

Sigmund

Freud

Edição
Standard
Brasileira
das Obras
Psicológicas
Completas
de Sigmund
Freud

Volume VII

Um Caso
de Histeria,
Três Ensaíos
sobre
Sexualidade e
outros trabalhos
(1901-1905)


IMAGO



**Um caso de histeria.
Três ensaios sobre a teoria da sexualidade e
outros trabalhos**

VOLUME VII

(1901-1905)

Dr. Sigmund Freud

FRAGMENTO DA ANÁLISE DE UM CASO DE HISTERIA (1905[1901])

NOTA DO EDITOR INGLÊS (JAMES STRACHEY)

BRUCHSTÜCK EINER HYSTERIE-ANALYSE

(a) EDIÇÕES ALEMÃS:

(1901 24 de jan. Conclusão do primeiro manuscrito sob o título de "Traum und Hysterie" ["Sonhos e Histeria"].)

1905 *M Schr. Psychiat. Neurol.*, 18 (4 e 5), out. e nov., 285-310 e 408-467

1909 *S.K.S.N.*, II, 1-110. (1912, 2ª ed.; 1921, 3ª ed.)

1924 *G.S.*, 8, 3-126.

1932 *Vier Krankengeschichten*, 5-141.

1942 *G.W.*, 5, 163-286.

(b) TRADUÇÃO INGLESA:

'Fragment of an Analysis of a Case of Hysteria'

1925 *C.P.*, 3, 13- 146. (Tr. Alix e James Strachey.)

A presente tradução inglesa é uma versão corrigida da que foi publicada em 1925.

Embora este caso clínico só tenha sido publicado em outubro e novembro de 1905, sua maior parte foi escrita em janeiro de 1901. A descoberta das cartas de Freud a Wilhelm Fliess (Freud, 1950a) proporcionou-nos um grande número de evidências contemporâneas sobre o assunto.

Em 14 de outubro de 1900 (Carta 139), Freud diz a Fliess que começara pouco antes a

tratar de uma nova paciente, “uma jovem de dezoito anos”. Esta moça era evidentemente “Dora”, e, como sabemos pelo próprio caso clínico (ver em [1]), seu tratamento terminou cerca de três meses depois, em 31 de dezembro. Durante todo aquele outono Freud estivera dedicado a sua *Sobre a Psicopatologia da Vida Cotidiana* (1901b) e, em 10 de janeiro, ele escreve (numa carta não publicada) que está simultaneamente empenhado em dois trabalhos: *A Vida Cotidiana* e “Sonhos e Histeria, Fragmento de uma Análise”, que, como nos diz seu prefácio (ver em [1]), era o título original do presente trabalho. Em 25 de janeiro (Carta 140) ele escreve: “ ‘Sonhos e Histeria’ foi concluído ontem. É um fragmento de análise de um caso de histeria em que as explicações se agrupam em torno de dois sonhos. Portanto, é, na realidade, uma continuação do livro sobre os sonhos. [*A Interpretação dos Sonhos* (1900a) fora publicada um ano antes.] Contém ainda resoluções de sintomas históricos e considerações sobre a base sexual-orgânica de toda a enfermidade. De qualquer forma, é a coisa mais sutil que já escrevi, e produzirá um efeito ainda mais aterrador que de hábito. Cumpre-se com o próprio dever, entretanto, e o que se escreve não é para um presente fugaz. O trabalho já foi aceito por Ziehen.” Este era co-editor, com *Wernicke*, do *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, no qual o trabalho veio finalmente a aparecer. Alguns dias depois, em 30 de janeiro (Carta 141), Freud continua: “Espero que você não se decepcione com ‘Sonhos e Histeria’. Seu interesse principal continua sendo a psicologia - uma estimativa da importância dos sonhos e uma descrição de algumas das peculiaridades do pensamento inconsciente. Há apenas vislumbres do orgânico - as zonas erógenas e a bissexualidade. Mas ele [o orgânico] é claramente mencionado e reconhecido, ficando aberto o caminho para seu exame exaustivo em outra oportunidade. Trata-se de uma histeria com *tussis nervosa* e afonia, cujas origens podem ser encontradas nas características de uma chupadora de dedo; e o papel principal nos processos psíquicos em conflito é desempenhado pela oposição entre uma atração pelos homens e outra pelas mulheres.” Esses excertos mostram como este trabalho forma um elo entre *A Interpretação dos Sonhos* e os *Três Ensaios*. O primeiro é seu antecedente, e o segundo, sua consequência.

Em 15 de fevereiro (Carta 142), Freud anuncia a Fliess que *Sobre a Psicopatologia da Vida Cotidiana* estará terminado em poucos dias e que então as duas obras ficarão prontas para ser corrigidas e enviadas aos editores. Mas, na verdade, a história dessas obras foi muito diferente. Em 8 de maio (Carta 143), Freud já está revendo as primeiras provas de *Sobre a Psicopatologia da Vida Cotidiana* (que foi devidamente publicada nas edições de julho e agosto do *Monatsschrift*), mas esclarece, agora, que ainda não se decidiu a publicar o caso clínico. Em 9 de junho, todavia (em outra carta não publicada), ele anuncia que “ ‘Sonhos e Histeria’ foi despachado e enfrentará o olhar estupefocado do público no outono”. Não temos informações sobre como Freud veio novamente a mudar de idéia e postergou a publicação por mais quatro anos. Em sua biografia de Freud, o Dr. Ernest Jones informa (Volume 2, p. 286) que a primeira revista para a qual o caso clínico foi enviado foi *Journal für Psychologie und Neurologie*. Seu editor, Brodmann, desistiu de

publicá-lo, aparentemente por considerá-lo uma quebra do sigilo profissional.

Não há meio de determinar até que ponto Freud revisou o trabalho antes de sua publicação final em 1905. Todas as evidências internas, contudo, sugerem que ele o alterou muito pouco. A última seção do “Posfácio” (ver em [1] e [2]) foi certamente acrescentada, assim como algumas passagens, pelo menos nas “Notas Preliminares”, e certas notas de rodapé. Salvo esses pequenos acréscimos, porém, é lícito considerar que o ensaio representa os métodos técnicos e as concepções teóricas de Freud no período imediatamente posterior à publicação de *A Interpretação dos Sonhos*. Talvez pareça surpreendente que sua teoria da sexualidade tivesse alcançado tal ponto de desenvolvimento tantos anos antes da publicação dos *Três Ensaio*s (1905*d*), que de fato apareceram quase simultaneamente a este trabalho. Mas nota de rodapé da p. 55 corrobora explicitamente o fato. Além disso, os leitores da correspondência com Fliess não de estar cientes de que grande parte desta teoria já existia em época ainda anterior. Para citar apenas um exemplo, o dito de Freud no sentido de que as psiconeuroses são o “negativo” das perversões (ver em [1]) ocorre com palavras quase idênticas numa carta a Fliess de 24 de janeiro de 1897 (Carta 57). Mesmo antes dessa época, já houvera uma alusão a essa idéia numa carta de 12 de dezembro de 1896 (Carta 52), que também introduz a noção de “zonas erógenas” e prenuncia a teoria das “pulsões parciais”.

É curioso que por quatro vezes, em seus escritos posteriores, Freud situe seu tratamento de “Dora” no ano errado - 1899, ao invés de 1900. O engano ocorre duas vezes na primeira seção de sua “História do Movimento Psicanalítico” (1914*d*) e é repetido duas vezes na nota de rodapé que ele acrescentou ao caso clínico em 1923 (ver em [1]). Não há nenhuma dúvida de que o outono de 1900 foi a data correta, já que, além das evidências externas citadas acima, essa data é claramente fixada pelo “1902” estampado ao final do próprio trabalho (ver em [1]).

O seguinte resumo cronológico, baseado nos dados fornecidos no relato do caso clínico, talvez facilite ao leitor acompanhar os acontecimentos da narrativa:

- 1882 Nascimento de Dora.
- 1888 (*Et. 6*) Pai tuberculoso. Família muda-se para B
- 1889 (*Et. 7*) Enurese noturna.
- 1890 (*Et. 8*) Dispnéia.
- 1892 (*Et. 10*) Deslocamento da retina do pai.
- 1894 (*Et. 12*) Crise confusional do pai. Visita dele a Freud. Enxaqueca e tosse nervosa.
- 1896 (*Et. 14*) Cena do beijo.
- 1898 (*Et. 16*) (Princípios do verão:) Primeira visita de Dora a Freud. (Fins de junho:) Cena junto ao lago. (Inverno:) Morte da tia. Dora em Viena.

1899 (*Et.* 17) (Março:) Apendicite. (Outono:) A família deixa B e se muda para a cidade onde ficava a fábrica.

1900 (*Et.* 18) A família se muda para Viena. Ameaça de suicídio. (Outubro a dezembro:) Tratamento com Freud.

1901 (Janeiro:) Redação do caso clínico.

1902 (Abril:) Última visita de Dora a Freud.

1905 Publicação do caso clínico.

NOTAS PRELIMINARES

Em 1895 e 1896 formulei algumas teses sobre a patogênese dos sintomas histéricos e sobre os processos psíquicos que ocorrem na histeria. E agora que, passados muitos anos, proponho-me fundamentá-las mediante o relato pormenorizado de um caso clínico e de seu tratamento, não posso furtar-me a algumas observações preliminares, com o propósito, em parte, de justificar por vários ângulos meu procedimento e, em parte, de reduzir a proporções moderadas as expectativas que isso possa despertar.

Foi sem dúvida incômodo para mim ter de publicar os resultados de minhas investigações, aliás de natureza surpreendente e pouco gratificante, sem que meus colegas tivessem possibilidade de testá-los e verificá-los. Não menos embaraçoso, porém, é começar agora a expor ao juízo público parte do material em que se basearam aqueles resultados. Não deixarei de ser censurado por isso. Só que, se antes fui acusado de não comunicar nada sobre meus pacientes, agora dirão que forneço sobre eles informações que não deveriam ser comunicadas. Espero apenas que sejam as mesmas pessoas a mudarem assim de pretexto para suas censuras e, desse modo, renuncio antecipadamente a qualquer possibilidade de algum dia eliminar suas objeções.

Contudo, mesmo que eu não dê importância a esses críticos estreitos e malévolos, a publicação de meus casos clínicos continua a ser para mim um problema de difícil solução. As dificuldades são, em parte, de natureza técnica, mas em parte se devem à índole das próprias circunstâncias. Se é verdade que a causação das enfermidades histéricas se encontra nas intimidades da vida psicosssexual dos pacientes, e que os sintomas histéricos são a expressão de seus mais secretos desejos recalcados, a elucidação completa de um caso de histeria estará fadada a revelar essas intimidades e denunciar esses segredos. É certo que os doentes nunca fariam se lhes ocorresse que suas confissões teriam a possibilidade de ser utilizadas cientificamente, e é igualmente certo que seria totalmente inútil pedir-lhes que eles mesmos autorizassem a publicação do caso. Nessas circunstâncias, as pessoas delicadas, bem como as meramente tímidas, dariam primazia ao dever do sigilo médico e lamentariam não poder prestar nenhum esclarecimento à ciência. Em minha opinião, entretanto, o médico assume deveres não só

em relação a cada paciente, mas também em relação à ciência; seus deveres para com a ciência, em última análise, não significam outra coisa senão seus deveres para com os muitos outros pacientes que sofrem ou sofrerão um dia do mesmo mal. Assim, a comunicação do que se acredita saber sobre a causação e a estrutura da histeria converte-se num dever, e é uma vergonhosa covardia omiti-la quando se pode evitar um dano pessoal direto ao paciente em questão. Creio ter feito tudo para impedir que minha paciente sofra qualquer dano dessa ordem. Escolhi uma pessoa cujas peripécias não tiveram Viena por cenário, mas antes uma cidadezinha distante de província, e cujas circunstâncias pessoais devem, portanto, ser praticamente desconhecidas em Viena. Desde o início, guardei com tal cuidado o sigilo do tratamento que apenas outro colega médico, digno de minha total confiança, pode saber que essa moça foi minha paciente. Desde o término do tratamento, esperei ainda quatro anos para sua publicação, até tomar conhecimento de que na vida da paciente sobreveio uma modificação de tal ordem que me permite supor que seu próprio interesse nos acontecimentos e processos anímicos a serem aqui relatados terá desaparecido. Como é evidente, não conservei nenhum nome que pudesse colocar na pista algum leitor dos círculos leigos; além disso, a publicação do caso numa revista especializada e estritamente científica servirá como garantia contra esses leitores não habilitados. Naturalmente, não posso impedir que a própria paciente sofra uma impressão penosa, caso a história de sua própria doença venha a cair acidentalmente em suas mãos. Mas ela não saberá por este relato nada de que já não tenha conhecimento, e poderá perguntar a si mesma quem, além dela, poderia descobrir que é ela o objeto deste trabalho.

Sei que existem - ao menos nesta cidade - muitos médicos que (por revoltante que possa parecer) preferem ler um caso clínico como este, não como uma contribuição à psicopatologia das neuroses, mas como um *roman à clef* destinado a seu deleite particular. A esse gênero de leitores posso assegurar que todos os casos clínicos que eu venha a publicar no futuro serão protegidos contra sua perspicácia por garantias semelhantes de sigilo, muito embora este propósito imponha restrições extraordinárias a minha disponibilidade do material.

Nesta história clínica - a única que até agora consegui fazer romper as limitações impostas pelo sigilo médico e por circunstâncias desfavoráveis - os aspectos sexuais são discutidos com toda a franqueza possível, os órgãos e funções da vida sexual são chamados por seus nomes exatos, e o leitor pudico poderá convencer-se, por minha descrição, de que não hesitei em conversar sobre tais assuntos nessa linguagem mesmo com uma jovem. Acaso devo defender-me também dessa censura? Reclamei para mim simplesmente os direitos do ginecologista - ou melhor, direitos muito mais modestos - e acrescentarei que seria um sinal de singular e perversa lascívia supor que essas conversas possam ser um bom meio para excitar ou satisfazer os apetites sexuais. De resto, sinto-me inclinado a expressar minha opinião a esse respeito com algumas palavras tomadas de empréstimo.

“É deplorável ter de dar lugar a tais protestos e declarações num trabalho científico, mas que ninguém recrimine a mim por isso; acuse-se, antes, o espírito da época, em virtude do qual chegamos a um estado de coisas em que nenhum livro sério pode estar seguro de sobreviver.” (Schmidt, 1902, Prefácio).

Passo agora a comunicar o modo como superei as dificuldades técnicas da elaboração do relatório deste caso clínico. Essas dificuldades são muito consideráveis para o médico que tem de realizar cotidianamente seis ou oito desses tratamentos psicoterapêuticos e não pode tomar notas durante a própria sessão com o paciente, pois isso despertaria a desconfiança dele e perturbaria a apreensão do material a ser recebido por parte do médico. Além disso, ainda é para mim um problema não resolvido o modo como devo registrar para publicação a história de um tratamento mais prolongado. No presente caso, duas circunstâncias vieram em meu auxílio: primeiro, a duração do tratamento não ultrapassou três meses, e segundo, os esclarecimentos do caso se agruparam em torno de dois sonhos (um relatado no meio do tratamento e outro no fim) cujo enunciado foi registrado imediatamente após a sessão, assim proporcionando um ponto de apoio seguro para a teia de interpretações e lembranças deles decorrente. Quanto à própria história clínica, só a redigi de memória após terminado o tratamento, enquanto minha lembrança do caso ainda estava fresca e aguçada por meu interesse em sua publicação. Por isso o registro não é absolutamente - fonograficamente - fiel, mas pode-se atribuir-lhe alto grau de fidedignidade. Nada de essencial foi alterado nele, embora em vários trechos, para maior coerência expositiva, a seqüência das explicações tenha sido modificada.

Passo agora a salientar o que será encontrado neste relato e o que falta nele. O trabalho levava originalmente o título de “Sonhos e Histeria”, que me parecia peculiarmente apto a mostrar como a interpretação dos sonhos se entrelaça na história de um tratamento e como, com sua ajuda, podem preencher-se as amnésias e elucidarem-se os sintomas. Não foi sem boas razões que, no ano de 1910, dei a um laborioso e exaustivo estudo sobre o sonho (*A Interpretação dos Sonhos*) precedência sobre as publicações que tencionava fazer acerca da psicologia das neuroses. Aliás, pude verificar por sua acolhida quão insuficiente é o grau de compreensão com que tais esforços são ainda hoje recebidos pelos colegas. E nesse caso, não era válida a objeção de que o material em que eu baseara minhas assertivas fora retido, sendo, portanto, impossível promover-se uma convicção de sua veracidade fundamentada em verificações. Ocorre que qualquer um pode submeter seus próprios sonhos ao exame analítico, e a técnica de interpretação dos sonhos é facilmente assimilável pelas instruções e exemplos que ali forneci. Hoje, como naquela época, devo insistir em que o aprofundamento nos problemas do sonho é um pré-requisito indispensável para a compreensão dos processos psíquicos da histeria e das outras psiconeuroses, e que ninguém que pretenda furtar-se a esse trabalho preparatório tem a menor

perspectiva de avançar um único passo nesse campo. Portanto, como este caso clínico pressupõe o conhecimento da interpretação dos sonhos, sua leitura parecerá extremamente insatisfatória àqueles que não atenderem a esse pressuposto. Em vez do esclarecimento buscado, eles só encontrarão motivos de perplexidade nestas páginas, e certamente se inclinarão a projetar a causa dessa perplexidade no autor e a declará-lo fantasioso. Na realidade, essa perplexidade está ligada aos fenômenos da própria neurose; sua presença ali só é ocultada por nossa familiaridade médica com os fatos, e ressurgem a cada tentativa de explicá-los. Só seria possível eliminá-la por completo se conseguíssemos rastrear cada elemento da neurose até fatores com que já estivéssemos familiarizados. Mas tudo indica, ao contrário, que seremos levados pelo estudo das neuroses a fazer muitas novas suposições, que depois se converterão pouco a pouco em objeto de um conhecimento mais seguro. O novo sempre despertou perplexidade e resistência.

Todavia, seria errôneo supor que os sonhos e sua interpretação ocupam em todas as psicanálises uma posição tão destacada quanto neste exemplo.

Se o presente caso clínico parece tão privilegiado no que tange à utilização dos sonhos, em outros aspectos se revelou mais precário do que eu teria desejado. Mas suas deficiências prendem-se justamente às circunstâncias que possibilitaram sua publicação. Como já disse, eu não teria sabido como lidar com o material do relato de um tratamento que se tivesse estendido por um ano inteiro. Este relato, que cobre apenas três meses, pôde ser lembrado e revisto, mas seus resultados permanecem incompletos em mais de um aspecto. O tratamento não prosseguiu até alcançar a meta prevista, tendo sido interrompido por vontade da própria paciente depois de chegar a certo ponto. Nessa ocasião, alguns dos enigmas do caso não tinham sequer sido abordados, e outros se haviam esclarecido de maneira incompleta, ao passo que, se o trabalho tivesse prosseguido, teríamos sem dúvida avançado em todos os pontos até o mais completo esclarecimento possível. Assim só posso oferecer aqui um fragmento de análise.

Os leitores familiarizados com a técnica de análise exposta nos *Estudos sobre a Histeria* [Breuer e Freud, 1895] talvez fiquem surpresos por não ter sido possível, em três meses, encontrar uma solução completa ao menos para os sintomas abordados. Isso se tornará compreensível mediante minha explicação de que, desde os *Estudos*, a técnica psicanalítica sofreu uma revolução radical. Naquela época, o trabalho [de análise] partia dos sintomas e visava a esclarecê-los um após outro. Desde então, abandonei essa técnica por achá-la totalmente inadequada para lidar com a estrutura mais fina da neurose. Agora deixo que o próprio paciente determine o tema do trabalho cotidiano, e assim parto da superfície que seu inconsciente ofereça a sua atenção naquele momento. Mas desse modo, tudo o que se relaciona com a solução de determinado sintoma emerge em fragmentos, entremeado com vários contextos e distribuído por épocas amplamente dispersas. Apesar dessa aparente desvantagem, a nova técnica é muito superior à

antiga, e é incontestavelmente a única possível.

Ante o caráter incompleto de meus resultados analíticos, não me restou senão seguir o exemplo daqueles descobridores que têm a felicidade de trazer à luz do dia, após longo sepultamento, as inestimáveis embora mutiladas relíquias da antigüidade. Restaurei o que faltava segundo os melhores modelos que me eram conhecidos de outras análises, mas, como um arqueólogo consciencioso, não deixei de assinalar em cada caso o ponto onde minha construção se superpõe ao que é autêntico.

Há outra espécie de deficiência que eu mesmo introduzi intencionalmente. É que, em geral, não reproduzi o trabalho interpretativo a que as associações e comunicações da paciente tiveram de ser submetidas, expondo apenas seus resultados. À parte os sonhos, portanto, a técnica do trabalho analítico só foi revelada em muito poucos pontos. Ocorre que meu objetivo neste caso clínico era demonstrar a estrutura íntima da doença neurótica e o determinismo de seus sintomas; só levaria a uma inextricável confusão se eu tentasse, ao mesmo tempo, cumprir também a outra tarefa. Para a fundamentação das regras técnicas, a maioria das quais foi descoberta de maneira empírica, seria preciso coligir material de muitos casos clínicos. Contudo, não se deve imaginar que foi particularmente grande a abreviação produzida pela omissão da técnica neste caso. Justamente a parte mais difícil do trabalho técnico nunca entrou em jogo com essa paciente, pois o fator da “transferência”, considerado no final do caso clínico (ver a partir de [1]), não foi abordado durante o curto tratamento.

De uma terceira espécie de deficiência neste relato, nem a paciente nem o autor têm culpa. Ao contrário, é óbvio que um único caso clínico, ainda que fosse completo e não desse margem a nenhuma dúvida, não poderia dar resposta a todas as questões levantadas pelo problema da histeria. Não pode dar-nos conhecimento de todos os tipos dessa doença, nem de todas as formas da estrutura interna da neurose, nem de todas as espécies possíveis de relação entre o psíquico e o somático encontradas na histeria. Não é justo esperar de um único caso mais do que ele pode oferecer. E quanto aos que até agora não quiseram acreditar na validade universal e sem exceções da etiologia psicosexual da histeria, eles dificilmente ficarão convencidos disso tomando conhecimento de um único caso clínico. Melhor fariam em adiar seu julgamento até adquirirem por seu próprio trabalho o direito de ter uma convicção.

O QUADRO CLÍNICO

Tendo demonstrado *em A Interpretação dos Sonhos*, publicada em 1900, que os sonhos em geral podem ser interpretados e que, uma vez concluído o trabalho de interpretação, podem ser substituídos por pensamentos impecavelmente construídos, passíveis de ser inseridos num

ponto reconhecível no encadeamento anímico, gostaria de dar nas páginas seguintes um exemplo da única aplicação prática que a arte de interpretar sonhos parece admitir. Já mencionei em meu livro como foi que deparei com o problema dos sonhos. Encontrei-o em meu caminho quando me empenhava em curar as psiconeuroses por meio de determinado método psicoterapêutico, pois, entre outros eventos de sua vida anímica, meus pacientes também me contavam sonhos que pareciam reclamar inserção na longa trama de relações tecida entre um sintoma da doença e uma idéia patogênica. Nessa época, aprendi a traduzir a linguagem dos sonhos em formas de expressão de nossa própria linguagem do pensamento, compreensíveis sem maior auxílio. Esse conhecimento, posso asseverar, é imprescindível para o psicanalista, pois o sonho é um dos caminhos pelos quais pode aceder à consciência o material psíquico que, em virtude da oposição criada por seu conteúdo, foi bloqueado da consciência, recalçado, e assim se tornou patogênico. O sonho é, em suma, um dos *desvios por onde se pode fugir ao recalçamento*, um dos principais recursos do que se conhece como modo indireto de representação no psíquico. O presente fragmento da história do tratamento de uma jovem histérica destina-se a mostrar de que forma a interpretação dos sonhos se insere no trabalho de análise. Ao mesmo tempo, dar-me-á uma primeira oportunidade de trazer a público, com extensão suficiente para evitar outros mal-entendidos, parte de minhas concepções sobre os processos psíquicos e condições orgânicas da histeria. Não mais preciso desculpar-me pela extensão, já que agora se admite que as severas exigências que a histeria faz ao médico e ao investigador só podem ser satisfeitas pelo mais dedicado aprofundamento, e não por uma atitude de superioridade e desprezo. Decerto,

*Nicht Kunst und Wissenschaft allein,
Geduld will bei dem Werke sein!*

Se eu começasse por apresentar um relato clínico integral e acabado, isso colocaria o leitor em condições muito diferentes das do observador médico. As informações dos parentes do enfermo - neste caso, do pai da moça de dezoito anos - em geral fornecem um quadro muito desfigurado do curso da doença. Na verdade, começo o tratamento solicitando que me seja narrada toda a biografia do paciente e a história de sua doença, mas, ainda assim, as informações que recebo nunca bastam para me orientar. Esse primeiro relato se compara a um rio não navegável cujo leito é ora bloqueado por massas rochosas, ora dividido entre baixios e bancos de areia. Não posso deixar de me surpreender com a maneira como os autores conseguem apresentar relatos clínicos tão acabados e precisos dos casos de histeria. Na realidade, os pacientes são incapazes de fornecer tais relatos a seu próprio respeito. De fato, podem dar ao médico muitas informações coerentes sobre este ou aquele período de suas vidas, mas logo se segue outro período em relação ao qual suas comunicações escasseiam, deixando lacunas e enigmas; e em outras ocasiões fica-se diante de novos períodos de total obscuridade, não iluminados por urna única informação que tenha serventia. As ligações, inclusive as aparentes, são

em sua maioria desconexas, e a seqüência dos diferentes acontecimentos é incerta. Durante o próprio relato, os pacientes corrigem repetidamente um pormenor ou uma data, talvez para retornar, depois de muita hesitação, a sua versão inicial. A incapacidade dos doentes desfazerem uma exposição ordenada de sua biografia no que ela coincide com a história de sua doença não é característica apenas da neurose, mas tem também grande importância teórica. Essa deficiência tem os seguintes fundamentos: em primeiro lugar, os pacientes retêm consciente e intencionalmente parte do que lhes é perfeitamente conhecido e que deveriam contar, por não terem ainda superado seus sentimentos de timidez e vergonha (ou discrição, quando há outras pessoas em jogo); esta seria a contribuição da falta *consciente* de franqueza. Em segundo lugar, parte do conhecimento amnésico de que o paciente dispõe em outras ocasiões não lhe ocorre enquanto ele narra sua história, sem que ele tenha nenhuma intenção de retê-la: é a contribuição da insinceridade *inconsciente*. Em terceiro lugar, nunca faltam as amnésias verdadeiras - lacunas da memória em que caíram não apenas lembranças antigas como até mesmo recordações bem recentes - e as ilusões de memória [paramnésias], formadas secundariamente para preencher essas lacunas. Quando os fatos em si são guardados na memória, o propósito subjacente às amnésias pode ser cumprido com igual segurança destruindo-se uma ligação, e a maneira mais certa de desfazer uma ligação é alterar a ordem cronológica dos acontecimentos. Esta última sempre se revela o elemento mais vulnerável do acervo da memória e o mais facilmente sujeito ao recalçamento. Muitas lembranças são encontradas, por assim dizer, num primeiro estágio de recalçamento, apresentando-se cercadas de dúvidas. Decorrido algum tempo, essas dúvidas seriam substituídas por um esquecimento ou por uma falsificação da memória.

A existência desse estado de coisas no tocante às lembranças ligadas à história da doença é o *correlato necessário e teoricamente indispensável dos sintomas patológicos*. Depois, no decorrer do tratamento, o paciente fornece os fatos que, embora sempre fossem de seu conhecimento, tinham sido retidos por ele ou não lhe haviam ocorrido. As ilusões de memória se revelam insustentáveis e as lacunas são preenchidas. Só quando o tratamento se aproxima do seu término é que temos diante de nós uma história clínica inteligível, coerente e sem lacunas. Se o objetivo prático do tratamento é eliminar todos os sintomas possíveis e substituí-los por pensamentos conscientes, podemos considerar como segundo objetivo, de cunho teórico, reparar todos os danos à memória do paciente. Esses dois objetivos são coincidentes: quando se alcança um, também o outro é atingido; um mesmo caminho conduz a ambos.

Pela natureza das coisas que compõem o material da psicanálise, compete-nos o dever, em nossos casos clínicos, de prestar tanta atenção às circunstâncias puramente humanas e sociais dos enfermos quanto aos dados somáticos e aos sintomas patológicos. Acima de tudo, nosso interesse se dirigirá para as circunstâncias familiares do paciente - e isso, como se verá mais adiante, não apenas com o objetivo de investigar a hereditariedade, mas também em função

de outros vínculos.

O círculo familiar de nossa paciente de dezoito anos incluía, além dela própria, seus pais e um irmão um ano e meio mais velho que ela. O pai era a pessoa dominante desse círculo, tanto por sua inteligência e seus traços de caráter como pelas circunstâncias de sua vida, que forneceram o suporte sobre o qual se erigiu a história infantil e patológica da paciente. Na época em que aceitei a jovem em tratamento, seu pai já beirava os cinqüenta anos e era um homem de atividade e talento bastante incomuns, um grande industrial com situação econômica muito cômoda. A filha era muito carinhosamente apegada a ele e, por essa razão, seu senso crítico precocemente despertado escandalizava-se ainda mais com muitos dos atos e peculiaridades do pai.

Essa ternura por ele era ainda aumentada em virtude das muitas e graves doenças de que padecera o pai desde que ela contava seis anos de idade. Nessa época ele ficara tuberculoso, e isso ocasionara a mudança da família para uma cidadezinha de clima propício, situada numa de nossas províncias do sul; ali a afecção pulmonar teve uma rápida melhora, mas em virtude das precauções ainda consideradas necessárias, esse lugar, que chamarei de B, continuou a ser nos dez anos seguintes a residência principal tanto dos pais quanto dos filhos. Quando o pai já estava bem de saúde, costumava ausentar-se temporariamente para visitar suas fábricas; na época mais quente do verão, a família mudava-se para uma estação de águas nas montanhas.

Quando a menina tinha cerca de dez anos, o pai teve de submeter-se a tratamento em quarto escuro por causa de um descolamento de retina. Em conseqüência desse infortúnio, sua visão ficou permanentemente reduzida. A doença mais grave ocorreu cerca de dois anos depois; consistiu numa crise confusional, seguida de sintomas de paralisia e ligeiras perturbações psíquicas. Um amigo dele, de cujo papel ainda nos ocuparemos mais adiante (ver em [1]), convenceu-o, mal tendo seu estado melhorado um pouco, a viajar para Viena com seu médico e consultar-se comigo. Hesitei por algum tempo, sem saber se deveria supor a existência de uma paralisia tabética, mas finalmente me decidi por um diagnóstico de afecção vascular difusa; e como o paciente admitiu ter tido uma infecção específica antes do casamento, receitei-lhe um tratamento antilúético enérgico, em conseqüência do qual cederam todos os distúrbios que ainda persistiam. Foi sem dúvida graças a essa minha feliz intervenção que, quatro anos depois, ele me apresentou sua filha, que nesse meio-tempo ficara inequivocamente neurótica, e passados mais dois anos entregou-a a mim para tratamento psicoterápico.

Entrementes, eu também conhecera em Viena uma irmã um pouco mais velha dele, em quem reconheci uma forma grave de psicose sem nenhum dos sintomas caracteristicamente histéricos. Depois de uma vida acabrunhada por um casamento infeliz, essa mulher morreu de um

marasmo que progrediu rapidamente e cujos sintomas, aliás, nunca foram totalmente esclarecidos.

Um irmão mais velho do pai de minha paciente, a quem tive oportunidade de conhecer, era um solteirão hipocondríaco.

As simpatias da própria moça, que, como disse, tornou-se minha paciente aos dezoito anos, sempre penderam para o lado paterno da família e, depois de adoecer, ela tomara como modelo a tia que acabei de mencionar. Tampouco me era duvidoso que fora dessa família que ela derivara não só seus dotes e sua precocidade intelectual, como também a predisposição à doença. Não cheguei a conhecer sua mãe. Pelas comunicações do pai e da moça, fui levado a imaginá-la como uma mulher inculta e acima de tudo fútil, que, a partir da doença e do conseqüente distanciamento de seu marido, concentrara todos os seus interesses nos assuntos domésticos, e assim apresentava o quadro do que se poderia chamar de “psicose da dona-de-casa”. Sem nenhuma compreensão pelos interesses mais ativos dos filhos, ocupava o dia todo em limpar e manter limpos a casa, os móveis e os utensílios, a tal ponto que se tornava quase impossível usá-los ou desfrutar deles. Esse estado, do qual se encontram indícios com bastante freqüência nas donas-de-casa normais, não pode deixar de ser comparado com as formas de lavagem obsessiva e outras obsessões pela limpeza. Mas tais mulheres, como acontecia no caso da mãe de nossa paciente, desconhecem por completo sua doença, faltando-lhes, portanto, uma característica essencial da “neurose obsessiva”. As relações entre mãe e filha eram muito inamistosas havia vários anos. A filha menosprezava a mãe, criticava-a duramente e se subtraía por completo de sua influência.

Em épocas anteriores, o único irmão da moça, um ano e meio mais velho, fora o modelo que ela ambicionara seguir. Nos últimos anos, porém, as relações entre ambos se haviam tornado mais distantes. O rapaz procurava afastar-se o máximo possível das discussões da família, mas, quando se via obrigado a tomar partido, apoiava a mãe. Assim, a costumeira atração sexual aproximara pai e filha, de um lado, e mãe e filho, de outro.

Nossa paciente, a quem doravante darei o nome de “Dora”, já aos oito anos começara a apresentar sintomas neuróticos. Nessa época, passou a sofrer de uma dispnéia crônica com acessos ocasionais muito mais agudos, o primeiro dos quais ocorreu após uma pequena excursão pelas montanhas, sendo por isso atribuído ao esforço excessivo. No curso de seis meses, graças ao repouso e aos cuidados com que foi tratada, esse estado cedeu gradativamente. O médico da família parece não ter hesitado nem por um momento em diagnosticar o distúrbio como puramente nervoso e excluir qualquer causa orgânica para a dispnéia, mas é evidente que considerou esse diagnóstico compatível com a etiologia do esforço excessivo.

A menina passou pelas doenças infecciosas habituais da infância sem sofrer qualquer dano permanente. Segundo ela própria me contou (com intenção mais simbolizante!) (ver em [1]), seu irmão costumava ser o primeiro a contrair a doença em forma branda, seguindo-se então ela com manifestações mais graves. Por volta dos doze anos ela começou a sofrer de dores de cabeça unilaterais do tipo de enxaquecas, bem como de acessos de tosse nervosa. A princípio esses dois sintomas sempre apareciam juntos, mas depois se separaram e tiveram desdobramentos diferentes. A enxaqueca tornou-se mais rara e, por volta dos dezesseis anos, desapareceu completamente. Mas os acessos de *tussis nervosa*, que sem dúvida tinham começado com uma gripe comum, continuaram por todo o tempo. Quando, aos dezoito anos, ela entrou em tratamento comigo, tossia novamente de maneira característica. O número desses acessos não pôde ser determinado, mas sua duração era de três a cinco semanas, e numa ocasião se estendeu por vários meses. O sintoma mais incômodo durante a primeira metade de uma dessas crises, pelo menos nos últimos anos, costumava ser a perda completa da voz. O diagnóstico de que mais uma vez se tratava de nervosismo fora estabelecido desde longa data, mas os vários métodos de tratamento usuais, inclusive hidroterapia e aplicação local de eletricidade, não haviam produzido nenhum resultado. Foi nessas circunstâncias que a criança transformou-se numa jovem madura, de juízo muito independente, que se acostumou a rir dos esforços dos médicos e acabou por renunciar inteiramente à assistência deles. Além disso, ela sempre se opusera a procurar orientação médica, embora não fizesse nenhuma objeção à pessoa de seu médico de família. Qualquer proposta de consultar um novo médico despertava sua resistência, e também a mim ela só veio movida pela autoridade do pai.

Vi-a pela primeira vez no início do verão, quando estava com dezesseis anos, sofrendo de tosse e rouquidão, e já nessa época propus um tratamento psíquico, que não foi adotado porque também essa crise, que durara mais do que as outras, desapareceu espontaneamente. No inverno seguinte, após a morte de sua amada tia, ela esteve em Viena na casa do tio e das filhas dele, e aqui adoeceu com um quadro febril então diagnosticado como apendicite. No outono seguinte, como a saúde do pai parecia justificar essa medida, a família deixou definitivamente a estação de B , mudando-se a princípio para a cidade onde ficava a fábrica do pai e, depois, decorrido pouco menos de um ano, fixando residência permanente em Viena.

Entrementes Dora havia crescido e se transformara numa moça em flor, com feições inteligentes e agradáveis, mas que era fonte de sérias preocupações para seus pais. O desânimo e uma alteração do caráter se tinham tornado agora os principais traços de sua doença. Era evidente que não estava satisfeita consigo mesma nem com a família, tinha uma atitude inamistosa em relação ao pai e se dava muito mal com a mãe, que estava determinada a fazê-la participar das tarefas domésticas. Dora procurava evitar os contactos sociais; quando a fadiga e a falta de concentração de que se queixava o permitiam, ocupava-se em ouvir conferências para mulheres e

se dedicava a estudos mais sérios. Um dia, seus pais ficaram muito alarmados ao encontrarem, dentro ou sobre a escrivaninha da moça, uma carta em que ela se despedia deles porque não podia mais suportar a vida. É verdade que o pai, homem de bastante discernimento, calculou que a moça não tinha intenções sérias de suicídio, mas, mesmo assim, ficou muito abalado; e quando um dia, após uma ligeira troca de palavras entre ele e a filha, esta teve um primeiro ataque de perda da consciência - acontecimento também posteriormente encoberto por uma amnésia -, ficou decidido, apesar de sua relutância, que ela deveria tratar-se comigo.

Sem dúvida este caso clínico, tal como o esbocei até agora, não parece em seu conjunto digno de ser comunicado. Trata-se de uma "*petite hystérie*" com os mais comuns de todos os sintomas somáticos e psíquicos: dispnéia, *tussis nervosa*, afonia e possivelmente enxaquecas, junto com depressão, insociabilidade histérica e um *taedium vitae* que provavelmente não era muito levado a sério. Sem dúvida já se publicaram casos mais interessantes de histeria, amiúde registrados com maior cuidado, pois nas páginas que se seguem nada se encontrará sobre estigmas de sensibilidade cutânea, limitação do campo visual ou coisas semelhantes. Permito-me observar, contudo, que todas essas coleções de estranhos e assombrosos fenômenos da histeria não nos fizeram avançar grande coisa em nosso conhecimento dessa moléstia, que ainda continua a ser enigmática. O que nos falta é justamente a elucidação dos casos mais comuns e de seus sintomas mais freqüentes e típicos. Eu me daria por satisfeito se as circunstâncias me tivessem permitido dar um esclarecimento completo deste caso de pequena histeria. Segundo minhas experiências com outros pacientes, não tenho nenhuma dúvida de que meu método analítico me teria bastado para fazê-lo.

Em 1896, pouco depois da publicação de meus *Estudos sobre a Histeria*, em colaboração com o Dr. J. Breuer [1895], pedi a um eminente colega sua opinião sobre a teoria psicológica da histeria ali defendida. Ele respondeu sem rodeios que a considerava uma generalização injustificável de conclusões que poderiam ser corretas para uns poucos casos. Desde então tenho visto inúmeros casos de histeria, ocupando-me de cada um por vários dias, semanas ou anos, e em nenhum deles deixei de descobrir as condições psíquicas postuladas nos *Estudos*, ou seja, o trauma psíquico, o conflito dos afetos e, como acrescentei em publicações posteriores, a comoção na esfera sexual. Quando se trata de coisas que se tornaram patogênicas por seu afã de ocultar-se, decerto não se deve esperar que o doente vá ao encontro do médico exibí-las, nem tampouco deve este contentar-se com o primeiro "Não" que se oponha às investigações.

No caso de Dora, graças à já tão salientada inteligência do pai, não foi preciso que eu mesmo procurasse os pontos de referência vitais, pelo menos no tocante à conformação mais recente de sua doença. Contou-me o pai que ele e a família tinham feito uma amizade íntima em B com um casal ali radicado já há muitos anos. A Sra. K. cuidara dele durante sua longa

enfermidade, tendo assim feito jus à sua eterna gratidão. O Sr. K. sempre fora extremamente amável com sua filha Dora, levando-a a passear com ele quando estava em B e dando-lhe pequenos presentes, mas ninguém via nenhum mal nisso. Dora tratava com o mais extremo cuidado os dois filhinhos dos K., dedicando-lhes uma atenção quase maternal. Quando pai e filha vieram consultar-me dois anos antes, no verão, estavam justamente prestes a viajar para ir ao encontro do Sr. e Sra. K., que passavam o verão num de nossos lagos nos Alpes. Dora deveria passar várias semanas na casa dos K., enquanto seu pai pretendia regressar dentro de poucos dias. Durante esse período, também o Sr. K. estivera lá. Mas quando o pai se preparava para partir, a moça de repente declarou com extrema firmeza que iria com ele, e de fato assim fez. Só depois de alguns dias esclareceu seu estranho comportamento, contando à mãe, para que esta por sua vez o transmitisse ao pai, que o Sr. K. tivera a audácia de lhe fazer uma proposta amorosa, durante uma caminhada depois de um passeio pelo lago. Chamado a prestar contas de seu comportamento ao pai e ao tio da moça quando do encontro seguinte entre eles, o acusado negou do modo mais enfático qualquer atitude de sua parte que pudesse ter dado margem a essa interpretação, e começou a lançar suspeitas sobre a moça, que, segundo soubera pela Sra. K., só mostrava interesse pelos assuntos sexuais, e que até na própria casa dele junto ao lago lera a *Fisiologia do Amor*, de Mantegazza, e livros semelhantes. Provavelmente, excitada por tais leituras, ela teria “imaginado” toda a cena que descrevera.

“Não tenho dúvida”, disse o pai, “de que esse incidente é responsável pelo abatimento, irritabilidade e idéias suicidas de Dora. Ela vive insistindo em que eu rompa relações com o Sr. K., e em particular com a Sra. K., a quem antes positivamente venerava. Mas não posso fazer isso, primeiro porque eu mesmo acredito que a história de Dora sobre a impertinência imoral do homem é uma fantasia que se impôs a ela, e segundo porque estou ligado à Sra. K. por laços de honrosa amizade e não quero magoá-la. A pobre mulher já é muito infeliz com o marido, a quem, por sinal, não tenho em grande conceito; ela mesma já sofreu muito dos nervos e tem em mim seu único apoio. Considerando meu estado de saúde, não preciso assegurar-lhe que não há nada de ilícito por trás de nossas relações. Somos apenas dois pobres coitados que consolamos um ao outro como podemos através de um interesse amistoso. O senhor bem sabe que não tenho nada disso com minha própria mulher. Mas Dora, que herdou minha obstinação, é inabalável em seu ódio pelos K. Seu último ataque ocorreu depois de uma conversa em que ela tornou a me fazer a mesma exigência [de romper com os K.]. Por favor, tente agora colocá-la no bom caminho.”

Não se harmonizava muito com essas declarações o fato de que o pai, em outras conversas, procurava atribuir a culpa maior pelo comportamento insuportável de Dora à mãe, cujas peculiaridades tiravam todo o gosto pela vida doméstica. Mas eu resolvera desde longa data suspender meu juízo sobre o verdadeiro estado de coisas até que tivesse ouvido também o outro lado.

A experiência de Dora com o Sr. K. - suas propostas amorosas a ela e a conseqüente afronta a sua honra - parece fornecer, no caso de nossa paciente, o trauma psíquico que Breuer e eu declaramos, no devido tempo, ser a condição prévia indispensável para a gênese de um estado patológico histérico. Mas este novo caso também mostra todas as dificuldades que depois me fizeram ir além dessa teoria, acrescidas de uma nova dificuldade de cunho mais especial. Como é tão freqüente nos casos clínicos de histeria, o trauma que sabemos ter ocorrido na vida do paciente não basta para esclarecer a especificidade do sintoma, para determiná-lo; entenderíamos tanto ou tão pouco de toda a história se, em vez de *tussis nervosa*, afonia, abatimento e *taedium vitae*, outros sintomas tivessem resultado do trauma. Mas há ainda a consideração de que alguns desses sintomas (a tosse e a perda da voz) tinham sido produzidos pela paciente anos antes do trauma, e que suas primeiras manifestações remontavam à infância, pois tinham ocorrido no oitavo ano de vida. Portanto, se não queremos abandonar a teoria do trauma, devemos retroceder até a infância da moça e buscar ali influências ou impressões que pudessem ter surtido efeito análogo ao de um trauma. Além disso, é digno de nota que, mesmo na investigação de casos em que os primeiros sintomas não se tinham instalado na infância, fui levado a reconstituir a biografia dos pacientes até seus primeiros anos de vida.

Superadas as primeiras dificuldades do tratamento, Dora comunicou-me uma experiência anterior com o Sr. K., mais bem talhada ainda para operar como um trauma sexual. Estava então com quatorze anos. O Sr. K. combinara com ela e com sua mulher para que, à tarde, elas fossem encontrá-lo em sua loja comercial, na praça principal de B , para dali assistirem a um festival religioso. Mas ele induziu sua mulher a ficar em casa, despachou os empregados e estava sozinho quando a moça entrou na loja. Ao se aproximar a hora da procissão, pediu à moça que o aguardasse na porta que dava para a escada que levava ao andar superior, enquanto ele abaixava as portas corrediças externas. Em seguida voltou e, ao invés de sair pela porta aberta, estreitou subitamente a moça contra si e depôs-lhe um beijo nos lábios. Era justamente a situação que, numa mocinha virgem de quatorze anos, despertaria uma nítida sensação de excitação sexual. Mas Dora sentiu naquele momento uma violenta repugnância, livrou-se do homem e passou correndo por ele em direção à escada, daí alcançando a porta da rua. Mesmo assim, as relações com o Sr. K. prosseguiram; nenhum dos dois jamais mencionou essa pequena cena, e Dora afirma tê-la guardado em segredo até sua confissão durante o tratamento. Por algum tempo depois disso, ela evitou ficar a sós com o Sr. K. Por essa época, os K. tinham combinado fazer uma excursão de alguns dias, da qual Dora também deveria participar. Depois da cena do beijo na loja, ela se recusou a acompanhá-los, sem dar nenhuma razão.

Nessa cena - a segunda da seqüência, mas a primeira na ordem temporal -, o comportamento dessa menina de quatorze anos já era total e completamente histérico. Eu tomaria

por histérica, sem hesitação, qualquer pessoa em quem uma oportunidade de excitação sexual despertasse sentimentos preponderante ou exclusivamente desprazerosos, fosse ela ou não capaz de produzir sintomas somáticos. Esclarecer o mecanismo dessa *inversão do afeto* é uma das tarefas mais importantes e, ao mesmo tempo, uma das mais difíceis da psicologia das neuroses. Em minha própria opinião, ainda estou bem longe de alcançar essa meta, e no contexto desta comunicação posso também acrescentar que até do que sei só me será possível apresentar uma parte.

O caso de nossa paciente Dora ainda não fica suficientemente caracterizado acentuando-se apenas a inversão do afeto; é preciso dizer, além disso, que houve aqui um *deslocamento* da sensação. Ao invés da sensação genital que uma jovem sadia não teria deixado de sentir em tais circunstâncias, Dora foi tomada da sensação de desprazer própria da membrana mucosa da entrada do tubo digestivo - isto é, pela repugnância. A estimulação de seus lábios pelo beijo foi sem dúvida importante para localizar a sensação nesse ponto específico, mas creio reconhecer também o efeito de outro fator.

A repugnância que Dora sentiu nessa ocasião não se tornou um sintoma permanente, e mesmo na época do tratamento existia apenas potencialmente, por assim dizer. Ela se alimentava mal e confessou certa aversão pelos alimentos. Por outro lado, a cena deixara outra conseqüência, sob a forma de uma alucinação sensorial que ocorria de tempos em tempos e chegou a se verificar enquanto ela a relatou a mim. Disse continuar sentindo na parte superior do corpo a pressão daquele abraço. Segundo certas regras da formação de sintomas que vim a conhecer, e ao mesmo tempo levando em conta algumas outras particularidades da paciente, que de outra forma seriam inexplicáveis - por exemplo, não queria passar por nenhum homem a quem visse em conversa animada ou terna com uma mulher -, formei para mim mesmo a seguinte reconstrução da cena. Creio que, durante o abraço apaixonado, ela sentiu não só o beijo em seus lábios, mas também a pressão do membro ereto contra seu ventre. Essa percepção revoltante para ela foi eliminada de sua memória, recalçada e substituída pela sensação inocente de pressão sobre o tórax, que extraía de sua fonte recalçada uma intensidade excessiva. Uma vez mais, portanto, vemos um deslocamento da parte inferior para a parte superior do corpo. Por outro lado, a compulsão em seu comportamento construía-se como se proviesse da lembrança inalterada da cena: ela não gostava de passar por nenhum homem a quem julgasse em estado de excitação sexual porque não queria voltar a ver o sinal somático desse estado.

