, 1928 Das einzige und (das eins;ame Ivind. *Neue Erz.* X, 1928

Angstneurose und Sexuallleben. *D. A. Z.* LV, 1929 Ueber Pubcrtaet und Pubertaetsaufklaerung. *Paed.* VI, 1932 Aus der

Analyse eeines **Stotterers.** *Paed.* VI, 1932 Das Problem der Organjpsychose. Z. XX, 1934 —und Grotc, L. R.: Uebter

interne und psychotherapeutische

Behandlung de:r endogenen Magersucht. *Schtv. M. W.*

LXIV, i934 Zur Psychologie dles triebihaften Narzisstcn. *Paed.* IX, 1935

MENNINGER, KARL A.

Psychoanalytical Study oE a Case of Organic Epilepsy. *R.* XIII, 19216

CaPttul0 4

2> 5 10, 13

23 2

23

16

23

15

5, 20

10

6

15 13

10, 13 16

(1124) Psychoanalytic Aspects of Suicide. *Jo.* XIV, 1933

(1125) Some Unconscious Psychological Factors Associated with the

Common Cold. *R.* XXI, 1934

(1126) Polysurgery and Polysurgic Addiction. *0.* III, 1934



(1127) Purposive Accidents as an Expression of Self-Dcstructive Tendencies. *Jo.* XVII, 1936

(1128) Psychological Factors in Urological Disease. *Q.* V, 1936

(1129) —and Menninger, William C: Psychoanalytic Observations in Cardiac Disorders. *A. Heart J.* XI, 1936

(1131) Organic Suicide. -*Menn. Buli.* I, 1937

(1132) The Human Mind. *Knopj,* New York, 1937

(1133) Criminal Behavior as a Form of Masked Self-Destructiveness. *Menn. Buli.* II, 1938

(1134) Emotional Factors in Hypertension. *Menn. Buli.* II, 1938

(1135) Man against Himself. *Harcourt, Brace,* New York, 1938

(1136) Somatic Correlations with the Unconscious Repudiation of Femininity in Women. /. *N. M. D.* LXXXIX, 1939

(1137) The Psychological Factors in Disease. *Menn. Buli.* III, 1939

(1138) Psychoanalytic Psychiatry: Theory and Practice. *Menn. Buli.* IV, 1940

(1139) Psychogenic Influences on the Appearance of the Menstrual Period. *Jo.* XXII, 1941

(1139a) Emotional Factors in Organic Gynccological Conditions. *Menn. Buli.* VII, 1943

MENNINGER, WILLIAM C.

(1140) Mental Disorders and Diabetes Melhtus. /. *M. S.* LXXXI,

1925

(1141) Bibliotherapy. *Menn. Buli.* I, 1937

(1142) The Treatment of Chronic Alcohol Addiction. *Menn. Buli.*

II, 1938

(1143) Characterological and Symptomatic Expressions Related to the

Anal Phase of Psychosexual Development. *Q.* XII, 1943 5, 10,

(1144) The Emotional Factors in Pregnancy. *Menn Buli.* V, 1943

MENNINGER-LYLE, JEANETTA

(1145) The Therapeutic Value of Púppets. *Menn. Buli.* III, 1941

METTE, ALEXANDER

(1146) Ueber Beziehungen zwischen Sprachcigentuemlichkeiten

Schizophrcner und dichterischer Produktion. *Dion Verlag,* Dessau, 1928

MEYER, **ALBRECHT**

(1147) Das Kleinkind und seine Umwelt. *Paed.* X, 1936

Capítulo 17

13

20

l8, 20

10, 13

17» 18

G

I

16

13 G

10

13

18, 23

10, 13

23 16

14, 20 13, 16

597

(1104)

(1105)

(1106) (1107) (1108)

(1109) (mo)

(IIII) (1112)

(1113) (1114)

(1115) (1116) (1117) (1118) (1119) (1120) (1121)

(1122)

(1123)

596

MARKUSZEWICZ, ROMAN Beitrag zum autiistischen Denkcn bei Kindcrn. Z. **VI,** 1920

MARMOR, JUDAH The Role of Instinct in Human Behavior. ***Ps.*** **V, 1942**

MALSSERMAN, JULES H.

Psychodynamisrms in Anorexia Nervosa and Neurotic **Vomit-**

ing. *0.* X, 1941 **Psychodynamisrms** in Manic-Depressive Psychoses. *R.*

XXVIII, 1941 Hypnotic Treatrment of: Acute Hysterical Depression: **The**

Dynamics of Hypnosiis and Brief Psychotherapy. *Arch. N.*

Ps. **XLVI, 194:1** Behavior and Neuroses. *Univ. of Chicago Press,* **Chicago,**

MICCORD, CLINTON

Bemerkungen zum **Stand** der Kinderanalyse in Amerika.

Paed. VIII, 1934

MDEAD, MARGARET Changing Food IHabits. *Menn. Buli.* VII, 1943

MENAKER, ESTHER

A Contribiution t<o the **Sttudy** of the Neurotic Stealing Symp-

tom. *Â.]. Orthops.* IX, 1939

MENG, HEINRICH

Ueber Schlaf und Schlafs;toerungen beim Gesunden, Kranken,

und Arzneivergifteten.. *D.* Z. *Hom.* 9/10, 1924 Stellung der Pjsychoanalyse zur uebrigen Psychotherapie.

In Federn-Menig: *Ps-a.. Volk/buch,* Hippokrates Verlag,

Leipzig, 1926

Aus Analysen vom stotternden Kindern. *Paed.* II, 1928 Das einzige und (das eins;ame Ivind. *Neue Erz.* X, 1928

Angstneurose und Sexuallleben. *D. A. Z.* LV, 1929 Ueber Pubcrtaet und Pubertaetsaufklaerung. *Paed.* VI, 1932 Aus der

Analyse eeines **Stotterers.** *Paed.* VI, 1932 Das Problem der Organjpsychose. Z. XX, 1934 —und Grotc, L. R.: Uebter

interne und psychotherapeutische

Behandlung de:r endogenen Magersucht. *Schtv. M. W.*

LXIV, i934 Zur Psychologie dles triebihaften Narzisstcn. *Paed.* IX, 1935

MENNINGER, KARL A.

Psychoanalytical Study oE a Case of Organic Epilepsy. *R.* XIII, 19216

CaPttul0 4

2> 5 10, 13

23 2

23

16

23

15

5, 20

10

6

15 13

10, 13 16

(1124) Psychoanalytic Aspects of Suicide. *Jo.* XIV, 1933

(1125) Some Unconscious Psychological Factors Associated with the Common Cold. *R.* XXI, 1934

(1126) Polysurgery and Polysurgic Addiction. *0.* III, 1934

(1127) Purposive Accidents as an Expression of Self-Dcstructive Tendencies. *Jo.* XVII, 1936

(1128) Psychological Factors in Urological Disease. *Q.* V, 1936

(1129) —and Menninger, William C: Psychoanalytic Observations in Cardiac Disorders. *A. Heart J.* XI, 1936

(1131) Organic Suicide. -*Menn. Buli.* I, 1937

(1132) The Human Mind. *Knopj,* New York, 1937

(1133) Criminal Behavior as a Form of Masked Self-Destructiveness. *Menn. Buli.* II, 1938

(1134) Emotional Factors in Hypertension. *Menn. Buli.* II, 1938

(1135) Man against Himself. *Harcourt, Brace,* New York, 1938

(1136) Somatic Correlations with the Unconscious Repudiation of Femininity in Women. /. *N. M. D.* LXXXIX, 1939

(1137) The Psychological Factors in Disease. *Menn. Buli.* III, 1939

(1138) Psychoanalytic Psychiatry: Theory and Practice. *Menn. Buli.*

IV, 1940

(1139) Psychogenic Influences on the Appearance of the Menstrual

Period. *Jo.* XXII, 1941

(1139a) Emotional Factors in Organic Gynccological Conditions. *Menn. Buli.* VII, 1943

MENNINGER, WILLIAM C.

(1140) Mental Disorders and Diabetes Melhtus. /. *M. S.* LXXXI,

1925

(1141) Bibliotherapy. *Menn. Buli.* I, 1937

(1142) The Treatment of Chronic Alcohol Addiction. *Menn. Buli.*

II, 1938

(1143) Characterological and Symptomatic Expressions Related to the

Anal Phase of Psychosexual Development. *Q.* XII, 1943 5, 10,

(1144) The Emotional Factors in Pregnancy. *Menn Buli.* V, 1943

MENNINGER-LYLE, JEANETTA

(1145) The Therapeutic Value of Púppets. *Menn. Buli.* III, 1941

METTE, ALEXANDER

(1146) Ueber Beziehungen zwischen Sprachcigentuemlichkeiten

Schizophrcner und dichterischer Produktion. *Dion Verlag,* Dessau, 1928

MEYER, **ALBRECHT**

(1147) Das Kleinkind und seine Umwelt. *Paed.* X, 1936

Capítulo 17

13

20

l8, 20

10, 13

17» 18

G

I

16

13 G

10

13

18, 23

10, 13

23 16

14, 20 13, 16

597