Vale ressaltar que, aqui, três sintomas - a repugnância, a sensação de pressão na parte superior do corpo e a evitação dos homens em conversa afetuosa - provinham de uma mesma experiência, e somente levando em conta a inter-relação desses três signos é que se torna possível compreender o processo de formação dos sintomas. O nojo corresponde ao sintoma do

recalcamento da zona erógena dos lábios (mimada demais em Dora, como veremos (em [1]), pelo sugar infantil). A pressão do membro ereto provavelmente levou a uma alteração análoga no órgão feminino correspondente, o clitóris, e a excitação dessa segunda zona erógena foi fixada no tórax por deslocamento para a sensação simultânea de pressão. O horror aos homens que pudessem achar-se em estado de excitação sexual obedece ao mecanismo de uma fobia destinada a dar proteção contra o reavivamento da percepção recalcada.

Para evidenciar a possibilidade dessa complementação da história, perguntei à paciente com extrema cautela se ela conhecia o sinal corporal da excitação no corpo do homem. Sua resposta foi “Sim” quanto ao momento atual, mas, no tocante àquela época, ela achava que não. Desde o início tive com esta paciente o máximo cuidado de não lhe fornecer nenhum novo conhecimento na esfera da vida sexual, não por escrupulosidade, mas porque queria submeter meus pressupostos a uma prova rigorosa neste caso. Por isso, só chamava uma coisa por seu nome quando as alusões dela se tinham tornado tão claras que parecia haver muito pouco risco em traduzi-las para a linguagem direta. Sua resposta sempre pronta e franca era que ela já sabia disso, mas de *onde* vinha esse conhecimento era um enigma que suas lembranças não permitiam resolver. Ela esquecera a fonte de todos esses conhecimentos.

Se me é lícito representar dessa maneira a cena do beijo ocorrido na loja, chego à seguinte derivação para a repugnância. A sensação de nojo parece ser, originalmente, uma reação ao cheiro (e depois também à visão) dos excrementos. Mas os órgãos genitais, e em especial o membro masculino, podem lembrar as funções excretoras, porque aqui o órgão, além de desempenhar a função sexual, serve também à da micção. Na verdade, esta é a primeira das duas a ser conhecida, e é a única conhecida durante o período pré-sexual. É assim que a repugnância se inclui nas manifestações afetivas da vida sexual. É o “*inter urinas et faeces nascimur*” dos *Padres da Igreja, que adere à vida sexual e dela não pode desprender-se, a despeito de todos os esforços de idealização. Gostaria, contudo, de enfatizar expressamente minha opinião de que o problema não fica resolvido pela simples indicação dessa via associativa. O fato de que essa associação pode ser evocada ainda não explica que ela de fato o seja. E não o é, em circunstâncias normais. O conhecimento das vias não torna dispensável o conhecimento das forças que por elas transitam.*

Não me era fácil, além disso, dirigir a atenção de minha paciente para suas relações com o Sr. K. Ela afirmava ter rompido com essa pessoa. A camada mais superficial de todas as suas associações durante as sessões, e tudo aquilo de que se conscientizava com facilidade e que era conscientemente lembrado da véspera sempre se relacionava com o pai. Era bem verdade que ela não podia perdoá-lo por continuar a manter relações com o Sr. K. e, mais particularmente, com a Sra. K. Mas encarava essas relações de maneira muito diferente da que o pai queria deixar

transparecer. Para ela não havia nenhuma dúvida de que o que ligava seu pai àquela mulher jovem e bonita era um relacionamento amoroso corriqueiro. Nada que pudesse contribuir para corroborar essa tese escapava à sua percepção, que nesse sentido era implacavelmente aguda; *aqui não havia nenhuma lacuna em sua memória*. O relacionamento com os K. tinha começado antes da doença grave do pai, mas só se tornou íntimo quando, no curso dessa enfermidade, a jovem senhora assumiu oficialmente a posição de enfermeira, enquanto a mãe de Dora se mantinha afastada do leito do doente. Nas primeiras férias de verão após a recuperação do pai, aconteceram coisas que deveriam ter aberto os olhos de todos para a verdadeira natureza daquela “amizade”. As duas famílias tinham alugado um conjunto de aposentos em comum no hotel, e um belo dia a Sra. K. anunciou que não podia continuar no quarto que até então partilhara com um de seus filhos; poucos dias depois, o pai de Dora deixou seu próprio quarto e ambos se mudaram para outros - os quartos da extremidade, separados apenas pelo corredor-, enquanto os aposentos que haviam abandonado não ofereciam tal garantia contra interferências. Mais tarde, sempre que Dora repreendia o pai por causa da Sra. K., ele costumava dizer que não podia entender sua hostilidade e que, ao contrário, seus filhos tinham todas as razões para serem gratos a ela. A mãe, a quem Dora foi pedir uma explicação sobre esse misterioso comentário, disse-lhe que, naquela época, papai estava tão triste que quisera suicidar-se nos bosques; a Sra. K., suspeitando disso, fora atrás dele e o persuadira com suas súplicas a se preservar para os seus. Naturalmente, Dora não acreditava nisso; sem dúvida, os dois tinham sido vistos juntos no bosque e papai inventara a história do suicídio para justificar o encontro deles.

Quando retornaram a B , o pai visitava todos os dias a Sra. K. em determinados horários, enquanto o marido dela estava na loja. Todo mundo comentara isso e as pessoas interrogavam Dora de maneira significativa a esse respeito. O próprio Sr. K. muitas vezes se queixara amargamente à mãe de Dora, embora poupasse a filha de qualquer alusão ao assunto - o que ela parecia atribuir a uma delicadeza da parte dele. Nos passeios de todos em comum, seu pai e a Sra. K. sempre sabiam arranjar as coisas de modo a ficarem a sós. Não havia dúvida alguma de que ela aceitava dinheiro dele, pois fazia gastos que seria impossível sustentar com seus recursos ou com os do marido. O pai começara também a dar grandes presentes à Sra. K. e, para disfarçá-los, tornou-se ao mesmo tempo particularmente generoso com a mãe de Dora e com ela própria. E a Sra. K., até então doentia, ela mesma obrigada a passar meses num sanatório para doentes nervosos por não poder andar, tornara-se agora uma mulher sadia e cheia de vida.

Mesmo depois de deixarem B [mudando-se para a cidade onde ficava a fábrica], esse relacionamento de anos prosseguiu, pois de tempos em tempos o pai declarava não suportar o rigor do clima e ter de fazer algo por sua saúde; começava a tossir e a se queixar, até que de repente partia para B de onde escrevia as mais alegres cartas. Todas essas doenças não passavam de pretextos para que ele revisse sua amiga. Depois, um belo dia, ficou decidido que

eles se mudariam para Viena, e Dora começou a suspeitar de uma combinação. E de fato, mal se haviam passado três semanas desde que estavam em Viena, ela soube que também os K. se tinham transferido para lá. No momento, contou-me ela, continuavam em Viena, e era freqüente ela topar com o pai na rua em companhia da Sra. K. Também encontrava amiúde o Sr. K.; ele sempre a acompanhava com o olhar e, certa feita, quando a encontrou sozinha, seguiu-a por um longo trecho para ver aonde ela ia e se não estaria indo a um encontro.

O pai era insincero, havia um traço de falsidade em seu caráter, só pensava em sua própria satisfação e tinha o dom de arranjar as coisas da maneira que mais lhe conviesse: tais foram as críticas mais freqüentes que ouvi de Dora um dia, quando o pai tornou a sentir que seu estado havia piorado e viajou para B por várias semanas, ao que a arguta Dora prontamente se inteirou de que também a Sra. K. fizera uma viagem para a mesma cidade para fazer uma visita a seus parentes.

Não pude contestar de maneira geral essa caracterização do pai; também era fácil ver por qual recriminação particular Dora estava justificada. Quando ficava com o ânimo mais exasperado, impunha-se a ela a concepção de ter sido entregue ao Sr. K. como prêmio pela tolerância dele para com as relações entre sua mulher e o pai de Dora; e por trás da ternura desta pelo pai podia-se pressentir sua fúria por ser usada dessa maneira. Noutras ocasiões, ela sabia muito bem que era culpada de exagero ao falar assim. Naturalmente, os dois homens nunca haviam firmado um pacto formal de que ela fosse tratada como objeto de troca, tanto mais que seu pai teria recuado horrorizado ante tal insinuação. Mas ele era um desses homens que sabem como fugir a um conflito falseando seu julgamento sobre uma das alternativas em oposição. Se lhe tivessem chamado a atenção para a possibilidade de que uma adolescente corresse perigo na companhia constante e não vigiada de um homem insatisfeito com sua própria mulher, ele certamente teria respondido que podia confiar na filha, que um homem como K. jamais poderia ser perigoso para ela e que seu amigo era incapaz de tais intenções. Ou então: que Dora ainda era uma criança e era tratada como criança por K. Mas, na realidade, ocorre que cada um dos dois homens evitava extrair da conduta do outro qualquer conseqüência que pudesse ser inconveniente para suas próprias pretensões. Assim, o Sr. K. pôde enviar flores a Dora todos os dias por um ano inteiro enquanto esteve por perto, aproveitar todas as oportunidades de dar-lhe presentes valiosos e passar todo o seu tempo livre na companhia dela, sem que os pais da moça discernissem nesse comportamento o caráter de uma corte amorosa.

Quando surge no tratamento psicanalítico uma seqüência correta, fundamentada e incontestável de pensamentos, isso bem pode representar um momento de embaraço para o médico, do qual o paciente se aproveita para perguntar: "Tudo isso é perfeitamente verdadeiro e correto, não é? Que quer o Sr. modificar, agora que lhe contei?" Mas logo se evidencia que o

paciente está usando tais pensamentos inatacáveis pela análise para acobertar outros que se querem subtrair da crítica e da consciência. Um rosário de censuras a outras pessoas leva-nos a suspeitar da existência de um rosário de autocensuras de conteúdo idêntico. Basta que se volte cada censura isolada para a própria pessoa do falante. Há algo de inegavelmente automático nessa maneira de defender-se de uma autocensura dirigindo a mesma censura contra outrem. Encontra-se um modelo disso nos argumentos *tu quoque* das crianças; quando uma delas é acusada de mentirosa, retruca sem hesitar: “Você é que é.” Um adulto empenhado em revidar um insulto procuraria um ponto fraco real de seu oponente e não poria a ênfase principal na repetição do mesmo conteúdo. Na paranóia, essa projeção da censura em outrem sem qualquer alteração do conteúdo, e portanto, sem nenhum apoio na realidade, torna-se manifesta como processo de formação do delírio.

Também as censuras de Dora a seu pai estavam assim “forradas” ou “revestidas” de autocensuras de conteúdo idêntico, quase sem exceção, como se verá em detalhe. Tinha razão em achar que seu pai não queria esclarecer o comportamento do Sr. K. em relação a ela para não ser molestado em seu próprio relacionamento com a Sra. K. Mas Dora fizera precisamente a mesma coisa. Tornara-se cúmplice desse relacionamento e repudiara todos os sinais que pudessem mostrar sua verdadeira natureza. Só da aventura no lago (ver em [1]) é que datavam sua visão clara do assunto e suas exigências ao pai. Durante todos os anos anteriores ela fizera o possível para favorecer as relações do pai com a Sra. K. Nunca ia vê-la quando suspeitava de que seu pai estivesse lá. Sabia que, nesse caso, as crianças seriam afastadas, e rumava pelo caminho em que estava certa de encontrá-las, indo passear com elas. Na casa de Dora tinha havido uma pessoa que cedo quis abrir-lhe os olhos para as relações do pai com a Sra. K. e induzi-la a tomar partido contra essa mulher. Fora sua última governanta, uma moça solteira e mais velha, muito lida e de opiniões avançadas. Mestre e aluna se deram esplendidamente por algum tempo, até que, de repente, Dora se desentendeu com ela e insistiu em sua dispensa. Enquanto a governanta teve alguma influência, usou-a para acirrar os ânimos contra a Sra. K. Disse à mãe de Dora que era incompatível com sua dignidade tolerar tal intimidade entre seu marido e uma estranha e chamou a atenção de Dora para tudo o que saltava aos olhos naquele relacionamento. Mas seus esforços foram em vão, pois Dora continuava ternamente ligada à Sra. K. e não queria saber de nenhum motivo que fizesse as relações do pai com ela parecerem indecentes. Por outro lado, percebia muito bem os motivos que impeliavam sua governanta. Cega num sentido, Dora tinha a percepção bem aguçada no outro. Notou que a governanta estava apaixonada por seu pai. Quando ele estava em casa, ela parecia uma pessoa completamente diferente, podendo ser divertida e obsequiosa. Na época em que a família morava na cidade industrial e a Sra. K. não estava no horizonte, sua animosidade se voltava contra a mãe de Dora, que era então sua rival mais imediata. Mas Dora ainda não levava nada disso a mal. Só se zangou ao observar que ela própria era totalmente indiferente para a governanta, cuja afeição demonstrada por ela de fato era dirigida a seu pai.

Enquanto o pai estava ausente da cidade industrial, a moça não tinha tempo para ela, não queria passear com ela e não se interessava por seus estudos. Mal o pai voltava de B , ela tornava a se mostrar prestimosa em toda sorte de serviço e ajuda. Por isso Dora a deixou de lado.

A pobre mulher elucidara com clareza indesejada uma parte do comportamento de Dora. O que a governanta às vezes era para Dora, esta fora para os filhos do Sr. K. Fora uma mãe para eles, instruindo-os, passeando com eles e lhes oferecendo um substituto completo para o escasso interesse que a verdadeira mãe lhes demonstrava. O Sr. e a Sra. K. freqüentemente falavam em divórcio, que nunca se concretizou porque o Sr. K., que era um pai afetuoso, não queria abrir mão de nenhum dos dois filhos. O interesse comum pelos filhos fora desde o início um elo entre o Sr. K. e Dora. Evidentemente, ocupar-se de crianças era para Dora um disfarce destinado a ocultar dela mesma e dos outros alguma outra coisa.

De seu comportamento para com as crianças, considerado à luz da conduta da governanta com ela própria, extraía-se a mesma conclusão que de sua tácita aquiescência às relações do pai com a Sra. K., a saber, que em todos aqueles anos ela estivera apaixonada pelo Sr. K. Quando formulei essa conclusão, não obtive dela nenhum assentimento. É verdade que me disse de imediato que também outras pessoas (por exemplo, uma prima que passara algum tempo com eles em B) lhe tinham dito: “Ora, você é simplesmente louca por este homem!” Mas ela própria não queria lembrar-se de nenhum sentimento dessa ordem. Mais tarde, quando a abundância do material surgido tornou-lhe difícil persistir na negativa, ela admitiu que poderia ter estado enamorada do Sr. K. em B , mas declarou que desde a cena do lago isso havia acabado. De qualquer forma, era certo que a censura, por fazer ouvidos de mercador aos chamados imperativos do dever e por arranjar as coisas da maneira mais conveniente do ponto de vista do próprio enamoramento, ou seja, a censura que ela fazia contra o pai recaía sobre sua própria pessoa.

A outra censura, de que as doenças do pai eram criadas como um pretexto e exploradas em proveito próprio, coincide também com todo um fragmento de sua própria história secreta. Um dia, Dora queixou-se de um sintoma supostamente novo, que consistia em dores de estômago dilacerantes, e acertei em cheio ao perguntar: “A quem você está copiando nisso?” No dia anterior ela fora visitar as primas, filhas da tia que morrera. A mais jovem ficara noiva e com isso a mais velha adoecera com umas dores de estômago, sendo mandada para Semering. Dora achava que era apenas inveja por parte da mais velha, pois ela sempre adoecia quando queria alguma coisa, e o que queria agora era afastar-se de casa para não ter de assistir à felicidade da irmã. Mas suas próprias dores de estômago diziam que Dora se identificara com a prima, assim declarada simuladora, fosse porque ela também invejava o amor da moça mais afortunada, fosse porque via sua própria história refletida na da irmã mais velha, que tivera recentemente um caso amoroso de final infeliz. Mas Dora também aprendera, observando a Sra. K., quanto proveito se podia tirar das

doenças. O Sr. K. passava parte do ano viajando; sempre que voltava, encontrava sua mulher adoentada, embora, como Dora sabia, ela tivesse gozado de boa saúde até o dia anterior. Dora compreendeu que era a presença do marido que fazia a mulher adoecer, e que esta considerava a doença bem-vinda para escapar aos deveres conjugais que tanto detestava. Nesse ponto inseriu-se uma observação repentina de Dora sobre suas próprias alterações entre doença e saúde nos primeiros anos de sua infância em B , e assim fui levado a suspeitar de que seus próprios estados de saúde dependiam de alguma outra coisa, tal como os da Sra. K. É que na técnica da psicanálise existe uma regra de que uma conexão interna ainda não revelada se anuncia pela contigüidade, pela proximidade temporal entre as associações, exatamente como, na escrita, um a e um b postos lado a lado significam que se pretendeu formar com eles a sílaba ab. Dora tivera um grande número de acessos de tosse acompanhados de perda da voz. Teria a presença ou ausência do homem amado exercido alguma influência sobre o aparecimento e desaparecimento dos sintomas patológicos? Se assim fosse, em algum ponto se deveria revelar uma coincidência denunciadora. Perguntei-lhe qual tinha sido a duração média desses ataques. “Três a seis semanas, talvez.” Quanto tempo duravam as ausências do Sr. K.? “Três a seis semanas, também”, teve ela de admitir. Com suas doenças, portanto, ela demonstrava seu amor por K., tal como a mulher dele demonstrava sua aversão. Bastava supor que seu comportamento fora o oposto do da Sra. K.: enferma quando ele estava ausente e sadia quando ele voltava. Isso realmente parece ter acontecido pelo menos durante o primeiro período dos ataques. Em épocas posteriores, sem dúvida, tornou-se necessário obscurecer a coincidência entre seus ataques de doença e a ausência do homem secretamente amado, para que a constância dessa coincidência não traísse seu segredo. A duração dos acessos permaneceria, depois, como uma marca de seu sentido originário.

Lembrei-me de ter visto e ouvido tempos atrás, na clínica de Charcot [1885-6], que nas pessoas que sofrem de mutismo histerico a escrita funcionava vicariamente em lugar da fala. Elas escreviam com maior fluência, mais depressa e melhor do que as outras ou elas mesmas anteriormente. O mesmo acontecera com Dora. Nos primeiros dias de suas crises de afonia “a escrita sempre lhe fluía da mão com especial facilidade”. Essa peculiaridade, como expressão de uma função fisiológica substitutiva criada pela necessidade, na verdade não requeria esclarecimento psicológico, mas era notável a facilidade com que este era encontrado. O Sr. K. lhe escrevia profusamente quando em viagem, e lhe mandava cartões-postais; houve ocasiões em que só ela estava a par da data de seu regresso, enquanto este apanhava sua mulher de surpresa. Além disso, corresponder-se com um ausente com quem não se pode falar não é mais compreensível do que, tendo perdido a voz, tentar fazer-se entender pela escrita. A afonia de Dora, portanto, admitia a seguinte interpretação simbólica: quando o amado estava longe, ela renunciava à fala; esta perdia seu valor, já que não podia falar com ele. Por outro lado, a escrita ganhava importância como único meio de se manter em relação com o ausente.

Devo, então, afirmar que em todos os casos em que há crises periódicas de afonia devemos diagnosticar a existência de um amado que se ausenta temporariamente? Por certo não é esta minha intenção. A determinação do sintoma no caso de Dora é por demais específica para que se possa pensar na repetição freqüente dessa mesma etiologia accidental. Mas, que valor tem então o esclarecimento da afonia em nosso caso? Não nos teremos simplesmente deixado enganar por um *jeu d'esprit*? Creio que não. Aqui convém lembrar a questão tão freqüentemente levantada de saber se os sintomas da histeria são de origem psíquica ou somática ou, admitindo-se o primeiro caso, se todos têm necessariamente um condicionamento psíquico. Esta pergunta, como tantas outras a que os investigadores têm voltado repetidamente sem sucesso, não é adequada. As alternativas nelas expostas não cobrem a essência real dos fatos. Até onde posso ver, todo sintoma histérico requer a participação de ambos os lados. Não pode ocorrer sem a presença de uma certa *complacência somática* fornecida por algum processo normal ou patológico no interior de um órgão do corpo ou com ele relacionado. Porém não se produz mais de uma vez - e é do caráter do sintoma histérico a capacidade de se repetir - a menos que tenha uma significação psíquica, um *sentido*. O sintoma histérico não traz em si esse sentido, mas este lhe é emprestado, soldado a ele, por assim dizer, e em cada caso pode ser diferente, segundo a natureza dos pensamentos suprimidos que lutam por se expressar. Todavia, há uma série de fatores que operam para tornar menos arbitrárias as relações entre os pensamentos inconscientes e os processos somáticos de que estes dispõem como meio de expressão, assim como para aproximá-las de algumas formas típicas. Para a terapia, os determinantes mais importantes são os fornecidos pelo material psíquico accidental; os sintomas são dissolvidos buscando-se sua significação psíquica. Uma vez removido tudo o que se pode eliminar pela psicanálise, fica-se em condições de formar toda sorte de conjecturas, provavelmente acertadas, sobre as bases somáticas dos sintomas, que em geral são constitucionais e orgânicas. Tampouco no caso dos acessos de tosse e afonia de Dora nos contentaremos com uma interpretação psicanalítica, mas indicaremos por trás dela o fator orgânico de que partiu a "complacência somática" que lhe possibilitou expressar sua afeição por um amado temporariamente ausente. E se neste caso a conexão entre a expressão sintomática e o conteúdo dos pensamentos inconscientes nos parecer fruto de um habilidoso e impressionante artifício, ficaremos reconfortados em saber que ela cria a mesma impressão em todos os outros casos e em todos os outros exemplos.

Estou pronto a ouvir, nesta altura, que não há grande vantagem em sermos informados, graças à psicanálise, de que não mais precisamos buscar a chave do problema da histeria numa "labilidade peculiar das moléculas nervosas" ou numa suscetibilidade aos "estados hipnóides", mas numa "complacência somática". Em resposta a essa observação, quero frisar que dessa maneira o enigma não só recuou um pouco, mas também se tornou um pouco menor. Já não temos de lidar com o enigma inteiro, mas apenas da parte dele em que se inclui a característica particular da

histeria *que a diferencia* das outras psiconeuroses. Os processos psíquicos em todas as psiconeuroses são os mesmos durante um extenso percurso, até que entre em cena a “complacência somática” que proporciona aos processos psíquicos inconscientes uma saída no corporal. Quando esse fator não se faz presente, surge da situação total algo diferente de um sintoma histérico, mas ainda de natureza afim: uma fobia, talvez, ou uma idéia obsessiva - em suma, um sintoma psíquico.

Volto agora à censura pela “simulação” de doença que Dora fez ao pai. Logo se evidenciou que a ela correspondiam não só autocensuras concernentes a estados patológicos anteriores, mas também outras relativas à época atual. Nesse ponto, cabe comumente ao médico a tarefa de adivinhar e complementar aquilo que a análise lhe oferece apenas sob a forma de alusões. Tive de assinalar à paciente que seu atual estado de saúde era tão determinado por motivos e tão tendencioso quanto fora a doença da Sra. K., que ela entendera tão bem. Não havia nenhuma dúvida, disse eu, de que ela visava a um objetivo que esperava alcançar através de sua doença. Este não podia ser outro senão o de fazer seu pai afastar-se da Sra. K. Mediante súplicas ou argumentos ela não conseguia; talvez esperasse ter êxito assustando o pai (vide a carta de despedida), despertando sua compaixão (por meio dos ataques de desmaios) (ver em [1]), ou se tudo isso fosse em vão, pelo menos se vingaria dele. Ela sabia muito bem, prossegui, o quanto ele lhe era apegado e que seus olhos se enchiam de lágrimas quando lhe perguntavam pelo estado da filha. Eu estava plenamente convencido de que ela se recuperaria imediatamente se o pai lhe dissesse que tinha sacrificado a Sra. K, em prol da saúde dela. Mas, acrescentei, eu esperava que ele não se deixasse persuadir a fazê-lo, pois então ela ficaria conhecendo a poderosa arma que tinha nas mãos e por certo não deixaria de servir-se em todas as ocasiões futuras de sua possibilidade de adoecer. Se o pai não cedesse, porém, eu deveria estar preparado para isto: ela não renunciaria tão facilmente a sua doença.

Omito os detalhes que mostraram quão plenamente correto era tudo isso, preferindo acrescentar algumas observações gerais sobre o papel desempenhado na histeria pelos *motivos da doença*. Os motivos do adoecimento devem ser nitidamente distinguidos, enquanto conceito, das possibilidades de adoecer - do material de que se formam os sintomas. Eles não têm participação alguma na formação de sintomas e nem sequer estão presentes no início da doença. Só aparecem secundariamente, mas é apenas com seu advento que se constitui plenamente a enfermidade. Pode-se contar com sua existência em todos os casos em que haja um sofrimento real e de longa data. A princípio, o sintoma é para a vida psíquica um hóspede indesejável: tudo está contra ele, e é por isso que pode dissipar-se com tanta facilidade, aparentemente por si só, sob a influência do tempo. No início, não tem nenhum emprego útil na economia doméstica psíquica, porém com muita freqüência encontra serventia secundariamente. Uma ou outra corrente psíquica acha cômodo servir-se do sintoma, que assim adquire uma *função secundária* e fica como

que ancorado na vida anímica. Aquele que pretende curar o doente tropeça então, para seu assombro, numa grande resistência, que lhe ensina que a intenção do paciente de se livrar de seus males não é nem tão cabal nem tão séria quanto parecia. Imaginemos um trabalhador, um pedreiro, digamos, que tenha caído de uma construção e ficado aleijado, e que agora ganhe a vida mendigando nas esquinas. Chega um milagreiro e promete endireitar-lhe a perna torta e devolver-lhe a marcha. Não se deve esperar, acho eu, ver uma expressão de particular contentamento em seu rosto. Sem dúvida, na época em que sofreu a lesão, ele há de ter-se sentido extremamente infeliz, ao compreender que nunca mais poderia voltar a trabalhar e teria de passar fome ou viver de esmolas. Desde então, porém, o que antes o deixara sem seu ganha-pão tornou-se sua fonte de renda: ele vive de sua invalidez. Se esta lhe for tirada, talvez ele fique totalmente desamparado; nesse meio tempo, ele esqueceu seu ofício, perdeu seus hábitos de trabalho e se acostumou à indolência, e talvez também à bebida.

Os motivos para adoecer muitas vezes começam a se fazer sentir já na infância. A menina sedenta de amor, que a contragosto partilha com seus irmãos a afeição dos pais, percebe que toda esta volta a afluir-lhe quando seu adoecimento desperta a preocupação deles. Agora ela conhece um meio de atrair o amor dos pais, e se valerá dele tão logo disponha do material psíquico para produzir uma doença. Quando essa menina se transforma em mulher e, em total contradição com as exigências de sua infância, casa-se com um homem pouco atencioso que sufoca sua vontade, explora impiedosamente sua capacidade de trabalho e não lhe dá nem ternura nem dinheiro, a doença é a única arma que lhe resta para afirmar-se na vida. Ela lhe proporciona a ansiada consideração, força o marido a fazer sacrifícios pecuniários e a demonstrar-lhe um respeito que não teria se ela estivesse com saúde, e o obriga a tratá-la com prudência caso ela se recupere, pois do contrário poderá haver uma recaída. O caráter aparentemente objetivo e involuntário de seu estado patológico, que o médico encarregado de tratá-la por certo defenderá, possibilita esse uso oportuno, sem autocensuras conscientes, de um meio que ela constatara ser eficaz na infância.

E ainda assim essas doenças são obra da intenção! Em geral, esses estados patológicos se destinam a uma determinada pessoa, de modo que desaparecem quando ela se afasta. As opiniões mais rudes e banais sobre a natureza dos distúrbios histéricos, como as que se ouvem de parentes incultos e de enfermeiras, de certa forma são corretas. É verdade que a mulher que jaz paralisada na cama se levantaria de um salto se irrompesse um incêndio em seu quarto, e que a esposa excessivamente mimada esqueceria todos os seus sofrimentos se um filho seu adoecesse com risco de vida ou se alguma catástrofe ameaçasse a situação do lar. Todos os que assim falam dos pacientes estão certos, a não ser num único ponto: desconsideram a distinção psicológica entre consciente e inconsciente, o que talvez seja permissível quando se trata de crianças, mas com adultos já não tem cabimento. Por isso é que de nada servem todas essas afirmações de que

é “apenas uma questão de vontade” e todas as exortações e insultos dirigidos ao doente. Primeiro é preciso tentar, pelas vias indiretas da análise, fazer com que a pessoa convença a si mesma da existência dessa intenção de adoecer.

Na histeria, é no combate aos motivos da doença que reside, de modo bastante geral, o ponto fraco para qualquer terapia, inclusive a psicanálise. Para o destino as coisas são mais fáceis: ele não precisa atacar a constituição ou o material patogênico do enfermo; basta-lhe eliminar o motivo de adoecimento para que o doente fique temporária ou até permanentemente livre de seu mal. Quão menor seria o número de curas milagrosas e desaparecimentos espontâneos dos sintomas que nós, os médicos, teríamos de admitir na histeria, se nos fosse dado conhecer mais amiúde os interesses vitais que os doentes nos ocultam! Ora um prazo se esgotou, ora desapareceu a consideração por alguma outra pessoa, ora uma situação foi fundamentalmente alterada por algum acontecimento externo, e eis que todo distúrbio até então pertinaz desaparece de um só golpe, de modo aparentemente espontâneo, mas, na verdade, por ter sido privado de seu motivo mais poderoso - um dos usos que tinha na vida do enfermo.

Em todos os casos plenamente desenvolvidos é provável que se encontrem motivos que sustentam a condição do doente. Mas há casos com motivos puramente internos, como, por exemplo, a autopunição, ou seja, o arrependimento e a penitência. Neles, verifica-se que a tarefa terapêutica é mais fácil de solucionar do que nos casos em que a doença se relaciona com a consecução de algum objetivo externo. No caso de Dora, esse objetivo era claramente o de sensibilizar o pai e afastá-lo da Sra. K.

Nenhum dos atos do pai parecia irritá-la tanto quanto sua presteza em tomar a cena do lago como produto da fantasia dela. Dora ficava fora de si ante a idéia de se pensar que ela simplesmente imaginara algo naquela ocasião. Durante muito tempo fiquei em apuros para adivinhar que autocensura se ocultaria por trás de sua recusa apaixonada dessa explicação. Era justificável suspeitar de que houvesse algo oculto, pois uma censura que não acerta o alvo tampouco ofende em termos duradouros. Por outro lado, cheguei à conclusão de que o relato de Dora devia corresponder à verdade em todos os aspectos. Mal ela percebera a intenção do Sr. K., não deixara que ele terminasse de falar, esbofeteara-o no rosto e se afastara às carreiras. Seu comportamento, depois que ela se foi, deve ter parecido tão incompreensível para o homem quanto para nós, pois ele já deveria ter depreendido desde muito antes, por pequenos indícios, que tinha assegurada a afeição da moça. Na discussão do segundo sonho encontraremos tanto a solução desse enigma quanto a autocensura em vão buscada no começo (ver a partir de [1]).

Como as acusações contra o pai se repetiam com cansativa monotonia e ao mesmo tempo sua tosse continuava, fui levado a achar que esse sintoma poderia ter algum significado

relacionado com o pai. Além disso, as exigências que costumava fazer à explicação de um sintoma estavam longe de ser satisfeitas. Segundo uma regra que eu pudera confirmar repetidamente pela experiência mas que ainda não me atrevera a consolidar num princípio geral, o sintoma significa a representação - a realização - de uma fantasia de conteúdo sexual, isto é, uma situação sexual. Melhor dizendo, pelo menos *um* dos significados de um sintoma corresponde à representação de uma fantasia sexual, enquanto para os outros significados não se impõe tal limitação do conteúdo. Quando se empreende o trabalho psicanalítico, logo se constata que os sintomas têm mais de um significado e servem para representar simultaneamente diversos cursos inconscientes de pensamento. E eu acrescentaria que, na minha opinião, um único curso de pensamento ou fantasia inconsciente dificilmente bastará para a produção de um sintoma.

Logo surgiu uma oportunidade de atribuir à tosse nervosa de Dora uma interpretação desse tipo, mediante uma situação sexual fantasiada. Quando ela insistiu mais uma vez em que a Sra. K. só amava seu pai porque ele era "*ein vermögender Mann*" ["um homem de posses"], certos pormenores da maneira como se expressou (que omito aqui, como a maioria dos aspectos puramente técnicos da análise) levaram-me a notar que por trás dessa frase se ocultava seu oposto, ou seja, que o seu pai era "*ein unvermögender Mann*" ["um homem sem recursos"]. Isso só poderia ser entendido num sentido sexual - que seu pai, como homem, era sem recursos, era impotente. Depois que Dora confirmou essa interpretação com base em seu conhecimento consciente, assinaliei a contradição em que ela caía quando, por um lado, continuava a insistir em que as relações do pai com a Sra. K. eram um caso amoroso corriqueiro e, por outro, asseverava que o pai era impotente e, portanto, incapaz de tirar proveito de tal relacionamento. Sua resposta mostrou que ela não precisava reconhecer a contradição. Ela sabia muito bem, disse, que há mais de uma maneira de se obter satisfação sexual. A fonte desse conhecimento, aliás, novamente lhe era inidentificável. Como lhe perguntei se ela se estava referindo ao uso de outros órgãos que não os genitais na relação sexual e ela respondeu afirmativamente, pude prosseguir dizendo que, nesse caso, ela devia estar pensando precisamente nas partes do corpo que nela se achavam em estado de irritação - a garganta e a cavidade bucal. Obviamente, ela não queria saber de seus pensamentos a tal ponto, e de fato, se era isso que possibilitava o sintoma, não poderia mesmo ser-lhe inteiramente claro. Mas era irrecusável a complementação de que, com sua tosse espasmódica - que, como de hábito, tinha por estímulo uma sensação de cócega na garganta -, ela representava uma cena de satisfação sexual *per os* entre as duas pessoas cuja ligação amorosa a ocupava tão incessantemente. Muito pouco tempo depois de ela aceitar em silêncio essa explicação, a tosse desapareceu - o que se afinava muito bem com minha visão; mas não quero atribuir um valor excessivo a essa mudança, visto que ela já se produzira tantas vezes espontaneamente.

Caso esse trechinho da análise tenha despertado no leitor médico, além do ceticismo a

que ele tem direito, também estranheza, e horror, estou disposto a averiguar, neste ponto, se essas duas reações são justificáveis. A estranheza, penso eu, é motivada por minha ousadia em falar sobre coisas tão delicadas e desagradáveis com uma jovem - ou, de modo geral, com qualquer mulher sexualmente ativa. O horror sem dúvida concerne à possibilidade de que uma moça virgem possa conhecer semelhantes práticas e ocupar-se delas em sua fantasia. Em ambos os pontos eu recomendaria moderação e prudência. Não há motivos para indignação em nenhum dos dois casos. Pode-se falar com moças e mulheres sobre toda sorte de assuntos sexuais sem causar-lhes qualquer prejuízo e sem acarretar suspeitas sobre si mesmo, desde que, em primeiro lugar, adote-se uma certa maneira de fazê-lo, e, em segundo, consiga-se despertar nelas a convicção de que isso é inevitável. Afinal, nessas mesmas condições, o ginecologista se permite submetê-las a todos os desnudamentos possíveis. A melhor maneira de falar sobre tais coisas é ser seco e direto; e ela é, ao mesmo tempo, a que mais se afasta da lascívia com que os mesmos temas são tratados na "sociedade", com a qual as moças e mulheres estão plenamente acostumadas. Dou aos órgãos e funções do corpo seus nomes técnicos, e os comunico - refiro-me aos nomes - quando por acaso são ignorados. *J'appelle un chat un chat*. Certamente já ouvi falar de pessoas - médicos e leigos - que se escandalizam com uma terapia em que ocorrem tais conversas, e que parecem invejar a mim ou a meus pacientes pela excitação que, segundo suas expectativas, tal método deve proporcionar. Mas conheço demasiadamente bem o decoro desses senhores para me irritar com eles. Resistirei à tentação de escrever uma sátira a seu respeito. Mas há uma coisa que quero dizer: muitas vezes, depois de tratar por algum tempo de uma paciente para quem, de início, não foi fácil a franqueza nas questões sexuais, tive a satisfação de ouvi-la exclamar: "Ora, afinal, seu tratamento é muito mais decente do que a conversa do Sr. X!"

Antes de se empreender o tratamento de um caso de histeria, é preciso estar convencido da impossibilidade de evitar a menção de temas sexuais, ou pelo menos estar disposto a se deixar convencer pela experiência. A atitude correta é: *"pour faire une omelette il faut casser des oeufs"*. Os próprios pacientes são fáceis de convencer, e há inúmeras oportunidades para isso no decorrer do tratamento. Não há por que recriminar-se por falar com eles sobre os fatos da vida sexual normal ou anormal. Com um pouco de cautela, não se faz mais do que traduzir em idéias conscientes o que já se sabia no inconsciente, e toda a eficácia do tratamento se baseia em nosso conhecimento de que a ação do afeto ligado a uma idéia inconsciente é mais intensa e, como ele não pode ser inibido, mais prejudicial que a do afeto ligado a uma idéia consciente. Nunca se corre qualquer perigo de corromper uma jovem inexperiente; quando não há no inconsciente nenhum conhecimento sobre os processos sexuais, tampouco surge qualquer sintoma histérico. Quando se constata uma histeria, não há como falar em "inocência dos pensamentos" no sentido usado pelos pais e educadores. Nas crianças de dez, doze ou quatorze anos, sejam elas meninos ou meninas, pude convencer-me da confiabilidade desta afirmação, sem exceções.

Quanto à segunda reação emocional, que já não se dirige a mim e sim a minha paciente - supondo-se que minha visão dela esteja correta -, e que considera horrível o caráter perverso de suas fantasias, cabe-me frisar que não compete ao médico tal condenação apaixonada. Entre outras coisas, considero despropositado que um médico, ao escrever sobre as aberrações das pulsões sexuais, sirva-se de cada oportunidade para intercalar no texto expressões de sua repugnância pessoal ante coisas tão revoltantes. Estamos diante de um fato, e é de se esperar que nos acostumemos a ele pondo de lado nossos próprios gostos. Precisamos aprender a falar sem indignação sobre o que chamamos de perversões sexuais - essas transgressões da função sexual tanto na esfera do corpo quanto na do objeto sexual. Já a indefinição dos limites do que se deve chamar de vida sexual normal nas diferentes raças e épocas deveria arrefecer tal ardor fanático. Tampouco nos devemos esquecer de que a perversão que nos é mais repelente, o amor sensual de um homem por outro, não só era tolerada num povo culturalmente tão superior a nós quanto os gregos, como também lhe eram atribuídas entre eles importantes funções sociais. Na vida sexual de cada um de nós, ora aqui, ora ali, todos transgredimos um pouquinho os estreitos limites do que se considera normal. As perversões não são bestialidades nem degenerações no sentido patético dessas palavras. São o desenvolvimento de germes contidos, em sua totalidade, na disposição sexual indiferenciada da criança, e cuja supressão ou redirecionamento para objetivos assexuais mais elevados - sua "sublimação" - destina-se a fornecer a energia para um grande número de nossas realizações culturais. Portanto, quando alguém *se torna* grosseira e manifestamente pervertido, seria mais correto dizer que *permaneceu* como tal, pois exemplifica um estágio de *inibição do desenvolvimento*. Todos os psiconeuróticos são pessoas de inclinações perversas fortemente acentuadas, mas recalçadas e tornadas inconscientes no curso de seu desenvolvimento. Por isso suas fantasias inconscientes exibem um conteúdo idêntico ao das ações documentadas nos perversos, mesmo que eles não tenham lido a *Psychopathia Sexualis* de Krafft-Ebing, livro a que as pessoas ingênuas atribuem uma parcela tão grande de culpa na gênese das tendências perversas. As psiconeuroses são, por assim dizer, o negativo das perversões. Nos neuróticos, a constituição sexual, na qual está contida a expressão da hereditariedade, atua em combinação com as influências acidentais de sua vida que possam perturbar o desenvolvimento da sexualidade normal. O curso d'água que encontra um obstáculo em seu leito reflui para leitos antigos que antes pareciam destinados a permanecer secos. As forças impulsoras da formação dos sintomas histéricos não provêm apenas da sexualidade *normal* recalçada, mas também das moções perversas inconscientes.

As menos chocantes dentre as chamadas perversões sexuais são amplamente difundidas por toda a população, como sabe todo o mundo, exceto os médicos que escrevem sobre o assunto. Ou melhor, esses autores também sabem, só que se empenham em esquecê-lo no momento em que tomam da pena para escrever a respeito. Portanto, não surpreende que nossa histórica de quase dezenove anos soubesse da existência desse tipo de relação sexual (sucção do

órgão masculino), criasse uma fantasia inconsciente dessa natureza e a expressasse através da sensação de cócega na garganta e da tosse. Tampouco seria assombroso que ela chegasse a tal fantasia mesmo sem contar com qualquer esclarecimento externo, como pude comprovar com certeza em outras pacientes. É que, no caso dela, um fato digno de nota proporcionava a precondição somática para tal criação independente de uma fantasia que coincide com a prática dos perversos. Ela lembrava muito bem de ter sido, na infância, uma “chupadora de dedo”. O pai também se recordava de tê-la feito abandonar esse hábito, que persistira até os quatro ou cinco anos de idade. A própria Dora tinha clara na memória a imagem de uma cena de sua tenra infância em que, sentada num canto do assoalho, ela chupava o polegar esquerdo, enquanto com a mão direita puxava o lóbulo da orelha do irmão, sentado quieto a seu lado. Essa é a forma completa da autogratificação pelo ato de chupar, tal como também me foi descrita por outras pacientes que depois se tornaram anestésicas e histéricas.

Uma dessas pacientes deu-me uma informação que esclarece perfeitamente a origem desse estranho hábito. Essa jovem senhora, que nunca deixara o hábito de chupar o dedo, via-se numa lembrança de infância, supostamente da primeira metade de seu segundo ano de vida, mamando no seio de sua ama e, ao mesmo tempo, puxando-lhe ritmicamente o lóbulo da orelha. Ninguém há de contestar, penso eu, que a membrana mucosa dos lábios e da boca pode ser considerada como uma zona erógena primária, já que parte dessa significação é ainda preservada no beijo tido como normal. A intensa atividade dessa zona erógena em idade precoce constitui, portanto, a condição para a complacência somática posterior do trato da membrana mucosa que começa nos lábios. Se depois, numa época em que já se conhece o objeto sexual propriamente dito, o membro masculino, surgem circunstâncias que tornam a aumentar a excitação da zona da boca, que preservou seu caráter erógeno, não é preciso um grande dispêndio de força criadora para substituir, na situação de satisfação, o mamilo originário e o dedo que fazia as vezes dele pelo objeto sexual atual, o pênis. Assim, essa fantasia perversa e sumamente escandalosa de chupar o pênis tem a mais inocente das origens; é a nova versão do que se pode chamar de impressão pré-histórica de sugar o seio da mãe ou da ama - uma impressão comumente revivida no contato com crianças que estejam sendo amamentadas. Na maioria das vezes, o úbere da vaca serve de representação intermediária adequada entre o mamilo e o pênis.

A recém-mencionada interpretação do sintoma da garganta de Dora também pode dar margem a outra observação. Pode-se perguntar de que modo essa situação sexual fantasiada se harmoniza com nossa outra explicação, a saber, a de que o aparecimento e desaparecimento das manifestações patológicas refletia a presença e ausência do homem amado, e, portanto, no tocante à conduta da Sra. K., expressava o seguinte pensamento: “Se *eu* fosse mulher dele, eu o amaria de maneira muito diferente; adoeceria (de saudade, digamos) quando ele estivesse fora e ficaria curada (de alegria) quando voltasse para casa.” A isso devo responder, por minha

experiência na resolução dos sintomas histéricos, que não é necessário que os diversos significados de um sintoma sejam compatíveis entre si, ou seja, que se complementem num todo articulado. Basta que a interarticulação seja constituída pelo tema que deu origem às diversas fantasias. Em nosso caso, além disso, tal compatibilidade não está excluída; um dos dois significados se relaciona mais com a tosse, e o outro, com a afonia e o caráter cíclico do distúrbio. Uma análise mais acurada provavelmente permitiria reconhecer um número muito maior de elementos anímicos nos pormenores da enfermidade.

Já constatamos que, com bastante regularidade, um sintoma corresponde *simultaneamente* a diversos significados; acrescentemos agora que também pode expressar diversos significados *sucessivamente*. No decorrer dos anos, um sintoma pode alterar um de seus significados ou seu sentido principal, ou então o papel principal pode passar de um significado para outro. Há como que um traço conservador no caráter das neuroses: uma vez formado, se possível, o sintoma é preservado, mesmo que o pensamento inconsciente que nele encontrou expressão tenha perdido seu significado. Mas também é fácil explicar mecanicamente essa tendência à conservação do sintoma: é tão difícil a produção de um sintoma dessa natureza, são tantas as condições favorecedoras necessárias à transposição de uma excitação puramente psíquica para o corporal - isso que denominei de "conversão" -, e é tão raro dispor-se da complacência somática necessária à conversão, que o impulso para a descarga da excitação vinda do inconsciente utiliza, tanto quanto possível, qualquer via de descarga já transitável. Muito mais fácil do que criar uma nova conversão parece ser a produção de vínculos associativos entre um novo pensamento carente de descarga e o antigo, que já não precisa dela. Pela via assim facilitada flui a excitação da nova fonte excitante para o antigo ponto de descarga, e o sintoma se assemelha, segundo as palavras do Evangelho, a um odre velho repleto de vinho novo. Por estas observações, a parte somática do sintoma histérico parece ser a mais estável e a mais difícil de substituir, enquanto a psíquica se afigura como o elemento mais variável e mais facilmente substituível. Todavia, não se deve pretender inferir dessa relação nenhuma hierarquia entre os dois elementos. Para a terapia psíquica, a parte psíquica é sempre a mais significativa.

No caso de Dora, a incessante repetição dos mesmos pensamentos sobre as relações entre seu pai e a Sra. K. possibilitou extrair da análise um outro material ainda mais importante.

Uma seqüência de pensamentos como essa pode ser descrita como hiperintensa, ou melhor, *reforçada ou hipervalente* ["*überwertig*"] na acepção de Wernicke [1900, 140]. Ela mostra seu caráter patológico, a despeito do conteúdo aparentemente correto, pela peculiaridade singular de que, por maiores que sejam os esforços de pensamento conscientes e voluntários da pessoa, não se pode dissipá-la ou eliminá-la. Uma seqüência normal de pensamentos, por mais intensa que seja, acaba podendo ser eliminada. Dora achava, com toda razão, que seus pensamentos

sobre o pai reclamavam um julgamento especial. “Não consigo pensar em outra coisa”, queixava-se ela repetidamente. “Meu irmão me diz que nós, os filhos, não temos o direito de criticar esses atos do papai, que não nos devemos preocupar com isso, e que talvez devamos até alegrar-nos por ele ter encontrado uma mulher a quem pode se afeiçoar, já que mamãe o compreende tão pouco. Também vejo isso, e gostaria de pensar como meu irmão, mas não posso. Não posso perdoá-lo.”

Ora, que fazer diante de tal pensamento hipervalente, depois de se tomar conhecimento de sua fundamentação consciente, bem como dos protestos ineficazes feitos contra ele? Diz-se que essa *seqüência hiperintensa de pensamentos deve seu reforço ao inconsciente*. Ela é impossível de resolver pelo trabalho do pensamento, seja porque suas raízes chegam até o material inconsciente, recalçado, seja porque outro pensamento inconsciente se oculta por trás dela. Este último é, na maioria das vezes, seu oposto direto. Os opostos sempre estão estreitamente interligados e, muitas vezes, separam-se em duplas de tal maneira, que *um pensamento é consciente com hiperintensidade, enquanto sua contrapartida é recalçada e inconsciente*. Essa relação entre os dois pensamentos é um efeito do processo de recalçamento. Com efeito, o recalçamento muitas vezes se efetua por meio de um reforço excessivo do oposto do pensamento a ser recalçado. A esse processo *chamo reforço reativo*, e designo por *pensamento reativo* o pensamento que se afirma na consciência com hiperintensidade e que, à maneira de um preconceito, mostra-se indestrutível. Os dois pensamentos comportam-se então entre si como as duas agulhas de um galvanômetro estático. O pensamento reativo mantém o pensamento objetável sob recalçamento por meio de um certo excesso de intensidade, mas, em vista disso, ele próprio fica “amortecido” e invulnerável aos esforços conscientes do pensamento. Portanto, a maneira de retirar o reforço do pensamento hiperintensificado consiste em tornar consciente seu oposto recalçado.

Não devemos excluir a expectativa de encontrar casos que não apresentam apenas um desses fundamentos da hipervalência, mas sim a concorrência de ambos. Podem ainda surgir outras complicações, mas é fácil articulá-las com o esquema geral.

Apliquemos agora nossa teoria ao exemplo fornecido pelo caso de Dora. Começaremos pela primeira hipótese, ou seja, de que a raiz de sua preocupação obsessiva com as relações entre seu pai e a Sra. K. lhe era desconhecida por situar-se no inconsciente. Não é difícil adivinhar a natureza dessa raiz a partir da situação e das manifestações de Dora. Seu comportamento obviamente ia muito além da esfera de interesse de uma filha; ela se sentia e agia mais como uma esposa ciumenta, como se consideraria compreensível em sua mãe. Por sua exigência ao pai (“ou ela ou eu”), pelas cenas que costumava criar e pela ameaça de suicídio que deixou entrever, é evidente que ela se estava colocando no lugar da mãe. E se adivinhamos com acerto a fantasia de

situação sexual subjacente a sua tosse, nessa fantasia ela deveria estar-se colocando no lugar da Sra. K. Portanto, identificava-se com as duas mulheres, a que o pai amara um dia e a que amava agora. É óbvia a conclusão que sua inclinação pelo pai era muito maior do que ela sabia ou estava disposta a admitir, ou seja, que estava apaixonada por ele.

Aprendi a ver nessas relações amorosas inconscientes entre pai e filha ou entre mãe e filho, conhecidas por suas conseqüências anormais, uma revivificação de germes dos sentimentos infantis. Expus em outros lugares em que tenra idade a atração sexual se faz sentir entre pais e filhos, e mostrei que a lenda de Édipo provavelmente deve ser considerada como a elaboração poética do que há de típico nessas relações. É provável que se encontre na maioria dos seres humanos um traço nítido dessa inclinação precoce da filha pelo pai e do filho pela mãe, e deve-se presumir que ela seja mais intensa, já desde o início, no caso das crianças constitucionalmente destinadas à neurose, que têm amadurecimento precoce e são famintas de amor. Entram então em jogo certas influências que não abordaremos aqui e que levam à fixação desse impulso amoroso rudimentar, ou que o reforçam de tal modo que ele se transforma, ainda na infância ou, no máximo, na puberdade, em algo equiparável a uma inclinação sexual e que, como esta, tem a libido a seu dispor. As circunstâncias externas de nossa paciente não eram nada desfavoráveis a tal suposição. Sua predisposição sempre a atraía para o pai, e as numerosas doenças deste não de ter forçosamente aumentado sua ternura por ele. Em muitas dessas doenças, ele não permitia que ninguém senão ela lhe prestasse os pequenos serviços que seu tratamento requeria; orgulhoso do desenvolvimento precoce da inteligência dela, ele a tornara, ainda criança, sua confidente. Com o aparecimento da Sra. K., na verdade não foi a mãe, e sim ela, que foi desalojada de mais de uma posição.

Quando comuniquei a Dora que só me era possível supor que sua inclinação pelo pai, já em época precoce, deveria ter tido o caráter de um completo enamoramento, é verdade que ela me deu sua resposta corriqueira: “Não me lembro disso.” Logo em seguida, porém, contou-me algo análogo sobre uma prima de sete anos (por parte da mãe), em quem ela freqüentemente julgava ver uma espécie de reflexo de sua própria infância. Essa menina tornara a testemunhar uma discussão acalorada entre os pais e sussurrou no ouvido de Dora, que acabava de chegar para uma visita: “Você não pode imaginar como odeio essa pessoa!” (apontando para a mãe) “E um dia, quando ela morrer, vou me casar com papai.” Costumo ver nessas associações, que trazem à tona algo que concorda com o conteúdo de uma afirmação minha, uma confirmação vinda do inconsciente. Nenhuma outra espécie de “sim” pode ser extraída do inconsciente; não existe, em absoluto, um “não” inconsciente.

Por anos a fio Dora não externalizara essa paixão pelo pai; ao contrário, manteve-se por muito tempo na mais cordial harmonia com a mulher que a suplantara junto a ele e, como sabemos

através de suas autocensuras, ainda facilitou as relações dessa mulher com seu pai. Esse amor pelo pai, portanto, fora recentemente reavivado e, sendo esse o caso, podemos perguntar-nos com que finalidade isso ocorreu. Obviamente, como sintoma reativo para suprimir alguma outra coisa que, por conseguinte, ainda era poderosa no inconsciente. Considerando a situação, não pude deixar de supor, em primeiro lugar, que o suprimido era seu amor pelo Sr. K. Foi-me forçoso presumir que ela ainda estava apaixonada por ele, mas que desde a cena do lago, por motivos desconhecidos, seu amor tropeçava numa violenta resistência, que a moça retomara e reforçara sua velha afeição pelo pai para não ter de notar nada em sua consciência sobre esse amor dos primeiros anos de sua adolescência, que agora se tornara penoso para ela. Assim pude também discernir um conflito que muito se prestava para desorganizar a vida anímica da moça. Por um lado, muito a consternava ter de rejeitar a proposta desse homem e ela sentia muita saudade da pessoa dele e de todos os pequenos sinais de sua afeição; por outro lado, esses impulsos de ternura e saudade eram combatidos por motivos poderosos, dentre os quais era fácil perceber seu orgulho. Desse modo, ela conseguiu convencer-se de que havia rompido com o Sr. K. - era esse o lucro que retirava desse processo típico de recalçamento -, mas, ainda assim, era obrigada a recorrer a sua afeição infantil pelo pai e a exagerá-la, para se proteger do enamoramento que assediava constantemente sua consciência. O fato de ela ser quase incessantemente dominada pelo mais amargo ciúme parecia ainda admitir mais uma determinação.

Não trouxe nenhum desapontamento para minhas expectativas que essa exposição dos fatos provocasse em Dora a mais enfática negativa. O “não” ouvido do paciente depois de se apresentar pela primeira vez um pensamento recalçado à sua percepção consciente não faz senão constatar a existência de um recalçamento e sua firmeza; serve, por assim dizer, para medir a força deste. Quando esse “não”, em vez de ser considerado como expressão de um juízo imparcial (do qual, por certo, o doente não é capaz), é ignorado, dando-se prosseguimento ao trabalho, logo aparecem as primeiras provas de que, nesses casos, o “não” significa o desejado “sim”. Dora admitiu que não conseguia ficar tão zangada com o Sr. K. quanto ele merecia. Contou-me que um dia o encontrara na rua quando estava em companhia de uma prima que não o conhecia. A prima exclamara repentinamente: “Dora, o que há com você? Você ficou pálida como um cadáver!” Ela própria não sentira nada dessa alteração, mas expliquei-lhe que a fisionomia e a expressão dos afetos obedecem mais ao inconsciente do que ao consciente e são traiçoeiras para o primeiro. De outra feita, Dora apareceu-me no pior mau humor, depois de vários dias em que estivera sempre no melhor dos ânimos. Não soube explicá-lo; estava muito contrariada, declarou; era aniversário de seu tio e ela não se animava a cumprimentá-lo, não sabia por quê. Minha arte interpretativa estava embotada nesse dia; deixei que ela continuasse falando e, de repente, ela se lembrou de que era também aniversário do Sr. K., fato este que não deixei de aproveitar contra ela. Já então não foi difícil explicar por que os lindos presentes que ela ganhara em seu aniversário, alguns dias antes, não lhe trouxeram nenhuma alegria. É que faltava um presente, o do Sr. K., que obviamente

fora antes o mais precioso de todos.

Não obstante, Dora continuou por algum tempo a negar minha afirmação, até que, próximo do término da análise, a prova conclusiva de sua exatidão veio à tona (ver em [1]).

Devo agora considerar uma outra complicação a que certamente não daria espaço, fosse eu um escritor empenhado na criação de um espaço anímico desse tipo para um conto, e não um médico empenhado em sua dissecação. O elemento que apontarei agora só serve para turvar e confundir a beleza e a poesia do conflito que pudemos supor em Dora; ele é justificadamente sacrificado pela censura do escritor, que sem dúvida simplifica e abstrai quando faz as vezes de psicólogo. Mas no fundo da realidade, que me esforço por retratar aqui, a regra é a complicação dos motivos, a acumulação e a combinação das moções anímicas - em suma, a sobre-determinação. Por trás da seqüência hipervalente de pensamentos que se ocupavam com as relações entre o pai de Dora e a Sra. K. ocultava-se, de fato, um impulso de ciúme cujo objeto era essa mulher - ou seja, um impulso que só se poderia fundamentar numa inclinação para o mesmo sexo. Há muito se sabe e já se tem assinalado que, na puberdade, com freqüência, tanto os meninos quanto as meninas, mesmo nos casos normais, mostram claros indícios da existência de uma inclinação para pessoas do mesmo sexo. A amizade entusiástica por uma colega de escola, acompanhada de juras, beijos, promessas de correspondência eterna e toda a sensibilidade do ciúme, é o precursor comum da primeira paixão intensa de uma moça por um homem. Em circunstâncias favoráveis, a corrente homossexual amiúde seca por completo, mas, quando não se é feliz no amor por um homem, ela torna a ser despertada pela libido nos anos posteriores e é aumentada em maior ou menor intensidade. Se nas pessoas sadias isso pode ser confirmado sem esforço e se levamos em conta nossas observações anteriores (ver em [1] e [2]) sobre o maior desenvolvimento, nos neuróticos, dos germes normais da perversão, devemos também esperar, na constituição destes, uma predisposição homossexual mais forte. E deve ser assim, pois até hoje nunca passei por uma só psicanálise de um homem ou de uma mulher sem ter de levar em conta uma corrente homossexual bastante significativa. Nas mulheres e moças históricas cuja libido sexual voltada para o homem é energicamente suprimida, constata-se com regularidade que a libido dirigida para as mulheres é vicariamente reforçada e até parcialmente consciente.

Não continuarei abordando aqui esse importante tema, particularmente indispensável ao entendimento da histeria masculina, porque a análise de Dora terminou antes que pudesse lançar luz sobre essas circunstâncias. Mas convém lembrar a já citada governanta (ver em [1]) com quem, a princípio, Dora conviveu na mais íntima troca de idéias até descobrir que ela não a apreciava nem a tratava bem por sua própria causa, e sim por causa de seu pai, e então obrigá-la a deixar a casa. Dora também costumava repisar com notável freqüência e com ênfase peculiar a história de uma outra desavença que até mesmo a ela parecia inexplicável. Sempre se dera particularmente

bem com sua segunda prima, a mesma que depois ficou noiva (ver em [1]), partilhando com ela toda sorte de segredos. Na primeira vez em que o pai voltou a B depois do passeio interrompido no lago, e Dora naturalmente se recusou a acompanhá-lo, pediram a essa prima que viajasse com ele, e ela aceitou. Daí em diante, Dora sentira frieza em relação a ela, e se surpreendia, ela própria, ao verificar o quanto a outra lhe era agora indiferente, por mais que, como admitia, não pudesse fazer à prima nenhuma grande censura. Essas susceptibilidades levaram-me a perguntar quais tinham sido suas relações com a Sra. K. até a época do rompimento. Inteirei-me, então, de que a jovem mulher e a menina apenas adolescente tinham vivido durante anos na mais estreita intimidade. Quando Dora se hospedava com os K., costumava partilhar o quarto com a Sra. K., sendo o marido desalojado. Dora era a confidente e conselheira da mulher em todas as dificuldades de sua vida conjugal; não havia nada de que não conversassem. Medéia ficou muito contente em ver Creusa tornar-se amiga de seus dois filhos, e também não fez nada para estorvar o relacionamento entre a moça e o pai das crianças. Como foi que Dora conseguiu apaixonar-se pelo homem sobre quem sua adorada amiga tinha tantas coisas ruins a dizer constitui um interessante problema psicológico, sem dúvida solucionável quando compreendermos que, no inconsciente, os pensamentos vivem muito comodamente lado a lado, e até os opostos se toleram sem antagonismo - um estado de coisas que, com bastante freqüência, persiste até mesmo no consciente.

Quando Dora falava sobre a Sra. K., costumava elogiar seu “adorável corpo alvo” num tom mais apropriado a um amante do que a uma rival derrotada. Noutra ocasião, mais triste do que com raiva, ela me disse estar convencida de que os presentes que o pai lhe oferecia eram escolhidos pela Sra. K., pois reconhecia seu gosto. De outra feita ainda, ela assinalou que a haviam presenteado, evidentemente por intervenção da Sra. K., com algumas jóias que eram exatamente idênticas às que vira na casa dela, expressando então em voz alta o desejo de possuí-las. Na verdade, devo dizer que nunca ouvi dela uma só palavra áspera ou irada sobre essa mulher, embora, do ponto de vista de seus pensamentos hipervalentes, devesse ver nela a principal causadora de suas desventuras. Dora parecia comportar-se de maneira incoseqüente, mas sua aparente incoseqüência era justamente a expressão de uma corrente complicadora de sentimentos. De fato, como se comportara para com Dora essa amiga tão entusiasticamente amada? Depois que Dora formulou sua acusação contra o Sr. K e seu pai escreveu para ele pedindo-lhe uma explicação, o Sr. K. respondeu, inicialmente, protestando a mais alta estima por ela e se oferecendo para ir até a cidade industrial a fim de esclarecer todos os mal-entendidos. Passadas algumas semanas, quando o pai de Dora falou com ele em B, já não se tocou mais na estima. Ao contrário, o Sr. K. depreciou a moça e jogou seu trunfo: uma moça que lia tais livros e se interessava por aquelas coisas não podia ter nenhuma pretensão ao respeito de um homem. A Sra. K., portanto, a havia traído e caluniado, pois somente com ela é que Dora falara sobre Mantegazza e sobre temas proibidos. Era uma repetição do que acontecera com a

governanta: a Sra. K. também não a amara por ela mesma, e sim por causa do pai. Ela a havia sacrificado sem um momento de hesitação para que seu relacionamento com o pai de Dora não fosse perturbado. Essa ofensa talvez a tenha tocado mais de perto e tido maior efeito patogênico do que a outra com que ela tentou encobri-la, ou seja, a de ter sido sacrificada pelo pai. Acaso a amnésia tão obstinadamente perseverante a respeito das fontes de seu conhecimento proibido (ver em [1] e [2]) não apontaria diretamente para o valor emocional da acusação que lhe foi feita e, por conseguinte, para sua traição pela amiga?

Creio não estar errado, portanto, em supor que a seqüência hipervalente de pensamentos de Dora, que a fazia ocupar-se das relações entre seu pai e a Sra. K., destinava-se não apenas a suprimir seu amor pelo Sr. K., que antes fora consciente, mas também a ocultar o amor pela Sra. K., que era inconsciente num sentido mais profundo. A seqüência hipervalente de pensamentos era diretamente oposta a esta última corrente. Dora dizia a si mesma incessantemente que seu pai a sacrificara a essa mulher, fazia demonstrações ruidosas de que a invejava pela posse do pai e, dessa maneira, ocultava de si mesma o oposto que: invejava o pai pelo amor da Sra. K. e que não perdoava à mulher amada a desilusão que ela lhe causara com sua traição. A moção de ciúme feminino estava ligada, no inconsciente, ao ciúme que um homem sentiria. Essas correntes de sentimentos masculinos, ou, melhor dizendo, *ginecofilicos*, devem ser consideradas típicas da vida amorosa inconsciente das moças histéricas.

O PRIMEIRO SONHO

Justamente no momento em que havia perspectivas de esclarecer um ponto obscuro da infância de Dora através do material que se impunha à análise, ela me informou que, algumas noites antes, voltara a ter um sonho que já lhe ocorrera repetidas vezes exatamente da mesma maneira. Um sonho periodicamente repetido, já por essa simples característica, estava fadado a despertar minha curiosidade; e de fato, era justificável, no interesse do tratamento, considerar o entrelaçamento desse sonho na trama da análise. Resolvi, portanto, proceder a uma investigação particularmente cuidadosa.

Eis o sonho, tal como Dora o relatou: *“Uma casa estava em chamas. Papai estava ao lado da minha cama e me acordou. Vesti-me rapidamente. Mamãe ainda queria salvar sua caixa de jóias, mas papai disse: ‘Não quero que eu e meus dois filhos nos queimemos por causa da sua caixa de jóias.’ Descemos a escada às pressas e, logo que me vi do lado de fora, acordei.”*

Como se tratava de um sonho recorrente, naturalmente lhe perguntei quando o tivera pela primeira vez. Não sabia dizer. Mas se recordava de ter tido o sonho três noites sucessivas em L (o lugar no lago onde ocorrera a cena com o Sr. K.), e agora voltara a tê-lo algumas noites atrás, aqui

[em Viena]. Naturalmente, a ligação assim estabelecida entre o sonho e os acontecimentos de L aumentou minhas expectativas a respeito de sua solução. Mas primeiro eu queria descobrir qual fora o motivo de sua recente repetição, e, por conseguinte, pedi a Dora, que por alguns pequenos exemplos antes analisados já estava instruída na interpretação dos sonhos, que decompusesse o sonho e me comunicasse o que lhe ocorria a propósito dele.

- “Ocorre-me uma coisa”, disse ela, “mas não pode ter nenhuma relação com isso, porque é muito recente, ao passo que sem dúvida eu já tivera o sonho antes.”

- Não tem importância, vá em frente - respondi; - é justamente a última coisa que se adequa ao sonho.

- “Está bem; nesses últimos dias papai teve uma discussão com mamãe porque ela tranca a sala de jantar à noite. É que o quarto de meu irmão não tem entrada independente, e só se pode chegar a ele pela sala de jantar. Papai não quer que meu irmão fique trancado assim à noite. Diz ele que isso não é bom; pode acontecer alguma coisa durante a noite que torne necessário sair.”

- E isso a fez pensar no risco de um incêndio?

- “Sim”.

- Bem, peço-lhe que preste muita atenção a suas próprias expressões. Talvez precisemos delas. Você disse que *“pode acontecer alguma coisa durante a noite que torne necessário sair.”*

Dora, porém, descobrira agora o vínculo entre a causa recente e a causa original do sonho, pois prosseguiu:

- “Quando chegamos a L naquela ocasião, papai e eu, ele manifestou abertamente sua angústia diante da possibilidade de um incêndio. Chegamos em meio a uma violenta tempestade e vimos que a casinha de madeira não tinha pára-raios. Logo, a angústia era muito natural.”

Cabia-me agora estabelecer a relação entre os acontecimentos em L e os sonhos do mesmo teor que ela tivera nessa época. Assim, perguntei: Você teve o sonho nas primeiras noites em L ou nas últimas, antes de sua partida? Quer dizer, antes ou depois da conhecida cena no bosque? (De fato, eu sabia que a cena não ocorrera logo no primeiro dia, e que depois disso ela ainda permanecera alguns dias em L sem deixar transparecer nenhum indício do incidente.)

Sua primeira resposta foi “Não sei”, mas, passados alguns momentos, acrescentou: “Mas creio que foi depois.”

Portanto, agora eu sabia que o sonho fora uma reação àquela experiência. Mas por que se repetira ali três vezes? Continuei perguntando: Quanto tempo você ainda ficou em L depois da cena?

- “Mais quatro dias, e no quinto fui embora com papai.”

- Agora tenho certeza de que o sonho foi o efeito imediato de sua experiência com o Sr. K. Foi em L que você teve o sonho pela primeira vez, e não antes. Você introduziu essa incerteza na lembrança apenas para obliterar em si mesma a ligação. Mas para mim, os números ainda não se ajustam muito. Se você ainda ficou em L mais quatro noites, poderia ter tido o sonho mais quatro vezes. Será que foi isso?

Ela não contradisse mais minha afirmação, porém, ao invés de responder a minha pergunta, prosseguiu: “Na tarde seguinte ao nosso passeio pelo lago, do qual o Sr. K. e eu voltamos ao meio-dia, eu tinha-me recostado no sofá do quarto, como de costume, para dormir um pouco. De repente, acordei e vi o Sr. K. parado em frente a mim...”

- Quer dizer, tal como você viu seu pai no sonho ao lado de sua cama?

- “Foi. Mandei que ele explicasse o que estava procurando ali. Como resposta, ele disse que não ia deixar de entrar no seu próprio quarto quando quisesse; além disso, queria apanhar alguma coisa. Com isso, fiquei prevenida, perguntei à Sra. K. se não havia uma chave do quarto e, na manhã seguinte (no segundo dia), tranquei-me enquanto fazia minha toalete. À tarde, quando quis me trancar para deitar de novo no sofá, a chave tinha sumido. Estou convencida de que o Sr. K. a havia retirado.”

Aí está, portanto, o tema de trancar ou não o quarto, que surgiu na primeira associação ao sonho e que, casualmente, também desempenhou um papel na causa recente do sonho. Pertenceria também a esse contexto a frase “*Vestia-me rapidamente*”?

- “Foi então que resolvi não ficar mais na casa dos K. na ausência do papai. Nas manhãs seguintes, eu não podia deixar de temer que o Sr. K. me surpreendesse enquanto fazia minha toalete, e *por isso sempre me vestia* muito *rapidamente*. É que papai ficava no hotel, e a Sra. K. sempre saía cedo para fazer alguma excursão com ele. Mas o Sr. K. não voltou a me importunar.”

- Compreendo. Na tarde do segundo dia, você formou o propósito de escapar dessas perseguições, e então, na segunda, terceira e quarta noites depois da cena no bosque, teve tempo de repetir esse propósito enquanto dormia. (Já na segunda tarde - antes do sonho, portanto, - você sabia que na manhã seguinte, a terceira, não teria a chave para se trancar enquanto se vestia, e pôde então formar o propósito de se vestir o mais depressa possível.) Mas seu sonho se repetia todas as noites justamente por corresponder a um *propósito*. O propósito persiste até ser realizado. Você como que disse a si mesma: “Não terei tranqüilidade, não poderei ter um sono tranqüilo enquanto não estiver fora desta casa.” É o inverso disso que você diz no sonho: “*Logo que me vi do lado de fora, acordei*.”

Interrompo aqui o relato da análise para comparar esse pequeno fragmento de interpretação dos sonhos com minhas teses gerais sobre o mecanismo da formação dos sonhos. Em meu livro *A Interpretação dos Sonhos* (1900a), afirmei que todo sonho é um desejo que se representa como realizado, que a representação é encobridora quando se trata de um desejo recalcado, que pertence ao inconsciente, e que, salvo no caso dos sonhos das crianças, só o desejo inconsciente ou um desejo que chegue até o inconsciente possui a força para formar um sonho. Creio que minha teoria conseguiria com mais certeza obter aceitação geral se eu me tivesse contentado com a afirmação de que todo sonho tem um sentido possível de ser descoberto mediante um certo processo de interpretação. Uma vez completa a interpretação, poder-se-ia substituir o sonho por pensamentos que se enquadrariam na vida anímica de vigília num ponto facilmente reconhecível. E teria então podido prosseguir dizendo que esse sentido do sonho é tão diversificado quanto os processos de pensamento da vigília. Numa ocasião se trataria de um desejo realizado, noutra, de um temor realizado, noutra ainda, de uma reflexão prosseguida durante o sono, ou de um propósito (como no sonho de Dora), de um fragmento de produção mental durante o sono etc. Essa exposição sem dúvida teria sido atraente por sua simplicidade, e poderia ter-se apoiado num grande número de exemplos bem interpretados, como no caso do sonho aqui analisado.

Em vez disso, formulei uma tese geral que restringe o sentido dos sonhos a uma única forma de pensamento - a representação de desejos -, e assim provoquei a inclinação universal à discordância. Devo dizer, porém, que não me achei no direito ou no dever de simplificar um processo psicológico para torná-lo mais agradável aos leitores, quando minha investigação mostrava nele uma complicação cuja solução, para ser homogênea, teria primeiro de ser encontrada em outro lugar. Por isso, tem para mim um valor especial demonstrar que as aparentes exceções, como esse sonho de Dora, que a princípio se afigurou como a continuação de um propósito diurno durante o sono, não fazem senão corroborar novamente a regra contestada. (Ver a partir de [1])

Certamente, temos ainda uma grande parte do sonho por interpretar. Minhas perguntas prosseguiram:

- Como é isso da caixa de jóias que sua mãe queria salvar?

- “Mamãe gosta muito de jóias e ganhou várias do papai.”

- E você?

- “Eu também gostava muito de jóias antes; desde a doença não tenho usado nenhuma.

Um dia, faz uns quatro anos (um ano antes do sonho), houve uma grande discussão entre papai e mamãe por causa de uma jóia. Mamãe queria para ela algo especial, umas gotas de pérolas

[*Tropfen von Perlen*] para usar como pingentes nas orelhas. Mas papai não gostava disso e, em vez das gotas, trouxe-lhe uma pulseira. Ela ficou furiosa e disse que, já que ele tinha gasto tanto dinheiro num presente de que ela não gostava, melhor seria que o desse a outra pessoa.”

- E você terá pensado que o aceitaria com prazer?

- “Não sei, não tenho a menor idéia de como mamãe entra no sonho; ela não estava conosco em L nessa época.”

- Depois lhe explicarei isso. Não lhe ocorre nada mais sobre a caixa de jóias [*Schmuckkästchen*]? Até agora, você só falou sobre as jóias [*Schmuck*], e nada sobre a caixinha [*Kästchen*].

- “Sim, o Sr. K. me presenteara pouco tempo antes com uma caixinha de jóias dispendiosa.”

- Então seria muito apropriado retribuir o presente. Talvez você não saiba que “caixa de jóias” é uma expressão muito apreciada para a mesma coisa a que você aludiu, não faz muito tempo, com a bolsinha que estava usando: os genitais femininos.

- “Sabia que o senhor ia dizer isso.”

- Ou seja, você *sabia* disso... Agora o sentido do sonho está ficando ainda mais claro. Você disse a si mesma: esse homem está me perseguindo; quer forçar a entrada em meu quarto, minha “caixa de jóias” está em perigo e, se acontecer alguma desgraça, a culpa é do papai. Foi por isso que escolheu, no sonho, uma situação que expressa o oposto, um perigo de que seu pai a salva. Nessa parte do sonho, em geral, tudo está transformado em seu oposto; você logo saberá por quê. O mistério certamente reside em sua mãe. Como é que a mamãe entra no sonho? Ela é, como você sabe, sua rival anterior nos favores de seu pai. No episódio da pulseira, você teria aceito de bom grado o que sua mãe rejeitou. Agora, vamos substituir “aceitar” por “dar” e “rejeitar” por “recusar”. Isso quer dizer, então, que você estaria disposta a dar a seu pai o que sua mãe lhe recusava, e a coisa que se trata teria a ver com uma jóia. Pois bem, lembre-se agora da caixa de jóias que o Sr. K. lhe deu. Você tem aí o ponto de partida para uma seqüência paralela de pensamentos, na qual seu pai deve ser substituído pelo Sr. K., tal como aconteceu na situação de ele estar em frente a sua cama. Ele lhe deu uma caixa de jóias e, portanto, você tem de presentear-lo com sua caixa de jóias; por isso falei há pouco em “retribuição do presente”. Nessa seqüência de pensamentos, sua mãe deve ser substituída pela Sra. K., que estava presente, ela sim, naquela ocasião. Logo, você está disposta a dar ao Sr. K. o que a mulher dele lhe recusa. Aí está o pensamento que você teve de recalcar com tanto esforço e que tornou necessária a transformação de todos os elementos em seu oposto. O sonho torna a corroborar o que eu já lhe tinha dito antes de você sonhá-lo: que você está evocando seu antigo amor por seu pai para se proteger de seu amor pelo Sr. K. Mas, o que mostram todos esses esforços? Não só que você temeu o Sr. K., mas que temeu ainda mais a si mesma, temeu ceder à tentação dele. Confirmam também, portanto, quão intenso era seu amor por ele.

Naturalmente, Dora não quis acompanhar-me nessa parte da interpretação. Mas eu conseguira dar um passo adiante na interpretação do sonho, que parecia indispensável tanto para a anamnese do caso quanto para a teoria dos sonhos. Prometi comunicar isso a Dora na sessão seguinte.

O fato é que eu não podia esquecer a indicação que parecia brotar das já citadas palavras ambíguas (*pode acontecer uma desgraça durante a noite que torne necessário sair*). A isso se acrescentou o fato de que o esclarecimento do sonho me parecia incompleto enquanto não se satisfizesse um certo requisito, que certamente não quero estabelecer como universal, mas cuja satisfação procuro buscar. Um sonho de formação regular apóia-se, por assim dizer, em duas pernas, uma das quais está em contato com a causa atual essencial, e a outra, com algum acontecimento relevante da infância. Entre esses dois fatores, a experiência infantil e a atual, o sonho estabelece uma ligação esforçando-se por remodelar o presente segundo o modelo do passado mais remoto. É que o desejo que cria o sonho sempre provém da infância e sempre tenta retransformá-la em realidade, corrigir o presente segundo a infância. Eu acreditava já poder discernir claramente, no conteúdo do sonho de Dora, os elementos passíveis de se combinarem numa alusão a um acontecimento da infância.

Iniciei sua elucidação com um pequeno experimento que, como de hábito, teve êxito. Casualmente, havia sobre a mesa uma grande caixa de fósforos. Pedi a Dora que olhasse em volta para ver se notava sobre a mesma algo de especial que não costumasse estar ali. Não viu nada. Perguntei-lhe então se sabia por que as crianças eram proibidas de brincar com fósforos.

- “Sim, é por causa do perigo de incêndio. Os filhos de meu tio gostam muito de brincar com fósforos.”

- Não é só por isso. Elas são advertidas de “não brincar com fogo”, e isso é acompanhado de uma certa crença.

Dora nada sabia a respeito. - Pois bem, teme-se que elas molhem a cama. A antítese entre água e fogo por certo se encontra na base disso. Talvez elas sonhem com fogo e depois tentem apagá-lo com água. Não sei dizer com exatidão. Mas vejo que a oposição entre água e fogo no sonho presta a você extraordinários serviços. Sua mãe queria salvar a caixa de jóias para que ela não fosse *queimada*; nos pensamentos do sonho, em contrapartida, trata-se de que a “caixa de jóias” não fique *molhada*. Mas fogo não é empregado apenas como oposto de água; serve também como representação direta do amor, de estar enamorado, ardendo de paixão. Portanto, de “fogo” parte uma via que, passando por esse sentido simbólico, chega aos pensamentos amorosos, enquanto que a outra via, por intermédio do oposto “água” e depois de fazer uma ramificação que estabelece outro vínculo com “amor” (pois também este deixa as coisas molhadas), leva a outra

direção. Mas, para onde? Pense em sua própria expressão: à noite, *pode acontecer uma desgraça que torne forçoso sair*. Não significaria isso uma necessidade física? E, se você transpuser essa desgraça para a infância, que outra coisa ela poderia ser senão molhar a cama? E o que é que se costuma fazer para evitar que as crianças molhem a cama? Não são elas despertadas do sono durante a noite, *exatamente como seu pai acordou você no sonho*? Esse seria, portanto, o acontecimento real que lhe permitiu substituir o Sr. K., que realmente a despertou do sono, por seu pai. Devo então inferir que você continuou a molhar a cama por mais tempo do que costuma acontecer com as crianças. O mesmo deve ter ocorrido com seu irmão, pois seu pai disse: “*Não quero que meus dois filhos... pereçam*. Seu irmão nada tem a ver com a situação atual dos K., nem tampouco foi a L. Que dizem suas lembranças sobre isso?

- “Quanto a mim, não sei nada” - respondeu ela -, “mas meu irmão molhava a cama até os seis ou sete anos, e muitas vezes isso lhe aconteceu até de dia.”

Eu estava a ponto de lhe fazer uma observação sobre como é mais fácil recordar uma coisa assim a respeito de um irmão do que de si mesmo, quando ela prosseguiu, com a memória recuperada:

- “Sim, isso também me aconteceu por algum tempo, mas só no sétimo ou oitavo ano. Deve ter sido grave, porque agora me lembro que o médico foi consultado. Durou até pouco antes de minha asma nervosa” (ver em [1]).

- Que disse o médico a respeito?

- “Explicou que era uma debilidade nervosa; passaria logo, achou ele; e receitou um tônico.”

A interpretação do sonho agora me parecia completa. No dia seguinte, porém, Dora ainda me trouxe um aditamento. Esquecera de contar que todas as vezes, depois de acordar, sentia cheiro de fumaça. A fumaça, é claro, combinava bem com o fogo, mas indicava, além disso, que o sonho tinha uma relação especial comigo, pois, quando ela afirmava que por trás disto ou daquilo não havia nada escondido, eu costumava retrucar: “onde há fumaça há fogo.” Mas Dora fez a essa interpretação puramente pessoal a objeção de que o Sr. K. e seu pai eram fumantes apaixonados, como eu também, aliás. Ela mesma fumara durante sua estada no lago, e o Sr. K. acabara de enrolar-lhe um cigarro pouco antes de iniciar sua lastimável corte. Ela também acreditava lembrar com certeza que o cheiro de fumaça não aparecera pela primeira vez apenas na ocasião do último reaparecimento do sonho, mas também nas três vezes em que ele ocorreu em L. Posto que se recusasse a fornecer-me outras informações, coube a mim determinar como inserir esse aditamento na trama dos pensamentos do sonho. Como ponto de referência, pude servir-me do fato de que a sensação da fumaça só havia surgido como um acréscimo ao sonho, ou seja, deveria

ter tido que superar um esforço especial do recalcamento. Por conseguinte, provavelmente se relacionava com o pensamento mais obscuramente representado e mais bem recalcado no sonho, ou seja, a tentação de se mostrar disposta a ceder ao homem. Sendo assim, dificilmente poderia significar outra coisa senão a ânsia de um beijo, que, trocado com um fumante, necessariamente cheiraria a fumo; mas tinha havido um beijo entre eles cerca de dois anos antes, e por certo ter-se-ia repetido mais de uma vez se a moça tivesse cedido ao galanteio. Os pensamentos ligados à tentação, portanto, pareciam ter remontado à cena anterior e revivido a lembrança do beijo contra cuja atração sedutora a pequena “chupadora de dedo” se protegera, a seu tempo, por meio do asco. Por fim, considerando os indícios de uma transferência para mim, posto que também sou fumante, cheguei à conclusão de que um dia, durante uma sessão, provavelmente lhe ocorreria que ela desejaria ser beijada por mim. Esse teria sido o pretexto que a levou a repetir o sonho de advertência e a formar a intenção de interromper o tratamento. Tudo se encaixa muito bem dessa maneira, mas, devido às particularidades da “transferência”, fica privado de comprovação. (ver em [1])

Agora eu poderia hesitar entre considerar primeiramente o partido a ser tirado desse sonho para a história clínica do caso, ou começar por abordar a objeção que, com base nele, pode-se fazer a teoria dos sonhos. Opto pela primeira alternativa.

Vale a pena examinar detidamente a significação da enurese para a história primitiva do neurótico. A bem da clareza, limito-me a destacar que o caso de Dora, no aspecto de molhar a cama, não era o habitual. Essa perturbação não apenas persistira além da época admitida como normal, mas também, segundo o depoimento explícito de Dora, primeiro desaparecera e depois tornara a surgir em época relativamente tardia, após o sexto ano de vida (ver em [1]). Ao que eu saiba, esse tipo de enurese não tem outra causa mais provável do que a masturbação, a qual, na etiologia da enurese em geral, desempenha um papel que ainda não foi suficientemente apreciado. Em minha experiência, as próprias crianças tiveram um dia um conhecimento muito claro dessa ligação, e daí decorrem todas as suas conseqüências psíquicas, como se elas nunca a tivessem esquecido. Ora, na época em que Dora relatou o sonho, estávamos empenhados numa linha de investigação que levava diretamente à admissão de que ela se masturbara na infância. Pouco antes, ela havia perguntado exatamente por que havia adoecido, e, antes que eu lhe desse uma resposta, pusera a culpa no pai. A justificação disso não provinha de seus pensamentos inconscientes, mas de um conhecimento consciente. A jovem sabia, para minha surpresa, qual tinha sido a natureza da doença de seu pai. Depois de ele regressar de meu consultório (ver em [1] e [2]), ela entreouvira uma conversa em que o nome da doença fora mencionado. Em época ainda anterior, na ocasião do descolamento da retina (ver em [1]), um oculista consultado deve ter aludido à etiologia luética, pois a menina curiosa e preocupada, dessa vez, ouvira uma tia idosa dizer a sua mãe: “Ele já era doente antes do casamento”, e acrescentar algo que lhe fora

incompreensível, mas que, posteriormente, ela interpretara para si mesma como ligado a coisas indecorosas.

Portanto, o pai adoeceu por levar uma vida leviana, e ela supunha que lhe tivesse transmitido o estado doentio por hereditariedade. Tive o cuidado de não lhe dizer que, como já afirmei (em [1]), também eu sou de opinião que os descendentes dos luéticos são muito particularmente predispostos a graves neuropsicoses. Esse curso de pensamento acusatório ao pai prosseguiu através do material inconsciente. Por um período de vários dias ela se identificou com a mãe através de pequenos sintomas e peculiaridades, o que lhe deu oportunidade de produzir alguns comportamentos realmente insuportáveis; deu-me então a entender que estava pensando numa temporada que passara em Franzensbad, que ela visitara em companhia da mãe - já não sei em que ano. A mãe sofria de dores no baixo ventre e de uma secreção (catarro) que tornaram necessário um tratamento em Franzensbad. Dora era de opinião - mais uma vez, provavelmente justificada - que essa doença era devida a seu pai, que assim teria transmitido sua doença venérea à mãe dela. Era muito compreensível que, ao extrair essa conclusão, ela, como a maioria dos leigos, confundisse gonorréia com sífilis, e também o hereditário com o transmissível pelo contato. Sua persistência nessa identificação [com a mãe] quase me forçou a perguntar-lhe se ela também tinha alguma doença venérea, e foi então que me intei de que ela estava com um catarro (*fluor albus*) de cujo início não conseguia lembrar-se.

Compreendi então que, por trás da seqüência de pensamentos que acusava expressamente o pai, ocultava-se, como de hábito, uma autoacusação. Fui em direção a ela assegurando-lhe que, a meu ver, a leucorréia das mocinhas apontava primordialmente para a masturbação, e que todas as outras causas comumente atribuídas a essa queixa eram relegadas para segundo plano pela masturbação. Assim, ela estava em vias de responder a sua própria pergunta sobre exatamente por que havia adoecido mediante a confissão de que se havia masturbado, provavelmente na infância. Ela negou terminantemente lembrar-se de qualquer coisa assim. Passados alguns dias, porém, fez algo que tive de considerar como mais um passo a aproximá-la da confissão. Ocorre que, nesse dia, ela trazia na cintura uma bolsinha porta-moedas do formato que havia entrado em voga (coisa que nunca fizera antes e nem faria depois) e, enquanto falava estendida no divã, pôs-se a brincar com ela: abria-a, introduzia um dedo, tornava a fechá-la, etc. olhei-a por algum tempo e depois lhe expliquei o que vem a ser um ato sintomático. Chamo de atos sintomáticos as funções que as pessoas executam, como se costuma dizer, de maneira automática e inconsciente, sem reparar nelas, como que brincando, querendo negar-lhes qualquer significação e, se inquiridas, explicando-as como indiferentes e casuais. A observação mais cuidadosa, porém, mostra que tais ações, das quais a consciência nada sabe ou nada quer saber, expressam pensamentos e impulsos inconscientes, sendo, portanto, valiosas e instrutivas enquanto manifestações permitidas do inconsciente. Há dois modos de conduta consciente frente

aos atos sintomáticos. Quando se pode atribuir-lhes uma motivação irrelevante, toma-se conhecimento deles; quando falta à consciência um pretexto dessa ordem, em geral não se observa em absoluto que estão sendo executados. No caso de Dora, a motivação era fácil: “Por que não usaria eu uma bolsinha dessas, já que agora está na moda?” Mas tal justificativa não descarta a possibilidade de que o referido ato tenha uma origem inconsciente. Por outro lado, nem essa origem nem o sentido atribuído ao ato podem ser comprovados de maneira concludente. Temos de contentar-nos em constatar que tal sentido se ajusta excepcionalmente bem à trama da situação em pauta, à ordem do dia do inconsciente.

Em outra oportunidade apresentarei uma coletânea desses atos sintomáticos, tal como podem ser observados nas pessoas sadias e nos neuróticos. Suas interpretações são amiúde muito fáceis. A bolsinha de dupla abertura de Dora não passava de uma representação dos órgãos genitais, e sua maneira de brincar com ela, abrindo-a e ali inserindo seu dedo, era uma comunicação pantomímica bastante desembaraçada, mas inconfundível, do que gostaria de fazer: masturbar-se. Faz pouco tempo ocorreu-me um caso similar, muito divertido. Em meio à sessão, uma paciente mais velha apanhou uma caixinha de marfim, pretensamente para se refrescar com um bombom, esforçou-se por abri-la e depois a entregou a mim, para que eu me convencesse de como era difícil fazê-lo. Externei minha suspeita de que essa caixinha deveria significar algo especial, pois era a primeira vez que eu a via, embora sua dona me viesse consultando há mais de um ano. Retrucou então a dama vivamente: “Sempre trago essa caixinha comigo, carrego-a para onde quer que vá!” Só se acalmou depois que a fiz notar, rindo, quão bem suas palavras se adequavam a um outro sentido. A caixa - *Dose* [em alemão], *πυξίς* - , assim como a bolsinha e a caixa de jóias, mais uma vez não era outra coisa senão um substituto para a concha de Vênus, para a genitália feminina!

Há na vida muito desse simbolismo, que comumente nos passa despercebido. Quando me propus a tarefa de trazer à luz o que os seres humanos guardam escondido, não mediante a compulsão da hipnose, mas a partir do que eles dizem e mostram, julguei que tal tarefa fosse mais difícil do que realmente é. Quem tem olhos para ver e ouvidos para ouvir fica convencido de que os mortais não conseguem guardar nenhum segredo. Aqueles cujos lábios calam denunciam-se com as pontas dos dedos; a denúncia lhes sai por todos os poros. Por isso, a tarefa de tornar consciente o que há de mais secreto no anímico é perfeitamente exequível.

O ato sintomático de Dora com a bolsinha não foi o precursor imediato do sonho. A sessão que nos levou ao relato do sonho começou por outro ato sintomático. Quando entrei na sala onde ela me aguardava, ela escondeu às pressas uma carta que estava lendo. Naturalmente, perguntei-lhe de quem era, e a princípio ela se recusou a dizer-me. Surgiu então algo que era extremamente

irrelevante e não tinha nenhuma relação com nosso tratamento. Tratava-se de uma carta de sua avó em que esta a exortava a escrever-lhe com mais freqüência. Creio que Dora queria apenas brincar de “segredo” comigo e indicar que estava prestes a deixar que seu segredo fosse arrancado pelo médico. Expliquei então a mim mesmo sua antipatia por qualquer novo médico por sua angústia de que, fosse ao examiná-la (pelo catarro), fosse ao fazer-lhe perguntas (pela comunicação do hábito de urinar na cama), ele pudesse adivinhar a razão de seu sofrimento: a masturbação. Mais tarde, ela sempre falava com muito desprezo dos médicos a quem, antes, obviamente superestimara. (ver em [1])

Acusações ao pai por tê-la feito adoecer, e mais a auto-acusação por trás disso; leucorréia, brincadeira com a bolsinha; enurese depois dos seis anos; e um segredo que não se queria deixar arrancar pelos médicos: considero estabelecida sem nenhuma lacuna a prova circunstancial da masturbação infantil. No caso de Dora, eu começara a suspeitar da masturbação quando ela me falou sobre as dores estomacais da prima (ver em [1]) e em seguida se identificou com ela, queixando-se por dias a fio de sensações dolorosas similares. É sabido que, com freqüência, as dores gástricas surgem justamente nos masturbadores. Segundo uma comunicação pessoal que me foi feita por Wilhelm Fliess, são precisamente essas as gastralgias passíveis de ser interrompidas mediante a aplicação de cocaína no “ponto gástrico” por ele descoberto no nariz, e curadas mediante sua cauterização. Dora me confirmou ter consciência de duas coisas: de que ela mesma sofrera muitas vezes de espasmos gástricos e de que tinha boas razões para considerar sua prima uma masturbadora. É muito comum os pacientes reconhecerem em outros uma relação que suas resistências emocionais os impossibilitam de reconhecer em sua própria pessoa. Dora não mais negou essa relação, embora ainda não se lembrasse de nada. Até mesmo a cronologia da enurese, durando “até pouco antes do surgimento da asma nervosa” (ver em [1]), parece-me clinicamente valorizável. Os sintomas histéricos quase nunca se apresentam enquanto as crianças se masturbam, mas só depois, na abstinência; constituem um substituto de satisfação masturbatória, que continua a ser desejada no inconsciente até que surja alguma outra satisfação mais normal, caso esta ainda seja possível. Dessa última condição depende a possibilidade de cura da histeria pelo casamento e pelas relações sexuais normais. Caso a satisfação no casamento volte a ser interrompida - por exemplo, devido ao coito interrompido, ao distanciamento psíquico etc. -, a libido torna a refluir para seu antigo curso e se manifesta mais uma vez nos sintomas histéricos.

Gostaria de acrescentar informações precisas sobre quando e mediante que influência especial a masturbação de Dora foi suprimida, mas a incompletude da análise obriga-me a apresentar aqui um material cheio de lacunas. Tive conhecimento de que ela urinava na cama até pouco antes de adoecer pela primeira vez com dispnéia. Ora, o único esclarecimento que pôde prestar sobre esse primeiro ataque foi que, nessa ocasião, seu pai saíra em viagem pela primeira

vez desde que melhorara de saúde. Nesse pequeno fragmento de lembrança preservado deve haver uma relação alusiva à etiologia da dispnéia. Os atos sintomáticos e outros sinais de Dora forneceram-me boas razões para supor que a menina, cujo quarto era contíguo ao dos pais, teria entreouvido uma visita noturna do pai a sua mulher e escutado a respiração ofegante do homem (aliás, habitualmente entrecortada) durante o coito. As crianças, nesses casos, pressentem o sexual nesse ruído insólito. A rigor, os movimentos expressivos da excitação sexual já se acham prontos nelas como mecanismos inatos. Indiquei, anos atrás, que a dispnéia e as palpitações da histeria e da neurose de angústia são apenas fragmentos isolados do ato do coito, e em muitos casos, como no de Dora, pude reconduzir o sintoma da dispnéia, da asma nervosa, à mesma origem casual: ao som entreouvido da relação sexual entre adultos. Sob a influência da excitação concomitante experimentada nessa ocasião, é perfeitamente possível que tenha sobrevivido uma reviravolta na sexualidade da menina, substituindo sua inclinação para a masturbação por uma inclinação para a angústia. Tempos depois, estando o pai ausente e a menina enamorada a pensar nele com saudade, repetiu-se a impressão então havida, sob a forma de um ataque de asma. Pela lembrança preservada do que ensejou esse súbito adoecimento, pode-se ainda conjecturar a seqüência angustiada de pensamentos que acompanhou o ataque. Este lhe surgiu pela primeira vez depois de ela se haver extenuado numa excursão pelas montanhas (ver em [1]), na qual provavelmente sentira um pouco de dispnéia real. A isto somou-se a idéia de que seu pai estava proibido de escalar montanhas, de que não podia extenuar-se por ter o fôlego curto; seguiu-se a lembrança de quanto ele se havia extenuado com a mãe naquela noite (acaso isso não o teria prejudicado?); depois veio a preocupação de saber se ela mesma não se haveria esforçado demais na masturbação, que levava igualmente ao orgasmo sexual acompanhado de uma ligeira dispnéia; e por fim houve o retorno intensificado da dispnéia como sintoma. Parte desse material ainda me foi possível deduzir da análise, mas a outra eu mesmo tive de complementar. Pelo modo como se constatou a masturbação, já pudemos ver que o material concernente a um determinado tema só pode ser coligido fragmento por fragmento, em diferentes épocas e contextos.

Surge agora uma série de perguntas da máxima importância sobre a etiologia da histeria: será lícito considerar o caso de Dora como típico no tocante à etiologia? Será que ele representa o único tipo de causação? etc. No entanto, creio estar no caminho certo ao adiar minha resposta a essas perguntas para depois da comunicação de um número mais amplo de casos similares analisados. Além disso, eu deveria começar por retificar a formulação das perguntas. Em vez de me pronunciar por um “sim” ou um “não” a propósito de se dever buscar a etiologia desse caso patológico na masturbação infantil, eu teria de discutir primeiramente o conceito de etiologia nas psiconeuroses. O ponto de vista desde o qual eu poderia responder mostrar-se-ia então sensivelmente distante do ponto de vista desde o qual a pergunta me é formulada. No tocante a este caso, basta chegarmos à convicção de que a masturbação infantil é demonstrável e não é nada acidental nem irrelevante para a conformação do quadro patológico.

O exame da significação do *fluor albus* confessado por Dora acena com uma compreensão ainda maior dos sintomas. A palavra “catarro”, com a qual ela aprendeu a designar sua afecção na época em que uma queixa similar forçou sua mãe a visitar Franzensbad (ver em [1]), não passa de outra “reviravolta no sentido” (ver em [1]) através do qual toda a série de pensamentos sobre a culpa de seu pai pela doença obteve acesso à manifestação no sintoma da tosse. Essa tosse, sem dúvida originariamente surgida de um diminuto catarro real, era ainda uma imitação do pai, cujos pulmões estavam afetados, e pôde expressar sua compaixão e inquietação por ele. Além disso, porém, também proclamava ao mundo, por assim dizer, algo que talvez ainda não se tivesse tornado consciente para ela: “Sou a filha de papai. Tal como ele, tenho um catarro. Ele me fez adoecer, assim como fez mamãe adoecer. Tenho dele as paixões pérfidas que são castigadas pela doença.”

Podemos agora fazer uma tentativa de reunir os diversos determinantes que encontramos para os ataques de tosse e rouquidão. Na camada mais inferior da estratificação devemos presumir a presença de uma irritação real e organicamente condicionada da garganta, ou seja, o grão de areia em torno do qual a ostra forma a pérola. Esse estímulo era passível de fixação por dizer respeito a uma região do corpo que, na menina, conservava em alto grau a significação de uma zona erógena. Por conseguinte, estava apto a dar expressão à libido excitada. Ficou fixado através do que foi, provavelmente, seu primeiro revestimento psíquico - a imitação compassiva do pai enfermo - e, depois, através das auto-acusações por causa do “catarro”. Esse mesmo grupo de sintomas, além disso, mostrou-se passível de representar as relações dela com o Sr. K., seu pesar pela ausência dele e o desejo de ser para ele uma esposa melhor. Depois que uma parte da libido voltou-se novamente para o pai, o sintoma obteve o que talvez seja sua significação última: representar a relação sexual com o pai pela identificação de Dora com a Sra. K. Gostaria de aprofundar, em contrapartida, que esta série de modo algum está completa. Infelizmente, a análise incompleta não nos permite seguir a cronologia das reviravoltas no sentido, nem esclarecer a sucessão e a coexistência dos diversos significados. Só de uma análise completa é lícito esperar o cumprimento dessas exigências.

Não posso agora deixar de tocar em algumas relações adicionais entre o catarro genital e os sintomas histéricos de Dora. No tempo em que ainda se estava muito longe de chegar a um esclarecimento psíquico da histeria, eu costumava ouvir de colegas mais velhos e experientes a afirmação de que, nas pacientes histéricas que apresentavam leucorréia, o agravamento do catarro era regularmente seguido pela agudização dos achaques histéricos, em particular a perda de apetite e os vômitos. Ninguém tinha um conhecimento claro da relação aí indicada, mas creio que se tendia a adotar a visão dos ginecologistas, que, como é sabido, supõem em ampla escala uma influência perturbadora direta e orgânica das afecções genitais sobre as funções nervosas,

embora a comprovação terapêutica dessa teoria seja a conta certa para deixar a maioria de nós desamparados. Dado o estado atual de nossos conhecimentos, tampouco se pode dar por excluída tal influência direta e orgânica, porém, em todo caso, seu revestimento psíquico é mais facilmente demonstrável. Entre nossas mulheres, o orgulho pela configuração dos órgãos genitais é uma parte muito especial de sua vaidade; as afecções deles, consideradas capazes de inspirar repugnância ou mesmo asco, atuam incrivelmente no sentido de melindrá-las, rebaixar sua autoestima e torná-las irritadiças, suscetíveis e desconfiadas. A secreção anormal da mucosa da vagina é vista como fonte de repugnância.

Lembremo-nos de que em Dora, depois do beijo do Sr. K., houve uma viva sensação de asco, e de que encontramos razões para complementar o relato que ela nos fez dessa cena conjecturando que, durante o abraço, ela sentira a pressão do membro ereto do homem em seu ventre (ver a partir de [1]). Sabemos agora, além disso, que a mesma governanta que ela fez ser despedida por sua infidelidade lhe dissera, por sua própria experiência de vida, que todos os homens eram frívolos e indignos de confiança. Para Dora, isso devia significar que todos os homens eram como seu pai. Mas ela considerava que o pai sofria de uma doença venérea, e que teria transmitido essa doença a ela e a sua mãe. Foi-lhe então possível imaginar que todos os homens sofriam de doenças venéreas, e sua concepção destas se formara, naturalmente, a partir de sua experiência única e pessoal com elas. Sofrer de uma doença venérea, por conseguinte, significava para ela estar acometida de uma secreção enojante. Não seria essa uma outra motivação do asco por ela sentido no momento do abraço? Esse asco, transferido para o contato com o homem, seria então um sentimento projetado segundo o mecanismo primitivo mencionado anteriormente (ver em [1]) e estaria referido, em última instância, a sua própria leucorréia.

Suspeito estarmos tratando aqui de cursos inconscientes de pensamento urdidos sobre uma trama orgânica pré-estruturada, tal como uma grinalda sobre a armação de arame, de sorte que, numa outra ocasião, pode-se encontrar outras vias de pensamento intercaladas entre os mesmos pontos de partida e de chegada. Mas o conhecimento dos vínculos de pensamento que se mostraram eficazes em cada indivíduo é de valor insubstituível para a resolução dos sintomas. Unicamente por força da interrupção prematura da análise é que tivemos de recorrer, no caso de Dora, a conjecturas e complementações. O que aqui apresento para preencher as lacunas apóia-se inteiramente em outros casos analisados a fundo.

O sonho mediante cuja análise obtivemos as informações precedentes corresponde, como vimos, a um propósito que Dora levou consigo para o sono. Por isso se repetiu todas as noites, até que o propósito fosse realizado, e reapareceu anos depois, ao surgir uma ocasião para que ela formasse um propósito análogo. O propósito poderia expressar-se conscientemente da seguinte maneira: "Preciso afastar-me dessa casa, na qual, como vi, minha virgindade corre perigo; partirei

com papai e, pela manhã, ao fazer minha toalete, tomarei minhas precauções para não ser surpreendida.” Esses pensamentos encontram nítida expressão no sonho; pertencem a uma corrente [psíquica] que, na vida de vigília, chegou à consciência e se tornou dominante. Por trás deles se pode discernir uma cadeia mais obscura de pensamentos substitutos que correspondia à corrente contrária e, por isso mesmo, foi suprimida. Essa segunda cadeia de pensamentos culminava na tentação de entregar-se ao homem, em agradecimento pelo amor e pela ternura que ele lhe demonstrara nos últimos anos, e talvez tenha invocado a lembrança do único beijo que até então Dora recebera dele. Contudo, segundo a teoria desenvolvida em meu livro *A Interpretação dos Sonhos*, tais elementos não bastam para a formação de um sonho. O sonho não é um propósito que se representa como executado, mas um desejo que se representa como realizado e precisamente, além disso, um desejo proveniente da vida infantil. Temos a obrigação de verificar se essa tese não é contradita por nosso sonho.

O sonho contém, de fato, um material infantil que não guarda relação alguma, à primeira vista, com o propósito de Dora de escapar da casa do Sr. K. e da tentação de sua presença. Para que emergiria a lembrança de quando ela urinava na cama, em criança, e do trabalho que seu pai então tivera para habitua-la à limpeza? Pode-se dar a isso a resposta de que somente com a ajuda dessa cadeia de pensamentos era possível suprimir os intensos pensamentos de tentação e fazer prevalecer o propósito formado contra eles. A menina decidira fugir *com* o pai; na realidade, estava fugindo *para* o pai, em função da angústia frente ao homem que a assediava; convocou uma inclinação infantil pelo pai para que esta a protegesse de sua inclinação recente por um estranho. O próprio pai era culpado pelo perigo atual, pois a havia entregue a esse estranho, movido por seus próprios interesses amorosos. Quão mais belo tinha sido quando esse mesmo pai não amava a ninguém mais do que a ela, e se empenhara em salvá-la dos perigos que então a ameaçavam! O desejo infantil e hoje inconsciente de colocar o pai no lugar do estranho é uma potência formadora de sonhos. Havendo uma situação passada semelhante a uma situação presente, embora tendo por diferença essa substituição de pessoas, ela passa a ser a situação principal do sonho. E tal situação de fato existiu; justamente como fizera o Sr. K. na véspera, seu pai estivera um dia em frente à cama dela e a acordara; quem sabe com um beijo, como talvez o Sr. K. tivesse pretendido fazer. Portanto, o propósito de fugir da casa, por si só, não seria formador de um sonho, mas transformou-se nisso ao se associar com outro propósito fundamentado num desejo infantil. O desejo de substituir o Sr. K. pelo pai forneceu a força impulsora [pulsional] para o sonho. Relembro aqui a interpretação a que me compeliu, em Dora, a cadeia reforçada de pensamentos sobre as relações de seu pai com a Sra. K.: a de que uma inclinação infantil pelo pai fora invocada para que fosse possível manter sob recalçamento o amor recalçado pelo Sr. K. (ver a partir de [1]). Essa reviravolta na vida anímica de Dora é o que o sonho espelha.

No tocante à relação entre os pensamentos de vigília que têm prosseguimento durante o

sono - os restos diurnos - e o desejo inconsciente formador do sonho, fiz em *A Interpretação dos Sonhos* algumas observações que aqui cito inalteradas, porque nada tenho a acrescentar-lhes e porque a análise desse sonho de Dora torna a provar que não é outra a relação existente:

“Estou pronto a admitir que há toda uma classe de sonhos cuja *instigação* provém principalmente, ou até de maneira exclusiva, dos restos da vida diurna; e penso que até meu desejo de enfim tornar-me Professor Extraordinário poderia ter-me deixado dormir em paz aquela noite, se a preocupação com a saúde de meu amigo não houvesse persistido desde o dia anterior. Mas a preocupação, por si só, não teria formado um sonho. A *força impulsora* requerida pelo sonho tinha de ser suprida por um desejo; cabia à preocupação apoderar-se de um desejo que atuasse como força propulsora do sonho.

“A situação pode ser explicada por uma analogia. O pensamento diurno pode perfeitamente desempenhar o papel de *empresário* do sonho; mas o empresário, que, como se costuma dizer, tem a idéia e a iniciativa para executá-la, não pode fazer nada sem o capital; precisa de um capitalista que possa arcar com o gasto, e capitalista que fornece o desembolso psíquico para o sonho é, invariável e indiscutivelmente, sejam quais forem os pensamentos do dia anterior, *um desejo oriundo do inconsciente.*”

Quem tiver aprendido a conhecer a delicadeza da estrutura dessas formações que são os sonhos não ficará surpreso com o fato de que esse desejo de Dora, de que seu pai tomasse o lugar do homem tentador, não tenha trazido à memória um material infantil qualquer, mas justamente um material que mantinha as mais íntimas relações com a supressão dessa tentação. É que, se Dora se sentia incapaz de ceder ao amor por esse homem, se recalcava esse amor em vez de entregar-se a ele, a nenhum outro fator essa decisão se prendia mais intimamente do que a seu gozo sexual prematuro e as conseqüências dele - a enurese, o catarro e o asco. Tal história primitiva, conforme o somatório dos determinantes constitucionais, pode constituir o fundamento para dois tipos de conduta frente às exigências do amor na maturidade: ou uma entrega plena à sexualidade, sem nenhuma resistência e beirando a perversão, ou, por reação, o repúdio da sexualidade no adoecimento neurótico. Em nossa paciente, a constituição e o nível de sua educação intelectual e moral decidiram em favor da segunda alternativa.

Quero ainda chamar especial atenção para o fato de que, a partir da análise desse sonho, tivemos acesso a detalhes de vivências patogenicamente ativas que, de outro modo, teriam sido inacessíveis à memória ou, pelo menos, à reprodução. A lembrança do urinar na cama durante a infância, como vimos, já fora recalcada. Quanto aos detalhes do assédio por parte do Sr. K., Dora nunca os mencionara, pois não lhe ocorriam.

Acrescento ainda algumas observações sobre a síntese desse sonho. O trabalho do sonho começa na tarde do segundo dia após a cena no bosque, depois que Dora notou que já não poderia trancar a porta de seu quarto (ver em [1]). Foi então que disse a si mesma: “Corro sério perigo aqui”, e formou o propósito de não ficar sozinha na casa, mas sim partir com o pai. Esse propósito tornou-se passível de formar um sonho por ter encontrado prosseguimento no inconsciente. Seu equivalente ali foi a invocação do amor infantil pelo pai como proteção contra a tentação atual. A virada assim ocorrida nela fixou-se e a levou para a postura representada por sua cadeia *hipervalente* de pensamentos (ciúme da Sra. K. por causa do pai, como se estivesse apaixonada por ele). Lutavam nela a tentação de ceder ao homem que a cortejava e uma oposição composta a fazê-lo. Esta se compunha de motivos de decoro e prudência, de impulsos hostis causados pela revelação da governanta (ciúme e orgulho ferido, como veremos adiante em [1]), e de um elemento neurótico - a aversão à sexualidade a que estava predisposta e que se enraizava em sua história infantil. O amor pelo pai, invocado para protegê-la da tentação, provinha dessa mesma história infantil.

O sonho transforma o propósito de fugir para o pai, entranhado no inconsciente, numa situação que mostra realizado o desejo de que o pai a salvasse do perigo. Para isso foi preciso pôr de lado um pensamento que constituía um obstáculo - o de que justamente o pai a expusera a esse perigo. Quanto à moção hostil contra o pai (propensão à vingança), aqui suprimida, dela tomaremos conhecimento como um dos motores do segundo sonho (ver a partir de [1]).

De acordo com as condições da formação dos sonhos, a situação fantasiada é escolhida de modo a reproduzir uma situação infantil. É um triunfo especial conseguir-se transformar uma situação recente, justamente a que ocasionou o sonho, numa situação infantil. Em nosso caso, isso foi conseguido por uma mera casualidade do material. Tal como o Sr. K. postou-se diante do sofá e a acordou, o pai muitas vezes a acordara na infância. Toda a mudança pôde simbolizar-se de maneira muito oportuna substituindo-se o Sr. K. pelo pai nessa situação.

Mas o pai costumava acordá-la, naquela época, para que ela não molhasse a cama. Esse “molhar” tornou-se decisivo para o restante do conteúdo do sonho, apesar de ser nele representado apenas por uma alusão distante e por seu oposto.

O oposto de “molhado” e “água” pode facilmente ser “ardente” e “fogo”. A casualidade de o pai, ao chegarem àquele lugar [L], ter expressado angústia ante o perigo de fogo (ver em [1]) contribuiu para decidir que o perigo do qual o pai deveria salvá-la seria um incêndio. Nesse acaso e na oposição a “molhar” baseou-se a situação escolhida para a imagem onírica: havia um incêndio e o pai estava em frente a sua cama para despertá-la. O enunciado fortuito do pai não teria alcançado essa importância no sonho se não se harmonizasse tão esplendidamente com a

corrente de sentimentos dominante, que queria ver nele a qualquer preço o protetor e salvador. “Ele pressentiu o perigo logo depois de nossa chegada, e tinha razão!” (Na realidade, ele é que havia exposto a moça a esse perigo.)

Nos pensamentos oníricos, cabe ao “molhar”, por ligações muito fáceis de estabelecer, o papel de ponto nodal entre vários círculos de representações. “Molhar” pertencia não só ao molhar a cama, mas também ao círculo de pensamentos de tentação sexual suprimidos por trás desse conteúdo onírico. Dora sabia haver também um molhar-se na relação sexual, sabia que, no coito, o homem oferece à mulher algo líquido *em forma de gotas*. Sabia ainda que o perigo reside justamente nisso, e que era tarefa sua proteger sua genitália para que não fosse molhada.

Com “molhar” e “gotas” abre-se ao mesmo tempo outro círculo de associações: o do catarro enojante que, em seus anos mais maduros, sem dúvida tinha para ela o mesmo significado do molhar a cama na infância. “Molhado” tem aqui o mesmo sentido de “sujo”. Os órgãos genitais, que deveriam manter-se limpos, já se haviam sujado com o catarro, e além disso o mesmo ocorrera com a mãe dela (ver em [1]). Dora parecia entender a mania de limpeza da mãe como uma reação contra essa imundície.

Os dois círculos se reúnem num só: “Mamãe recebeu as duas coisas de papai, o umedecimento sexual e a secreção que suja.” O ciúme sentido pela mãe era inseparável do círculo de pensamentos ligados ao amor infantil pelo pai, aqui invocado para dar proteção. Mas esse material ainda não era passível de representação. No entanto, encontrando-se uma lembrança que mantivesse com os dois círculos do “molhar” uma relação similarmente boa, mas que evitasse o chocante, esta poderia assumir a representação do material no conteúdo do sonho.

Tal lembrança foi encontrada no episódio das “gotas” [*Tropfen*] como jóia desejada pela mãe (ver em [1]). Aparentemente, a ligação dessa reminiscência com os dois círculos, o do umedecimento sexual e o de ficar suja, era externa e superficial, mediada pelas palavras, pois “gotas” foi usada como uma “reviravolta” (ver em [1]), uma palavra de duplo sentido, enquanto “jóia” [*Schmuck*], no lugar de “limpo”, é um oposto um tanto forçado para “sujo”. Na realidade, porém, é possível demonstrar as mais firmes ligações em termos do conteúdo. A lembrança proveio do material do ciúme de Dora pela mãe, que se enraizava na infância mas persistiu por muito mais tempo. Através dessas duas pontes verbais foi possível transferir para uma única reminiscência, a das “gotas-jóia” [*Schmucktropfen*], todo o sentido preso às representações da relação sexual entre os pais, do adoecimento pela secreção e da incômoda mania de limpeza da mãe.

Contudo, faltava ainda mais uma transposição para que isso pudesse entrar no conteúdo

do sonho. Neste, não foram as “gotas”, mais próximas do “molhar” originário, e sim “jóia”, mais distante, que chegou a obter ingresso. “Assim, ao se inserir esse elemento na situação onírica já fixada anteriormente, foi possível dizer: “Mamãe ainda queria salvar suas jóias.” Na nova alteração para “caixinha de jóias” [*Schmuckkästchen*] fez-se então sentir, *a posteriori*, a influência de elementos do círculo subjacente, relativo à tentação vinda do Sr. K. Este não a presenteara com jóias, mas sim com uma “caixinha” para elas (ver em [1]) - o substituto de todas as distinções e mostras de ternura pelas quais ela deveria agora mostrar-se agradecida. E o composto assim formado, “caixa de jóias”, tinha ainda um valor especial como substituto. Acaso “caixinha de jóias” [*Schmuckkästchen*] não é uma imagem corriqueira para designar a genitália feminina imaculada e intacta? E não é, por outro lado, uma palavra inocente e, portanto, primorosamente apropriada tanto para ocultar quanto para aludir aos pensamentos sexuais por trás do sonho?

Assim, diz-se em dois lugares do conteúdo do sonho “caixa de jóias da mamãe”, e esse elemento substitui a menção ao ciúme infantil de Dora, às gotas (ou seja, ao umedecimento sexual), ao sujar-se com a secreção e, por outro lado, aos pensamentos de tentação atuais que pressionam pela retribuição do amor e retratam a situação sexual iminente - ansiada e ameaçadora. O elemento “caixa de jóias”, mais do que qualquer outro, foi um produto da condensação e do deslocamento, e um compromisso entre correntes opostas. Sua origem múltipla - em fontes infantis e atuais - é certamente apontada por seu duplo aparecimento no conteúdo do sonho.

O sonho foi a reação a uma nova vivência de efeito excitante, que deve necessariamente ter despertado a lembrança da única vivência de anos anteriores análoga a ela. Trata-se da cena do beijo na loja do Sr. K., durante a qual surgiu a repugnância (ver em [1]). Mas essa mesma cena era associativamente acessível, partindo-se de outras direções: do círculo de pensamentos ligados ao catarro (ver em [1]) e da tentação atual. Portanto, ela trouxe uma contribuição própria para o conteúdo do sonho, a qual teve de adaptar-se à situação onírica pré-formada. “Havia um incêndio...” - o beijo sem dúvida tinha gosto de fumaça [fumo], e por isso no sonho sente-se o cheiro de fumaça, que persiste até depois de Dora acordar (ver em [1]).

Por inadvertência, deixei lamentavelmente uma lacuna na análise desse sonho. Atribui-se ao pai o dito “Não quero que meus dois filhos... (“em conseqüência da masturbação”, cabe sem dúvida acrescentar aqui, partindo dos pensamentos oníricos) pereçam”. Tais ditos oníricos são usualmente compostos de fragmentos de ditos reais, proferidos ou ouvidos. Eu deveria ter-me informado sobre a origem real desse dito. O resultado dessa investigação teria por certo tornado mais complicada a estrutura do sonho, mas teria também permitido conhecê-lo com maior transparência.

Acaso se deve supor que esse sonho, ao ocorrer em L , teve exatamente o mesmo conteúdo que em sua repetição durante o tratamento? Não parece necessário. A experiência mostra que as pessoas amiúde afirmam ter tido o mesmo sonho, quando, na verdade, as aparições isoladas do sonho recorrente se diferenciam por numerosos detalhes e outras alterações de considerável importância. Assim, uma de minhas pacientes me informou ter tido novamente na noite anterior, e da mesma maneira, seu sonho favorito e recorrente: estava nadando no mar azul, sentindo prazer em furar as ondas etc. A investigação mais atenta mostrou que sobre a base comum surgia ora este detalhe, ora aquele; numa ocasião, inclusive, ela estava nadando num mar gelado e cercada por *icebergs*. Outros sonhos que a paciente não procurava apresentar como idênticos revelaram-se intimamente ligados ao sonho recorrente. Uma vez, por exemplo, ela viu numa fotografia em tamanho natural, ao mesmo tempo, as partes superior e inferior da ilha de Helgoland; no mar havia um barco onde se achavam duas pessoas a quem ela conhecia na juventude etc.

É certo que o sonho de Dora ocorrido durante o tratamento havia adquirido um novo sentido atual, talvez sem modificar seu conteúdo manifesto. Entre seus pensamentos oníricos ele incluiu uma referência a meu tratamento e correspondeu a uma renovação do antigo propósito de escapar de um perigo. Se não estava em jogo nenhuma ilusão de memória por parte de Dora quando ela declarou que já em L percebera a fumaça depois de acordar, cabe reconhecer que meu provérbio “onde há fumaça há fogo” (ver em [1]) foi introduzido com muita habilidade na forma acabada do sonho, onde parece ter servido para sobredeterminar o último elemento. Inegavelmente, foi mera casualidade que o pretexto mais recente do sonho - o trancamento da sala de jantar pela mãe, com o que o irmão ficava encerrado em seu quarto (ver em [1]) - trouxesse um vínculo com a perseguição do Sr. K. em L , onde Dora amadureceu sua decisão ao descobrir que não poderia trancar-se no quarto. Talvez o irmão não tivesse aparecido no sonho nas ocasiões anteriores, de modo que o dito “meus dois filhos” só entrou em seu conteúdo depois da última ocasião que o ensejou.

O SEGUNDO SONHO

Algumas semanas depois do primeiro sonho ocorreu o segundo, com cuja resolução interrompeu-se a análise. Não se pode torná-lo tão transparente quanto o primeiro, mas ele possibilitou uma confirmação desejada de uma posição que se tornara necessária sobre o estado anímico da paciente (ver em [1]), preencheu uma lacuna de sua memória (ver em [1]) e permitiu obter um profundo conhecimento da gênese de outro de seus sintomas (ver em [1]).

Narrou Dora: “*Eu estava passeando por uma cidade que não conhecia, vendo ruas e praças que me eram estranhas. Cheguei então a uma casa onde eu morava, fui até meu quarto e*

ali encontrei uma carta de mamãe. Dizia que, como eu saíra de casa sem o conhecimento de meus pais, ela não quisera escrever-me que papai estava doente. `Agora ele morreu e, se quiser, você pode vir.` Fui então para a estação [Bahnhof] e perguntei umas cem vezes: `Onde fica a estação?` Recebia sempre a resposta: `Cinco minutos.` Vi depois à minha frente um bosque espesso no qual penetrei, e ali fiz a pergunta a um homem que encontrei. Disse-me: `Mais duas horas e meia.` Pediu-me que o deixasse acompanhar-me. Recusei e fui sozinha. Vi a estação à minha frente e não conseguia alcançá-la. Aí me veio o sentimento habitual de angústia de quando, nos sonhos, não se consegue ir adiante. Depois, eu estava em casa; nesse meio tempo, tinha de ter viajado, mas nada sei sobre isso. Dirigi-me à portaria e perguntei ao porteiro por nossa casa. A criada abriu para mim e respondeu: `A mamãe e os outros já estão no cemitério [Friedhof].`”

A interpretação desse sonho não prosseguiu sem alguma dificuldade. Devido às circunstâncias peculiares - ligadas a seu conteúdo - em que interrompemos a análise, nem todo o sonho ficou esclarecido, e também a isso se prende que minha memória não tenha conservado, com igual segurança em todos os pontos, a ordem em que as deduções foram feitas. Começarei por mencionar o tema sobre o qual versava a análise em curso quando se deu a interferência do sonho. Desde algum tempo, a própria Dora vinha formulando perguntas sobre a ligação entre suas ações e os motivos presumíveis delas. Uma dessas perguntas era: “Por que foi que, nos primeiros dias depois da cena do lago, eu nada disse sobre ela?” Segunda pergunta: “Por que, então, de repente contei isso a meus pais?” Eu considerava que, de modo geral, ainda era preciso explicar o que a levava a sentir-se tão gravemente melindrada pela proposta do Sr. K., tanto mais que eu começava a me aperceber de que, para o Sr. K., a proposta a Dora não significara nenhuma tentativa leviana de sedução. Quanto a ela ter dado conhecimento do episódio a seus pais, eu o encarava como um ato já praticado sob a influência de uma sede doentia de vingança. Uma jovem normal, penso eu, lidaria sozinha com essas questões.

Portanto, apresentarei o material surgido na análise desse sonho na ordem bastante confusa em que se oferece à minha reprodução.

Ela vagava sozinha por uma cidade estranha e via ruas e praças. Assegurou-me que certamente não era B, em que eu pensara primeiro, mas uma cidade em que nunca estivera. Como era natural, prossegui: ela poderia ter visto quadros ou fotografias das quais retirara as imagens do sonho. Depois dessa observação veio o adendo sobre o monumento numa das praças e, logo a seguir, o reconhecimento de sua fonte. Nas festas de Natal tinham-lhe enviado um álbum com paisagens de uma estação de águas alemã, e justamente na véspera ela o procurara para mostrá-lo a alguns parentes que estavam hospedados em sua casa. Ele estava numa caixa de fotografias que não se conseguia encontrar, e Dora perguntou à mãe: “Onde está a caixa?”. Uma das paisagens mostrava uma praça com um monumento. Mas o autor do presente era um jovem

engenheiro com quem Dora travara rápido conhecimento na cidade fabril. O rapaz aceitara um posto na Alemanha para chegar mais depressa a sua autonomia, aproveitava todas as oportunidades para fazer-se lembrar a Dora, e era fácil adivinhar que tencionava, a seu tempo, quando sua posição melhorasse, apresentar-se a Dora como pretendente. Mas ainda não era chegado o momento, havia de esperar.

A perambulação pela cidade estranha estava sobredeterminada. Levou a um dos ensejos oferecidos durante o dia. Nas festas chegara a visita de um priminho a quem Dora teve de mostrar a cidade de Viena. Essa causa diurna decerto lhe fora sumamente indiferente. Mas o primo lhe trouxe à lembrança sua breve estada em Dresden pela primeira vez. Naquela ocasião, ela perambulava como uma estranha, embora não deixasse, naturalmente, de visitar a famosa galeria. Um outro primo, que estivera com eles e conhecia Dresden, quisera servir de guia no percurso pela galeria. *Mas ela o recusara e seguira sozinha*, detendo-se diante dos quadros que lhe agradavam. Diante da Madona Sistina deixou-se ficar *duas horas*, sonhadamente perdida em silenciosa admiração. Ante a pergunta sobre o que tanto lhe agradara no quadro, não soube dar nenhuma resposta clara. Finalmente, disse: “A Madona.”

É indubitável que essas associações realmente pertençam ao material formador do sonho. Incluem componentes que reencontramos inalterados no conteúdo do sonho (“ela recusou e foi sozinha” e “duas horas”). Ressalto desde já que as “imagens” são um ponto nodal na trama dos pensamentos do sonho (as paisagens do álbum, os quadros em Dresden). Destacaria também, para investigação posterior, o tema da *Madona*, da mãe virgem. Mas o que veio acima de tudo é que, nessa primeira parte do sonho, ela se identifica com um rapaz. Ele vagueia por terras estrangeiras, esforça-se por atingir uma meta, mas é retido, precisa de paciência, tem de esperar. Se Dora tinha em mente o engenheiro, seria muito condizente que essa meta fosse a posse de uma mulher, da própria pessoa dela. Em vez disso, era... uma estação, que aliás, pela relação entre a pergunta do sonho e a pergunta realmente formulada, nos é lícito substituir por caixa. Uma caixa e uma mulher: isso já começa a combinar melhor.

Ela perguntou umas cem vezes... Isso levou a outra causa do sonho, essa menos indiferente. Na noite da véspera, em meio a uma reunião doméstica, o pai lhe pedira que fosse buscar o conhaque; não dormia sem antes beber conhaque. Dora pediu à mãe a chave do bufê, mas ela estava absorta na conversa e não lhe deu resposta alguma, até que, com o exagero da impaciência, Dora exclamou: “Já lhe perguntei umas *cem* vezes onde está a chave.” Na realidade, ela naturalmente só repetira a pergunta umas cinco vezes.

“Onde está a chave?” parece-me ser o equivalente masculino da pergunta “Onde está a caixa?”. Portanto, são perguntas... pelos órgãos genitais.

Nessa mesma reunião familiar, alguém fizera um brinde ao pai de Dora, expressando a esperança de que por muito tempo ainda ele gozasse da melhor saúde etc. Nisso, uma expressão singular toldou o rosto cansado do pai, e ela compreendeu os pensamentos que ele teve de sufocar. Pobre enfermo! Quem poderia saber quanto tempo de vida ainda lhe restava?

Com isso chegamos ao *conteúdo da carta* no sonho. O pai estava morto e ela saía de casa por seu próprio arbítrio. A partir dessa carta, lembrei prontamente a Dora a carta de despedida que ela escrevera aos pais, ou que pelo menos fora composta para eles (ver em [1]). Essa carta se destinava a dar um susto no pai para que ele desistisse da Sra. K., ou pelo menos a se vingar dele, caso não fosse possível induzi-lo a isso. Estamos diante do tema da morte dela ou da morte do pai (cf. *cemitério*, mais adiante no sonho). Acaso estaremos no caminho errado ao supor que a situação constitutiva da fachada do sonho correspondia a uma fantasia de vingança contra o pai? Os pensamentos compassivos do dia anterior se harmonizariam muito bem com isso. Ora, a fantasia rezava que ela saía de casa, indo para o estrangeiro, e que com isso o pai ficava com o coração partido pelo desgosto e pela saudade dela. Então estaria vingada. Dora compreendia muito bem de que é que o pai sentia falta, não podendo agora dormir sem o conhaque. Assinalemos a *sede de vingança* como um novo elemento para uma síntese posterior dos pensamentos do sonho.

Mas o conteúdo da carta deve ser passível de uma determinação adicional. De onde proviria a frase “se você quiser”? A propósito disso ocorreu a Dora o adendo de que, depois da palavra “quiser”, havia um ponto de interrogação, e com isso ela também reconheceu essas palavras como uma citação extraída da carta da Sra. K. que contivera o convite para L. (o lugar junto ao lago). De maneira estranhíssima, após a intercalação “se você quiser vir”, havia nessa carta um ponto de interrogação colocado bem no meio da frase.

Assim, estamos outra vez de volta à cena do lago (ver em [1]) e aos enigmas ligados a ela. Pedi a Dora que me descrevesse essa cena minuciosamente. A princípio, ela não revelou grandes novidades. O Sr. K. fizera uma introdução razoavelmente séria, mas ela não o deixara terminar. Mal compreendeu do que se tratava, deu-lhe uma bofetada no rosto e se afastou às pressas. Eu queria saber que palavras ele empregara, mas Dora só se lembrou de uma de suas alegações: “Sabe, não tenho nada com minha mulher.” Naquele momento, para não tornar a encontrá-lo, ela quisera voltar para L. contornando o lago a pé, e *perguntou a um homem com quem cruzou a que distância ficava*. Ante a resposta “duas horas e meia”, desistiu dessa intenção e voltou em busca do barco, que partiu logo depois. O Sr. K. também estava lá novamente, aproximou-se dela e lhe pediu que o desculpasse e não contasse nada sobre o incidente. Mas ela não lhe deu resposta alguma... É mesmo, o bosque do sonho era muito parecido com o bosque na orla do lago, no qual

se desenrolara a cena que ela acabava de me descrever mais uma vez. Justamente esse mesmo bosque denso é que ela vira na véspera, num quadro de exposição secessionista. Ao fundo do quadro viam-se *ninfas*.

Nesse ponto, uma suspeita transformou-se em certeza para mim. *Bahnhof* [“estação”; literalmente, “pátio de ferrovia”] e *Friedhof* [“cemitério”; literalmente, “pátio de paz”], em lugar da genitália feminina, já eram bastante inusitados, mas guiaram minha atenção já aguçada para uma palavra de formação similar, “*Vorhof*” [“vestíbulo”; literalmente, “pátio anterior”], termo anatômico para designar uma região específica da genitália feminina. Mas isso poderia ser um equívoco por excesso de engenho. Agora, porém, com o acréscimo das “ninfas” que se viam ao fundo do “bosque denso”, já não podia haver dúvidas. Era uma geografia simbólica do sexo! “Ninfas”, como é sabido pelos médicos, embora não pelos leigos (embora mesmo entre os primeiros não seja muito usual), é como se chamam os pequenos lábios que ficam no fundo do “bosque denso” dos pêlos pubianos. Mas quem usa termos técnicos como “vestíbulo” e “ninfas” há de ter extraído seu conhecimento dos livros, e justamente não de livros populares, mas de manuais de anatomia ou de alguma enciclopédia, refúgio habitual dos jovens devorados pela curiosidade sexual. Portanto, se essa interpretação estava certa, ocultava-se por trás da primeira situação do sonho uma fantasia de defloração, como quando um homem se esforça por penetrar na genitália feminina.

Partilhei minhas conclusões com Dora. A impressão causada deve ter sido imperiosa, pois emergiu imediatamente um pequenino fragmento esquecido do sonho: que *ela foi calmamente para seu quarto e pôs-se a ler um livro grande que estava sobre sua escrivaninha*. A ênfase recai aqui sobre dois detalhes: “calmamente” e “grande”, relacionado com o livro. Perguntei: “Ele tinha o formato de uma enciclopédia?” Dora disse que sim. Ora, as crianças nunca lêem calmamente sobre matérias proibidas numa enciclopédia. Fazem-no tremendo de medo e espiam inquietas para ver se alguém vem vindo. Os pais estorvam muito essas leituras. Mas a força realizadora de desejos que é própria do sonho melhorara radicalmente essa situação incômoda. O pai estava morto e os demais já tinham ido para o cemitério. Ela podia ler calmamente o que bem lhe aprouvesse. Não significaria isso que uma de suas razões para a vingança era também a revolta contra a coerção exercida pelos pais? Se seu pai estivesse morto, ela poderia ler ou amar como quisesse.

A princípio, ela se recusou a lembrar-se de algum dia ter lido uma enciclopédia, e depois admitiu que uma lembrança dessa ordem emergira nela, embora de conteúdo inocente. Na época em que a tia a quem tanto amava estivera gravemente enferma e já se havia decidido a viagem de Dora a Viena, chegou de outro tio uma *carta* anunciando que eles não poderiam ir a Viena, já que um filho dele, primo de Dora, portanto, adoecera perigosamente de uma apendicite. Na ocasião, ela consultou uma enciclopédia para saber quais eram os sintomas da apendicite. Do que leu

então ela ainda recorda a dor característica localizada no abdômen.

Lembrei-me então de que, pouco depois da morte da tia, Dora sofrera em Viena de uma suposta apendicite (ver em [1]). Até esse momento, eu não me atrevera a incluir essa doença entre suas produções históricas. Contou-me ela que, nos primeiros dias, teve febre alta e sentiu no baixo ventre a mesma dor sobre a qual lera na enciclopédia. Puseram-lhe compressas frias, mas ela não conseguiu suportá-las; no segundo dia, em meio a violentas dores, chegou sua menstruação, que desde seu adoecimento tornara-se muito irregular. Nessa época, ela sofria constantemente de constipação intestinal.

Não parecia correto conceber esse estado como puramente histérico. Se indubitavelmente ocorre a febre histérica, parecia arbitrário, por outro lado, atribuir a febre dessa doença questionável à histeria, e não a uma causa orgânica atuante na ocasião. Eu estava a ponto de abandonar essa pista quando a própria Dora veio em meu auxílio, trazendo seu último adendo ao sonho: *“ela se via com singular nitidez subindo as escadas.”*

Naturalmente, eu exigia para isso um determinante especial. Dora objetou que, afinal, tinha de subir a escada se pretendia chegar a seu apartamento, que ficava num andar alto. Foi-me fácil repelir essa objeção, levantada talvez não muito a sério, assinalando que, se no sonho ela pudera viajar da cidade estranha até Viena omitindo o percurso de trem, também poderia ter deixado de fora a subida da escada. Ela prosseguiu então no relato: depois da apendicite, tivera dificuldade em caminhar, pois arrastava o pé direito. Isso persistira por muito tempo, e portanto de bom grado ela evitava as escadas. Até hoje, o pé ainda se arrastava muitas vezes. Os médicos por ela consultados a pedido do pai muito se haviam admirado com essa seqüela extremamente incomum de uma apendicite, sobretudo porque a dor abdominal não voltou a aparecer e de modo algum acompanhava o arrastar do pé.

Tratava-se, portanto, de um autêntico sintoma histérico. Por mais que a febre da época fosse considerada orgânica - talvez por um dos ataques tão freqüentes de influenza sem localização particular -, estava agora comprovado que a neurose se apoderara desse evento fortuito e se valera dele para uma de suas manifestações. Assim, Dora havia arranjado para si uma doença sobre a qual lera na enciclopédia, punindo-se por essa leitura; e teve de reconhecer que o castigo não podia, em absoluto, referir-se à leitura do artigo inocente, mas que se deu mediante um deslocamento, depois que a essa leitura seguiu-se uma outra, mais carregada de culpa, que hoje se ocultava na lembrança por trás da leitura inocente contemporânea. Talvez ainda fosse possível investigar sobre que temas ela lera naquela ocasião.

Que significava, então, aquele estado que pretendia imitar uma peritífite? A seqüela da

afecção - o arrastar de uma perna - era inteiramente incompatível com uma peritífite, e por certo deveria adequar-se melhor ao sentido secreto, e talvez sexual, do quadro patológico; se fosse possível esclarecê-lo, ele poderia lançar luz sobre o sentido buscado. Tentei encontrar uma via de acesso para esse enigma. Tinha havido indicações temporais no sonho, e o tempo nunca é indiferente no acontecer biológico. Assim, perguntei quando ocorreria a apendicite, se antes ou depois da cena do lago. A resposta imediata, que solucionou de um só golpe todas as dificuldades, foi: nove meses depois. Esse intervalo é bem característico. A suposta apendicite realizara, portanto, com os modestos recursos à disposição da paciente (as dores e o fluxo menstrual), a fantasia de um parto. Naturalmente, Dora conhecia o significado desse prazo, e não pôde desmentir a probabilidade de ter lido na enciclopédia, naquela ocasião, a respeito da gravidez e do parto. Mas o que tinha isso a ver com o arrastar da perna? Eu podia agora arriscar uma conjectura. É assim que se anda quando se torce o pé. Portanto, ela dera um “passo em falso” e era perfeitamente correto que desse à luz nove meses depois da cena junto ao lago. Mas ainda me cabia colocar uma outra exigência. Tais sintomas só se formam, segundo minha convicção, quando se tem um modelo *infantil* para eles. Por minhas experiências feitas até agora, devo sustentar firmemente que as lembranças que se tem de épocas posteriores não dispõem da força necessária para se impor como sintomas. Eu não ousava esperar que Dora me fornecesse o material infantil desejado, posto que ainda não posso afirmar a validade universal da tese acima, por mais que me agradasse fazê-lo. Aqui, porém, a confirmação veio de imediato. Sim, quando pequena, ela torcera certa vez esse mesmo pé; estava em B e, ao descer as *escadas*, escorregara num degrau; o pé, justamente o mesmo que ela arrastava depois, inchara e tivera de ser enfaixado, deixando-a em repouso por algumas semanas. Isso foi pouco tempo antes da asma nervosa que lhe sobreveio no oitavo ano de vida (ver em [1]).

Agora era preciso tirar proveito da comprovação dessa fantasia: “Se você passou por um parto nove meses depois da cena do lago, e se até hoje arca com as conseqüências do passo em falso, isso prova que, no inconsciente, você lamentou o desfecho da cena. Assim, em seu pensamento inconsciente, tratou de corrigi-lo. A premissa de sua fantasia de parto é que, de fato, algo aconteceu naquela ocasião, que você vivenciou e experimentou então tudo o que, mais tarde, teve de extrair da enciclopédia. Como vê, seu amor pelo Sr. K. não terminou com aquela cena, mas, como afirmei, persistiu até o dia de hoje, embora em seu inconsciente.” Dora não mais o contradiu.

Esses trabalhos para esclarecer o segundo sonho haviam requerido duas sessões. Quando, ao término da segunda, expressei minha satisfação ante o conseguido, ela respondeu em tom desdenhoso: “ - Ora, será que apareceu tanta coisa assim?” E com isso preparei-me para a chegada de outras revelações.

Dora iniciou a terceira sessão com estas palavras:

“ - O senhor sabe, doutor, que hoje estou aqui pela última vez?”

- Não posso saber, pois você não me disse nada a esse respeito.

“ - É, eu me propusera agüentar até o Ano Novo, mas não quero esperar mais pela cura.”

- Você sabe que tem sempre a liberdade de se retirar. Mas hoje ainda vamos continuar trabalhando. Quando foi que tomou essa decisão?

“ - Faz uns quatorze dias, creio.”

- Isso soa como uma empregada ou uma governanta: um aviso prévio de quatorze dias.

“ - Havia também uma governanta que deu aviso prévio na casa dos K. quando os visitei em L , no lago.”

- É mesmo? Você nunca me contou nada sobre ela. Conte-me, por favor.

“- Bem, havia uma mocinha na casa, como governanta das crianças, que exibia um comportamento estranhíssimo em relação ao Sr. K. Não o cumprimentava, não lhe dava nenhuma resposta, nunca lhe entregava nada à mesa quando ele lhe pedia, em suma, tratava-o como se fosse vento. Aliás, ele também não era muito mais cortês com ela. Um ou dois dias antes da cena do lago, a moça me chamou à parte; tinha algo a me comunicar. Contou-me então que o Sr. K., numa época em que sua mulher estivera ausente por várias semanas, tinha-se aproximado dela, fizera-lhe um assédio insistente e lhe pedira que fosse solícita com ele, dizendo que não tinha nada com sua mulher etc.”

- Ora, são as mesmas palavras que ele usou ao fazer-lhe sua proposta, e em função das quais você lhe deu a bofetada no rosto.

“- É. Ela cedeu, mas em pouco tempo ele já não lhe dava importância, e desde então ela passou a odiá-lo.”

- E essa governanta deu um aviso prévio?

“- Não, estava pretendendo fazê-lo. Disse-me que, tão logo se sentiu abandonada, contou o acontecido a seus pais, que são gente decente que mora em algum lugar da Alemanha. Os pais lhe exigiram que abandonasse a casa imediatamente e, como isso não foi feito, escreveram dizendo que não queriam mais saber dela, que ela nunca mais poderia voltar para casa.”

- E por que ela não foi embora?

“- Disse que ainda queria esperar um pouco para ver se o Sr. K. não se modificaria. Não suportava viver daquela maneira. Se não visse nenhuma mudança, daria o aviso prévio e sairia.”

- E o que aconteceu com a moça?

“- Só sei que foi embora.”

- Não teve nenhum filho dessa aventura?

“- Não.”

Em meio à análise, portanto - aliás, em perfeito acordo com as regras -, ali vinha à luz um

fragmento de material efetivo que ajudava a solucionar problemas previamente levantados. Pude dizer a Dora:

- Agora conheço o motivo daquela bofetada com que você respondeu à proposta do Sr. K. Não foi a afronta pela impertinência dele, mas uma vingança por ciúme. Quando a mocinha lhe contou sua história, você ainda pôde valer-se de sua arte de pôr de lado tudo o que não convinha a seus sentimentos. Mas no momento em que o Sr. K. usou as palavras “Não tenho nada com minha mulher”, que ele também dissera à senhorita, novas emoções foram despertadas em você e fizeram pender a balança. Você disse a si mesma: “Como se atreve ele a me tratar como uma governanta, uma serviçal?” A esse orgulho ferido somaram-se o ciúme e os motivos de prudência conscientes: definitivamente, era demais. Para provar o quanto você ficou impressionada com a história da governanta, relembro suas repetidas identificações com ela no sonho e em sua própria conduta. Você contou a seus pais, o que até aqui não havíamos compreendido, tal como a moça escreveu aos pais dela. Está-se despedindo de mim como uma governanta, com um aviso prévio de quatorze dias. A carta do sonho, que lhe permite voltar para casa, é a contrapartida da carta dos pais da moça, em que ela é proibida de fazê-lo.

“ - E por que, então, não contei a meus pais imediatamente?”

- Quanto tempo deixou passar?

“ - A cena ocorreu no último dia de junho; em 14 de julho contei-a a mamãe.”

- Outra vez, portanto, quatorze dias, o prazo característico para uma criada! Agora posso responder à sua pergunta. Você compreendeu muito bem a pobre moça. Ela não queria ir-se de imediato porque ainda tinha esperanças, porque esperava que o Sr. K. voltasse a lhe dar sua ternura. Esse deve ter sido também o seu motivo. Você aguardou esse prazo para ver se ele renovaria suas propostas; daí teria concluído que ele estava agindo a sério, e que não queria brincar com você como fizera com a governanta.

“ - Nos primeiros dias depois da partida ele ainda me mandou um cartão-postal.”

- Sim, mas como não veio nada mais, você deu livre curso a sua vingança. Posso até imaginar que, nessa época, ainda havia lugar para a intenção colateral, mediante a acusação, de induzi-lo a viajar até o local onde você morava.

“ - ... Que foi, aliás, o que ele primeiro se ofereceu a fazer”, interrompeu ela.

- Então sua saudade dele ter-se-ia apaziguado - aqui, ela assentiu com a cabeça, coisa que eu não havia esperado - e ele poderia ter-lhe dado a satisfação que você reclamava.

“ - Que satisfação?”

- É que estou começando a suspeitar de que você levou a questão com o Sr. K. muito mais a sério do que quis revelar até agora. Não havia entre os K. conversas freqüentes sobre divórcio?

“ - Certamente; primeiro ela não queria, por causa dos filhos, e agora ela quer, mas ele não quer mais.”

- Será que não pensou que ele queria divorciar-se da mulher para se casar com você? E

que agora já não quer fazê-lo, por não ter nenhuma substituta? Há dois anos, sem dúvida, você era muito jovem, mas você mesma me contou que sua mãe ficou noiva aos dezessete anos, e depois esperou dois anos pelo marido. A história amorosa da mãe costuma ser um modelo para a filha. Por isso, você também queria esperar, e achou que ele estava apenas aguardando que você amadurecesse o bastante para se tornar mulher dele. Imagino que esse tenha sido um projeto de vida muito sério para você. E não tem sequer o direito de afirmar que essa intenção estivesse excluída para o Sr. K., pois você me contou sobre ele o bastante para apontar diretamente para esse propósito. Tampouco a conduta dele em L. contradiz isso. Você não o deixou terminar sua fala e não sabe o que ele queria dizer-lhe. Aliás, o projeto não seria tão impossível de realizar. As relações entre seu pai e a Sra. K., que provavelmente você só apoiou por tanto tempo por causa disso, davam-lhe a certeza de que se conseguiria o consentimento da mulher para o divórcio, e com seu pai você consegue o que quer. Na verdade, se a tentação em L. houvesse tido outro desfecho, essa teria sido a única solução possível para todas as partes. Penso também que por isso você lamentou tanto o outro desenlace e o corrigiu na fantasia que se apresentou como uma apendicite. Assim, deve ter sido uma grande decepção para você que, em vez de uma proposta renovada, suas acusações tenham tido como resultado as negativas e as calúnias do Sr. K. Você admite que nada a enfurece mais do que acreditarem que você imaginou a cena do lago (ver em [1]). Agora sei do que é que não quer ser lembrada: é de ter imaginado que a proposta estava sendo feita a sério e que o Sr. K. não desistiria até que você se casasse com ele.

Dora me escutara sem me contradizer como de costume. Parecia emocionada; despediu-se da maneira mais amável, com votos calorosos para o Ano-Novo, e... nunca mais voltou. O pai, que ainda me visitou algumas vezes, garantiu que ela voltaria; notava-se, dizia, que ela estava ansiosa pela continuação do tratamento. Mas ele não era totalmente sincero. Havia apoiado o tratamento enquanto lhe fora possível esperar que eu “dissuadisse” Dora da idéia de que entre ele e a Sra. K. havia algo além de uma amizade. Seu interesse desvaneceu-se ao notar que não era minha intenção promover esse resultado. Eu sabia que ela não retornaria. Foi um indubitável ato de vingança que, no momento em que minhas esperanças de um término feliz do tratamento estavam no auge, ela partisse de maneira tão inesperada e aniquilasse essas esperanças. Também sua tendência a prejudicar a si mesma beneficiou-se desse procedimento. Quem, como eu, invoca os mais maléficos e maldomados demônios que habitam o peito humano, com eles travando combate, deve estar preparado para não sair ileso dessa luta. Será que eu poderia ter conservado a moça em tratamento, se tivesse eu mesmo representado um papel, se exagerasse o valor de sua permanência para mim e lhe mostrasse um interesse caloroso que, mesmo atenuado por minha posição de médico, teria equivalido a um substituto da ternura por que ela ansiava? Não sei. Já que em todos os casos parte dos fatores encontrados sob a forma de resistência permanecem desconhecidos, sempre evitei desempenhar papéis e me contentei com uma arte psicológica mais modesta. A despeito de todo o interesse teórico e de todo o empenho médico de

curar, tenho muito presente que a influência psíquica necessariamente tem limites, e respeito como tais também a vontade e a compreensão do paciente.

Tampouco sei se o Sr. K. teria logrado mais se lhe fosse revelado que aquela botetada no rosto de modo algum significara um “não” definitivo de Dora, mas que expressara o ciúme recém-despertado nela, enquanto as moções mais intensas de sua vida anímica ainda tomavam o partido dele. Se ele não tivesse dado ouvidos a esse primeiro “não” e houvesse persistido em sua proposta com uma paixão mais convincente, o resultado bem poderia ter sido um triunfo da afeição da moça sobre todas as suas dificuldades internas. Mas creio que, talvez com a mesma facilidade, isso poderia tê-la apenas provocado a satisfazer nele, com intensidade ainda maior, sua sede de vingança. Nunca se pode calcular para que lado penderá a decisão no conflito entre os motivos, se para a eliminação ou o reforço do recalçamento. A incapacidade para o atendimento de uma demanda amorosa *real* é um dos traços mais essenciais da neurose; os doentes são dominados pela oposição entre a realidade e a fantasia. Aquilo por que mais intensamente anseiam em suas fantasias é justamente aquilo de que fogem quando lhes é apresentado pela realidade, e com maior gosto se entregam a suas fantasias quando já não precisam temer a realização delas. A barreira levantada pelo recalçamento, no entanto, pode cair sob o assalto de excitações violentas de causa real; a neurose ainda pode ser derrotada pela realidade. Mas não podemos avaliar genericamente em quem e de que maneira essa cura seria possível.

POSFÁCIO

É verdade que anunciei esta comunicação como um fragmento de análise; mas não de tê-la achado incompleta em proporções muito maiores do que seu título levaria a esperar. Convém, portanto, que eu tente indicar os motivos dessas omissões nada acidentais.

Falta uma série de resultados da análise, em parte porque, quando da interrupção do trabalho, eles não estavam suficientemente reconhecidos, e em parte porque teriam requerido um prosseguimento para se chegar a alguma conclusão geral. Noutros pontos, onde me pareceu admissível, apontei o rumo provável em que cada solução seria encontrada. Além disso, omiti por completo a técnica, que nada tem de óbvia e unicamente através da qual se pode extrair da matéria-prima das associações do enfermo o metal puro dos valiosos pensamentos inconscientes. Isso traz a desvantagem de o leitor não poder confirmar, nesta exposição, o acerto de meu procedimento. Contudo, pareceu-me totalmente impraticável lidar ao mesmo tempo com a técnica da análise e com a estrutura interna de um caso de histeria; para mim, isso seria uma tarefa quase impossível, e a leitura seria certamente intragável para o leitor. A técnica exige uma exposição totalmente separada, que a esclareça mediante numerosos exemplos extraídos dos mais diversos casos e possa prescindir do resultado obtido em cada um deles. Tampouco tentei fundamentar

aqui as premissas psicológicas vislumbradas em minhas descrições dos fenômenos psíquicos. Nada se produziria com uma fundamentação descuidada, e uma que fosse minuciosa constituiria uma obra por si só. Posso apenas assegurar que abordei o estudo dos fenômenos revelados pela observação dos psiconeuróticos sem estar comprometido com nenhum sistema psicológico definido, e que depois modifiquei vez após outra minhas opiniões, até me parecerem adequadas para dar conta da trama das observações efetuadas. Não me orgulho por ter evitado a especulação, porém o material para estas hipóteses foi obtido mediante a mais ampla e laboriosa observação. Em particular, é possível que a firmeza de meu ponto de vista na questão do inconsciente seja chocante, uma vez que opero com representações, cursos de pensamento e moções inconscientes como se fossem objetos da psicologia tão bons e incontestáveis quanto todo o consciente; mas de uma coisa estou certo: quem quer que empreenda a investigação desse mesmo campo de fenômenos com o mesmo método não poderá deixar de situar-se no mesmo ponto de vista, apesar de todas as dissuasões dos filósofos.

Os colegas que consideram puramente psicológica minha teoria da histeria, e que por isso a qualificam de antemão como incapaz de solucionar um problema patológico, deduzirão deste ensaio que sua objeção transfere injustificadamente para a teoria o que constitui uma característica da técnica. Apenas a técnica terapêutica é puramente psicológica; a teoria de modo algum deixa de apontar para as bases orgânicas da neurose, muito embora não as procure em alguma alteração anatomopatológica e substitua provisoriamente pela função orgânica a alteração química esperada, mas ainda impossível de conceber atualmente. Ninguém há de querer negar o caráter de fator orgânico da função sexual, na qual vejo a fundamentação da histeria e das psiconeuroses em geral. Suspeito que nenhuma teoria da vida sexual possa evitar a hipótese da existência de determinadas substâncias sexuais de ação excitante. De fato, dentre todos os quadros patológicos de que tomamos conhecimento na clínica, as intoxicações e a abstinência quando do uso crônico de certos venenos são os que mais se aproximam das autênticas psiconeuroses.

Tampouco me estendi neste ensaio, entretanto, acerca do que hoje se pode dizer sobre a “complacência somática”, os germes infantis da perversão, as zonas erógenas e a predisposição para a bissexualidade; apenas destaquei os pontos em que a análise tropeça nesses fundamentos orgânicos dos sintomas. Mais não se poderia fazer com um caso isolado, e tive as mesmas razões antes apontadas para evitar uma discussão passageira desses fatores. Há aqui uma oportunidade abundante para trabalhos posteriores, baseados num grande número de análises.

Com esta publicação tão incompleta, eu quis alcançar duas coisas. Em primeiro lugar, como um complemento a meu livro sobre a interpretação dos sonhos, mostrar como essa arte, que de outro modo seria inútil, pode ser proveitosa para a descoberta do oculto e do recalcado na vida anímica; aliás, na análise dos dois sonhos aqui comunicados, levou-se em consideração a técnica

da interpretação dos sonhos, semelhante à técnica psicanalítica. Em segundo lugar, quis despertar interesse numa série de situações que a ciência ainda hoje desconhece por completo, já que somente a aplicação desse procedimento específico permite desvendá-las. Ninguém podia ter uma noção exata da complicação dos processos psíquicos na histeria, da justaposição das mais diversas moções, do vínculo recíproco entre os opostos, dos recalques e deslocamentos etc. A ênfase de Janet na *idée fixe*, que se converte no sintoma, não significa nada além de uma esquematização realmente precária. Não se pode evitar a suposição de que certas excitações cujas respectivas representações não são passíveis de se conscientizar atuam diferentemente umas sobre as outras, têm cursos diferentes e levam a manifestações diversas das que chamamos “normais”, cujo conteúdo de representação torna-se consciente para nós. Uma vez esclarecidas as coisas até esse ponto, nada mais poderá estorvar a compreensão de uma terapia que suprime os sintomas neuróticos transformando as representações do primeiro tipo em representações normais.

Empenhava-me também em mostrar que a sexualidade não intervém simplesmente como um *deus ex machina* que se apresentasse uma única vez em algum ponto da engrenagem dos processos característicos da histeria, mas que fornece a força impulsora para cada sintoma singular e para cada manifestação singular de um sintoma. Os fenômenos patológicos são, dito de maneira franca, *a atividade sexual do doente*. Um caso isolado nunca permitirá demonstrar uma tese tão geral, mas só posso repetir vez após outra, pois jamais constato outra coisa, que a sexualidade é a chave do problema das psiconeuroses, bem como das neuroses em geral. Quem a desprezar nunca será capaz de abrir essa porta. Ainda aguardo as investigações capazes de refutar ou restringir essa tese. O que tenho ouvido até agora não passam de manifestações de desagrado pessoal ou de incredulidade, às quais basta contrapor o dito de Charcot: “Ça n’empêche pas d’exister.”

O caso de cuja história clínica e terapêutica aqui publiquei um fragmento tampouco é apropriado para situar em sua justa luz o valor da terapia psicanalítica. Não apenas a brevidade do tratamento, que mal chegou a três meses, como também outro fator, inerente ao próprio caso, impediram que a cura se concluísse com a melhora obténível em outros casos, uma melhora admitida pelo enfermo e por seus parentes, que mais ou menos se aproxima de uma recuperação completa. Obtém-se tal resultado satisfatório quando as manifestações patológicas são exclusivamente sustentadas pelo conflito interno entre as moções concernentes à sexualidade. Nesses casos, vê-se melhorar o estado do doente à medida que, traduzindo o material patogênico em material normal, contribui-se para o solucionamento de seus problemas psíquicos. O rumo tomado é diverso quando os sintomas se colocam a serviço de motivos vitais externos, como acontecera com Dora nos últimos dois anos. Fica-se surpreso, e pode-se facilmente errar o caminho, quando se toma conhecimento de que o estado do doente não dá sinal de se modificar

nem mesmo depois de o trabalho ter progredido muito. Na realidade, porém, as coisas não são tão ruins; é certo que os sintomas não desaparecem enquanto o trabalho prossegue, e sim algum tempo depois, uma vez dissolvidos os vínculos com o médico. O adiamento da cura ou da melhora só é realmente causado pela pessoa do médico.

Devo estender-me um pouco mais para tornar essa questão inteligível. Durante o tratamento psicanalítico, pode-se dizer com segurança que uma nova formação de sintomas fica regularmente sustada. A produtividade da neurose, porém, de modo algum se extingue, mas se exerce na criação de um gênero especial de formações de pensamento, em sua maioria inconscientes, às quais se pode dar o nome de “*transferências*”.

O que são as transferências? São reedições, reproduções das moções e fantasias que, durante o avanço da análise, soem despertar-se e tornar-se conscientes, mas com a característica (própria do gênero) de substituir uma pessoa anterior pela pessoa do médico. Dito de outra maneira: toda uma série de experiências psíquicas prévia é revivida, não como algo passado, mas como um vínculo atual com a pessoa do médico. Algumas dessas transferências em nada se diferenciam de seu modelo, no tocante ao conteúdo, senão por essa substituição. São, portanto, para prosseguir na metáfora, simples reimpressões, reedições inalteradas. Outras se fazem com mais arte: passam por uma moderação de seu conteúdo, uma *sublimação*, como costumam dizer, podendo até tornar-se conscientes ao se apoiarem em alguma particularidade real habilmente aproveitada da pessoa ou das circunstâncias do médico. São, portanto, edições revistas, e não mais reimpressões.

Quando se penetra na teoria da técnica analítica, chega-se à concepção de que a transferência é uma exigência indispensável. Na prática, pelo menos, fica-se convencido de que não há nenhum meio de evitá-la, e de que essa última criação da doença deve ser combatida como todas as anteriores. Ocorre que essa parte do trabalho é de longe a mais difícil. Interpretar os sonhos, extrair das associações do enfermo os pensamentos e lembranças inconscientes, e outras artes similares de tradução são fáceis de aprender: o próprio doente sempre fornece o texto para elas. Somente a transferência é que se tem de apurar quase que independentemente, a partir de indícios ínfimos e sem incorrer em arbitrariedades. Mas ela é incontornável, já que é utilizada para produzir todos os empecilhos que tornam o material inacessível ao tratamento, e já que só depois de resolvida a transferência é que surge no enfermo o sentimento de convicção sobre o acerto das ligações construídas [durante a análise].

Tender-se-á a considerar uma séria desvantagem desse procedimento, aliás nada cômodo, que ele próprio multiplique o trabalho do médico, criando uma nova espécie de produtos psíquicos patológicos, e talvez se queira até inferir da existência das transferências algum prejuízo

para o doente através do tratamento analítico. Ambas as suposições estariam erradas. O trabalho do médico não é multiplicado pela transferência; de fato, é-lhe indiferente ter de superar a respectiva moção do enfermo ligada a sua pessoa ou a alguma outra. Mas o tratamento tampouco obriga o doente, com a transferência, a qualquer nova tarefa que de outro modo ele não executasse. Se também se produzem curas da neurose em instituições das quais o tratamento psicanalítico está excluído, se é possível dizer que a histeria não é curada pelo método, e sim pelo médico, e se é freqüente obter-se como resultado uma espécie de dependência cega e de cativo permanente do enfermo perante o médico que o livrou de seus sintomas através da sugestão hipnótica, a explicação científica de tudo isso há de ser vista nas “transferências” que o doente faz regularmente para a pessoa do médico. O tratamento psicanalítico não cria a transferência, mas simplesmente a revela, como a tantas outras coisas ocultas na vida anímica. A única diferença manifesta-se em que, espontaneamente, o enfermo só evoca transferências ternas e amistosas que contribuam para sua cura; não podendo ser esse o caso, ele se afasta o mais rápido possível, sem ser influenciado pelo médico que não lhe é “simpático”. Na psicanálise, por outro lado, de acordo com sua colocação diferenciada dos motivos, despertam-se todas as moções [do paciente], inclusive as hostis; mediante sua conscientização elas são aproveitadas para fins de análise, e com isso a transferência é repetidamente aniquilada. A transferência, destinada a constituir o maior obstáculo à psicanálise, converte-se em sua mais poderosa aliada quando se consegue detectá-la a cada surgimento e traduzi-la para o paciente.

Fui obrigado a falar da transferência porque somente através desse fator pude esclarecer as particularidades da análise de Dora. O que constitui seu grande mérito e que a fez parecer adequada para uma primeira publicação introdutória, a saber, sua transparência incomum, está intimamente ligado a seu grande defeito, que levou a sua interrupção prematura. Não consegui dominar a tempo a transferência; graças à solicitude com que Dora punha à minha disposição no tratamento uma parte do material patogênico, esqueci a precaução de estar atento aos primeiros sinais da transferência que se preparava com outra parte do mesmo material, ainda ignorada por mim. Desde o início ficou claro que em sua fantasia eu substituía seu pai, o que era fácil de compreender em vista de nossa diferença de idade. Dora chegou até a me comparar com ele conscientemente, buscando, angustiada, assegurar-se de minha completa sinceridade para com ela, já que seu pai “preferia sempre o segredo e os rodeios tortuosos”. Depois, ao surgir o primeiro sonho, no qual ela se alertava a abandonar o tratamento tal como antes deixara a casa do Sr. K., eu mesmo deveria ter-me precavido, dizendo-lhe: “Agora você fez uma transferência do Sr. K. para mim. Acaso terá notado algo que a leve a suspeitar de más intenções semelhantes às do Sr. K. (diretamente ou por meio de alguma sublimação)? Ou será que algo em mim chamou sua atenção, ou que você soube de alguma coisa a meu respeito que me fez cair em suas graças, como lhe ocorreu antes com o Sr. K.?” Então a atenção dela ter-se-ia voltado para algum detalhe de nosso relacionamento, em minha pessoa ou nas minhas condições, por trás do qual se esconderia algo

análogo, mas incomparavelmente mais importante, a respeito do Sr. K.; e mediante a resolução dessa transferência a análise teria obtido acesso a um novo material mnêmico, provavelmente ligado a fatos reais. Mas fiquei surdo a essa primeira advertência, pensando haver tempo, de sobra, já que não se apresentavam outros estágios da transferência e ainda não se esgotara o material para análise. Assim, fui surpreendido pela transferência e, por causa desse “x” que me fazia lembrar-lhe o Sr. K., ela se vingou de mim como queria vingar-se dele, e me abandonou como se acreditara enganada e abandonada por ele. Assim, *atuou* uma parte essencial de suas lembranças e fantasias, em vez de reproduzi-las no tratamento. Naturalmente, não sei dizer qual era esse “x”: desconfio que se relacionasse com dinheiro, ou com ciúmes de uma outra paciente que, uma vez curada, continuara a manter relações com minha família. Quando as transferências se deixam abarcar precocemente na análise, o curso desta é opacificado e retardado, mas sua existência fica mais assegurada contra as resistências repentinas e insuperáveis.

No segundo sonho de Dora, a transferência é substituída por diversas alusões claras. Quando ela o narrou, eu ainda não sabia (só fiquei sabendo dois dias depois) que só nos restavam *duas horas* de trabalho, o mesmo tempo que ela passara em frente à Madona Sistina (ver em [1]) e também, introduzindo uma correção (duas horas em vez de duas horas e meia), o que lhe fora indicado como a extensão do trajeto ao redor do lago, que ela não seguira (ver em [1]). As aspirações e a espera no sonho, relacionadas com o rapaz na Alemanha e provenientes da espera de que o Sr. K. pudesse casar-se com ela, já se haviam expressado na transferência dias antes: o tratamento se prolongava muito e ela não tinha paciência de esperar tanto, muito embora, nas primeiras semanas, houvesse demonstrado discernimento suficiente para escutar, sem fazer tais objeções, meu anúncio de que seu pleno restabelecimento talvez requeresse um ano. A recusa a ser acompanhada e a preferência por ir sozinha, manifestas no sonho e igualmente originárias da visita à galeria de Dresden, eram algo que eu próprio deveria experimentar no dia marcado. Tinham sem dúvida esse sentido: “Já que todos os homens são tão detestáveis, prefiro não me casar. Esta é minha vingança.”

Quando, no decorrer do tratamento, as moções de crueldade e os motivos de vingança já usados na vida do paciente para sustentar seus sintomas transferem-se para o médico, antes que ele tenha tido tempo de afastá-los de sua pessoa reconduzindo-os a suas origens, não surpreende que o estado do enfermo não exiba a influência de seu empenho terapêutico. De que maneira pode o doente vingar-se com mais eficácia do que demonstrando, em sua própria pessoa, quão impotente e incapaz é o médico? Ainda assim, não me inclino a subestimar o valor terapêutico nem mesmo de tratamentos tão fragmentários quanto foi o de Dora.

Só depois de decorridos quinze meses do término do tratamento e da redação deste texto recebi notícias do estado de minha paciente e, por conseguinte, dos resultados da terapia. Numa

data nada indiferente, o dia 1º de abril - sabemos que as indicações temporais nunca foram desprovidas de sentido para ela -, Dora apresentou-se diante de mim para concluir sua história e pedir-me ajuda novamente, mas uma olhadela para sua expressão revelou-me que ela não levava a sério esse pedido. Nas quatro ou cinco semanas após deixar o tratamento ela andou numa “atrapalhação”, segundo disse. Sobreveio então uma grande melhora: os ataques rarearam e seu estado de ânimo se elevou. Em maio daquele ano morreu um dos filhos do casal K., que sempre fora doentio. Ela aproveitou a oportunidade dessa perda para fazer-lhes uma visita de condolências, e os K. a receberam como se nada houvesse acontecido naqueles últimos três anos. Nessa ocasião, ela se reconciliou com eles, vingou-se deles e levou seu assunto a uma conclusão que lhe foi satisfatória. À mulher, disse: “Sei que você tem um relacionamento com papai”, e esta não o negou. Quanto ao marido, provocou-o a confessar a cena do lago antes contestada por ele, e levou ao pai essa notícia justificatória. Desde então não retomou seu relacionamento com essa família.

Depois disso, ela foi muito bem até meados de outubro, época em que lhe sobreveio outro ataque de afonia que perdurou três semanas. Surpreso diante dessa comunicação, perguntei-lhe se tinha havido algo que ensejasse isso e soube que o ataque se seguira a um susto violento. Ela vira alguém ser atropelado por uma carruagem. Por fim, saiu-se com a informação de que o acidente não atingira outra pessoa senão o Sr. K. Deparara com ele na rua um dia, num lugar de tráfego intenso; ele se quedara diante dela, como que desconcertado, e nesse estado de distração fora derrubado por uma carruagem. A propósito, ela se convencera de que ele havia escapado sem nenhum dano considerável. Ainda lhe causava uma ligeira emoção ouvir falar no relacionamento de seu pai com a Sra. K., mas ela já não se imiscuía nisso. Estava dedicada a seus estudos e não pensava em se casar.

Viera buscar minha ajuda por causa de uma nevralgia facial do lado direito, que agora persistia dia e noite. - Desde quando? perguntei-lhe. “Exatamente há quatorze dias.” Não pude deixar de sorrir, pois foi-me possível demonstrar-lhe que justamente quatorze dias antes ela lera uma notícia referente a mim nos jornais, o que ela confirmou (isso foi em 1902).

A suposta nevralgia facial correspondia, portanto, a uma autopunição, ao remorso pela bofetada que ela dera naquele dia no Sr. K. e pela transferência vingativa daí feita para mim. Não sei que tipo de auxílio ela queria pedir-me, mas prometi perdoá-la por ter-me privado da satisfação de livrá-la muito mais radicalmente de seus padecimentos.

Passaram-se novamente vários anos desde sua visita. A moça se casou, e por certo com aquele rapaz que, se todos os indícios não me enganam, fora mencionado em suas associações no início da análise do segundo sonho. Tal como o primeiro sonho significara o afastamento do

homem amado em direção ao pai, ou seja, a fuga da vida para a doença, esse segundo sonho anunciou que ela se desprenderia do pai e ficaria recuperada para a vida.

TRÊS ENSAIOS SOBRE A TEORIA DA SEXUALIDADE (1905)

NOTA DO EDITOR INGLÊS

DREI ABHANDLUNGEN ZUR SEXUAL THEORIE

(a) EDIÇÕES ALEMÃS:

- 1905 Leipzig e Viena: Deuticke, ii + 83 págs.
- 1910 2ª Ed., Leipzig e Viena: Deuticke, iii + 87 págs. (Com acréscimos)
- 1915 3ª Ed., Leipzig e Viena: Deuticke, vi + 101 págs. (Com acréscimos)
- 1920 4ª Ed., Leipzig e Viena: Deuticke: viii + 104 págs. (Com acréscimos)
- 1922 5ª Ed., Leipzig e Viena: Deuticke: viii + 104 págs. (Sem alterações)
- 1924 G.S., 5, 3-119 (Com acréscimos)
- 1925 6ª Ed., Leipzig e Viena: Deuticke, 120 págs. (= G S. 5)
- 1942 G.W., 5, 29-145 (Sem alterações)
- 1972 S.A., 5, pp. 37-145.

“Vorwort zur vierten Auflage”

- 1920 Int. Z. *Psychoanal.*, 6, p. 247.
- 1920 Leipzig e Viena: Deuticke, pp. vii-viii.
- 1922 Leipzig e Viena: Deuticke, pp. vii-viii.
- 1924 G.S., 5, pág. 5.
- 1925 Leipzig e Viena: Deuticke, p. 5.
- 1942 G.W., 5, pp. 31-2.
- 1972 S.A., 5, pp. 45-6.

(b) TRADUÇÕES EM INGLÊS:

Three Contributions to the Sexual Theory

- 1910 Nova York: Journal of Nerv. and Ment. Dis. Publ. Co. (Série de Monografias nº 7), x + 91 págs. (Trad. de A.A. Brill; Introd. de J.J. Putnam.)

Three Contributions to the Theory of Sex

- 1916 2ª Ed. da de 1910, acima, xi + 117 págs. (Com acréscimos)
- 1918 3ª Ed., xii + 117 págs.
- 1930 4ª Ed., xiv + 104 págs. (Revisada)
- 1938 *Basic Writings*, 553-629 (Reedição da ed. de 1930, acima.)

Three Essays on the Theory of Sexuality

1949 Londres: Imago Publishing Co., 133 págs. (Trad. de James Strachey.)

A presente tradução [inglesa] é uma versão corrigida e ampliada da que se publicou em 1949.

Os Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade, juntamente com *A Interpretação dos Sonhos*, figuram sem dúvida como as contribuições mais significativas e originais de Freud para o conhecimento humano. Não obstante, na forma em que costumamos ler esses ensaios, é difícil avaliar a natureza exata de seu impacto quando da primeira publicação. É que, no decorrer de edições sucessivas num período de vinte anos, eles foram submetidos por seu autor a mais modificações e acréscimos do que qualquer outro de seus escritos, salvo, talvez, pela própria *Interpretação dos Sonhos*. Esta edição difere num importante aspecto de todas as que a antecederam, seja em alemão ou em inglês. Embora se baseie na sexta edição alemã de 1925, última a ser publicada durante a vida de Freud, ela indica, com as respectivas datas, todas as alterações substanciais introduzidas na obra desde sua primeira edição. Em todos os pontos em que se suprimiu ou modificou grandemente o material nas edições posteriores, o trecho omitido ou a versão anterior são fornecidos em notas de rodapé. Isso permitirá ao leitor ter uma noção mais clara de como eram estes ensaios em sua forma original.

Provavelmente causará surpresa, por exemplo, saber que a íntegra das seções sobre as teorias sexuais infantis e sobre a organização pré-genital da libido (ambas no segundo ensaio) só foi acrescentada em 1915, dez anos após a primeira edição do livro. Esse mesmo ano trouxe também o acréscimo da seção sobre a teoria da libido, no terceiro ensaio. Menos surpreendente é que os avanços da bioquímica tenham tornado necessário (em 1920) reescrever o parágrafo sobre as bases químicas da sexualidade. Nesse ponto, a rigor, a surpresa funciona mais no sentido inverso, pois a versão original desse parágrafo, aqui impressa numa nota, mostra a notável antevisão de Freud nesse aspecto e revela quão pouco se fez necessário alterar suas concepções (ver em [1]).

Entretanto, a despeito dos acréscimos consideráveis feitos ao livro após sua publicação original, sua essência já estava presente em 1905, sendo mesmo possível rastrear-lhe as origens até datas ainda mais remotas. A história completa do interesse de Freud pelo assunto pode agora, graças à publicação da correspondência com Fliess (1950a), ser pormenorizadamente acompanhada, mas basta-nos aqui indicar seus contornos gerais. As observações clínicas da importância dos fatores sexuais na causação da neurose de angústia e da neurastenia, inicialmente, e das psiconeuroses, mais tarde, foram o que levou Freud pela primeira vez a uma

investigação geral do tema da sexualidade. Suas primeiras abordagens, durante o início da década de 1890, partiram dos pontos de vista da fisiologia e da química. Por exemplo, encontra-se uma hipótese neurofisiológica sobre os processos de excitação e descarga sexuais na Seção III de seu primeiro artigo sobre a neurose de angústia (1895b); um notável diagrama ilustrando essa hipótese aparece no Rascunho G das cartas a Fliess, aproximadamente na mesma época, mas já fora mencionado um ano antes (no Rascunho D). A insistência de Freud nas bases químicas da sexualidade remonta pelo menos a essa época (mas há também uma alusão ao tema no Rascunho D, provavelmente datado da primavera de 1894). Nesse caso, Freud acreditava dever muito às sugestões de Fliess, como fica demonstrado, entre outros pontos, em suas associações ao famoso sonho da injeção de Irma, no verão de 1895 (*A Interpretação dos Sonhos*, Capítulo II). Era também a Fliess que devia algumas sugestões sobre o tema correlato da bissexualidade (ver em [1]), que Freud mencionou numa carta de 6 de dezembro de 1896 (Carta 52) e que, mais tarde, veio a considerar como um “fator decisivo” (ver em [1]), embora sua opinião final sobre a atuação desse fator o tenha colocado em desacordo com Fliess. É nessa mesma carta de fins de 1896 (Freud, 1950a, Carta 52) que encontramos a primeira referência às zonas erógenas (passíveis de estimulação na infância, porém mais tarde sufocadas) e a seus vínculos com as perversões. No início do mesmo ano (Rascunho K, de 1º de janeiro de 1896) - e aqui podemos ver indícios de uma abordagem mais psicológica -, surge também uma discussão sobre as forças recalcadoras, o asco, a vergonha e a moral.

Contudo, embora tantos elementos da teoria de Freud sobre a sexualidade já estivessem em sua mente por volta de 1896, sua pedra angular ainda estava por ser descoberta. Desde os primórdios tinha havido uma suspeita de que os fatores casuais da histeria remontavam à infância; há uma alusão a esse fato nos parágrafos iniciais da “Comunicação Preliminar” de Breuer e Freud, de 1893. Por volta de 1895 (ver, por exemplo, a Parte II do “Projeto”, impressa como um apêndice à correspondência com Fliess), Freud dispunha de uma explicação completa da histeria, com base nos efeitos traumáticos da sedução sexual na primeira infância. Durante todos esses anos anteriores a 1897, porém, a sexualidade infantil era encarada como nada além de um fator latente, passível de vir à luz, com resultados desastrosos, somente pela intervenção de um adulto. É verdade que se poderia supor uma aparente exceção a isso a partir do contraste traçado por Freud entre a causação da histeria e a da neurose obsessiva: a primeira, afirmava ele, remontava a experiências sexuais *passivas* na infância, ao passo que a segunda se originaria em experiências *ativas*. Mas Freud deixa muito claro, em seu segundo ensaio sobre “As Neuropsicoses de Defesa” (1896b), onde essa distinção é traçada, que as experiências ativas subjacentes à neurose obsessiva são invariavelmente *precedidas* por experiências passivas, donde, mais uma vez, a mobilização da sexualidade infantil se deveria, em última análise, à interferência externa. Foi somente no verão de 1897 que Freud se viu forçado a abandonar sua teoria da sedução. Anunciou esse acontecimento em sua carta a Fliess de 21 de setembro (Carta 69), e sua descoberta quase

simultânea do complexo de Édipo, feita em sua auto-análise (Cartas 70 e 71, de 3 e 15 de outubro), levou inevitavelmente ao reconhecimento de que as moções sexuais atuavam normalmente nas crianças de mais tenra idade, sem nenhuma necessidade de estimulação externa. Com essa descoberta, a teoria sexual de Freud estava realmente completa.

Levou alguns anos, porém, para que ele acatasse por inteiro sua própria descoberta. Num trecho do ensaio sobre “A Sexualidade na Etiologia das Neuroses” (1898a), por exemplo, ele se pronuncia ora a favor, ora contra ela. De um lado, afirma que as crianças são “capazes de todas as funções sexuais psíquicas e de muitas das somáticas” e que é errôneo supor que sua vida sexual só comece na puberdade. De outro lado, entretanto, declara que “a organização e a evolução da espécie humana buscam evitar qualquer atividade sexual considerável na infância”, que as forças motoras sexuais dos seres humanos devem ser armazenadas e somente liberadas na puberdade, e que isso explica por que as experiências sexuais infantis estão fadadas a ser patogênicas. O importante, prossegue ele, são os *efeitos posteriores* produzidos por tais experiências na maturidade, graças ao desenvolvimento do aparelho sexual somático e psíquico ocorrido no entretempo. Até mesmo na primeira edição de *A Interpretação dos Sonhos* (1900a) vê-se um trecho curioso, ao final do Capítulo III (ver em [1]), onde Freud comenta que temos “em alta conta a felicidade da infância, por ser ela ainda inocente de desejos sexuais”. (Uma nota corretiva foi acrescentada a esse trecho em 1911, por sugestão de Jung, segundo afirma Ernest Jones.) Isso foi, sem dúvida, um remanescente de um rascunho inicial do livro, pois em outros trechos (por exemplo, na discussão do complexo de Édipo no Capítulo V) ele escreve, de maneira perfeitamente inequívoca, sobre a existência de desejos sexuais mesmo nas crianças normais. E é evidente que, ao redigir seu caso clínico de “Dora” (no início de 1901), já estavam firmemente estabelecidas as linhas principais de sua teoria da sexualidade. (Ver em [1].)

Ainda assim, porém, Freud não tinha pressa em publicar seus resultados. Concluída e prestes a ser lançada *A Interpretação dos Sonhos*, em 11 de outubro de 1899 (Carta 121), escreveu ele a Fliess: “É possível que uma teoria da sexualidade seja a sucessora imediata do livro dos sonhos.” E, decorridos três meses, em 26 de janeiro de 1900 (Carta 128): “Estou colhendo material para a teoria sexual e esperando que alguma centelha inflame o material já acumulado.” Mas a centelha demoraria muito a surgir. Salvo pelo pequeno ensaio *Sobre os Sonhos e pela Psicopatologia da Vida Cotidiana*, ambos lançados antes do outono de 1901, Freud nada publicou de importante nos cinco anos que se seguiram.

E então, repentinamente, em 1905, lançou três obras fundamentais: seu livro sobre *O Chiste*, os *Três Ensaios* e o caso clínico de “Dora”. É certo que este último fora escrito, em sua maior parte, quatro anos antes (ver a partir de [1]), sendo publicado em outubro e novembro de 1905. As outras duas obras foram lançadas quase simultaneamente alguns meses antes, embora

se ignorem as datas exatas (ver uma discussão mais extensa a esse respeito no Prefácio do Editor ao livro sobre o chiste (1905c), em [1]).

Nas edições alemãs, as seções só aparecem numeradas no primeiro ensaio, e mesmo neste, a rigor, antes de 1924, só eram numeradas até a metade do texto. Para facilitar as referências, estendemos aqui a numeração das seções ao segundo e terceiro ensaios.

PREFÁCIO À SEGUNDA EDIÇÃO

O autor, que não se deixa enganar sobre as lacunas e obscuridades deste pequeno escrito, ainda assim resistiu à tentação de incorporar-lhe os resultados das investigações dos últimos cinco anos, por não querer destruir seu caráter de documento unitário. Por isso reproduz o texto original com alterações mínimas e se contenta em acrescentar algumas notas de rodapé, que se distinguem das antigas por levarem um asterisco. Ademais, é seu fervoroso desejo que este livro envelheça rapidamente, obtida uma aceitação universal para o que outrora trouxe de novo e substituídas as imperfeições que contém por teses mais corretas.

Viena, dezembro de 1909.

PREFÁCIO À TERCEIRA EDIÇÃO

Depois de observar por um decênio a recepção e os efeitos deste livro, cabe-me dotar esta terceira edição de algumas observações prévias destinadas a corrigir mal-entendidos e expectativas irrealizáveis em relação a ele. É preciso frisar, acima de tudo, que a exposição aqui encontrada parte inteiramente da experiência médica cotidiana, à qual os resultados da investigação psicanalítica pretendem trazer aprofundamento e relevância científica. Os *Tres Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade* não podem conter nada além daquilo que a psicanálise precisa supor ou permite confirmar. Exclui-se, portanto, a possibilidade de que algum dia se ampliem a ponto de constituir uma “teoria sexual”, e é compreensível que não tomem posição acerca de muitos problemas importantes da vida sexual. Mas nem por isso se deve acreditar que tais capítulos omitidos desse grande tema sejam desconhecidos do autor, ou que este os tenha desprezado por considerá-los secundários.

A subordinação deste escrito às experiências psicanalíticas, que levaram a sua redação, mostra-se ainda não apenas na escolha do material, como também em sua ordenação. Ao longo de todo ele observa-se uma certa seqüência de instâncias, dá-se prioridade aos fatores acidentais,

deixam-se em segundo plano os fatores disposicionais, e o desenvolvimento ontogenético é considerado antes do filogenético. É que o acidental desempenha na análise o papel preponderante, sendo esta dominada por ele quase por completo; o disposicional só vem à luz por trás dele, como algo despertado pelo vivenciar, mas cuja apreciação ultrapassa amplamente o campo de trabalho da psicanálise.

Uma proporção semelhante domina a relação entre a ontogênese e a filogênese. A ontogênese pode ser vista como uma repetição da filogênese, na medida em que esta não seja modificada por uma vivência mais recente. A predisposição filogenética faz-se notar por trás do processo ontogenético. No fundo, porém, a predisposição é justamente o precipitado de uma vivência prévia da espécie, à qual se vem agregar a experiência mais nova do indivíduo como soma dos fatores acidentais.

Junto a sua total dependência da investigação psicanalítica, devo destacar, como característica desse meu trabalho, sua deliberada dependência da investigação biológica. Evitei cuidadosamente introduzir expectativas científicas provenientes da biologia sexual geral, ou da biologia das espécies animais em particular, no estudo da função sexual do ser humano que nos é possibilitado pela técnica da psicanálise. A rigor, meu objetivo foi sondar o quanto se pode apurar sobre a biologia da vida sexual humana com os meios acessíveis à investigação psicológica; era-me lícito assinalar os pontos de contato e concordância resultantes dessa investigação, mas não havia por que me desconcertar com o fato de o método psicanalítico, em muitos pontos importantes, levar a opiniões e resultados consideravelmente diversos dos de base meramente biológica.

Introduzi nesta terceira edição um número abundante de inserções, mas renunciei a identificá-las, como na edição anterior, mediante algum sinal particular. O trabalho científico em nosso campo teve seu progresso lentificado nos últimos tempos, mas era indispensável uma certa complementação deste escrito caso se pretendesse mantê-lo em contato com a literatura psicanalítica mais recente.

Viena, outubro de 1914.

PREFÁCIO À QUARTA EDIÇÃO

Dissipadas as correntes da guerra, pode-se verificar com satisfação que o interesse pela psicanálise permanece ileso no mundo em geral, Mas nem todas as partes da doutrina tiveram o mesmo destino. As colocações e constatações puramente psicológicas da psicanálise sobre o inconsciente, o recalçamento, o conflito que leva à doença, o lucro extraído da doença, os mecanismos da formação de sintomas etc., gozam de crescente reconhecimento e são

consideradas até mesmo por aqueles que em princípio as contestam. Mas a parte da doutrina que faz fronteira com a biologia, cujas bases são fornecidas neste pequeno escrito, continua a enfrentar um dissenso indiminuto, e as próprias pessoas que por algum tempo se ocuparam intensamente da psicanálise foram movidas a abandoná-la para abraçar novas concepções, destinadas a restringir mais uma vez o papel do fator sexual na vida anímica normal e patológica.

Ainda assim, não posso decidir-me pela suposição de que essa parte da doutrina psicanalítica possa afastar-se muito mais que as outras da realidade apurada. A memória e o reexame constantemente reiterado dizem-me que ela brotou de uma observação igualmente esmerada e isenta de expectativas; ademais, o esclarecimento dessa dissociação percebida no reconhecimento público não apresenta nenhuma dificuldade. Em primeiro lugar, os primórdios aqui descritos da vida sexual humana só podem ser confirmados por investigadores que tenham paciência e habilidade técnica suficientes para reconduzir a análise até os primeiros anos da infância do paciente. É freqüente, ademais, não haver possibilidade disso, porquanto a prática médica exige que se despache com mais rapidez, aparentemente, o caso patológico. Salvo pelos médicos que exercem a psicanálise, entretanto, ninguém pode ter acesso algum a esse campo, nem qualquer possibilidade de formar por si um juízo que não seja influenciado por suas próprias aversões e preconceitos. Soubessem os homens aprender através da observação direta das crianças, estes três ensaios poderiam não ter sido escritos.

Mas convém lembrar ainda que parte do conteúdo deste escrito - a saber, sua insistência na importância da vida sexual para todas as realizações humanas e a ampliação aqui ensaiada do conceito de sexualidade - tem constituído, desde sempre, o mais forte motivo para a resistência que se opõe à psicanálise. No afã de encontrar tópicos grandiloqüentes, chegou-se até a falar no "pan-sexualismo" da psicanálise e a fazer a esta a absurda censura de que ela explicaria "tudo" a partir da sexualidade. Só é possível assombrar-se com isso quando se esquece quão confuso e distraído se pode ficar em decorrência dos fatores afetivos. Já faz um bom tempo que o filósofo Arthur Schopenhauer mostrou aos homens em que medida seus feitos e interesses são determinados por aspirações sexuais - o sentido corriqueiro da expressão -, e parece incrível que todo um mundo de leitores tenha conseguido banir de sua mente, de maneira tão completa, uma advertência tão impressionante! E quanto à "ampliação" do conceito de sexualidade, que a análise das crianças e dos chamados perversos tornou necessária, todos aqueles que desde seu ponto de vista superior olham desdenhosamente para a psicanálise deveriam lembrar-se de quanto essa sexualidade ampliada da psicanálise se aproxima do *Eros* do divino Platão. (Cf. Nachmansohn, 1915.)

Viena, maio de 1920.

AS ABERRAÇÕES SEXUAIS

O fato da existência de necessidades sexuais no homem e no animal expressa-se na biologia pelo pressuposto de uma “pulsão sexual”. Segue-se nisso a analogia com a pulsão de nutrição: a fome. Falta à linguagem vulgar [no caso da pulsão sexual] uma designação equivalente à palavra “fome”; a ciência vale-se, para isso, de “libido”.

A opinião popular faz para si representações bem definidas da natureza e das características dessa pulsão sexual. Ela estaria ausente na infância, far-se-ia sentir na época e em conexão com o processo de maturação da puberdade, seria exteriorizada nas manifestações de atração irresistível que um sexo exerce sobre o outro, e seu objetivo seria a união sexual, ou pelo menos os atos que levassem nessa direção. Mas temos plena razão para ver nesses dados uma imagem muito infiel da realidade; olhando-os mais de perto, constata-se que estão repletos de erros, imprecisões e conclusões apressadas.

Introduzamos aqui dois termos: chamemos de *objeto sexual* a pessoa de quem provém a atração sexual, e de *alvo sexual* a ação para a qual a pulsão impele. Assim fazendo, a observação cientificamente esquadrihada mostrará um grande número de desvios em ambos, o objeto sexual e o alvo sexual, e a relação destes com a suposta norma exige uma investigação minuciosa.

(1) DESVIOS COM RESPEITO AO OBJETO SEXUAL

A teoria popular sobre a pulsão sexual tem seu mais belo equivalente na fábula poética da divisão do ser humano em duas metades - homem e mulher - que aspiram a unir-se de novo no amor. Por isso causa grande surpresa tomar conhecimento de que há homens cujo objeto sexual não é a mulher, mas o homem, e mulheres para quem não o homem, e sim a mulher, representa o objeto sexual. Diz-se dessas pessoas que são “de sexo contrário”, ou melhor, “invertidas”, e chama-se o fato de *inversão*. O número de tais pessoas é bastante considerável, embora haja dificuldades em apurá-lo com precisão.

(A) A INVERSÃO

COMPORTAMENTO DOS INVERTIDOS

As pessoas em questão comportam-se de maneira muito diversificada em vários aspectos.

(a) Podem ser invertidos *absolutos*, ou seja, seu objeto sexual só pode ser do mesmo sexo, enquanto o sexo oposto nunca é para eles objeto de anseio sexual, mas antes os deixa frios ou até lhes desperta aversão sexual. Quando se trata de homens, essa aversão os incapacita de praticarem o ato sexual normal, ou então não extraem dessa prática nenhum gozo.

(b) Podem ser invertidos *anfígenos* (hermafroditas sexuais), ou seja, seu objeto sexual tanto pode pertencer ao mesmo sexo quanto ao outro; falta à inversão, portanto, o caráter de exclusividade.

(c) Podem ser invertidos *ocasionais*, ou seja, em certas condições externas, dentre as quais destacam-se a inacessibilidade do objeto sexual normal e a imitação, elas podem tomar como objeto sexual uma pessoa do mesmo sexo e encontrar satisfação no ato sexual com ela.

Os invertidos mostram ainda um comportamento variado no juízo que fazem da peculiaridade de sua pulsão sexual. Alguns aceitam a inversão como algo natural, tal como os normais aceitam a orientação de sua libido, e defendem energicamente sua igualdade de direitos com os normais. Outros, porém, rebelam-se contra o fato de sua inversão e a sentem como uma compulsão patológica.

Outras variações concernem às relações temporais. O traço da inversão pode vir de longa data no indivíduo, até onde sua memória consegue alcançar, ou só se ter feito notar em determinada época, antes ou depois da puberdade. Esse caráter pode conservar-se por toda a vida, ou ser temporariamente suspenso, ou ainda constituir um episódio no caminho para o desenvolvimento normal; e pode até exteriorizar-se pela primeira vez em época posterior da vida, após um longo período de atividade sexual normal. Observou-se também uma oscilação periódica entre o objeto sexual normal e o invertido. Particularmente interessantes são os casos em que a libido se altera no sentido da inversão depois de se ter uma experiência penosa com o objeto sexual normal.

Em geral, essas diferentes séries de variações coexistem independentemente umas das outras. Em sua forma mais extrema, talvez se possa supor regularmente que a inversão existiu desde época muito prematura e que a pessoa se sente em consonância com sua peculiaridade.

Muitos autores se recusariam a reunir num só conjunto os casos aqui enumerados e prefeririam frisar as diferenças em vez das semelhanças entre esses grupos, o que se prende a sua maneira favorita de encarar a inversão. No entanto, por mais legítimas que sejam essas distinções, é impossível desconhecer que todos os graus intermediários são abundantemente encontrados, de modo que o estabelecimento de séries como que se impõe por si só.

CONCEPÇÃO DA INVERSÃO

A primeira apreciação da inversão consistiu em concebê-la como um sinal inato de

degeneração nervosa, e estava em consonância com o fato de os observadores médicos terem deparado com ela pela primeira vez em doentes nervosos ou pessoas que davam a impressão de sê-lo. Essa caracterização contém dois elementos que devem ser apreciados separadamente: o caráter inato e a degeneração.

DEGENERÇÃO

A degeneração está exposta às objeções que se levantam, em geral, contra o uso indiscriminado dessa palavra. Tornou-se costume imputar à degeneração todos os tipos de manifestação patológica que não sejam de origem diretamente traumática ou infecciosa. A classificação dos degenerados feita por Magnan faz com que nem mesmo a mais primorosa conformação geral da função nervosa fique excluída da aplicabilidade do conceito de degeneração. Nessas circunstâncias, pode-se indagar que benefício e que novo conteúdo possui em geral o juízo “degeneração”. Parece mais oportuno falar em degeneração apenas quando:

(1) houver uma conjugação de muitos desvios graves em relação à norma;

(2) a capacidade de funcionamento e de sobrevivência parecer em geral gravemente prejudicada.

Vários fatores permitem ver que os invertidos não são degenerados nesse sentido legítimo da palavra:

(1) Encontra-se a inversão em pessoas que não exibem nenhum outro desvio grave da norma;

(2) Do mesmo modo, encontramos-la em pessoas cuja eficiência não está prejudicada e que inclusive se destacam por um desenvolvimento intelectual e uma cultura ética particularmente elevados.

(3) Se abstrairmos os pacientes encontrados em nossa experiência médica e procurarmos abarcar um horizonte mais amplo, depararemos em duas direções com fatos que impedem que se conceba a inversão como um sinal de degeneração:

(a) É preciso considerar que nos povos antigos, no auge de sua cultura, a inversão era um fenômeno freqüente, quase que uma instituição dotada de importantes funções.

(b) Ela é extremamente difundida em muitos povos selvagens e primitivos, ao passo que o

conceito de degeneração costuma restringir-se à civilização elevada (cf. I. Bloch); e mesmo entre os povos civilizados da Europa, o clima e a raça exercem a mais poderosa influência sobre a disseminação e o juízo que se faz da inversão.

CARÁTER INATO

Como é compreensível, o caráter inato só é alegado no tocante à primeira e mais extrema classe dos invertidos, e na verdade com base na asseveração dessas pessoas de que em nenhum momento de sua vida mostrou-se a elas outra orientação de sua pulsão sexual. Já a existência das duas outras classes, especialmente da terceira [os invertidos “ocasionais”], dificilmente se compatibiliza com a concepção de um caráter inato. Por isso os que sustentam essa opinião tendem a separar o grupo dos invertidos absolutos de todos os demais, o que tem como consequência a renúncia a uma concepção universalmente válida da inversão. Assim, a inversão teria um caráter inato numa série de casos, enquanto noutros poderia ter-se originado de outra maneira.

O oposto disso é a concepção alternativa de que a inversão é um caráter *adquirido* da pulsão sexual. Ela se apóia nas seguintes considerações:

(1) Na vida de muitos invertidos (mesmo absolutos) pode-se demonstrar a influência de uma impressão sexual prematura cuja consequência duradoura é representada pela inclinação homossexual.

(2) Na vida de muitos outros é possível indicar as influências externas favorecedoras e inibidoras que levaram, em época mais prematura ou mais tardia, à fixação da inversão (relacionamentos exclusivos com o mesmo sexo, companheirismo na guerra, detenção em presídios, os riscos da relação heterossexual, celibato, fraqueza sexual etc.).

(3) A inversão pode ser eliminada pela sugestão hipnótica, o que seria assombroso numa característica inata.

Dentro dessa perspectiva, pode-se até contestar a própria existência de uma inversão inata. É possível objetar (cf. Havelock Ellis [1915]) que um exame mais rigoroso dos casos reivindicados em prol da inversão inata provavelmente também traria à luz uma vivência da primeira infância que foi determinante para a orientação da libido. Essa vivência simplesmente não se teria preservado na memória consciente da pessoa, mas seria possível trazê-la de volta à lembrança mediante a influência apropriada. Segundo esses autores, a inversão só poderia ser qualificada como uma variação freqüente da pulsão sexual, passível de ser determinada por uma

quantidade de circunstâncias externas de vida.

Mas a aparente certeza assim adquirida chega ao fim através da observação contrária de que muitas pessoas ficam sujeitas às mesmas influências sexuais (inclusive na meninice: sedução, masturbação mútua), sem por isso se tornarem invertidas ou assim continuarem permanentemente. Somos portanto impelidos à suposição de que a alternativa inato/adquirido é incompleta, ou então não abarca todas as situações presentes na inversão.

EXPLICAÇÃO DA INVERSÃO

Nem a hipótese de que a inversão é inata, nem tampouco a conjectura alternativa de que é adquirida explicam sua natureza. No primeiro caso, é preciso dizer o que há nela de inato, para que não se concorde com a explicação rudimentar de que a pessoa traz consigo, em caráter inato, o vínculo da pulsão sexual com determinado objeto sexual. No outro caso, cabe perguntar se as múltiplas influências acidentais bastariam para explicar a aquisição da inversão, sem necessidade de que algo no indivíduo fosse ao encontro delas. A negação deste último fator, segundo nossas colocações anteriores, é inadmissível.

O RECURSO À BISSEXUALIDADE

Desde Lydston [1889], Kiernan [1888] e Chevalier [1893] tem-se recorrido, para esclarecer a possibilidade de uma inversão sexual, a uma série de idéias que contém uma nova contradição das opiniões populares. Estas admitem que o ser humano ou é homem ou é mulher. A ciência, porém, conhece casos em que os caracteres sexuais parecem confusos e é portanto difícil determinar o sexo, antes de mais nada no campo anatômico. A genitália dessas pessoas combina caracteres masculinos e femininos (hermafroditismo). Em casos raros, os dois tipos de aparelho sexual coexistem plenamente desenvolvidos (hermafroditismo verdadeiro), porém com muito mais freqüência acham-se ambos atrofiados.

Mas a importância dessas anormalidades está em que elas facilitam de maneira inesperada a compreensão da formação normal. É que certo grau de hermafroditismo anatômico constitui a norma; em nenhum indivíduo masculino ou feminino de conformação normal faltam vestígios do aparelho do sexo oposto, que persistiram sem nenhuma função como órgãos rudimentares, ou que se modificaram para tomar a seu encargo outras funções.

A concepção resultante desses fatos anatômicos conhecidos de longa data é a de uma predisposição originariamente bissexual, que, no curso do desenvolvimento, vai-se transformando em monossexualidade, com resíduos ínfimos do sexo atrofiado.

Era sugestivo transpor essa concepção para o campo psíquico e explicar a inversão em todas as suas variedades como a expressão de um hermafroditismo psíquico. E para resolver a questão restaria apenas constatar uma coincidência regular da inversão com os sinais anímicos e somáticos do hermafroditismo.

Só que essa expectativa não se realizou. Não é possível imaginar relações tão estreitas entre o suposto hibridismo psíquico e o hibridismo anatômico comprovável. O que amiúde se constata nos invertidos é uma redução generalizada da pulsão sexual (cf. Havelock Ellis [1915]) e uma ligeira atrofia anatômica dos órgãos. Amiúde, mas de modo algum regularmente ou mesmo predominantemente. Portanto, cabe reconhecer que a inversão e o hermafroditismo somático são, no conjunto, independentes entre si.

Tem-se ainda atribuído grande importância aos chamados caracteres sexuais secundários e terciários e a sua freqüente presença acentuada nos invertidos (cf. Havelock Ellis [1915]). Também nisso há muito de acerto, mas não se deve esquecer que em geral os caracteres sexuais secundários e terciários de um sexo aparecem com muitíssima freqüência no outro; são, portanto, indícios de hermafroditismo, mas nem por isso revela-se uma mudança do objeto sexual no sentido da inversão.

O hermafroditismo psíquico ganharia corpo se, com a inversão do objeto sexual, houvesse em paralelo ao menos uma mudança das demais qualidades anímicas, pulsões e traços de caráter para a variante típica do sexo oposto. Mas só se pode esperar tal inversão do caráter com alguma regularidade nas mulheres invertidas, pois nos homens a mais plena virilidade anímica é compatível com a inversão. A persistir na colocação de um hermafroditismo psíquico, é preciso acrescentar que suas manifestações nos diversos campos permitem identificar apenas um ínfimo condicionamento recíproco. O mesmo se aplica, aliás, ao hibridismo somático; segundo Halban (1903), também as atrofias de órgãos específicos e os caracteres sexuais secundários aparecem com bastante independência uns dos outros.

A doutrina da bissexualidade foi exprimida em sua mais crua forma por um porta-voz dos invertidos masculinos: “um cérebro feminino num corpo masculino”. Entretanto, ignoramos quais seriam as características de um “cérebro feminino”. A substituição do problema psicológico pelo anatômico é tão inútil quanto injustificada. A tentativa de explicação de Krafft-Ebing parece concebida de maneira mais exata que a de Ulrichs, embora em essência não difira dela; segundo Krafft-Ebing [1895, 5], a disposição bissexual dota o indivíduo tanto de centros cerebrais masculinos e femininos quanto de órgãos sexuais somáticos. Esses centros começam a desenvolver-se na época da puberdade, na maioria das vezes sob a influência das glândulas

sexuais, que independem deles na disposição [originária]. Mas a esses “centros” masculinos e femininos aplica-se o mesmo que dissemos sobre os cérebros masculinos e femininos, e, a propósito, nem sequer sabemos se cabe presumir, para as funções sexuais, áreas cerebrais delimitadas (“centros”) como as que supomos, por exemplo, para a fala.

Ainda assim, duas idéias permanecem de pé após essas discussões: de algum modo, há uma disposição bissexual implicada na inversão, embora não saibamos em que consiste essa disposição além da formação anatômica; e lida-se também com perturbações que afetam a pulsão sexual em seu desenvolvimento.

OBJETO SEXUAL DOS INVERTIDOS

A teoria do hermafroditismo psíquico pressupõe que o objeto sexual dos invertidos seja o oposto do normal. O homem invertido sucumbiria, como a mulher, ao encanto proveniente dos atributos masculinos do corpo e da alma; sentir-se-ia como uma mulher e buscaria o homem.

No entanto, por melhor que isso se aplique a toda uma série de invertidos, ainda está longe de revelar uma característica universal da inversão. Não há dúvida alguma de que uma grande parcela dos invertidos masculinos preserva o caráter psíquico da virilidade, traz relativamente poucos caracteres secundários do sexo oposto e, com efeito, busca em seu objeto sexual traços psíquicos femininos. Não fosse assim, seria incompreensível o fato de a prostituição masculina, que hoje como na Antigüidade se oferece aos invertidos, copiar as mulheres em todas as exteriorizações da indumentária e do porte; tal imitação, de outro modo, ofenderia necessariamente o ideal dos invertidos. Nos gregos, entre os quais os homens mais viris figuravam entre os invertidos, está claro que o que inflamava o amor do homem não era o caráter *masculino* do efebo, mas sua semelhança física com a mulher, bem como seus atributos anímicos femininos: a timidez, o recato e a necessidade de ensinamentos e assistência. Mal se tornava homem, o efebo deixava de ser um objeto sexual para o homem, e talvez ele próprio se transformasse num amante de efebos. Nesses casos, portanto, como em muitos outros, o objeto sexual não é do mesmo sexo, mas uma conjugação dos caracteres de ambos os sexos, como que um compromisso entre uma moção que anseia pelo homem e outra que anseia pela mulher, com a condição imprescindível da masculinidade do corpo (da genitália): é, por assim dizer, o reflexo especular da própria natureza bissexual.

A situação é menos ambígua nas mulheres, entre as quais as invertidas ativas exibem com particular freqüência os caracteres somáticos e anímicos do homem e anseiam pela feminilidade em seu objeto sexual, muito embora, também nesse caso, um conhecimento mais estreito pudesse revelar uma variedade maior.

ALVO SEXUAL DOS INVERTIDOS

O fato importante a ser retido é que de modo algum se pode chamar de uniforme a meta sexual dos invertidos. Nos homens, a relação sexual *per anum* não coincide em absoluto com a inversão; a masturbação é com igual freqüência seu alvo exclusivo, e as restrições ao alvo sexual - a ponto de ele ser um mero extravasamento da emoção - são aqui ainda mais comuns do que no amor heterossexual. Também entre as mulheres invertidas são múltiplos os alvos sexuais, parecendo privilegiado entre elas o contato com a mucosa bucal.

CONCLUSÃO

É verdade que nos vemos impossibilitados de esclarecer satisfatoriamente a origem da inversão a partir do material apresentado até agora, mas podemos notar que nesta indagação chegamos a um conhecimento que talvez se revele mais importante para nós do que a solução da tarefa acima. Chamou-nos a atenção que imaginávamos como demasiadamente íntima a ligação entre a pulsão sexual e o objeto sexual. A experiência obtida nos casos considerados anormais nos ensina que, neles, há entre a pulsão sexual e o objeto sexual apenas uma solda, que corríamos o risco de não ver em conseqüência da uniformidade do quadro normal, em que a pulsão parece trazer consigo o objeto. Assim, somos instruídos a afrouxar o vínculo que existe em nossos pensamentos entre a pulsão e o objeto. É provável que, de início, a pulsão sexual seja independente de seu objeto, e tampouco deve ela sua origem aos encantos deste.

(B) ANIMAIS E PESSOAS SEXUALMENTE IMATURAS COMO OBJETOS SEXUAIS

Enquanto as pessoas cujos objetos sexuais não pertencem ao sexo normalmente apropriado, ou seja, os invertidos, afiguram-se ao observador como uma coletânea de indivíduos talvez bastante válidos em outros aspectos, os casos em que se escolhem pessoas sexualmente imaturas (crianças) como objetos sexuais são desde logo encarados como aberrações esporádicas. Só excepcionalmente as crianças são objetos sexuais exclusivos; em geral, passam a desempenhar esse papel quando um indivíduo covarde ou impotente presta-se a usá-las como substituto, ou quando uma pulsão urgente (impreterível) não pode apropriar-se, no momento, de nenhum objeto mais adequado. Ainda assim, é esclarecedor sobre a natureza da pulsão sexual o fato de ela admitir tão ampla variação e tamanho rebaixamento de seu objeto, coisa que a fome, muito mais energicamente agarrada a seu objeto, só permitiria nos casos mais extremos. Uma observação similar é válida quanto à relação sexual com animais, que não é nada rara, sobretudo entre os camponeses, e onde a atração sexual parece ultrapassar a barreira da espécie.

Por motivos estéticos, de bom grado se atribuiriam estas e outras aberrações graves da pulsão sexual à loucura, mas isso não é possível. A experiência ensina que não se observam entre os loucos quaisquer perturbações da pulsão sexual diferentes das encontradas entre os sadios, bem como em raças e classes inteiras. Assim, com a mais insólita freqüência encontra-se o abuso sexual contra as crianças entre os professores e as pessoas que cuidam de crianças, simplesmente porque a eles se oferece a melhor oportunidade para isso. Os loucos apenas exibem tal aberração em grau intensificado, ou então, o que é particularmente significativo, elevado a uma prática exclusiva e substituindo a satisfação sexual normal.

Essa curiosíssima relação entre as variações sexuais e a escala que vai da saúde à perturbação mental dá o que pensar. Eu opinaria que este fato, ainda por esclarecer, seria uma indicação de que as moções da vida sexual, mesmo normalmente, encontram-se entre as menos dominadas pelas atividades anímicas superiores. Segundo minha experiência, quem é mentalmente anormal em algum outro aspecto, seja em termos sociais ou éticos, habitualmente também o é em sua vida sexual. Mas muitos são os anormais na vida sexual que, em todos os outros pontos, correspondem à média, e que passaram pessoalmente pelo desenvolvimento cultural humano, cujo ponto mais fraco continua a ser a sexualidade.

Ora, como resultado mais genérico dessas discussões extrairíamos o entendimento de que, numa grande quantidade de condições e num número surpreendentemente elevado de indivíduos, a índole e o valor do objeto sexual passam para segundo plano. O essencial e constante na pulsão sexual é alguma outra coisa.

(2) DESVIOS COM RESPEITO AO ALVO SEXUAL

Considera-se como alvo sexual normal a união dos genitais no ato designado como coito, que leva à descarga da tensão sexual e à extinção temporária da pulsão sexual (uma satisfação análoga à saciação da fome). Todavia, mesmo no processo sexual mais normal reconhecem-se os rudimentos daquilo que, se desenvolvido, levaria às aberrações descritas como *perversões*. É que certas relações intermediárias com o objeto sexual (a caminho do coito), tais como apalpá-lo e contemplá-lo, são reconhecidas como alvos sexuais preliminares. Essas atividades, de um lado, trazem prazer em si mesmas, e de outro, intensificam a excitação que deve perdurar até que se alcance o alvo sexual definitivo. Além disso, a um desses contatos, o das mucosas labiais das duas pessoas - o beijo - , atribuiu-se em muitos povos (dentre eles os mais altamente civilizados) um elevado valor sexual, apesar de as partes do corpo nele implicadas não pertencerem ao aparelho sexual, mas constituírem a entrada do tubo digestivo. Aí estão, portanto, fatores que permitem ligar as perversões à vida sexual normal e que também são aplicáveis à classificação delas. As perversões são ou (a) *transgressões* anatômicas quanto às regiões do corpo destinadas

à união sexual, ou (b) *demoras* nas relações intermediárias com o objeto sexual, que normalmente seriam atravessadas com rapidez a caminho do alvo sexual final.

(A) TRANSGRESSÕES ANATÔMICAS

SUPERVALORIZAÇÃO DO OBJETO SEXUAL

Somente em raríssimos casos a valorização psíquica com que é aquinhado o objeto sexual, enquanto alvo desejado da pulsão sexual, restringe-se a sua genitália; ela se propaga, antes, por todo o seu corpo, e tende a abranger todas as sensações provenientes do objeto sexual. A mesma supervalorização irradia-se pelo campo psíquico e se manifesta como uma cegueira lógica (enfraquecimento do juízo) perante as realizações anímicas e as perfeições do objeto sexual, e também como uma submissão crédula aos juízos dele provenientes. Assim é que a credulidade do amor passa a ser uma fonte importante, se não a fonte originária da *autoridade*.

Ora, é essa supervalorização sexual que não suporta bem a restrição do alvo sexual à união dos órgãos genitais propriamente ditos e que contribui para elevar as atividades ligadas a outras partes do corpo à condição de alvos sexuais.

A importância desse fator da supervalorização sexual pode ser estudada em melhores condições no homem, cuja vida amorosa é a única a ter-se tornado acessível à investigação, enquanto a da mulher, em parte por causa da atrofia cultural, em parte por sua discrição e insinceridade convencionais, permanece envolta numa obscuridade ainda impenetrável.

USO SEXUAL DA MUCOSA DOS LÁBIOS E DA BOCA

O uso da boca como órgão sexual é considerado como perversão quando os lábios (língua) de uma pessoa entram em contato com a genitália de outra, mas não quando ambas colocam em contato a mucosa labial. Nesta exceção reside o ponto de ligação com o normal. Quem, por considerá-las perversões, detesta as outras práticas, certamente usuais desde os primórdios da humanidade, cede nisso a um claro *sentimento de asco* que o resguarda de aceitar tal alvo sexual. Mas os limites desse asco são, muitas vezes, puramente convencionais; aquele que beija com ardor os lábios de uma bela jovem talvez usasse com asco a escova de dentes dela, embora não tenha nenhuma razão para supor que sua própria cavidade bucal seja mais limpa que a da moça. Chama a atenção, aqui, o fator do asco, que estorva a supervalorização libidinosa do objeto sexual, mas que, por sua vez, pode ser vencido pela libido. Poder-se-ia ver no asco uma das forças que levaram à restrição do alvo sexual. Em geral, estas se detêm ante a genitália. Mas não há dúvida alguma de que também os genitais do sexo oposto, em si mesmos, podem constituir

objetos de asco, e de que esse comportamento é uma das características de todos os histéricos (sobretudo as mulheres). A força da pulsão sexual gosta de se exercer na dominação desse asco. (Ver a partir de [1].)

USO SEXUAL DO ORIFÍCIO ANAL

No que concerne ao ânus, reconhece-se com clareza ainda maior do que nos casos anteriores que é a repugnância que apõe nesse alvo sexual o selo da perversão. Mas que eu não seja acusado de partidarismo por observar que a fundamentação desse asco no fato de tal parte do corpo servir à excreção e entrar em contato com o asqueroso em si - os excrementos - não é muito mais convincente do que a razão fornecida pelas moças histéricas para explicar seu asco ante o órgão genital masculino: que ele serve à micção.

O papel sexual da mucosa do ânus de modo algum se restringe à relação sexual entre homens, nem tampouco a predileção por ela é característica da sensibilidade dos invertidos. Parece, ao contrário, que o *paedication* do homem deve seu papel à analogia com o ato praticado com a mulher, ao passo que a masturbação recíproca é o alvo sexual mais facilmente encontrado na relação sexual dos invertidos.

SIGNIFICAÇÃO DE OUTRAS PARTES DO CORPO

A propagação do interesse sexual para outras partes do corpo, com todas as suas variações em princípio nada nos oferece de novo; nada acrescenta ao conhecimento da pulsão sexual, que nisso não faz senão proclamar sua intenção de se apoderar do objeto sexual em todos os sentidos. Mas ao lado da supervalorização sexual apresenta-se, nas transgressões anatômicas, um segundo fator que é alheio ao conhecimento popular. Certos lugares do corpo, como as mucosas bucal e anal, que aparecem repetidamente nessas práticas, como que reivindicam ser considerados e tratados, eles mesmos, como genitais. Veremos mais adiante que essa reivindicação se justifica pelo desenvolvimento da pulsão sexual e que é atendida na sintomatologia de certos estados patológicos.

SUBSTITUIÇÃO IMPRÓPRIA DO OBJETO SEXUAL - FETICHISMO

Uma impressão muito peculiar resulta dos casos em que o objeto sexual normal é substituído por outro que guarda certa relação com ele, mas que é totalmente impróprio para servir ao alvo sexual normal. Do ponto de vista da classificação, por certo teríamos feito melhor em mencionar esse grupo sumamente interessante de aberrações da pulsão sexual já entre os desvios com respeito ao objeto sexual, mas o adiamos até tomar conhecimento do fator da

supervalorização sexual, da qual dependem esses fenômenos ligados ao abandono do alvo sexual.

O substituto do objeto sexual geralmente é uma parte do corpo (os pés, os cabelos) muito pouco apropriada para fins sexuais, ou então um objeto inanimado que mantém uma relação demonstrável com a pessoa a quem substitui, de preferência com a sexualidade dela (um artigo de vestuário, uma peça íntima). Comparou-se esse substituto, não injustificadamente, com o fetiche em que o selvagem vê seu deus incorporado.

A transição para os casos de fetichismo com renúncia ao alvo sexual, seja este normal ou perverso, constitui-se dos casos em que se exige do objeto sexual uma condição fetichista para que o alvo sexual seja alcançado (determinada cor dos cabelos, certas roupas, ou mesmo defeitos físicos). Nenhuma outra variação da pulsão sexual nas raias do patológico merece tanto o nosso interesse quanto essa, dada a singularidade dos fenômenos a que dá lugar. Um certo rebaixamento da aspiração ao alvo sexual normal (fraqueza de execução no aparelho sexual) parece ser pré-requisito disso em todos os casos. O ponto de ligação com o normal é proporcionado pela *supervalorização* psicologicamente necessária do objeto sexual, que se propaga inevitavelmente por tudo o que está associativamente ligado ao objeto. Por isso certo grau desse fetichismo costuma ser próprio do amor normal, sobretudo nos estágios de enamoramento em que o alvo sexual normal é inatingível ou sua satisfação parece impedida:

*Schaff mir ein Halstuch von ihrer Brust,
Ein Strumpfband meiner Liebeslust*

O caso só se torna patológico quando o anseio pelo fetiche se fixa, indo além da condição mencionada, e se coloca no lugar do alvo sexual normal, e ainda, quando o fetiche se desprende de determinada pessoa e se torna o único objeto sexual. São essas as condições gerais para que meras variações da pulsão sexual se transformem em aberrações patológicas.

Na escolha do fetiche manifesta-se - como Binet [1888] foi o primeiro a sustentar e como depois se comprovou abundantemente - a influência persistente de uma impressão sexual recebida, na maioria das vezes, na primeira infância, o que se pode comparar com a proverbial persistência do primeiro amor (*“on revient toujours à ses premiers amours”*). Essa derivação é particularmente clara nos casos em que há apenas um condicionamento fetichista do objeto sexual. Voltaremos a deparar, em outro ponto (ver em [1]), com a significação das impressões sexuais precoces.

Em outros casos, o que leva à substituição do objeto pelo fetiche é uma conexão simbólica

de pensamentos que, na maioria das vezes, não é consciente para a pessoa. Os trajetos dessas conexões nem sempre podem ser indicados com certeza (o pé, por exemplo, é um antiquíssimo símbolo sexual que já aparece no mito, e as “peles” decerto devem seu papel de fetiche à associação com os pêlos do *mons Veneris*). Não obstante, nem mesmo esse simbolismo parece independer sempre das experiências sexuais da infância.

(B) FIXAÇÕES DE ALVOS SEXUAIS PROVISÓRIOS

SURGIMENTO DE NOVAS INTENÇÕES

Todas as condições externas e internas que dificultam ou adiam a consecução do alvo sexual normal (impotência, preço elevado do objeto sexual, riscos do ato sexual) reforçam, como é compreensível, a tendência a demorar-se nos atos preliminares e a formar a partir deles novos alvos sexuais, que podem tomar o lugar dos normais. Um exame mais atento sempre mostra que esses novos propósitos, mesmo os que se afiguram mais estranhos, já se esboçam no processo sexual normal.

O TOCAR E O OLHAR

Uma certa dose de uso do tato, ao menos para os seres humanos, é indispensável para que se atinja o alvo sexual normal. Sabe-se também, universalmente, que fonte de prazer, por um lado, e que afluxo de excitação renovada, por outro, são proporcionados pelas sensações de contato com a pele do objeto sexual. Portanto, demorar-se no tocar, desde que o ato sexual seja levado adiante, dificilmente pode contar entre as perversões.

O mesmo se dá com o ver, que em última análise deriva do tocar. A impressão visual continua a ser o caminho mais freqüente pelo qual se desperta a excitação libidinosa, e é com a transitabilidade desse caminho - se é que esse tipo de consideração teleológica é permissível - que conta a seleção natural ao fazer com que o objeto sexual se desenvolva em termos de beleza. A progressiva ocultação do corpo advinda com a civilização mantém desperta a curiosidade sexual, que ambiciona completar o objeto sexual através da revelação das partes ocultas, mas que pode ser desviada (“sublimada”) para a arte, caso se consiga afastar o interesse dos genitais e voltá-lo para a forma do corpo como um todo. A demora nesse alvo sexual intermediário do olhar carregado de sexo surge, em certa medida, na maioria das pessoas normais, e de fato lhes dá a possibilidade de orientarem uma parcela de sua libido para alvos artísticos mais elevados. Por outro lado, o prazer de ver [escopofilia] transforma-se em perversão (*a*) quando se restringe exclusivamente à genitália, (*b*) quando se liga à superação do asco (o *voyeur* - espectador das funções excretórias), ou (*c*) quando suplanta o alvo sexual normal, em vez de ser preparatório a

ele. Este último é marcadamente o caso dos exibicionistas, que, se posso deduzi-lo após diversas análises, exibem seus genitais para conseguir ver, em contrapartida, a genitália do outro.

Na perversão que aspira a olhar e ser olhado distingue-se um traço curiosíssimo, do qual nos ocuparemos ainda mais intensamente na aberração a ser examinada a seguir, ou seja: nela, o alvo sexual apresenta-se numa configuração dupla, nas formas *ativa* e *passiva*.

A força que se opõe ao prazer de ver, mas pode eventualmente ser superada por ele (como vimos antes no caso do asco), é a *vergonha*.

SADISMO E MASOQUISMO

A inclinação a infligir dor ao objeto sexual, bem como sua contrapartida, que são as mais freqüentes e significativas de todas as perversões, foram denominadas por Krafft-Ebing, em formas ativa e passiva, de “sadismo” e “masoquismo” (passivo). Outros autores [p. ex., Schrenck-Notzing (1899)] preferem a designação mais estrita de *algolagnia*, que destaca o prazer na dor, a crueldade, enquanto os termos escolhidos por Krafft-Ebing colocam em primeiro plano o prazer em qualquer forma de humilhação ou sujeição.

No tocante à *algolagnia* ativa, o sadismo, suas raízes são fáceis de apontar nas pessoas normais. A sexualidade da maioria dos varões exibe uma mescla de *agressão*, de inclinação a subjugar, cuja importância biológica talvez resida na necessidade de vencer a resistência do objeto sexual de outra maneira que não mediante o ato de *cortejar*. Assim, o sadismo corresponderia a um componente agressivo autonomizado e exagerado da pulsão sexual, movido por deslocamento para o lugar preponderante.

O conceito de sadismo oscila, na linguagem corriqueira, desde uma atitude meramente ativa ou mesmo violenta para com o objeto sexual até uma satisfação exclusivamente condicionada pela sujeição e maus-tratos a ele infligidos. Num sentido estrito, somente este último caso extremo merece o nome de perversão.

De maneira similar, a designação de “masoquismo” abrange todas as atitudes passivas perante a vida sexual e o objeto sexual, a mais extrema das quais parece ser o condicionamento da satisfação ao padecimento de dor física ou anímica advinda do objeto sexual. O masoquismo enquanto perversão parece distanciar-se mais do alvo sexual normal do que sua contrapartida; em primeiro lugar, pode-se pôr em dúvida se ele aparece alguma vez como fenômeno primário, ou se, pelo contrário, surge regularmente do sadismo mediante uma transformação. É freqüente poder-se reconhecer que o masoquismo não é outra coisa senão uma continuação do sadismo que se volta

contra a própria pessoa, que com isso assume, para começar, o lugar do objeto sexual. A análise clínica dos casos extremos de perversão masoquista mostra a colaboração de uma ampla série de fatores (como o complexo de castração e a consciência de culpa) no exagero e fixação da atitude sexual passiva originária.

A dor, que com isso é superada, alinha-se com o asco e a vergonha que se opunham à libido como resistência.

O sadismo e o masoquismo ocupam entre as perversões um lugar especial, já que o contraste entre atividade e passividade que jaz em sua base pertence às características universais da vida sexual.

Que a crueldade e a pulsão sexual estão intimamente correlacionadas é-nos ensinado, acima de qualquer dúvida, pela história da civilização humana, mas no esclarecimento dessa correlação não se foi além de acentuar o fator agressivo da libido. Segundo alguns autores, essa agressão mesclada à pulsão sexual é, na realidade, um resíduo de desejos canibalísticos e, portanto, uma co-participação do aparelho de dominação, que atende à satisfação de outra grande necessidade ontogeneticamente mais antiga. Afirmou-se também que toda dor contém em si mesma a possibilidade de uma sensação prazerosa. Contentamo-nos aqui em afirmar que o esclarecimento dessa perversão de modo algum tem sido satisfatório e que, possivelmente, diversas aspirações anímicas nela se combinam para produzir um efeito único.

A particularidade mais notável dessa perversão reside, porém, em que suas formas ativa e passiva costumam encontrar-se juntas numa mesma pessoa. Quem sente prazer em provocar dor no outro na relação sexual é também capaz de gozar, como prazer, de qualquer dor que possa extrair das relações sexuais. O sádico é sempre e ao mesmo tempo um masoquista, ainda que o aspecto ativo ou passivo da perversão possa ter-se desenvolvido nele com maior intensidade e represente sua atividade sexual predominante.

Assim, vemos que algumas das inclinações à perversão apresentam-se regularmente como *pares de opostos*, o que, em conjunto com um material a ser posteriormente apresentado, pode reivindicar uma elevada significação teórica. É ainda evidente que a existência do par de opostos sadismo-masoquismo não é dedutível, em termos imediatistas, da mescla de agressão. Ao contrário, ficaríamos tentados a relacionar a presença simultânea desses opostos com a oposição entre masculino e feminino que se combina na bissexualidade, oposição que amiúde é substituída na psicanálise pelo contraste entre ativo e passivo.

(3) CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE AS PERVERSÕES

VARIAÇÃO E DOENÇA

É natural que os médicos, que inicialmente estudaram as perversões em exemplos bem marcados e em condições especiais, tenham-se inclinado a adjudicar-lhes o caráter de um sinal de degeneração ou doença, tal como havia ocorrido com a inversão. Não obstante, é ainda mais fácil descartar tal opinião no presente caso. A experiência cotidiana mostrou que a maioria dessas transgressões, no mínimo as menos graves dentre elas, são um componente que raramente falta na vida sexual das pessoas sadias e que é por elas julgado como qualquer outra intimidade. Quando as circunstâncias são favoráveis, também as pessoas normais podem substituir durante um bom tempo o alvo sexual normal por uma dessas perversões, ou arranjar-lhe um lugar ao lado dele. Em nenhuma pessoa sadia falta algum acréscimo ao alvo sexual normal que se possa chamar de perverso, e essa universalidade basta, por si só, para mostrar quão imprópria é a utilização reprobatória da palavra perversão. Justamente no campo da vida sexual é que se tropeça com dificuldades peculiares e realmente insolúveis, no momento, quando se quer traçar uma fronteira nítida entre o que é mera variação dentro da amplitude do fisiológico e o que constitui sintomas patológicos.

Ainda assim, em muitas dessas perversões a qualidade do novo alvo sexual é de tal ordem que requer uma apreciação especial. Algumas delas afastam-se tanto do normal em seu conteúdo que não podemos deixar de declará-las “patológicas”, sobretudo nos casos em que a pulsão sexual realiza obras assombrosas (lamber excrementos, abusar de cadáveres) na superação das resistências (vergonha, asco, horror ou dor). Nem mesmo nesses casos, porém, pode-se ter uma expectativa certa de que em seus autores se revelem regularmente pessoas com outras anormalidades graves ou doentes mentais. Tampouco nesses casos pode-se passar por cima do fato de que pessoas cuja conduta é normal em outros aspectos colocam-se como doentes apenas no campo da vida sexual, sob o domínio da mais irrefreável de todas as pulsões. Por outro lado, a anormalidade manifesta nas outras relações da vida costuma mostrar invariavelmente um fundo de conduta sexual anormal.

Na maioria dos casos podemos encontrar o caráter patológico da perversão, não no conteúdo do novo alvo sexual, mas em sua relação com a normalidade. Quando a perversão não se apresenta *ao lado* do alvo e do objeto sexuais normais, nos casos em que a situação é propícia a promovê-la e há circunstâncias desfavoráveis impedindo a normalidade, mas antes suplanta e substitui o normal em todas as circunstâncias, ou seja, quando há nela as características de *exclusividade* e *fixação*, então nos vemos autorizados, na maioria das vezes, a julgá-la como um sintoma patológico.

A PARTICIPAÇÃO DO ANÍMICO NAS PERVERSÕES

Talvez justamente nas perversões mais abjetas é que devemos reconhecer a mais abundante participação psíquica na transformação da pulsão sexual. Eis aí a obra de um trabalho anímico ao qual não se pode negar, a despeito de seu resultado atroz, o valor de uma idealização da pulsão. A onipotência do amor talvez nunca se mostre com maior intensidade do que nessas aberrações. O mais nobre e o mais vil, por toda parte da sexualidade, aparecem na mais íntima dependência mútua (“vom Himmel durch die Welt zur Hölle”).

DUAS CONCLUSÕES

Do estudo das perversões resultou-nos a visão de que a pulsão sexual tem de lutar contra certas forças anímicas que funcionam como resistências, destacando-se entre elas com máxima clareza a vergonha e o asco. É lícito conjecturar que essas forças contribuam para circunscrever a pulsão dentro dos limites considerados normais, e que, caso se desenvolvam precocemente no indivíduo, antes que a pulsão sexual alcance a plenitude de sua força, sem dúvida serão elas que irão apontar o rumo de seu desenvolvimento.

Observamos ainda que algumas das perversões investigadas só se tornam compreensíveis mediante a convergência de diversos motivos. Se elas admitem uma análise - uma decomposição -, então devem ser de natureza composta. Com isso podemos ter um indício de que talvez a própria pulsão sexual não seja uma coisa simples, mas reúna componentes que voltam a separar-se nas perversões. A clínica nos alertaria, portanto, para a existência de *fusões* que perderiam sua expressão como tais na conduta normal uniforme.

(4) A PULSÃO SEXUAL NOS NEURÓTICOS

A PSICANÁLISE

Uma importante contribuição para o conhecimento da pulsão sexual em pessoas que ao menos se aproximam do normal é extraída de uma fonte acessível apenas por determinado caminho. Existe apenas um meio de obter informações exaustivas e sem erro sobre a vida sexual dos chamados “psiconeuróticos” ([os que sofrem de] histeria, neurose obsessiva, da erroneamente chamada neurastenia, e certamente também de *dementia praecox* e paranóia): submetê-los à investigação psicanalítica, da qual se serve o procedimento terapêutico introduzido por Josef Breuer e eu em 1893 e então chamado de “catártico”.

Devo primeiramente esclarecer, repetindo o que já disse em outras publicações, que essas

psiconeuroses, até onde chegam minhas experiências, baseiam-se em forças pulsionais de cunho sexual. Não quero dizer com isso apenas que a energia da pulsão sexual faz uma contribuição para as forças que sustentam os fenômenos patológicos (os sintomas), e sim asseverar expressamente que essa contribuição é a única fonte energética constante da neurose e a mais importante de todas, de tal sorte que a vida sexual das pessoas em pauta expressa-se de maneira exclusiva, ou predominante, ou apenas parcial, nesses sintomas. Como exprimi em outro lugar [1905e, Posfácio, ver em [1]], os sintomas são a atividade sexual dos doentes. A prova dessa afirmação deriva do número crescente de psicanálises de histéricos e outros neuróticos que venho realizando há vinte e cinco anos, e sobre cujos resultados já prestei contas minuciosamente em outras publicações, como ainda continuarei a fazer.

A psicanálise elimina os sintomas dos histéricos partindo da premissa de que tais sintomas são um substituto - uma transcrição, por assim dizer - de uma série de processos, desejos e aspirações investidos de afeto, aos quais, mediante um processo psíquico especial (*o recalçamento*), nega-se a descarga através de uma atividade psíquica passível de consciência. Assim, essas formações de pensamento que foram retidas num estado de inconsciência aspiram a uma expressão apropriada a seu valor afetivo, a uma *descarga*, e, no caso da histeria, encontram-na mediante o processo de *conversão* em fenômenos somáticos - justamente os sintomas histéricos. Pela retransformação sistemática (com a ajuda de uma técnica especial) dos sintomas em representações investidas de afeto já agora conscientizadas, fica-se em condições de averiguar com a máxima precisão a natureza e a origem dessas formações psíquicas antes inconscientes.

RESULTADOS DA PSICANÁLISE

Verificou-se por esse caminho que os sintomas representam um substituto de aspirações que extraem sua força da fonte da pulsão sexual. Harmoniza-se plenamente com isso o que sabemos sobre o caráter dos histéricos (aqui tomados por modelo de todos os psiconeuróticos) antes de seu adoecimento, bem como sobre as ocasiões que precipitam a doença. O caráter histérico permite identificar um grau de *recalçamento sexual* que ultrapassa a medida normal; uma intensificação da resistência à pulsão sexual (que já ficamos conhecendo como vergonha, asco e moralidade); e uma fuga como que instintiva a qualquer ocupação do intelecto com o problema do sexo, que tem como conseqüência, nos casos mais acentuados, a manutenção de uma completa ignorância sexual, mesmo depois de alcançado o período de maturidade sexual.

Esse traço de caráter, tão essencial na histeria, não raro escapa à observação casual, ficando encoberto pelo segundo fator constitucional da histeria, ou seja, o desenvolvimento desmedido da pulsão sexual; somente a análise psicológica sabe desvendá-lo em todas as

oportunidades e solucionar a enigmática contradição da histeria, registrando a presença desse par de opostos: uma necessidade sexual desmedida e uma excessiva renúncia ao sexual.

O ensejo para o adoecimento apresenta-se à pessoa de disposição histérica quando, em conseqüência de sua própria maturação progressiva ou das circunstâncias externas de sua vida, as exigências reais do sexo tornam-se algo sério para ela. Entre a premência da pulsão e o antagonismo da renúncia ao sexual situa-se a saída para a doença, que não soluciona o conflito, mas procura escapar a ele pela transformação das aspirações libidinosas em sintomas. Não passa de exceção aparente o fato de uma pessoa histérica, um homem, por exemplo, adoecer por causa de uma emoção banal, de um conflito que não gire em torno de um interesse sexual. Nesses casos, a psicanálise consegue demonstrar regularmente que a doença foi possibilitada pelo componente sexual do conflito, que privou os processos anímicos de uma execução normal.

NEUROSE E PERVERSÃO

Boa parte da oposição contra estas minhas teses se esclarece pelo fato de que a sexualidade, da qual derivo os sintomas psiconeuróticos, é considerada coincidente com a pulsão sexual normal. Só que a psicanálise ensina ainda mais. Ela mostra que de modo algum os sintomas surgem apenas à custa da chamada pulsão sexual normal (pelo menos não de maneira exclusiva ou predominante), mas que representam a expressão convertida de pulsões que seriam designadas de *perversas* (no sentido mais lato) se pudessem expressar-se diretamente, sem desvio pela consciência, em propósitos da fantasia e em ações. Portanto, os sintomas se formam, em parte, às expensas da sexualidade *anormal*; *a neurose é, por assim dizer, o negativo da perversão*.

A pulsão sexual dos psiconeuróticos permite discernir todas as aberrações que estudamos como variações da vida sexual normal e como manifestações da patológica.

(a) Na vida anímica de todos os neuróticos (sem exceção) encontram-se moções de inversão, de fixação da libido em pessoas do mesmo sexo. Sem uma discussão a fundo é impossível apreciar adequadamente a importância desse fator para a configuração do quadro patológico; só posso asseverar que a tendência inconsciente para a inversão nunca está ausente e, em particular, presta os maiores serviços ao esclarecimento da histeria masculina.

(b) No inconsciente dos psiconeuróticos é possível demonstrar, como formadoras do sintoma, todas as tendências à transgressão anatômica, encontrando-se entre elas com particular freqüência e intensidade as que reivindicam para as mucosas da boca e do ânus o papel dos genitais.

(c) Um papel muito destacado entre os formadores de sintomas das psiconeuroses é desempenhado pelas pulsões parciais, que na maioria das vezes aparecem como pares de opostos e das quais já tomamos conhecimento como portadoras de novos alvos sexuais - a pulsão do prazer de ver e do exibicionismo, e a pulsão de crueldade em suas formas ativa e passiva. A contribuição desta última é indispensável à compreensão da natureza sofrida dos sintomas e domina quase invariavelmente uma parte da conduta social do doente. É também por intermédio dessa ligação da libido com a crueldade que se dá a transformação do amor em ódio, das moções afetuosas em moções hostis, que é característica de um grande número de casos de neurose e até, ao que parece, da paranóia em geral.

O interesse por esses resultados aumenta ainda mais a partir de certas particularidades dos fatos.

(a) Sempre que se descobre no inconsciente uma pulsão desse tipo, passível de ser pareada com um oposto, em geral pode-se demonstrar que este último também é eficaz. Toda perversão “ativa”, portanto, é acompanhada por sua contrapartida passiva: quem é exibicionista no inconsciente é também, ao mesmo tempo, *voyeur*; quem sofre as conseqüências das moções sádicas recalcadas encontra outro reforço para seu sintoma nas fontes da tendência masoquista. O completo acordo com a conduta nas perversões “positivas” correspondentes decerto é muito digno de nota, embora, nos quadros patológicos, uma ou outra das inclinações opostas desempenhe o papel preponderante.

(b) Nos casos mais patentes de psiconeurose é raro encontrar desenvolvida apenas uma dessas pulsões perversas; na maioria das vezes encontramos um grande número delas e, em geral, vestígios de todas. Mas a intensidade de cada pulsão isolada é independente do desenvolvimento das outras. Também nesse aspecto o estudo das perversões “positivas” proporciona uma contrapartida exata.

(5) PULSÕES PARCIAIS E ZONAS ERÓGENAS

Se juntarmos o que a investigação das perversões positivas e negativas nos permitiu averiguar, parecerá plausível reconduzi-las a uma série de “pulsões parciais” que, no entanto, não são primárias, já que permitem uma decomposição ulterior. Por “pulsão” podemos entender, a princípio, apenas o representante psíquico de uma fonte endossomática de estimulação que flui continuamente, para diferenciá-la do “estímulo”, que é produzido por excitações isoladas vindas de fora. Pulsão, portanto, é um dos conceitos da delimitação entre o anímico e o físico. A hipótese mais simples e mais indicada sobre a natureza da pulsão seria que, em si mesma, ela não possui

qualidade alguma, devendo apenas ser considerada como uma medida da exigência de trabalho feita à vida anímica. O que distingue as pulsões entre si e as dota de propriedades específicas é sua relação com suas *fontes* somáticas e seus *alvos*. A fonte da pulsão é um processo excitatório num órgão, e seu alvo imediato consiste na supressão desse estímulo orgânico.

Outra hipótese provisória de que não podemos furtar-nos na teoria das pulsões afirma que os órgãos do corpo fornecem dois tipos de excitação, baseados em diferenças de natureza química. A uma dessas classes de excitação designamos como a que é especificamente sexual, e referimo-nos ao órgão em causa como a “zona erógena” da pulsão parcial que parte dele.

Nas inclinações perversas que reivindicam para a cavidade bucal e para o orifício anal um sentido sexual, o papel das zonas erógenas é imediatamente perceptível. Elas se comportam em todos os aspectos como uma parte do aparelho sexual. Na histeria, esses lugares do corpo e os tratos de mucosa que partem deles transformam-se na sede de novas sensações e de alterações da inervação - e mesmo de processos comparáveis à ereção -, tal como os próprios órgãos genitais diante das excitações dos processos sexuais normais.

O sentido das zonas erógenas como aparelhos acessórios e substitutos da genitália evidencia-se com maior clareza, dentre as psiconeuroses, na histeria, mas isso não implica que ele deva ser menos valorizado nas outras formas de doença. Nestas (neurose obsessiva, paranóia), ele é apenas menos reconhecível, pois a formação dos sintomas se dá em regiões do aparelho anímico mais afastadas dos centros específicos que dominam o corpo. Na neurose obsessiva, o que mais se destaca é a significação dos impulsos que criam novos alvos sexuais e parecem independentes das zonas erógenas. Não obstante, na escopofilia e no exibicionismo o olho corresponde a uma zona erógena; no caso da dor e da crueldade como componentes da pulsão sexual, é a pele que assume esse mesmo papel - a pele, que em determinadas partes do corpo diferenciou-se nos órgãos sensoriais e se transmutou em mucosa, sendo assim a zona erógena *πατ ἐξοχην* [por excelência].

(6) ESCLARECIMENTOS SOBRE A APARENTE PREPONDERÂNCIA DA SEXUALIDADE PERVERSA NAS PSICONEUROSES

A discussão precedente talvez tenha colocado sob um prisma falso a sexualidade dos psiconeuróticos. Talvez tenha criado a aparência de que, em virtude de sua predisposição, os psiconeuróticos aproximam-se estreitamente dos perversos em sua conduta sexual e se distanciam dos normais na mesma medida. É bem possível, de fato, que a disposição constitucional desses doentes contenha, além de um grau desmedido de recalçamento sexual e de

uma intensidade hiperpotente da pulsão sexual, uma tendência incomum à perversão no sentido mais lato. Ainda assim, a investigação de casos mais brandos mostra que esta última suposição não é necessariamente indispensável, ou que, pelo menos, ao formar um juízo sobre esses efeitos patológicos, é preciso descontar a atuação de um outro fator. Na maioria dos psiconeuróticos, a doença só aparece depois da puberdade, a partir das solicitações da vida sexual normal. É contra esta que se orienta de modo preponderante o recalçamento. Ou então a doença se instaura mais tardiamente, quando a libido fica privada de satisfação pelas vias normais. Em ambos os casos a libido se comporta como uma corrente cujo leito principal foi bloqueado; ela inunda então as vias colaterais que até ali talvez tivessem permanecido vazias. Assim, também o que parece ser uma enorme tendência à perversão (apesar de negativa) nos psiconeuróticos pode estar colateralmente condicionado, e, em todo caso, deve ser colateralmente intensificado. O fato é que se tem de alinhar o recalçamento sexual, enquanto fator interno, com os fatores externos que, como a restrição da liberdade, a inacessibilidade do objeto sexual normal, os riscos do ato sexual normal etc., permitem que surjam perversões em indivíduos que, de outro modo, talvez permanecessem normais.

Nesse aspecto, os diversos casos de neurose podem portar-se de maneira diferente: num, prepondera a força inata da tendência à perversão, noutro, o aumento colateral dessa mesma tendência por ser a libido desviada do alvo e do objeto sexuais normais. Seria errôneo presumir uma oposição onde existe de fato uma relação de cooperação. A neurose sempre produz seus efeitos máximos quando a constituição e a vivência cooperam no mesmo sentido. Uma constituição marcante talvez possa prescindir do apoio de impressões provenientes da vida, e um grande abalo na vida talvez provoque a neurose até mesmo numa constituição corriqueira. Aliás, essa visão da importância etiológica do inato e do acidentalmente vivenciado é igualmente válida em outros campos.

Entretanto, caso se prefira a hipótese de que uma tendência particularmente marcante para as perversões é uma das peculiaridades da constituição psiconeurótica, abre-se a perspectiva de se poder distinguir uma multiplicidade dessas constituições, segundo a preponderância inata desta ou daquela zona erógena, desta ou daquela pulsão parcial. Como acontece com tantas outras coisas nesse campo, ainda não se investigou se há uma relação especial entre a disposição perversa e a escolha da forma específica da doença.

(7) INDICAÇÃO DO INFANTILISMO DA SEXUALIDADE

Ao demonstrar as moções perversas enquanto formadoras de sintomas nas psiconeuroses, aumentamos extraordinariamente o número de seres humanos que poderiam ser considerados perversos. Não é só que os próprios neuróticos constituam uma classe muito

numerosa, há também que levar em conta que séries descendentes e ininterruptas ligam a neurose, em todas as suas configurações, à saúde; por isso Moebius pôde dizer, com boas justificativas, que todos somos um pouco histéricos. Assim, a extraordinária difusão das perversões força-nos a supor que tampouco a predisposição às perversões é uma particularidade rara, mas deve, antes, fazer parte da constituição que passa por normal.

É discutível, como vimos, que as perversões remontem a condições inatas ou resultem, como supôs Binet quanto ao fetichismo (ver em [1]), de experiências ao acaso. Agora se nos oferece a conclusão de que há sem dúvida algo inato na base das perversões, mas esse algo é *inato em todos os seres humanos*, embora, enquanto disposição, possa variar de intensidade e ser acentuado pelas influências da vida. Trata-se, pois, das raízes inatas da pulsão sexual dadas pela constituição, as quais, numa série de casos (as perversões), convertem-se nas verdadeiras portadoras da atividade sexual (perversa), outras vezes passam por uma supressão (recalcamento) insuficiente, de tal sorte que podem atrair indiretamente para si, na qualidade de sintomas patológicos, parte da energia sexual, e que permitem, nos casos mais favoráveis situados entre os dois extremos, mediante uma restrição eficaz e outras elaborações, a origem da chamada vida sexual normal.

Mas devemos dizer ainda que essa suposta constituição que exhibe os germes de todas as perversões só é demonstrável na criança, mesmo que nela todas as pulsões só possam emergir com intensidade moderada. Vislumbramos assim a fórmula de que os neuróticos preservaram o estado infantil de sua sexualidade ou foram retransportados para ele. Desse modo, nosso interesse volta-se para a vida sexual da criança, e procederemos ao estudo do jogo de influências que domina o processo de desenvolvimento da sexualidade infantil até seu desfecho na perversão, na neurose ou na vida sexual normal.

A SEXUALIDADE INFANTIL

O DESCASO PARA COM O INFANTIL

Faz parte da opinião popular sobre a pulsão sexual que ela está ausente na infância e só desperta no período da vida designado da puberdade. Mas esse não é apenas um erro qualquer, e sim um equívoco de graves conseqüências, pois é o principal culpado de nossa ignorância de hoje sobre as condições básicas da vida sexual. Um estudo aprofundado das manifestações sexuais da infância provavelmente nos revelaria os traços essenciais da pulsão sexual, desvendaria sua evolução e nos permitiria ver como se compõe a partir de diversas fontes.

É digno de nota que os autores que se ocuparam do esclarecimento das propriedades e

reações do indivíduo adulto tenham prestado muito mais atenção à fase pré-histórica representada pela vida dos antepassados - ou seja, atribuído uma influência muito maior à hereditariedade - do que à outra fase pré-histórica, àquela que se dá na existência individual da pessoa, a saber, a infância. É que, como se pode supor, a influência desse período da vida seria mais fácil de compreender e teria direito a ser considerada antes da influência da hereditariedade. É certo que na literatura sobre o assunto encontramos notas ocasionais acerca da atividade sexual precoce em crianças pequenas, sobre ereções, masturbação e até mesmo atividades semelhantes ao coito. Mas elas são sempre citadas apenas como processos excepcionais, curiosidades ou exemplos assustadores de depravação precoce. Nenhum autor, ao que eu saiba, reconheceu com clareza a normatividade da pulsão sexual na infância, e, nos escritos já numerosos sobre o desenvolvimento infantil, o capítulo sobre o “Desenvolvimento Sexual” costuma ser omitido.

AMNÉSIA INFANTIL

A razão dessa estranha negligência pode ser buscada, em parte, nas considerações convencionais que os autores respeitam em conseqüência de sua própria criação, e em parte, num fenômeno psíquico que até agora escapou a qualquer explicação. Refiro-me à singular *amnésia* que, na maioria das pessoas (mas não em todas!), encobre os primeiros anos da infância, até os seis ou oito anos de idade. Até o momento, não nos ocorreu ficar surpresos ante o fato dessa amnésia, e no entanto, teríamos boas razões para isso. De fato, somos informados de que, durante esses anos, dos quais só preservamos na memória algumas lembranças incompreensíveis e fragmentadas, reagíamos com vivacidade frente às impressões, sabíamos expressar dor e alegria de maneira humana, mostrávamos amor, ciúme e outras paixões que então nos agitavam violentamente, e até formulávamos frases que eram registradas pelos adultos como uma boa prova de discernimento e de uma capacidade incipiente de julgamento. E de tudo isso, quando adultos, nada sabemos por nós mesmos. Por que terá nossa memória ficado tão para trás em relação a nossas outras atividades anímicas? Ora, temos razões para crer que em nenhuma outra época da vida a capacidade de recepção e reprodução é maior do que justamente nos anos da infância.

Por outro lado, devemos supor, ou podemos convencer-nos disso mediante a investigação psicológica de outrem, que as mesmas impressões por nós esquecidas deixaram, ainda assim, os mais profundos rastros em nossa vida anímica e se tornaram determinantes para todo o nosso desenvolvimento posterior. Não há como falar, portanto, em nenhum declínio real das impressões infantis, mas sim numa amnésia semelhante à que observamos nos neuróticos em relação às vivências posteriores, e cuja essência consiste num mero impedimento da consciência (recalcamento). Mas quais são as forças que efetuam esse recalcamento das impressões infantis? Quem solucionasse esse enigma teria também esclarecido a amnésia histórica.

Todavia, não queremos deixar de destacar que a existência da amnésia infantil fornece um novo ponto de comparação entre o estado anímico da criança e o dos psiconeuróticos. Já deparamos com outro desses pontos (ver em [1]) quando se impôs a nós a fórmula de que a sexualidade dos psiconeuróticos preserva o estado infantil ou é reconduzida a ele. E se a própria amnésia infantil também tiver de ser relacionada com as moções sexuais da infância?

Aliás, ligar a amnésia infantil à histérica é mais do que um mero jogo de palavras. A amnésia histérica, que está a serviço do recalçamento, só é explicável pela circunstância de que o indivíduo já possui um acervo de traços anêmicos que deixaram de estar à disposição da consciência e que agora, através de uma ligação associativa, apoderam-se daquilo sobre o que atuam as forças repulsoras do recalçamento. Pode-se dizer que sem a amnésia infantil não haveria amnésia histérica. [Cf. Freud, 1950a, Carta 84, de 10 de março de 1898.]

Creio, pois, que a amnésia infantil, que converte a infância de cada um numa espécie de época *pré-histórica* e oculta dele os primórdios de sua própria vida sexual, carrega a culpa por não se dar valor ao período infantil no desenvolvimento da vida sexual. Um observador isolado não pode preencher as lacunas assim geradas em nosso conhecimento. Já em 1896 frisei a significação da infância para a origem de certos fenômenos importantes que dependem da vida sexual, e desde então nunca deixei de trazer para primeiro plano o fator infantil na sexualidade.

(1) O PERÍODO DE LATÊNCIA SEXUAL DA INFÂNCIA E SUAS RUPTURAS

As constatações extraordinariamente amiudadas de moções sexuais pretensamente excepcionais e anormativas na infância, bem como a revelação das lembranças infantis do neurótico, até então inconscientes, talvez permitam traçar o seguinte quadro das condutas sexuais da infância:

Parece certo que o recém-nascido traz consigo germes de moções sexuais que continuam a se desenvolver por algum tempo, mas depois sofrem uma supressão progressiva, a qual, por sua vez, pode ser rompida por avanços regulares do desenvolvimento sexual ou suspensa pelas peculiaridades individuais. Nada se sabe ao certo sobre a regularidade e a periodicidade desse curso oscilante de desenvolvimento. Parece, no entanto, que a vida sexual da criança costuma expressar-se numa forma acessível à observação por volta dos três ou quatro anos de idade.

AS INIBIÇÕES SEXUAIS

Durante esse período de latência total ou apenas parcial erigem-se as forças anímicas que, mais tarde, surgirão como entraves no caminho da pulsão sexual e estreitarão seu curso à

maneira de diques (o asco, o sentimento de vergonha, as exigências dos ideais estéticos e morais). Nas crianças civilizadas, tem-se a impressão de que a construção desses diques é obra da educação, e certamente a educação tem muito a ver com isso. Na realidade, porém, esse desenvolvimento é organicamente condicionado e fixado pela hereditariedade, podendo produzir-se, no momento oportuno, sem nenhuma ajuda da educação. Esta fica inteiramente dentro do âmbito que lhe compete ao limitar-se a seguir o que foi organicamente prefixado e imprimi-lo de maneira um pouco mais polida e profunda.

FORMAÇÃO REATIVA E SUBLIMAÇÃO

Com que meios se erigem essas construções tão importantes para a cultura e normalidade posteriores da pessoa? Provavelmente, às expensas das próprias moções sexuais infantis, cujo afluxo não cessa nem mesmo durante esse período de latência, mas cuja energia - na totalidade ou em sua maior parte - é desviada do uso sexual e voltada para outros fins. Os historiadores da cultura parecem unânimes em supor que, mediante esse desvio das forças pulsionais sexuais das metas sexuais e por sua orientação para novas metas, num processo que merece o nome de *sublimação*, adquirem-se poderosos componentes para todas as realizações culturais. Acrescentaríamos, portanto, que o mesmo processo entra em jogo no desenvolvimento de cada indivíduo, e situaríamos seu início no período de latência sexual da infância.

Também sobre o mecanismo desse processo de sublimação pode-se arriscar uma conjectura. As moções sexuais desses anos da infância seriam, por um lado, inutilizáveis, já que estão diferidas as funções reprodutoras - o que constitui o traço principal do período de latência - , e por outro, seriam perversas em si, ou seja, partiriam de zonas erógenas e se sustentariam em pulsões que, dada a direção do desenvolvimento do indivíduo, só poderiam provocar sensações desprazerosas. Por conseguinte, elas despertam forças anímicas contrárias (moções reativas) que, para uma supressão eficaz desse desprazer, erigem os diques psíquicos já mencionados: asco, vergonha e moral.

RUPTURAS DO PERÍODO DE LATÊNCIA

Sem nos iludirmos quanto à natureza hipotética e quanto à clareza insuficiente de nossos conhecimentos acerca dos processos do período infantil de latência ou adiamento, voltemos à realidade para indicar que esse emprego da sexualidade infantil representa um ideal educativo do qual o desenvolvimento de cada um quase sempre se afasta em algum ponto, amiúde em grau considerável. Vez por outra irrompe um fragmento de manifestação sexual que se furtou à sublimação, ou preserva-se alguma atividade sexual ao longo de todo o período de latência, até a irrupção acentuada da pulsão sexual na puberdade. Na medida em que prestam alguma atenção à

sexualidade infantil, os educadores portam-se como se compartilhassem nossas opiniões sobre a construção das forças defensivas morais à custa da sexualidade, e como se soubessem que a atividade sexual torna a criança ineducável, pois perseguem como “vícios” todas as suas manifestações sexuais, mesmo que não possam fazer muita coisa contra elas. Nós, porém, temos todos os motivos para voltar nosso interesse para esses fenômenos temidos pela educação, pois deles esperamos o esclarecimento da configuração originária da pulsão sexual.

(2) AS MANIFESTAÇÕES DA SEXUALIDADE INFANTIL

O CHUCHAR

Por motivos que se deduzirão posteriormente, tomaremos como modelo das manifestações sexuais infantis o chuchar (sugar com deleite), ao qual o pediatra húngaro Lindner (1879) dedicou um excelente estudo.

O chuchar [*Ludeln* ou *Lutschen*], que já aparece no lactente e pode continuar até a maturidade ou persistir por toda a vida, consiste na repetição rítmica de um contato de sucção com a boca (os lábios), do qual está excluído qualquer propósito de nutrição. Uma parte dos próprios lábios, a língua ou qualquer outro ponto da pele que esteja ao alcance - até mesmo o dedão do pé - são tomados como objeto sobre o qual se exerce essa sucção. Uma pulsão preênsil surgida ao mesmo tempo pode manifestar-se através de puxadas rítmicas simultâneas do lóbulo da orelha e apoderar-se de uma parte de outra pessoa (em geral, a orelha) para o mesmo fim. O sugar com deleite alia-se a uma absorção completa da atenção e leva ao adormecimento, ou mesmo a uma reação motora numa espécie de orgasmo. Não raro, combina-se com a fricção de alguma parte sensível do corpo, como os seios ou a genitália externa. Por esse caminho, muitas crianças passam do chuchar para a masturbação.

O próprio Lindner reconheceu a natureza sexual dessa ação e a destacou de maneira irrestrita. Na meninice, o chuchar é freqüentemente equiparado aos outros “maus costumes” sexuais da criança. De numerosos pediatras e neurologistas tem-se erguido um protesto muito enérgico contra essa concepção, parcialmente baseado, sem dúvida, na confusão entre “sexual” e “genital”. Esse protesto levanta uma questão difícil e irrecusável: por qual característica genérica podemos reconhecer as manifestações sexuais da criança? Parece-me que a concatenação de fenômenos que pudemos discernir através da investigação psicanalítica nos autoriza a ver no chuchar uma manifestação sexual e a estudar justamente nele os traços essenciais da atividade sexual infantil.

AUTO-EROTISMO

Temos a obrigação de fazer um exame aprofundado desse exemplo. Como traço mais destacado dessa prática sexual, salientemos que a pulsão não está dirigida para outra pessoa; satisfaz-se no próprio corpo, é *auto-erótica*, para dizê-lo com a feliz denominação introduzida por Havelock Ellis [1910].

Está claro, além disso, que o ato da criança que chucha é determinado pela busca de um prazer já vivenciado e agora lembrado. No caso mais simples, portanto, a satisfação é encontrada mediante a sucção rítmica de alguma parte da pele ou da mucosa. É fácil adivinhar também em que ocasiões a criança teve as primeiras experiências desse prazer que agora se esforça por renovar. A primeira e mais vital das atividades da criança - mamar no seio materno (ou em seus substitutos) - há de tê-la familiarizado com esse prazer. Diríamos que os lábios da criança comportaram-se como uma *zona erógena*, e a estimulação pelo fluxo cálido de leite foi sem dúvida a origem da sensação prazerosa. A princípio, a satisfação da zona erógena deve ter-se associado com a necessidade de alimento. A atividade sexual apóia-se primeiramente numa das funções que servem à preservação da vida, e só depois torna-se independente delas. Quem já viu uma criança saciada recuar do peito e cair no sono, com as faces coradas e um sorriso beatífico, há de dizer a si mesmo que essa imagem persiste também como norma da expressão da satisfação sexual em épocas posteriores da vida. A necessidade de repetir a satisfação sexual dissocia-se então da necessidade de absorção de alimento - uma separação que se torna inevitável quando aparecem os dentes e o alimento já não é exclusivamente ingerido por sucção, mas é também mastigado. A criança não se serve de um objeto externo para sugar, mas prefere uma parte de sua própria pele, porque isso lhe é mais cômodo, porque a torna independente do mundo externo, que ela ainda não consegue dominar, e porque desse modo ela se proporciona como que uma segunda zona erógena, se bem que de nível inferior. A inferioridade dessa segunda região a levará, mais tarde, a buscar em outra pessoa a parte correspondente, os lábios. ("Pena eu não poder beijar a mim mesmo", dir-se-ia subjazer a isso.)

Nem todas as crianças praticam esse chuchar. É de se supor que cheguem a fazê-lo aquelas em quem a significação erógena da zona labial for constitucionalmente reforçada. Persistindo essa significação, tais crianças, uma vez adultas, serão ávidas apreciadoras do beijo, tenderão a beijos perversos ou, se forem homens, terão um poderoso motivo para beber e fumar. Caso sobrevenha o recalçamento, porém, sentirão nojo da comida e produzirão vômitos histéricos. Por força da dupla finalidade da zona labial, o recalçamento se estende à pulsão de nutrição. Muitas de minhas pacientes com distúrbios alimentares, *globus hystericus*, constricção na garganta e vômitos foram, na infância, firmes adeptas do chuchar.

No chuchar ou sugar com leite já podemos observar as três características essenciais

de uma manifestação sexual infantil. Esta nasce apoiando-se numa das funções somáticas vitais, ainda não conhece nenhum objeto sexual, sendo *auto-erótica*, e seu alvo sexual acha-se sob o domínio de uma *zona erógena*. Antecipemos que essas características são válidas também para a maioria das outras atividades das pulsões sexuais infantis.

(3) O ALVO SEXUAL DA SEXUALIDADE INFANTIL

CARACTERÍSTICAS DAS ZONAS ERÓGENAS

Do exemplo do chuchar podemos ainda deduzir várias coisas para a caracterização do que é uma zona erógena. Trata-se de uma parte da pele ou da mucosa em que certos tipos de estimulação provocam uma sensação prazerosa de determinada qualidade. Não há dúvida de que os estímulos produtores de prazer estão ligados a condições especiais que desconhecemos. Entre elas, o caráter rítmico deve desempenhar algum papel, impondo-se aqui a analogia com as cócegas. Menos seguro, parece, é se o caráter da sensação prazerosa provocada pelo estímulo pode ser designado de “particular”, particularidade esta em que estaria contido justamente o fator sexual. Em matéria de prazer e desprazer, a psicologia ainda tateia tanto no escuro que as hipóteses mais prudentes são as mais recomendáveis. Mais adiante, talvez deparemos com razões que pareçam sustentar a idéia de uma qualidade particular da sensação prazerosa.

A propriedade erógena pode ligar-se de maneira mais marcante a certas partes do corpo. Existem zonas erógenas predestinadas, como mostra o exemplo do chuchar. Mas esse exemplo ensina também que qualquer outro ponto da pele ou da mucosa pode tomar a seu encargo as funções de uma zona erógena, devendo, portanto, ter certa aptidão para isso. Assim, a qualidade do estímulo, mais do que a natureza das partes do corpo, é que tem a ver com a produção da sensação prazerosa. A criança chuchadora perscruta seu corpo para sugar alguma parte dele, que depois, por hábito, torna-se a preferida; quando tropeça casualmente numa das partes predestinadas (os mamilos, a genitália), esta decerto retém a preferência. Uma capacidade de deslocamento inteiramente análoga reaparece na sintomatologia da histeria. Nessa neurose, o recalçamento afeta sobretudo as zonas genitais propriamente ditas, e estas transmitem sua excitabilidade a outras zonas erógenas, de outro modo relegadas na vida adulta, que então se comportam exatamente como genitais. Além disso, porém, tal como ocorre no chuchar, qualquer outra parte do corpo pode ser provida da excitabilidade da genitália e alçada à condição de zona erógena. As zonas erógenas e histerógenas exibem as mesmas características.

O ALVO SEXUAL INFANTIL

O alvo sexual da pulsão infantil consiste em provocar a satisfação mediante a estimulação

apropriada da zona erógena que de algum modo foi escolhida. Essa satisfação deve ter sido vivenciada antes para que reste daí uma necessidade de repeti-la, e é lícito esperarmos que a natureza tenha tomado medidas seguras para que essa vivência não fique entregue ao acaso. Já tomamos conhecimento do que é que promove a satisfação dessa finalidade no caso da zona labial: é a ligação simultânea dessa parte do corpo com a alimentação. Ainda depararemos com outros dispositivos semelhantes como fontes da sexualidade. O estado de necessidade de repetir uma satisfação transparece de duas maneiras: por um sentimento peculiar de tensão, que tem, antes, o caráter de desprazer, e por uma sensação de prurido ou estimulação *centralmente condicionada* e projetada para a zona erógena periférica. Por isso, pode-se também formular o alvo sexual de outra maneira: ele viria substituir a sensação de estimulação projetada na zona erógena pelo estímulo externo que a abolisse ao provocar a sensação de satisfação. Esse estímulo externo consiste, na maioria das vezes, numa manipulação análoga ao sugar.

Está em perfeito acordo com nossos conhecimentos fisiológicos que a necessidade possa também ser evocada perifericamente, através de uma modificação real na zona erógena. Só é um tanto estranho que, para ser abolido, um estímulo pareça exigir a colocação de um segundo no mesmo lugar.

(4) AS MANIFESTAÇÕES SEXUAIS MASTURBATÓRIAS

Só pode alegrar-nos sumamente descobrir que, uma vez compreendida a pulsão vinda de uma única zona erógena, não temos muito mais coisas importantes a aprender sobre a atividade sexual das crianças. As diferenças mais significativas dizem respeito às providências necessárias à satisfação, que, no caso da zona labial, consistiam no sugar, e que terão de ser substituídas por outras ações musculares conforme a posição e a natureza das outras zonas.

ATIVIDADE DA ZONA ANAL

Tal como a zona dos lábios, a zona anal está apta, por sua posição, a mediar um apoio da sexualidade em outras funções corporais. É de se presumir que a importância erógena dessa parte do corpo seja originariamente muito grande. Inteiramo-nos pela psicanálise, não sem certo assombro, das transmutações por que normalmente passam as excitações sexuais dela provenientes e da freqüência com que essa zona conserva durante toda a vida uma parcela considerável de excitabilidade genital. Os distúrbios intestinais tão freqüentes na infância providenciam para que não faltem a essa zona excitações intensas. Os catarros intestinais na mais tenra idade deixam a criança “nervosa”, como se costuma dizer; no adoecimento neurótico posterior, eles têm uma influência determinante na manifestação somática da neurose e colocam à disposição dela toda a soma das perturbações intestinais. Considerando-se a significação erógena

da zona rectal, que se preserva ao menos em sua transmutação, tampouco podemos rir da influência das hemorróidas, às quais a medicina antiga atribuía tanta importância no esclarecimento dos estados neuróticos.

As crianças que tiram proveito da estimulabilidade erógena da zona anal denunciam-se por reterem as fezes até que sua acumulação provoca violentas contrações musculares e, na passagem pelo ânus, pode exercer uma estimulação intensa na mucosa. Com isso, não de produzir-se sensações de volúpia ao lado das sensações dolorosas. Um dos melhores presságios de excentricidade e nervosismo posteriores é a recusa obstinada do bebê a esvaziar o intestino ao ser posto no troninho, ou seja, quando isso é desejado pela pessoa que cuida dele, ficando essa função reservada para quando aprover a ele próprio. Naturalmente, não é que lhe interesse sujar a cama; ele está apenas providenciando para que não lhe escape o dividendo de prazer que vem junto com a defecação. Mais uma vez, os educadores têm razão ao chamarem de perversas [*schlimm*] as crianças que “retardam” essas funções.

O conteúdo intestinal, que, enquanto corpo estimulador, comporta-se frente a uma área de mucosa sexualmente sensível como precursor de outro órgão destinado a entrar em ação depois da fase da infância, tem ainda para o lactante outros importantes sentidos. É obviamente tratado como parte de seu próprio corpo, representando o primeiro “presente”: ao desfazer-se dele, a criaturinha pode exprimir sua docilidade perante o meio que a cerca, e ao recusá-lo, sua obstinação. Do sentido de “presente”, esse conteúdo passa mais tarde ao de “bebê”, que, segundo uma das teorias sexuais infantis (ver em [1]), é adquirido pela comida e nasce pelo intestino.

A retenção da massa fecal, a princípio intencionalmente praticada para tirar proveito da estimulação como que masturbatória da zona anal, ou para ser empregada na relação com as pessoas que cuidam da criança, é, aliás, uma das raízes da constipação tão freqüente nos neuropatas. Além disso, o sentido pleno da zona anal espelha-se no fato de se encontrarem muito poucos neuróticos que não tenham seus rituais escatológicos especiais, suas cerimônias e coisas similares, por eles cuidadosamente mantidos em segredo.

A estimulação masturbatória efetiva da zona anal com a ajuda do dedo, provocada por uma comichão centralmente determinada ou periféricamente mantida, não é nada rara nas crianças mais velhas.

ATIVIDADE DA ZONA GENITAL

Entre as zonas erógenas do corpo infantil encontra-se uma que decerto não desempenha o papel principal nem pode ser a portadora das moções sexuais mais antigas, mas que está

destinada a grandes coisas no futuro. Nas crianças tanto de sexo masculino quanto feminino, está ligada à micção (glande, clitóris) e, nas primeiras, acha-se dentro de uma bolsa de mucosa, de modo que não pode faltar-lhe a estimulação por secreções que aticem precocemente a excitação sexual. As atividades sexuais dessa zona erógena, que faz parte dos órgãos sexuais propriamente ditos, são sem dúvida o começo da futura vida sexual “normal”.

Por sua posição anatômica, pelas secreções em que estão banhadas, pela lavagem e fricção advindas dos cuidados com o corpo e por certas excitações acidentais (como as migrações de vermes intestinais nas meninas), é inevitável que a sensação prazerosa que essas partes do corpo são capazes de produzir se faça notar à criança já na fase de amamentação, despertando uma necessidade de repeti-la. Considerada a soma dos dispositivos existentes e ponderando que as providências para manter a limpeza mal podem atuar de modo diferente da sujeira, custa evitar a conclusão de que é através do onanismo do lactante, do qual praticamente nenhum indivíduo escapa, que se estabelece a futura primazia dessa zona erógena na atividade sexual. A ação que elimina o estímulo e provoca a satisfação consiste num contato por fricção manual ou numa pressão (decerto preparada nos moldes de um reflexo) exercida com a mão ou unindo as coxas. Este último método é de longe o mais freqüente nas meninas. Nos meninos, a preferência pela mão já indica a importante contribuição que a pulsão de dominação está destinada a fazer para a atividade sexual masculina.

A bem da clareza, convém eu indicar que é preciso distinguir três fases da masturbação infantil. A primeira é própria do período de lactância, a segunda pertence à breve florescência da atividade sexual por volta do quarto ano de vida, e somente a terceira corresponde ao onanismo da puberdade, amiúde o único a ser levado em conta.

A SEGUNDA FASE DA MASTURBAÇÃO INFANTIL

O onanismo do lactante parece desaparecer após um curto prazo, mas seu prosseguimento ininterrupto até a puberdade pode constituir o primeiro grande desvio do desenvolvimento a que se aspira para os seres humanos inseridos na cultura. Em algum momento da infância posterior ao período de amamentação, comumente antes do quarto ano, a pulsão sexual dessa zona genital costuma redespertar e novamente durar algum tempo, até ser detida por uma nova supressão, ou prosseguir ininterruptamente. As circunstâncias possíveis são muito variadas e só é viável apreciá-las mediante uma análise mais rigorosa dos casos individuais. Mas todos os detalhes dessa *segunda* fase de atividade sexual infantil deixam atrás de si as mais profundas marcas (inconscientes) na memória da pessoa, determinam o desenvolvimento de seu caráter, caso ela permaneça sadia, e a sintomatologia de sua neurose, caso venha a adoecer depois da puberdade. Nesta última eventualidade, constatamos que esse período sexual foi

esquecido e que as lembranças conscientes que o testemunham foram deslocadas; já afirmei que eu também vincularia a amnésia infantil normal com essa atividade sexual infantil. Através da investigação psicanalítica é possível tornar consciente o esquecido e, desse modo, eliminar uma compulsão que provém do material psíquico inconsciente.

O RETORNO DA MASTURBAÇÃO DA LACTÂNCIA

A excitação sexual do período de lactância retorna nos anos infantis já indicados, seja como um estímulo de prurido centralmente condicionado, que exorta a uma satisfação masturbatória, seja como um processo da natureza de uma polução, que, em analogia com as poluições da maturidade, chega à satisfação sem a ajuda de ação alguma. Este último caso é o mais freqüente nas meninas e na segunda metade da infância; não é inteiramente compreensível em termos do que o condiciona e, muitas vezes, embora não regularmente, parece ter como premissa um período anterior de onanismo ativo. A sintomatologia dessas manifestações sexuais é escassa; o que dá sinal do aparelho sexual ainda não desenvolvido é, na maioria das vezes, o aparelho urinário, que funciona, por assim dizer, como tutor dele. A maioria dos chamados distúrbios vesicais dessa época são perturbações sexuais; a enurese noturna, quando não representa um ataque epilético, corresponde a uma polução.

Para o reaparecimento da atividade sexual são decisivas as causas internas e as contingências externas, ambas as quais podem ser inferidas, nos casos de doença neurótica, a partir da forma dos sintomas, sendo descobertas com certeza através da investigação psicanalítica. Sobre as causas internas falaremos mais adiante; as contingências fortuitas externas ganham nesse período uma importância grande e duradoura. Em primeiro plano situa-se a influência da sedução, que trata a criança prematuramente como um objeto sexual e que, em circunstâncias que causam forte impressão, ensina-a a conhecer a satisfação das zonas genitais - uma satisfação que ela fica quase sempre obrigada a renovar pelo onanismo. Tal influência pode provir de adultos ou de outras crianças; não me é possível admitir que, em meu ensaio sobre "A Etiologia da Histeria" (1896c), eu tenha superestimado sua freqüência ou sua importância, embora eu ainda não soubesse, na época, que os indivíduos que permanecem normais podem ter tido na infância as mesmas experiências, e por isso tenha dado maior valor à sedução do que aos fatores da constituição e do desenvolvimento sexuais. É evidente que a sedução não é necessária para despertar a vida sexual da criança, podendo esse despertar surgir também, espontaneamente, de causas internas.

DISPOSIÇÃO PERVERSA POLIMORFA

É instrutivo que a criança, sob a influência da sedução, possa tornar-se perversa polimorfa

e ser induzida a todas as transgressões possíveis. Isso mostra que traz em sua disposição a aptidão para elas; por isso sua execução encontra pouca resistência, já que, conforme a idade da criança, os diques anímicos contra os excessos sexuais - a vergonha, o asco e a moral - ainda não foram erigidos ou estão em processo de construção. Nesse aspecto, a criança não se comporta de maneira diversa da mulher inculta média, em quem se conserva a mesma disposição perversa polimorfa. Em condições usuais, ela pode permanecer sexualmente normal, mas, guiada por um sedutor habilidoso, terá gosto em todas as perversões e as reterá em sua atividade sexual. Essa mesma disposição polimorfa, e portanto infantil, é também explorada pelas prostitutas no exercício de sua profissão, e no imenso número de mulheres prostituídas ou em quem se deve supor uma aptidão para a prostituição, embora tenham escapado ao exercício dela, é impossível não reconhecer nessa tendência uniforme a toda sorte de perversões algo que é universalmente humano e originário.

PULSÕES PARCIAIS

De resto, a influência da sedução não ajuda a revelar as circunstâncias iniciais da pulsão sexual, mas antes confunde nossa visão dela, uma vez que apresenta prematuramente à criança um objeto sexual de que, a princípio, a pulsão sexual infantil não mostra nenhuma necessidade. Contudo, devemos admitir que também a vida sexual infantil, apesar da dominação preponderante das zonas erógenas, exhibe componentes que desde o início envolvem outras pessoas como objetos sexuais. Dessa natureza são as pulsões do prazer de olhar e de exhibir, bem como a de crueldade, que aparecem com certa independência das zonas erógenas e só mais tarde entram em relações estreitas com a vida genital, mas que já na infância se fazem notar como aspirações autônomas, inicialmente separadas da atividade sexual erógena. A criança pequena é, antes de mais nada, desprovida de vergonha, e em certos períodos de seus primeiros anos mostra uma satisfação inequívoca no desnudamento do corpo, com ênfase especial nas partes sexuais. A contrapartida dessa inclinação tida como perversa - a curiosidade de ver a genitália de outras pessoas - provavelmente só se torna manifesta um pouco mais tarde na infância, quando o obstáculo do sentimento de vergonha já atingiu certo desenvolvimento. Sob a influência da sedução, a perversão de ver pode alcançar grande importância na vida sexual da criança. Entretanto, minhas investigações da meninice tanto de pessoas sadias quanto de doentes neuróticos forçam-me a concluir que a pulsão de ver pode surgir na criança como uma manifestação sexual espontânea. As crianças pequenas cuja atenção foi atraída, em algum momento, para sua própria genitália - geralmente pela masturbação - costumam dar o passo adicional sem ajuda externa e desenvolver um vivo interesse pelos genitais de seus coleguinhas. Dado que as oportunidades de satisfazer tal curiosidade em geral só se apresentam quando da satisfação das duas necessidades excrementícias, tais crianças tornam-se *voyeurs*, zelosos espectadores da micção e da defecação de outrem. Uma vez sobrevivendo o recalçamento dessas

inclinações, a curiosidade de ver a genitália alheia (seja do mesmo sexo ou do sexo oposto) persiste como uma pressão torturante, que em muitos casos de neurose fornece, posteriormente, a mais poderosa força impulsora para a formação do sintoma.

Com independência ainda maior das outras atividades sexuais vinculadas às zonas erógenas desenvolve-se na criança o componente de crueldade da pulsão sexual. A crueldade é perfeitamente natural no caráter infantil, já que a trava que faz a pulsão de dominação deter-se ante a dor do outro - a capacidade de compadecer-se - tem um desenvolvimento relativamente tardio. É sabido que ainda não se teve êxito na análise psicológica exaustiva dessa pulsão; podemos supor que o impulso cruel provenha da pulsão de dominação e surja na vida sexual numa época em que os genitais ainda não assumiram seu papel posterior. Assim, ela domina uma fase da vida sexual que mais adiante descreveremos como organização pré-genital. As crianças que se distinguem por uma crueldade peculiar para com os animais e os companheiros despertam, em geral justificadamente, a suspeita de uma atividade sexual intensa e precoce advinda das zonas erógenas, e mesmo no amadurecimento precoce e simultâneo de todas as pulsões sexuais, a atividade sexual erógena parece ser primária. A ausência da barreira da compaixão traz consigo o risco de que esse vínculo estabelecido na infância entre as pulsões cruéis e as erógenas torne-se depois indissolúvel na vida.

Desde as *Confissões* de Jean Jacques Rousseau, a estimulação dolorosa da pele das nádegas tem sido reconhecida por todos os educadores como uma das raízes erógenas da pulsão passiva de crueldade (masoquismo). Disso eles concluíram com acerto que o castigo corporal, que quase sempre incide nessa parte do corpo, deve ser evitado em todas as crianças cuja libido, através das exigências posteriores da educação cultural, possa ser forçada para vias colaterais.

(5) A INVESTIGAÇÃO SEXUAL INFANTIL

A PULSÃO DE SABER

Ao mesmo tempo em que a vida sexual da criança chega a sua primeira florescência, entre os três e os cinco anos, também se inicia nela a atividade que se inscreve na pulsão de saber ou de investigar. Essa pulsão não pode ser computada entre os componentes pulsionais elementares, nem exclusivamente subordinada à sexualidade. Sua atividade corresponde, de um lado, a uma forma sublimada de dominação e, de outro, trabalha com a energia escopofílica. Suas relações com a vida sexual entretanto, são particularmente significativas, já que constatamos pela psicanálise que, na criança, a pulsão de saber é atraída, de maneira insuspeitadamente precoce e inesperadamente intensa, pelos problemas sexuais, e talvez seja até despertada por eles.

O ENIGMA DA ESFINGE

Não são interesses teóricos, mas práticos, que põem em marcha a atividade investigatória na criança. A ameaça trazida para suas condições existenciais pela chegada conhecida ou suspeitada de um novo bebê, assim como o medo de que esse acontecimento traga consigo a perda de cuidados e de amor, tornam a criança pensativa e perspicaz. O primeiro problema de que ela se ocupa, em consonância com essa história do despertar da pulsão de saber, não é a questão da diferença sexual, e sim o enigma; de onde vêm os bebês? Numa distorção facilmente anulável, esse é também o enigma proposto pela Esfinge de Tebas. Ao contrário, o fato de existirem dois sexos é inicialmente aceito pela criança sem nenhuma rebeldia ou hesitação. Para o menino, é natural presumir uma genitália igual à sua em todas as pessoas que ele conhece, sendo-lhe impossível conjugar a falta dela com sua representação dessas outras pessoas.

COMPLEXO DE CASTRAÇÃO E INVEJA DO PÊNIS

Essa convicção é energicamente sustentada pelos meninos, obstinadamente defendida contra a tradição que logo resulta da observação, e somente abandonada após sérias lutas internas (o complexo de castração). As formações substitutivas desse pênis perdido das mulheres desempenham um grande papel na forma assumida pelas diversas perversões.

A suposição de uma genitália idêntica (masculina) em todos os seres humanos é a primeira das notáveis e momentosas teorias sexuais infantis. Tem pouca serventia para a criança que a ciência biológica dê razão a seu preconceito e tenha de reconhecer o clitóris feminino como um autêntico substituto do pênis. Já a garotinha não incorre em semelhantes recusas ao avistar os genitais do menino, com sua conformação diferente. Está pronta a reconhecê-lo de imediato e é tomada pela inveja do pênis, que culmina no desejo de ser também um menino, tão importante em suas conseqüências.

TEORIAS DO NASCIMENTO

Muitas pessoas recordam com clareza a intensidade com que se interessaram, no período pré-púbere, pela questão da proveniência dos bebês. As soluções anatômicas então concebidas foram dos mais diversos tipos: eles sairiam do seio, ou se recortariam do ventre, ou o umbigo se abriria para deixá-los passar. Fora da análise, é muito raro haver lembranças de uma investigação correspondente nos primeiros anos da infância; há muito ela sucumbiu ao recalçamento, mas seus resultados são uniformes: os filhos chegam quando se come determinada coisa (como nos contos de fadas) e nascem pelo intestino, como na eliminação de fezes. Essas teorias infantis fazem lembrar condições existentes no reino animal, sobretudo a cloaca dos tipos de animais inferiores

aos mamíferos.

A CONCEPÇÃO SÁDICA DA RELAÇÃO SEXUAL

Quando as crianças em tão tenra idade assistem à relação sexual entre adultos, o que é ensejado pela convicção dos mais velhos de que a criança pequena não pode entender nada de sexual, elas não podem deixar de conceber o ato sexual como uma espécie de sevícia ou subjugação, ou seja, de encará-lo num sentido sádico. A psicanálise também nos permite verificar que uma impressão dessa natureza na primeira infância contribui em muito para a predisposição a um deslocamento sádico posterior do alvo sexual. Ademais, as crianças se ocupam muito com o problema de saber em que consiste a relação sexual, ou, como dizem elas, em que consiste ser casado, e costumam buscar a solução do mistério em alguma atividade conjunta proporcionada pelas funções de micção ou defecação.

O FRACASSO TÍPICO DA INVESTIGAÇÃO SEXUAL INFANTIL

Em geral, pode-se dizer das teorias sexuais infantis que elas são reflexos da própria constituição sexual da criança, e que, apesar de seus erros grotescos, testemunham uma maior compreensão dos processos sexuais do que se pretenderia de seus criadores. As crianças também percebem as alterações provocadas na mãe pela gravidez e sabem interpretá-las corretamente; a fábula da cegonha é amiúde contada a uma platéia que a recebe com desconfiança profunda, embora quase sempre silenciosa. Mas como dois elementos permanecem desconhecidos na investigação sexual infantil, a saber, o papel do sêmen fecundante e a existência do orifício sexual feminino - os mesmos pontos, aliás, em que a organização sexual infantil ainda está atrasada -, os esforços do pequeno investigador são geralmente infrutíferos, e acabam numa renúncia que não raro deixa como seqüela um prejuízo permanente para a pulsão de saber. A investigação sexual desses primeiros anos da infância é sempre feita na solidão; significa um primeiro passo para a orientação autônoma no mundo e estabelece um intenso alheamento da criança frente às pessoas de seu meio que antes gozavam de sua total confiança.

(6) AS FASES DE DESENVOLVIMENTO DA ORGANIZAÇÃO SEXUAL

Até agora, destacamos como características da vida sexual infantil o fato de ela ser essencialmente auto-erótica (seu objeto encontra-se no próprio corpo) e de suas pulsões parciais serem inteiramente desvinculadas e independentes entre si em seus esforços pela obtenção de prazer. O desfecho do desenvolvimento constitui a chamada vida sexual normal do adulto, na qual a obtenção de prazer fica a serviço da função reprodutora, e as pulsões parciais, sob o primado de uma única zona erógena, formam uma organização sólida para a consecução do alvo sexual num

objeto sexual alheio.

ORGANIZAÇÕES PRÉ-GENITAIS

O estudo das inibições e perturbações desse processo de desenvolvimento, com a ajuda da psicanálise, permite-nos identificar os rudimentos e etapas preliminares de tal organização das pulsões parciais, que ao mesmo tempo resultam numa espécie de regime sexual. Essas fases da organização sexual são normalmente atravessadas sem dificuldade, revelando-se apenas por alguns indícios. Somente nos casos patológicos é que são ativadas e se tornam passíveis de conhecimento pela observação grosseira.

Chamaremos *pré-genitais* às organizações da vida sexual em que as zonas genitais ainda não assumiram seu papel preponderante. Até aqui tomamos conhecimento de duas delas, que dão a impressão de constituir recaídas em estados anteriores da vida animal.

A primeira dessas organizações sexuais pré-genitais é a *oral*, ou, se preferirmos, *canibalesca*. Nela, a atividade sexual ainda não se separou da nutrição, nem tampouco se diferenciaram correntes opostas em seu interior. O objeto de uma atividade é também o da outra, e o alvo sexual consiste na *incorporação* do objeto - modelo do que mais tarde irá desempenhar, sob a forma da *identificação*, um papel psíquico tão importante. Como resíduo dessa hipotética fase de organização que nos foi imposta pela patologia podemos ver o chuchar, no qual a atividade sexual, desligada da atividade de alimentação, renunciou ao objeto alheio em troca de um objeto situado no próprio corpo.

Uma segunda fase pré-genital é a da organização *sádico-anal*. Nela, a divisão em opostos que perpassa a vida sexual já se constituiu, mas eles ainda não podem ser chamados de *masculino* e *feminino*, e sim *ativo* e *passivo*. A atividade é produzida pela pulsão de dominação através da musculatura do corpo, e como órgão do alvo sexual passivo o que se faz valer é, antes de mais nada, a mucosa erógena do intestino; mas há para essas duas aspirações opostas objetos que não coincidem. Ao lado disso, outras pulsões parciais atuam de maneira auto-erótica. Nessa fase, portanto, já é possível demonstrar a polaridade sexual e o objeto alheio, faltando ainda a organização e a subordinação à função reprodutora.

AMBIVALÊNCIA

Essa forma da organização sexual pode conservar-se por toda a vida e atrair permanentemente para si uma boa parcela da atividade sexual. O predomínio do sadismo e o papel de cloaca desempenhado pela zona anal conferem-lhe um cunho singularmente arcaico.

Como característica adicional, é próprio dela que os pares opostos de pulsões estejam desenvolvidos de maneira aproximadamente igual, num estado de coisas descrito pela oportuna designação de “ambivalência”, introduzida por Bleuler.

A hipótese das organizações pré-genitais da vida sexual repousa na análise das neuroses e é difícil apreciá-la independentemente do conhecimento destas. Podemos esperar que a continuidade dos esforços analíticos venha a fornecer-nos muito mais informações sobre a estrutura e o desenvolvimento da função sexual normal.

Para completar o quadro da vida sexual infantil, é preciso acrescentar que, com frequência ou regularmente, já na infância se efetua uma escolha objetal como a que mostramos ser característica da fase de desenvolvimento da puberdade, ou seja, o conjunto das aspirações sexuais orienta-se para uma única pessoa, na qual elas pretendem alcançar seus objetivos. Na infância, portanto, essa é a maior aproximação possível da forma definitiva assumida pela vida sexual depois da puberdade. A diferença desta última reside apenas em que a concentração das pulsões parciais e sua subordinação ao primado da genitália não são conseguidas na infância, ou só o são de maneira muito incompleta. Assim, o estabelecimento desse primado a serviço da reprodução é a última fase por que passa a organização sexual.

OS DOIS TEMPOS DA ESCOLHA OBJETAL

Pode-se considerar como ocorrência típica que a escolha de objeto se efetue em dois tempos, em duas ondas. A primeira delas começa entre os dois e os cinco anos e retrocede ou é detida pelo período de latência; caracteriza-se pela natureza infantil de seus alvos sexuais. A segunda sobrevém com a puberdade e determina a configuração definitiva da vida sexual.

Mas a existência da bitemporalidade da escolha objetal, que se reduz essencialmente ao efeito do período de latência, é de suma importância para o desarranjo desse estado final. Os resultados da escolha objetal infantil prolongam-se pelas épocas posteriores; ou se conservam como tal ou passam por uma renovação na época da puberdade. Contudo, revelam-se inutilizáveis, em consequência do recalçamento que se desenvolve entre as duas fases. Seus alvos sexuais foram amenizados e agora representam o que se pode descrever como a corrente de ternura da vida sexual. Somente a investigação psicanalítica pode demonstrar que, por trás dessa ternura, dessa veneração e respeito, ocultam-se as antigas aspirações sexuais, agora imprestáveis, das pulsões parciais infantis. A escolha de objeto da época da puberdade tem de renunciar aos objetos infantis e recomeçar como uma corrente *sensual*. A não confluência dessas duas correntes tem como consequência, muitas vezes, a impossibilidade de se alcançar um dos ideais da vida sexual - a conjugação de todos os desejos num único objeto.

(7) AS FONTES DA SEXUALIDADE INFANTIL

No esforço de rastrear as origens da pulsão sexual, descobrimos até agora que a excitação sexual nasce (a) como a reprodução de uma satisfação vivenciada em relação a outros processos orgânicos, (b) pela estimulação periférica apropriada das zonas erógenas, e (c) como expressão de algumas “pulsões” que ainda não nos são inteiramente compreensíveis em sua origem, como a pulsão de ver e a pulsão para a crueldade. A investigação psicanalítica, que retrocede de uma época posterior para a infância, e a observação contemporânea da criança conjugam-se para nos apontar outras fontes que fluem regularmente para a excitação sexual. A observação de crianças tem a desvantagem de trabalhar com dados facilmente passíveis de mal-entendidos, e a psicanálise é dificultada pelo fato de só poder chegar a seus dados e conclusões depois de longos rodeios; em cooperação, entretanto, os dois métodos obtêm um grau satisfatório de certeza de conhecimentos.

Pela investigação das zonas erógenas, já descobrimos que essas regiões da pele meramente mostram uma intensificação especial de um tipo de estimulabilidade que, em certo grau, é próprio de toda a superfície cutânea. Portanto, não nos surpreenderá constatar que é possível atribuir efeitos erógenos muito claros a certos tipos de estimulação geral da pele. Entre esses, destacamos acima de tudo os estímulos térmicos, o que talvez facilite nossa compreensão do efeito terapêutico dos banhos quentes.

EXCITAÇÕES MECÂNICAS

Devemos ainda arrolar aqui a produção de excitação sexual pela agitação mecânica e ritmada do corpo, na qual devemos distinguir três formas de atuação estimulatória: no aparato sensorial dos nervos vestibulares, na pele e nas áreas profundas (músculos, aparelho articular). A existência das sensações prazerosas assim geradas - vale enfatizar que é lícito empregarmos indistintamente, numa vasta medida, “excitação sexual” e “satisfação”, cabendo-nos o dever de buscar mais adiante uma explicação para isso [ver em [1]]-, a existência dessas sensações prazerosas, produzidas por certos tipos de agitação mecânica do corpo, é confirmada pelo fato de as crianças gostarem tanto das brincadeiras de movimento passivo, como serem balançadas e jogadas para o alto, e de pedirem incessantemente que sejam repetidas. Sabe-se que é costumeiro usar o recurso de embalar as crianças inquietas para fazê-las adormecer. O balanço das carruagens e, mais tarde, das viagens de trem exerce um efeito tão fascinante nas crianças mais velhas que pelo menos todos os meninos, em algum momento da vida, quiseram ser condutores de trem ou cocheiros quando crescessem. Eles dedicam um intrigante interesse de extraordinária intensidade a tudo o que se relaciona com as ferrovias, e, na idade em que se ativa

a fantasia (pouco antes da puberdade), fazem disso o núcleo de um simbolismo singularmente sexual. É evidente que a compulsão a estabelecer tal vínculo entre as viagens ferroviárias e a sexualidade provém do caráter prazeroso das sensações de movimento. Sobrevindo então o recalçamento, que converte tantas das predileções infantis em seu oposto, essas mesmas pessoas, quando adolescentes ou adultas, reagirão com náuseas aos balanços e sacolejos, ficarão terrivelmente esgotadas pelas viagens de trem, ou tenderão a sofrer ataques de angústia nas viagens, protegendo-se da repetição dessa experiência dolorosa através de um *pavor das ferrovias*.

Alinha-se aqui o fato, ainda não compreendido, de que a conjugação do susto com a agitação mecânica produz a grave neurose traumática histeriforme. Podemos ao menos supor que essas influências, que numa intensidade ínfima transformam-se em fontes de excitação sexual, provoquem, em medida excessiva, uma profunda desordem no mecanismo ou na química sexual.

ATIVIDADE MUSCULAR

É sabido que a atividade muscular intensa é, para a criança, uma necessidade de cuja satisfação ela extrai um prazer extraordinário. Se esse prazer tem algo a ver com a sexualidade, se encerra em si mesmo uma satisfação sexual, ou se pode converter-se no ensejo de uma excitação sexual, tudo isso é passível de considerações críticas que, de fato, podem também apontar contra a colocação contida nos parágrafos precedentes, a saber, que o prazer extraído das sensações de movimento passivo é de natureza sexual ou produz excitação sexual. Mas o fato é que uma série de pessoas informa ter vivenciado os primeiros sinais de excitação em sua genitália no curso de brigas ou lutas com seus companheiros de brincadeiras, situação na qual, além do esforço muscular generalizado, há ainda um estreito contato com a pele do oponente. A tendência a travar lutas musculares com determinada pessoa, bem como, em épocas posteriores, a inclinação às disputas verbais [“Provoca-se o que se ama”] são um bom sinal de que a escolha de objeto recaiu sobre essa pessoa. Na promoção da excitação sexual através da atividade muscular caberia reconhecer uma das raízes da pulsão sádica. Em muitos indivíduos, a vinculação infantil entre as lutas corporais e a excitação sexual é co-determinante da orientação privilegiada que assumirá, mais tarde, sua pulsão sexual.

PROCESSOS AFETIVOS

Menores são as dúvidas a que ficam sujeitas as outras fontes de excitação sexual na criança. É fácil demonstrar, tanto pela observação contemporânea quanto pela investigação posterior, que todos os processos afetivos mais intensos, inclusive as excitações assustadoras, propagam-se para a sexualidade, o que, aliás, pode contribuir para a compreensão do efeito

patogênico de tais abalos anímicos. Nos escolares, o pavor de fazer uma prova ou a tensão diante de uma tarefa difícil de solucionar podem ser importantes não só para seu relacionamento com a escola, mas também para a irrupção de manifestações sexuais, na medida em que, nessas circunstâncias, é muito freqüente surgir uma sensação estimuladora que incita ao contato com a genitália, ou ainda um processo da natureza de uma poluição, como todas as suas conseqüências desconcertantes. O comportamento das crianças na escola, que propõe aos professores um número bastante grande de enigmas, merece, em geral, ser relacionado com o desabrochar de sua sexualidade. O efeito sexualmente excitante de muitos afetos que em si são desprazerosos, tais como a angústia, o medo ou o horror, conserva-se num grande número de seres humanos por toda a vida, e sem dúvida explica por que tantas pessoas correm atrás da oportunidade de vivenciar tais sensações, desde que haja apenas certas circunstâncias secundárias (a pertença a um mundo imaginário, à leitura ou ao teatro) para atenuar a gravidade da sensação desprazerosa.

Presumindo-se que também as sensações de dor intensa provoquem o mesmo efeito erógeno, sobretudo quando a dor é abrandada ou mantida a distância por alguma condição concomitante, estaria nessa vinculação uma das principais raízes da pulsão sadomasoquista, de cujas múltiplas complexidades vamos assim ganhando aos poucos algum discernimento.

TRABALHO INTELECTUAL

Por fim, é inequívoco que a concentração da atenção numa tarefa intelectual, bem como o esforço intelectual em geral, têm por conseqüência produzir em muitas pessoas, tanto jovens quanto adultas, uma excitação sexual concomitante, o que por certo constitui a única base justificável para a tão duvidosa prática de derivar as perturbações nervosas do “excesso de trabalho” intelectual.

Correndo agora os olhos por essas provas e indícios fornecidos sobre as fontes da excitação sexual infantil, e que não foram completos nem exaustivos, podemos vislumbrar ou reconhecer os seguintes traços universais: parece que as mais abundantes providências são tomadas para que o processo da excitação sexual - cuja natureza decerto se tornou bastante enigmática para nós - seja posto em andamento. Cuidam disso, antes de mais nada, e de maneira mais ou menos direta, as excitações das superfícies sensíveis - a pele e os órgãos sensoriais -, e, da maneira mais imediata, a influência dos estímulos sobre certas áreas designadas como zonas erógenas. O elemento decisivo nessas fontes de excitação sexual é, sem dúvida, a qualidade do estímulo, embora o fator da intensidade (no caso da dor) não seja de todo indiferente. Além disso, porém, existem no organismo dispositivos cuja conseqüência é fazer com que a excitação sexual surja como um efeito concomitante num grande número de processos internos, tão logo a intensidade desses processos ultrapasse certos limites quantitativos. O que chamamos de pulsões

parciais da sexualidade deriva diretamente dessas fontes internas da excitação sexual , ou então se compõe de contribuições vindas dessas fontes e das zonas erógenas. É possível que nada de maior importância ocorra no organismo sem fornecer seus componentes para a excitação da pulsão sexual.

Não me parece possível, no momento, trazer maior clareza e segurança a essas proposições gerais, e responsabilizo dois fatores por isso: primeiro, a novidade de todo o método de abordagem, e segundo, a circunstância de a natureza da excitação sexual ser-nos inteiramente desconhecida. Ainda assim, eu não gostaria de renunciar a duas observações que prometem abrir-nos amplas perspectivas:

AS DIFERENTES CONSTITUIÇÕES SEXUAIS

(a) Assim como antes vimos ser possível (ver em [1] e [2]) basear uma multiplicidade de constituições sexuais inatas na formação diferenciada das zonas erógenas, podemos agora experimentar a mesma coisa com a inclusão das fontes indiretas de excitação sexual. Podemos presumir que essas fontes façam contribuições em todos os indivíduos, mas não tenham em todas as pessoas a mesma intensidade, e que na conformação privilegiada de cada fonte da excitação sexual situe-se outra contribuição para diferenciar as diversas constituições sexuais.

VIAS DE INFLUÊNCIA RECÍPROCA

(b) Se abandonarmos a expressão figurada a que nos apegamos por tanto tempo ao falar em “fontes” da excitação sexual, poderemos chegar à hipótese de que todas as vias de ligação que levam à sexualidade, vindo de outras funções, devem também ser percorríveis na direção inversa. Por exemplo, se o fato de a zona labial ser patrimônio comum de duas funções é a razão por que a ingestão de alimentos gera uma satisfação sexual, esse mesmo fator nos permite compreender que haja distúrbios na nutrição quando as funções erógenas da zona comum são perturbadas. E, uma vez, que sabemos que a concentração de atenção é capaz de provocar excitação sexual, somos levados a supor que, atuando pela mesma via só que em sentido inverso, o estado de excitação sexual pode influenciar a disponibilidade de atenção dirigível a algo. Boa parte da sintomatologia das neuroses, que deduzo das perturbações nos processos sexuais, expressa-se em perturbações de outras funções não-sexuais do corpo; essa circunstância, até agora incompreensível, torna-se menos enigmática quando se considera que representa apenas a contrapartidas influências sob as quais se dá a produção da excitação sexual.

Mas as mesmas vias pelas quais as perturbações sexuais se propagam para as outras funções do corpo devem também prestar, na saúde, um outro importante serviço. Por elas se daria

a atração das forças pulsionais da sexualidade para outros alvos não-sexuais, ou seja, a sublimação da sexualidade. Mas devemos encerrar com a confissão de que é ainda muito pouco o que se conhece com certeza sobre essas vias, que sem dúvida existem e provavelmente são percorriáveis em ambas as direções.

AS TRANSFORMAÇÕES DA PUBERDADE

Com a chegada da puberdade introduzem-se as mudanças que levam a vida sexual infantil a sua configuração normal definitiva. Até esse momento, a pulsão sexual era predominantemente auto-erótica; agora, encontra o objeto sexual. Até ali, ela atuava partindo de pulsões e zonas erógenas distintas que, independentemente umas das outras, buscavam um certo tipo de prazer como alvo sexual exclusivo. Agora, porém, surge um novo alvo sexual para cuja consecução todas as pulsões parciais se conjugam, enquanto as zonas erógenas subordinam-se ao primado da zona genital. Posto que o novo alvo sexual atribui aos dois sexos funções muito diferentes, o desenvolvimento sexual de ambos passa agora a divergir muito. O do homem é o mais conseqüente e também o mais facilmente acessível a nossa compreensão, enquanto o da mulher representa até mesmo uma espécie de involução. A normalidade da vida sexual só é assegurada pela exata convergência das duas correntes dirigidas ao objeto sexual e à meta sexual: a de ternura e a sensual. A primeira destas comporta em si o que resta da primitiva eflorescência infantil da sexualidade. É como a travessia de um túnel perfurado desde ambas as extremidades.

O novo alvo sexual do homem consiste na descarga dos produtos sexuais; o anterior - a obtenção do prazer - de modo algum lhe é estranho, mas antes, o mais alto grau de prazer se vincula a esse ato último do processo sexual. A pulsão sexual coloca-se agora a serviço da função reprodutora; torna-se altruísta, por assim dizer. Para que essa transformação tenha êxito, é preciso contar, em seu processo, com as disposições originárias e com todas as particularidades das pulsões.

Como em todas as outras ocasiões em que se devem realizar no organismo novas combinações e composições que levam a mecanismos complexos, também aqui há uma oportunidade para perturbações patológicas, caso essas reordenações não se realizem. Todas as perturbações patológicas da vida sexual devem ser consideradas, justificadamente, como inibições do desenvolvimento.

(1) O PRIMADO DAS ZONAS GENITAIS E O PRÉ-PRAZER

O ponto de partida e o alvo final do processo de desenvolvimento aqui descrito são claros a nossos olhos. As transições intermediárias ainda nos são obscuras em muitos aspectos; teremos

de deixar subsistir nelas mais de um enigma.

Escolheu-se o que mais se destaca nos processos da puberdade como o que constitui sua essência: o crescimento manifesto da genitália externa, que exibira, durante o período de latência da infância, uma relativa inibição. Ao mesmo tempo, o desenvolvimento dos genitais internos avançou o bastante para que eles possam descarregar produtos sexuais ou, conforme o caso, recebê-los para promover a formação de um novo ser vivo. Assim ficou pronto um aparelho altamente complexo, à espera do momento em que será utilizado.

Esse aparelho deve ser acionado por estímulos, e a observação nos permite saber que os estímulos podem afetá-los por três caminhos: vindo do mundo externo, mediante a excitação das zonas erógenas já conhecidas, do interior do organismo, por vias que ainda temos de explorar, e da vida anímica, que por sua vez é um repositório de impressões externas e um receptor de excitações internas. Pelos três caminhos provoca-se o mesmo efeito, ou seja, um estado que se designa como “excitação sexual” e que se exprime por dois tipos de sinais, anímicos e somáticos. O indício anímico consiste num sentimento peculiar de tensão, de caráter extremamente premente; entre os múltiplos indícios corporais situa-se, em primeiro lugar, uma série de alterações nos genitais, como o inequívoco sentido de serem disposições preliminares, preparativos para o ato sexual (a ereção do membro masculino e a umidificação da vagina).

TENSÃO SEXUAL

O caráter de tensão da excitação sexual suscita um problema cuja solução é tão difícil quanto seria importante para a compreensão dos processos sexuais. Apesar de todas as diferenças de opinião que reinam sobre esse ponto na psicologia, devo insistir em que um sentimento de tensão tem de trazer em si o caráter de desprazer. Para mim, o decisivo é que tal sentimento traz consigo uma pressão para alterar a situação psíquica, impulsiona de uma maneira que é totalmente estranha à natureza do prazer sentido. Mas, se a tensão da excitação sexual for computada como um sentimento de desprazer, esbarraremos no fato de que ela é inequivocamente experimentada como prazerosa. Sempre que é produzida por processos sexuais, a tensão faz-se acompanhar pelo prazer, até mesmo nas alterações preparatórias dos genitais evidencia-se uma espécie de satisfação. Como, então, relacionar essa tensão desprazerosa com esse sentimento de prazer?

Tudo o que se relaciona com o problema do prazer e do desprazer toca num dos pontos mais sensíveis da psicologia atual. Procuraremos aprender o máximo possível a partir das condições do caso em pauta e evitar qualquer abordagem mais estreita do problema em sua totalidade.

Lancemos primeiramente um olhar para o modo como as zonas erógenas se encaixam na nova ordem. Sobre elas recai um papel importante na introdução da excitação sexual. O olho, talvez o ponto mais afastado do objeto sexual, é o que com mais freqüência pode ser estimulado, na situação de cortejar um objeto, pela qualidade peculiar cuja causa no objeto sexual costuma ser chamada de “beleza”. Daí se chamarem “atrativos” os méritos do objeto sexual. A essa estimulação já se liga, por um lado, um prazer, e pelo outro ela tem como conseqüência um aumento da excitação sexual ou a produção dela, caso ainda esteja faltando. Se a isso vem somar-se a excitação de outra zona erógena, por exemplo, a da mão que é tocada, o efeito é o mesmo: uma sensação de prazer, de um lado, que logo se intensifica pelo prazer proveniente das alterações preparatórias [da genitália], e, de outro, um aumento da tensão sexual, que logo se converte no mais evidente desprazer quando não lhe é permitido o acesso a um prazer ulterior. Talvez mais transparente ainda seja um outro caso: por exemplo, quando se estimula por contato, numa pessoa não excitada sexualmente, uma dada zona erógena, digamos, a pele do seio de uma mulher. Esse contato logo provoca uma sensação prazerosa, mas, ao mesmo tempo, presta-se como nenhum outro para despertar uma excitação sexual que exige um aumento do prazer. O problema está justamente em saber como é que o prazer vivenciado pode despertar a necessidade de um prazer ainda maior.

O MECANISMO DO PRÉ-PRAZER

Ora, o papel desempenhado nisso pelas zonas erógenas é claro. O que vale para uma delas vale para todas. Elas são todas usadas para proporcionar, mediante sua estimulação apropriada, um certo aumento do prazer; este leva a um acréscimo de tensão que, por sua vez, tem de produzir a energia motora necessária para levar a cabo o ato sexual. A penúltima etapa desse ato, mais uma vez, é a estimulação apropriada de uma zona erógena (a própria zona genital, na glândula peniana) pelo objeto mais adequado para isso (a mucosa da vagina); e do prazer gerado por essa excitação obtém-se, dessa vez por via reflexa, a energia motora requerida para a expulsão das substâncias sexuais. Esse último prazer é o de intensidade mais elevada e difere dos anteriores por seu mecanismo. É inteiramente provocado pela descarga: em sua totalidade, é um prazer de satisfação, e com ele se extingue temporariamente a tensão da libido.

Não me parece injustificável fixar através de uma denominação essa diferença de natureza entre o prazer advindo da excitação das zonas erógenas e o que é produzido pela expulsão das substâncias sexuais. O primeiro pode ser convenientemente designado de *pré-prazer*, em oposição ao *prazer final* ou prazer de satisfação da atividade sexual. O pré-prazer, portanto, é o mesmo que já pudera ser produzido, embora em menor escala, pela pulsão sexual infantil; o prazer final é novo e, portanto, provavelmente está ligado a condições que só surgem na puberdade. A

fórmula para a nova função das zonas erógenas tem, assim, o seguinte teor: elas são empregadas para possibilitar, por meio do pré-prazer delas extraído, como na infância, a produção do prazer maior da satisfação.

Pude recentemente elucidar outro exemplo, retirado de uma esfera muito diferente do acontecer anímico, em que se alcança igualmente um efeito maior de prazer através de uma sensação prazerosa insignificante, que atua, assim, como um prêmio de incentivo. Surgiu também ali a oportunidade de nos aprofundarmos mais na natureza do prazer.

OS PERIGOS DO PRÉ-PRAZER

A ligação do pré-prazer com a vida sexual infantil, entretanto, é corroborada pelo papel patogênico que pode competir a ele. Do mecanismo em que está incluído o pré-prazer pode resultar, evidentemente, um perigo para a consecução do alvo sexual normal, perigo este que surge quando, em algum ponto dos processos sexuais preparatórios, o pré-prazer se revela demasiadamente grande, e pequena demais sua contribuição para a tensão. Falta então a força pulsional para que o processo sexual seja levado adiante, todo o caminho se encurta, e a ação preparatória correspondente toma o lugar do alvo sexual normal. A experiência nos ensina que a precondição dessa eventualidade perniciosa é que, já na vida infantil, a zona erógena em questão ou a pulsão parcial correspondente haja contribuído numa medida incomum para a obtenção de prazer. Quando a isso vem ainda somar-se fatores que promovem a fixação, é fácil surgir em época posterior da vida uma compulsão que resiste à incorporação desse pré-prazer específico num novo contexto. É dessa natureza, de fato, o mecanismo de muitas perversões, que consistem numa demora nos atos preparatórios do processo sexual.

O malogro da função do mecanismo sexual por culpa do pré-prazer é mais facilmente evitado quando, já na vida infantil, pronuncia-se igualmente o primado das zonas genitais. As medidas para isso parecem realmente ser tomadas na segunda metade da infância (dos oito anos até a puberdade). Durante esses anos, as zonas genitais já se comportam de maneira semelhante à da maturidade: convertem-se na sede de sensações de excitação e alterações preparatórias sempre que se sente algum prazer pela satisfação de outras zonas erógenas, embora esse efeito continue desprovido de finalidade, ou seja, não contribua em nada para o prosseguimento do processo sexual. Já na infância, portanto, junto ao prazer de satisfação, surge uma certa dose de tensão sexual, se bem que menos constante e menos profusa, e agora podemos entender por que, ao discutir as fontes da sexualidade, foi-nos igualmente lícito dizer que o processo em questão provocava, quer uma satisfação sexual, quer uma excitação sexual. [Ver em [1].] Observe-se que, no percurso para o conhecimento, começamos por fazer uma idéia muito exagerada da diferença entre a vida sexual infantil e a madura, e agora fazemos uma emenda a isso. Não só os desvios da

vida sexual normal, como também a configuração normal desta são determinados pelas manifestações infantis da sexualidade.

(2) O PROBLEMA DA EXCITAÇÃO SEXUAL

Ficaram-nos ainda inteiramente por esclarecer tanto a origem quanto a natureza da tensão sexual que surge simultaneamente com o prazer ao serem satisfeitas as zonas erógenas. A suposição mais óbvia, ou seja, a de que essa tensão brota de algum modo do próprio prazer, não só é muito improvável em si, como fica também anulada ao considerarmos que, no prazer máximo, o que se vincula à descarga dos produtos sexuais, não se produz tensão alguma, porém, ao contrário, toda a tensão é abolida. Assim, prazer e tensão sexual só podem estar relacionados de maneira indireta.

O PAPEL DAS SUBSTÂNCIAS SEXUAIS

À parte o fato de que, normalmente, só a descarga das substâncias sexuais põe fim à excitação sexual, temos ainda outros pontos de referência para relacionar a tensão sexual com os produtos sexuais. Numa vida de continência, o aparelho sexual costuma livrar-se das substâncias sexuais durante a noite, a intervalos variáveis, mas não desordenados, com uma sensação de prazer e no curso da alucinação onírica de um ato sexual. No tocante a esse processo - a polução noturna -, é difícil evitar a concepção de que a tensão sexual, que sabe descobrir o atalho alucinatório como substituto do ato em si, é uma função da acumulação de sêmen nos reservatórios de produtos sexuais. Depõem no mesmo sentido as experiências feitas sobre o caráter esgotável do mecanismo sexual. Quando se esgota a reserva de sêmen, não só a execução do ato sexual é impossível, como também cessa a estimulabilidade das zonas erógenas, cuja excitação já não é capaz de provocar nenhum prazer. Assim nos inteiramos, de passagem, de que certa dose de tensão sexual é necessária até mesmo para a excitabilidade das zonas erógenas.

Somos assim levados ao que, se não estou equivocado, é a hipótese bastante difundida de que a acumulação das substâncias sexuais cria e mantém a tensão sexual; isso talvez se deva à pressão desses produtos nas paredes de seus receptáculos, que atuariam como um estímulo num centro medular cujo estado seria percebido pelos centros superiores e geraria, na consciência, a conhecida sensação de tensão. Se a excitação das zonas erógenas aumenta a tensão sexual, isso só poderia acontecer pressupondo-se que elas tenham uma ligação anatômica prefigurada com esses centros, elevem o tônus de excitação neles e, sendo suficiente a tensão, ponham em marcha o ato sexual, ou, sendo ela insuficiente, estimulem a produção das substâncias sexuais.

Os pontos fracos dessa doutrina, que vemos aceita, por exemplo, na exposição de Krafft-Ebing sobre os processos sexuais, residem em que, tendo sido criada para explicar a atividade sexual do homem adulto, ela pouco leva em conta três situações cujo esclarecimento deveria igualmente proporcionar. São elas as situações das crianças, das mulheres e dos homens castrados. Em nenhum desses três casos é possível falar numa acumulação de produtos sexuais no mesmo sentido que no homem, o que dificulta uma aplicação uniforme desse esquema; todavia, cabe admitir desde logo que seria possível encontrar meios pelos quais também esses casos lhe ficariam subordinados. De qualquer modo, persiste a advertência de que não devemos imputar ao fator da acumulação de produtos sexuais realizações de que ele não parece capaz.

APRECIÇÃO DOS ÓRGÃOS SEXUAIS INTERNOS

As observações feitas em homens castrados parecem mostrar que a excitação sexual pode independe em grau considerável da produção de substâncias sexuais. Ocasionalmente, sua libido escapa ao prejuízo trazido pela operação de castração, embora a regra seja a limitação de libido, que aliás é o que motiva essa medida. Além disso, há muito se sabe que as doenças que eliminam a produção de células sexuais masculinas deixam intactas a libido e a potência do indivíduo agora estéril. Portanto, de modo algum é tão assombroso quanto o considera Rieger [1900] que a perda das glândulas sexuais masculinas na maturidade possa não ter maior influência no comportamento anímico do indivíduo. É certo que a castração praticada em idade precoce, antes da puberdade, aproxima-se, em seu efeito, do objetivo de suprimir os caracteres sexuais, embora aqui, além da perda das glândulas sexuais em si, também possa entrar em jogo uma inibição do desenvolvimento de outros fatores, vinculada a essa perda.

TEORIA QUÍMICA

As experiências feitas com a extirpação das gônadas (testículos e ovários) de animais, bem como o correspondente replante desses órgãos em vertebrados do sexo oposto, finalmente lançaram uma luz parcial sobre a origem da excitação sexual e, com isso, reduziram ainda mais a importância da eventual acumulação de produtos celulares sexuais. Tornou-se possível o experimento (E. Steinach) de transformar um macho numa fêmea e, inversamente, uma fêmea num macho, processo em que a conduta psicosexual dos animais se altera de acordo com os caracteres sexuais somáticos e ao mesmo tempo que eles. Mas essa influência determinante do sexo não deve ser atribuída à participação das gônadas que produzem as células sexuais específicas (espermatozoides e óvulo), mas sim a seu tecido intersticial, que por isso tem sido destacado pelos autores como “glândula da puberdade”. É muito possível que as investigações posteriores venham a revelar que essa glândula da puberdade tem normalmente uma disposição hermafrodita, com o que ficaria anatomicamente fundamentada a doutrina da bissexualidade dos animais superiores; e

já é provável que essa glândula não seja o único órgão relacionado com a produção da excitação sexual e dos caracteres sexuais. De qualquer modo, essa nova descoberta biológica ajusta-se ao que já verificamos antes sobre o papel da glândula tireóide na sexualidade. Assim, estamos autorizados a supor que na porção intersticial das gônadas produzem-se substâncias químicas especiais que, absorvidas na corrente sangüínea, carregam de tensão sexual determinadas partes do sistema nervoso central. Já temos conhecimento, a partir do caso das substâncias tóxicas introduzidas no corpo como algo estranho, de tal transformação de um estímulo tóxico num estímulo que atua em determinado órgão. Quanto ao modo como a excitação sexual é gerada pela estimulação das zonas erógenas, uma vez carregado o aparelho central, e às interações surgidas no curso desses processos sexuais entre os efeitos dos estímulos puramente tóxicos e os dos fisiológicos, isso ainda só pode ser tratado hipoteticamente e não constitui tarefa oportuna aqui. Basta que nos atenhamos, como o essencial nessa concepção dos processos sexuais, à hipótese de que existem substâncias peculiares provenientes do metabolismo sexual. Essa colocação aparentemente arbitrária apóia-se num conhecimento pouco levado em conta, porém digno da mais alta consideração. As neuroses, que só podem ser atribuídas a perturbações na vida sexual, mostram a mais extrema semelhança clínica com os fenômenos de intoxicação e abstinência decorrentes do uso habitual de substâncias tóxicas produtoras de prazer (alcalóides).

(3) A TEORIA DA LIBIDO

Combinam bem com essas hipóteses sobre a base química da excitação sexual as noções de que nos valem para procurar dominar as manifestações psíquicas da vida sexual. Estabelecemos o conceito da *libido* como uma força quantitativamente variável que poderia medir os processos e transformações ocorrentes no âmbito da excitação sexual. Diferenciamos essa libido, no tocante a sua origem particular, da energia que se supõe subjacente aos processos anímicos em geral, e assim lhe conferimos também um caráter qualitativo. Ao separar a energia libidinosa de outras formas de energia psíquica, damos expressão à premissa de que os processos sexuais do organismo diferenciam-se dos processos de nutrição por uma química especial. A análise das perversões e das psiconeuroses levou-nos à compreensão de que essa excitação sexual é fornecida não só pelas chamadas partes sexuais, mas por todos os órgãos do corpo. Chegamos assim à representação [*Vorstellung*] de um *quantum* de libido a cujo substituto [*Vertretung*] psíquico damos o nome de *libido do ego*, e cuja produção, aumento ou diminuição, distribuição e deslocamento devem fornecer-nos possibilidades de explicar os fenômenos psicosexuais observados.

Essa libido do ego, no entanto, só é convenientemente acessível ao estudo analítico depois de ter sido psiquicamente empregada para investir os objetos sexuais, ou seja, quando se converteu em *libido do objeto*. Vemo-la então concentrar-se nos objetos, fixar-se neles ou

abandoná-los, passar de uns para outros e, partindo dessas posições, nortear no indivíduo a atividade sexual que leva à satisfação, ou seja, à extinção parcial e temporária da libido. A psicanálise das chamadas neuroses de transferência (histeria e neurose obsessiva) nos proporciona uma clara visão disso.

Podemos ainda inteirar-nos, no tocante aos destinos da libido, de que ela é retirada dos objetos, mantém-se em suspenso em estados particulares de tensão e, por fim, é trazida de volta para o interior do ego, assim se reconvertendo em libido do ego. Em contraste com a libido do objeto, também chamamos a libido do ego de libido *narcísica*. Do ponto de observação da psicanálise podemos contemplar, como que por sobre uma fronteira cuja ultrapassagem não nos é permitida, a movimentação da libido narcísica, formando assim uma idéia da relação entre ela e a libido objetual. A libido narcísica ou do ego parece-nos ser o grande reservatório de onde partem as catexias de objeto e no qual elas voltam a ser recolhidas, e a catexia libidinosa narcísica do ego se nos afigura como o estado originário realizado na primeira infância, que é apenas encoberto pelas emissões posteriores de libido, mas no fundo se conserva por trás delas.

Deveria ser tarefa de uma teoria da libido, no campo dos distúrbios neuróticos e psicóticos, expressar todos os fenômenos observados e os processos deduzidos em termos da economia libidinal. É fácil inferir que, nesse contexto, cabe aos destinos da libido do ego a significação maior, sobretudo quando se trata de explicar as perturbações psicóticas mais profundas. A dificuldade reside, então, em que o veículo de nossas investigações, a psicanálise, só nos proporciona informações seguras, por enquanto, sobre as transformações da libido de objeto, mas não consegue estabelecer uma distinção imediata entre a libido e as outras formas de energia que operam no ego.

Por isso, de momento, a continuação da teoria da libido só é possível pelo caminho da especulação. Entretanto, renuncia-se a tudo o que foi ganho até agora com a observação psicanalítica quando, a exemplo de C.G. Jung, dissolve-se o próprio conceito de libido ao equacioná-lo com a força pulsional psíquica em geral. A distinção entre as moções pulsionais sexuais e as restantes, e, portanto, a restrição do conceito de libido às primeiras, encontra forte apoio na hipótese já discutida de uma química particular da função sexual.

(4) DIFERENCIAÇÃO ENTRE O HOMEM E A MULHER

Sabe-se que somente com a puberdade se estabelece a separação nítida entre os caracteres masculinos e femininos, num contraste que tem, a partir daí, uma influência mais decisiva do que qualquer outro sobre a configuração da vida humana. É certo que já na infância se reconhecem bem as disposições masculinas e femininas; o desenvolvimento das inibições da

sexualidade (vergonha, nojo, compaixão etc.) ocorre nas garotinhas mais cedo e com menor resistência do que nos meninos; nelas, em geral, a tendência ao recalçamento sexual parece maior, e quando se tornam visíveis as pulsões parciais da sexualidade, elas preferem a forma passiva. Mas a atividade auto-erótica das zonas erógenas é idêntica em ambos os sexos, e essa conformidade suprime na infância a possibilidade de uma diferenciação sexual como a que se estabelece depois da puberdade. Com respeito às manifestações auto-eróticas e masturbatórias da sexualidade, poder-se-ia formular a tese de que a sexualidade das meninas tem um caráter inteiramente masculino. A rigor, se soubéssemos dar aos conceitos de “masculino” e “feminino” um conteúdo mais preciso, seria possível defender a alegação de que a libido é, regular e normativamente, de natureza masculina, quer ocorra no homem ou na mulher, e abstraindo seu objeto, seja este homem ou mulher.

Desde que me familiarizei com a noção de bissexualidade, passei a considerá-la como o fator decisivo e penso que, sem levá-la em conta, dificilmente se poderá chegar a uma compreensão das manifestações sexuais efetivamente no homem e na mulher.

ZONAS DOMINANTES NO HOMEM E NA MULHER

Afora isso, só tenho a acrescentar o seguinte: nas meninas, a zona erógena dominante situa-se no clitóris e é, portanto, homóloga à zona genital masculina, a glândula. Tudo o que pude averiguar pela experiência sobre a masturbação nas meninas relacionou-se com o clitóris, e não com as partes da genitália externa que são posteriormente significativas para as funções sexuais. Chego mesmo a duvidar de que a menina, sob a influência da sedução, possa ser levada a outra coisa que não a masturbação clitoridiana; a ocorrência disso é totalmente excepcional. As descargas espontâneas de excitação sexual, tão corriqueiras justamente na menina pequena, expressam-se em contrações do clitóris, e as freqüentes ereções deste órgão facultam à menina formular um juízo acertado, mesmo sem nenhuma instrução, sobre as manifestações sexuais do sexo oposto: ela meramente transfere para os meninos as sensações de seus próprios processos sexuais.

Quando se quer compreender a transformação da menina em mulher, é preciso acompanhar as vicissitudes posteriores dessa excitabilidade do clitóris. A puberdade, que no menino traz um avanço tão grande da libido, distingue-se, na menina, por uma nova onda de recalçamento que afeta justamente a sexualidade do clitóris. O que assim sucumbe ao recalçamento é uma parcela de sexualidade masculina. O reforço das inibições sexuais criado por esse recalçamento da puberdade na mulher fornece então um estímulo à libido do homem, e obriga a um aumento de sua atividade; com essa intensificação da libido aumenta também a supervalorização sexual, que só aparece plenamente diante da mulher que recusa, que renega sua

sexualidade. Quando enfim o ato sexual é permitido, o próprio clitóris é excitado e compete a ele o papel de retransmitir essa excitação para as partes femininas vizinhas, assim como as lascas de lenha resinosa podem ser aproveitadas para atear fogo a um pedaço de lenha mais dura. Para que se efetue essa transferência, é preciso amiúde um certo intervalo de tempo, durante o qual a moça fica insensível. Essa anestesia pode tornar-se permanente, quando a zona clitoridiana se recusa a abrir mão de sua excitabilidade, o que é preparado justamente por sua atividade intensa na vida infantil. Sabe-se que, muitas vezes, a anestesia da mulher é apenas aparente e localizada. Elas ficam anestesiadas na vagina, porém de modo algum são incapazes de excitação no clitóris ou mesmo em outras zonas. A esses determinantes erógenos da anestesia vêm então somar-se os determinantes psíquicos, igualmente condicionados pelo recalçamento.

Quando a mulher transfere a excitabilidade erógena do clitóris para a vagina, ela muda a zona dominante para sua atividade sexual posterior, ao passo que o homem conserva a dele desde a infância. Nessa mudança da zona erógena dominante, assim como na onda de recalçamento da puberdade, que elimina, por assim dizer, a masculinidade infantil, residem os principais determinantes da propensão das mulheres para a neurose, especialmente a histeria. Esses determinantes, portanto, estão intimamente relacionados com a natureza da feminilidade.

(5) O ENCONTRO DO OBJETO

Durante os processos da puberdade firma-se o primado das zonas genitais e, no homem, o ímpeto do membro agora capaz de ereção remete imperiosamente para o novo alvo sexual: a penetração numa cavidade do corpo que excite sua zona genital. Ao mesmo tempo, consuma-se no lado psíquico o encontro do objeto para qual o caminho fora preparado desde a mais tenra infância. Na época em que a mais primitiva satisfação sexual estava ainda vinculada à nutrição, a pulsão sexual tinha um objeto fora do corpo próprio, no seio materno. Só mais tarde vem a perdê-lo, talvez justamente na época em que a criança consegue formar para si uma representação global da pessoa a quem pertence o órgão que lhe dispensava satisfação. Em geral, a pulsão sexual torna-se auto-erótica, e só depois de superado o período de latência é que se restabelece a relação originária. Não é sem boas razões que, para a criança, a amamentação no seio materno toma-se modelar para todos os relacionamentos amorosos. O encontro do objeto é, na verdade, um reencontro.

O OBJETO SEXUAL NA FASE DE AMAMENTAÇÃO

Todavia, desses primeiros e mais importantes de todos os vínculos sexuais, resta, mesmo depois que a atividade sexual se separa da nutrição, uma parcela significativa que ajuda a preparar a escolha do objeto e, dessa maneira, restaurar a felicidade perdida. Durante todo o período de

latência a criança aprende a *amar* outras pessoas que a ajudam em seu desamparo e satisfazem suas necessidades, e o faz segundo o modelo de sua relação de lactente com a ama e dando continuidade a ele. Talvez se queira contestar a identificação do amor sexual com os sentimentos ternos e a estima da criança pelas pessoas que cuidam dela, mas penso que uma investigação psicológica mais rigorosa permitirá estabelecer essa identidade acima de qualquer dúvida. O trato da criança com a pessoa que a assiste é, para ela, uma fonte incessante de excitação e satisfação sexuais vindas das zonas erógenas, ainda mais que essa pessoa - usualmente, a mãe - contempla a criança com os sentimentos derivados de sua própria vida sexual: ela a acaricia, beija e embala, e é perfeitamente claro que a trata como o substituto de um objeto sexual plenamente legítimo. A mãe provavelmente se horrorizaria se lhe fosse esclarecido que, com todas as suas expressões de ternura, ela está despertando a pulsão sexual de seu filho e preparando a intensidade posterior desta. Ela considera seu procedimento como um amor "puro", assexual, já que evita cuidadosamente levar aos genitais da criança mais excitações do que as inevitáveis no cuidado com o corpo. Mas a pulsão sexual, como bem sabemos, não é despertada apenas pela excitação da zona genital; aquilo a que chamamos ternura um dia exercerá seus efeitos, infalivelmente, também sobre as zonas genitais. Aliás, se a mãe compreendesse melhor a suma importância das pulsões para a vida anímica como um todo, para todas as realizações éticas e psíquicas, ela se pouparia das auto-recriminações mesmo depois desse esclarecimento. Quando ensina seu filho a amar, está apenas cumprindo sua tarefa; afinal, ele deve transformar-se num ser humano capaz, dotado de uma vigorosa necessidade sexual, e que possa realizar em sua vida tudo aquilo a que os seres humanos são impelidos pela pulsão. É verdade que o excesso de ternura por parte dos pais torna-se pernicioso, na medida em que acelera a maturidade sexual e também, "mimando" a criança, torna-a incapaz de renunciar temporariamente ao amor em épocas posteriores da vida, ou de se contentar com menor dose dele. Um dos melhores prenúncios de neurose posterior é quando a criança se mostra insaciável em sua demanda de ternura dos pais; por outro lado, são justamente os pais neuropáticos, que em geral tendem a exibir uma ternura desmedida, os que mais contribuem, com suas carícias, para despertar a disposição da criança para o adoecimento neurótico. Deduz-se desse exemplo, aliás, que os pais neuróticos têm caminhos mais diretos que o da herança para transferir sua perturbação para seus filhos.

ANGÚSTIA INFANTIL

As próprias crianças se comportam, desde cedo, como se sua afeição pelas pessoas que a assistem fosse da natureza do amor sexual. A angústia das crianças não é, originariamente, nada além da expressão da falta que sentem da pessoa amada; por isso elas se angustiam diante de qualquer estranho; temem a escuridão porque, nesta, não vêem a pessoa amada, e se deixam acalmar quando podem segurar-lhe a mão na obscuridade. Atribuir a todos os bichos-papões da infância e a todas as histórias horripilantes contadas pelas babás a culpa por provocarem

nervosismo na criança é superestimar-lhes o efeito. Só as crianças propensas ao estado de angústia é que acolhem essas histórias, que em outras não causam nenhuma impressão; e só tendem ao estado de angústia as crianças com uma pulsão sexual desmedida, ou prematuramente desenvolvida, ou que se tornou muito exigente em função dos mimos excessivos. Nesse aspecto, a criança porta-se como o adulto, na medida em que transforma sua libido em angústia quando não pode satisfazê-la; e inversamente, o adulto neurotizado pela libido insatisfeita comporta-se como uma criança em sua angústia: começa a sentir medo tão logo fica sozinho, ou seja, sem uma pessoa de cujo amor se acredite seguro, e a querer aplacar esse medo através das medidas mais pueris.

A BARREIRA DO INCESTO

Quando a ternura dos pais pelo filho é bem-sucedida em evitar que a pulsão seja prematuramente despertada nele, ou seja, antes que se dêem as condições somáticas da puberdade, e despertada com tal força que a excitação anímica irrompa de maneira inconfundível no sistema genital, essa ternura pode cumprir sua tarefa de orientar esse filho, na maturidade, em sua escolha do objeto sexual. Sem dúvida, o caminho mais curto para o filho seria escolher como objetos sexuais as mesmas pessoas a quem ama, desde a infância, com uma libido, digamos, amortecida. Com o adiamento da maturação sexual, entretanto, ganhou-se tempo para erigir, junto a outros entraves à sexualidade, a barreira do incesto, para que assim se integrem os preceitos morais que excluem expressamente da escolha objetual, na qualidade de parentes consangüíneos, as pessoas amadas na infância. O respeito a essa barreira é, acima de tudo, uma exigência cultural da sociedade, esta tem de se defender da devastação, pela família, dos interesses que lhe são necessários para o estabelecimento de unidades sociais superiores, e por isso, em todos os indivíduos, mas em especial nos adolescentes, lança mão de todos os recursos para afrouxar-lhes os laços com a família, os únicos que eram decisivos na infância.

Mas é na [esfera da] representação que se consuma inicialmente a escolha do objeto, e a vida sexual do jovem em processo de amadurecimento não dispõe de outro espaço que não o das fantasias, ou seja, o das representações não destinadas a concretizar-se. Nessas fantasias, as inclinações infantis voltam a emergir em todos os seres humanos, agora reforçadas pela premência somática, e entre elas, com freqüência uniforme e em primeiro lugar, o impulso sexual da criança em direção aos pais, quase sempre já diferenciado através da atração pelo sexo oposto: a do filho pela mãe e a da filha pelo pai. Contemporaneamente à subjugação e ao repúdio dessas fantasias claramente incestuosas consuma-se uma das realizações psíquicas mais significativas, porém também mais dolorosas, do período da puberdade: o desligamento da autoridade dos pais, unicamente através do qual se cria a oposição, tão importante para o progresso da cultura, entre a nova e a velha gerações. Em cada uma das etapas do curso de desenvolvimento por que todos os

indivíduos são obrigados a passar, um certo número deles fica retido, de modo que há pessoas que nunca superam a autoridade dos pais e não retiram deles sua ternura, ou só o fazem de maneira muito incompleta. Em sua maioria, são moças que, para a alegria dos pais, persistem em seu amor infantil muito além da puberdade, e é muito instrutivo constatar que é a essas moças que falta, em seu posterior casamento, a capacidade de dar ao marido o que é devido a ele. Tornam-se esposas frias e permanecem sexualmente anestesiadas. Com isso se aprende que o amor sexual e o que parece ser um amor não-sexual pelos pais alimentam-se das mesmas fontes, ou seja, o segundo corresponde apenas a uma fixação infantil da libido.

Quanto mais perto se chega das perturbações mais profundas do desenvolvimento psicosexual, mais se destaca, de maneira inequívoca, a importância da escolha objetal incestuosa. Nos psiconeuróticos, grande parte da atividade psicosexual destinada ao encontro do objeto, ou a totalidade dela, permanece no inconsciente, em decorrência de seu repúdio da sexualidade. Para as moças com uma necessidade exagerada de ternura e um horror igualmente desmedido às exigências reais da vida sexual, torna-se uma tentação irresistível, por um lado, realizar em sua vida o ideal do amor assexual, e por outro, ocultar sua libido por trás de uma ternura que possam expressar sem auto-recriminações, agarrando-se por toda a vida a sua inclinação infantil, renovada na puberdade, para os pais ou irmãos. A psicanálise mostra a essas pessoas, sem esforço, que elas estão *enamoras*, no sentido corriqueiro da palavra, desses seus parentes consangüíneos, uma vez que, com a ajuda dos sintomas e outras manifestações da doença, rastreia-lhes os pensamentos inconscientes e os traduz em pensamentos conscientes. Também nos casos em que uma pessoa anteriormente sadia adoece após uma experiência amorosa infeliz, pode-se descobrir com segurança que o mecanismo de seu adoecimento consiste numa reversão de sua libido para as pessoas preferidas na infância.

AS REPERCUSSÕES DA ESCOLHA OBJETAL INFANTIL

Mesmo quem teve a felicidade de evitar a fixação incestuosa de sua libido não escapa inteiramente a sua influência. Observa-se um eco muito claro dessa fase do desenvolvimento quando o primeiro enamoramento sério de um rapaz, como é tão freqüente, recai sobre uma mulher madura, e o da moça, sobre um homem mais velho e dotado de autoridade, já que essas figuras lhes podem revivescer as imagens da mãe e do pai. Talvez a escolha do objeto se dê, em geral, mediante um apoio mais livre nesses modelos. O homem, sobretudo, busca a imagem mnêmica da mãe, tal como essa imagem o dominou desde os primórdios da infância; e está em perfeita harmonia com isso que a mãe, ainda viva, oponha-se a essa reedição dela mesma e a trate com hostilidade. Em vista dessa importância do relacionamento infantil com os pais para a escolha posterior do objeto sexual, é fácil compreender que qualquer perturbação desse relacionamento terá as mais graves conseqüências para a vida sexual na maturidade; também ao

ciúme dos amantes nunca falta uma raiz infantil, ou pelo menos um reforço infantil. As desavenças entre os pais ou seu casamento infeliz condicionam a mais grave predisposição para o desenvolvimento sexual perturbado ou o adoecimento neurótico dos filhos.

A afeição infantil pelos pais é sem dúvida o mais importante, embora não o único, dos vestígios que, reavivados na puberdade, apontam o caminho para a escolha do objeto. Outros rudimentos com essa mesma origem permitem ao homem, sempre apoiado em sua infância, desenvolver mais de uma *orientação sexual* e criar condições muito diversificadas para sua escolha objetal.

PREVENÇÃO DA INVERSÃO

Uma das tarefas implícitas na escolha do objeto consiste em não se desencontrar do sexo oposto. Isso, como é sabido, não se soluciona sem um certo tateamento. Com freqüência, as primeiras moções depois da puberdade se extraviam, sem que haja nenhum dano permanente. Dessoir [1894] assinalou acertadamente a regularidade que se deixa entrever nas amizades apaixonadas dos rapazes e moças adolescentes por outros do mesmo sexo. A grande força que repele a inversão permanente do objeto sexual é, sem dúvida, a atração que os caracteres sexuais opostos exercem entre si; no contexto desta discussão, nada podemos dizer para esclarecê-la. Mas esse fator não basta, por si só, para excluir a inversão; diversos outros fatores auxiliares vêm juntar-se a ele. Acima de tudo, há o entrave autoritário da sociedade; quando a inversão não é considerada um crime, vê-se que ela responde plenamente às inclinações sexuais de um número nada pequeno de indivíduos. Pode-se ainda presumir, no tocante ao homem, que sua lembrança infantil de ternura da mãe e de outras pessoas do sexo feminino a quem ficava entregue quando criança contribui energeticamente para nortear sua escolha para a mulher, ao passo que a intimidação sexual precoce que experimentou por parte do pai e sua atitude competitiva com relação a ele desvia-o de seu próprio sexo. Mas ambos os fatores aplicam-se também à menina, cuja atividade sexual fica sob a guarda especial da mãe. Daí resulta uma relação hostil com o mesmo sexo, que influencia decisivamente a escolha do objeto no sentido considerado normal. A educação dos meninos por pessoas do sexo masculino (pelos escravos, na antigüidade) parece favorecer o homossexualismo; a freqüência da inversão na aristocracia de hoje torna-se um pouco mais inteligível diante de seu emprego de criados do sexo masculino, bem como pelos maiores cuidados pessoais que a mãe dedica aos filhos. Em muitos histéricos, vê-se que a ausência precoce de um dos pais (por morte, divórcio ou separação), em função da qual o remanescente absorveu a totalidade do amor da criança, foi o determinante do sexo da pessoa posteriormente escolhida como objeto sexual, com isso possibilitando-se a inversão permanente.

RESUMO

É chegado o momento de ensaiarmos um resumo. Partimos das aberrações da pulsão sexual com respeito a seu objeto e seu alvo, e deparamos com a questão de saber se elas provêm de uma disposição inata ou são adquiridas como resultado das influências da vida. A resposta a essa pergunta nos veio da compreensão, mediante a investigação psicanalítica, das condições da pulsão sexual nos psiconeuróticos, um grupo humano numeroso que não fica longe dos sadios. Assim, descobrimos que, nessas pessoas, a inclinação para todas as perversões é demonstrável na qualidade de forças inconscientes e se denuncia como formadora de sintomas, e pudemos dizer que a neurose é como que o negativo da perversões. Diante da ampla disseminação das tendências perversas, agora reconhecidas, fomos impelidos ao ponto de vista de que a disposição para as perversões é a disposição originária universal da pulsão sexual humana, e de que a partir dela, em conseqüência de modificações orgânicas e inibições psíquicas no decorrer da maturação, desenvolve-se o comportamento sexual normal. Alimentamos a esperança de poder apontar na infância essa disposição originária; entre as forças que restringem a orientação da pulsão sexual destacamos a vergonha, o asco, a compaixão e as construções sociais da moral e da autoridade. Assim, tivemos de ver em cada aberração fixa da vida sexual normal um fragmento de inibição do desenvolvimento e infantilismo. Embora tenha sido necessário situar em primeiro plano a importância das variações da disposição originária, tivemos de supor entre elas e as influências da vida uma relação de cooperação, e não de antagonismo. Por outro lado, já que a disposição originária é necessariamente complexa, pareceu-nos que a própria pulsão sexual seria algo composto de diversos fatores e que, nas perversões, como que se desfaria em seus componentes. Com isso, as perversões se revelaram, de um lado, como inibições do desenvolvimento normal, e de outro, como dissociações dele. Essas duas concepções foram reunidas na hipótese de que a pulsão sexual do adulto nasce mediante a conjugação de diversas moções da vida infantil numa unidade, numa aspiração com um alvo único.

Juntamos a isso o esclarecimento da preponderância das inclinações perversas nos psiconeuróticos, na medida em que a reconhecemos como o enchimento colateral de canais secundários em função do bloqueio do leito principal [da corrente sexual] pelo “recalcamento”, e

passamos então ao exame da vida sexual na infância. Pareceu-nos lamentável que se negasse a existência da pulsão sexual na infância e que as manifestações sexuais não raro observadas nas crianças fossem descritas como acontecimentos que fogem à regra. Pareceu-nos, ao contrário, que a criança traz consigo ao mundo germes de atividade sexual e que, já ao se alimentar, goza de uma satisfação sexual que então busca reiteradamente proporcionar-se através da conhecida atividade de “chuchar”. Todavia, a atividade sexual da criança não se desenvolve no mesmo passo que as demais funções, mas sim, após um breve período de florescência entre os dois e os cinco anos, entra no chamado período de latência. Neste, a produção de excitação sexual de modo algum é suspensa, mas continua e oferece uma provisão de energia que é empregada, em sua maior parte, para outras finalidades que não as sexuais, ou seja, de um lado, para contribuir com os componentes sexuais para os sentimentos sociais, e de outro (através do relacionamento e da formação reativa), para construir as barreiras posteriores contra a sexualidade. Assim se construiriam na infância, à custa de grande parte das moções sexuais perversas e com a ajuda da educação, as forças destinadas a manter a pulsão sexual em certos rumos. Outra parte das moções sexuais infantis escapa a esses empregos e consegue expressar-se como atividade sexual. Pudemos então verificar que a excitação sexual da criança provém de uma multiplicidade de fontes. A satisfação surge, acima de tudo, mediante a excitação sensorial apropriada das chamadas zonas erógenas, e provavelmente podem funcionar como tal qualquer ponto da pele e qualquer órgão dos sentidos - provavelmente qualquer órgão -, embora existam certas zonas erógenas destacadas cuja excitação estaria assegurada, desde o começo, por certos dispositivos orgânicos. Além disso, a excitação sexual parece surgir como um subproduto, por assim dizer, de um grande número de processos que ocorrem no organismo, tão logo eles alcançam certa intensidade, e muito especialmente, de todas as comoções mais fortes, ainda que de natureza penosa. As excitações de todas essas fontes ainda não estão conjugadas, cada qual seguindo separadamente seu alvo, que é meramente a obtenção de certo prazer. Na infância, portanto, a pulsão sexual *não está centrada* e é, a princípio, desprovida de objeto, ou seja, *auto-erótica*.

Ainda durante a infância começa a fazer-se notar a zona erógena da genitália, seja porque, como qualquer outra zona erógena, ela produz satisfação mediante a estimulação sensorial apropriada, seja porque, de um modo não inteiramente inteligível, havendo uma satisfação proveniente de outras fontes, produz-se ao mesmo tempo uma excitação sexual que mantém uma relação particular com a zona genital. Temos de admitir com pesar que não se chegou a um esclarecimento suficiente das relações entre a satisfação sexual e a excitação sexual, como também entre a atividade da zona genital e a das demais fontes da sexualidade.

Pelo estudo dos distúrbios neuróticos, observamos que é possível identificar na vida sexual infantil, desde seus primórdios, os rudimentos de uma organização dos componentes sexuais da pulsão. Numa primeira fase, muito precoce, o *erotismo oral* fica em primeiro plano; uma segunda

dessas organizações “*pré-genitais*” caracteriza-se pela predominância do sadismo e do *erotismo anal*; somente numa terceira fase (desenvolvida na criança apenas até a primazia do falo) é que a vida sexual passa a ser determinada pela contribuição das zonas genitais propriamente ditas.

Tivemos então de registrar, como uma de nossas mais surpreendentes descobertas, que essa eflorescência precoce da vida sexual infantil (dos dois aos cinco anos) também acarreta uma escolha objetal, com toda a riqueza das realizações anímicas que isso implica, de modo que a fase correspondente e ligada a ela, apesar da falta de síntese entre os componentes pulsionais isolados e da incerteza do alvo sexual, deve ser apreciada como uma importante precursora da posterior organização sexual definitiva.

A *instauração bitemporal* do desenvolvimento sexual nos seres humanos, ou seja, sua interrupção pelo período de latência, pareceu-nos digna de uma atenção especial. Ela se afigura como uma das condições da aptidão do homem para o desenvolvimento de uma cultura superior, mas também de sua tendência à neurose. Ao que saibamos, nada de análogo é demonstrável entre os parentes animais do homem. A origem dessa peculiaridade humana deveria ser buscada na proto-história da espécie.

Não pudemos dizer que medida de atividade sexual na infância poderia ainda ser descrita como normal, como não perniciosa para o desenvolvimento ulterior. O caráter dessas manifestações sexuais revelou-se predominantemente masturbatório. A experiência permitiu-nos ainda comprovar que as influências externas da sedução podem provocar rompimentos prematuros da latência e até a supressão dela, e que, nesse aspecto, a pulsão sexual da criança comprova ser, de fato, perverso-polimorfa; comprovamos ainda que tal atividade sexual prematura prejudica a educabilidade da criança.

Apesar das lacunas em nossos conhecimentos da vida sexual infantil, foi-nos então preciso fazer uma tentativa de estudar as transformações sobrevindas com a chegada da puberdade. Destacamos duas delas como decisivas: a subordinação de todas as outras fontes de excitação sexual ao primado das zonas genitais e o processo do encontro do objeto. Ambos já estão prefigurados na vida infantil. A primeira consome-se pelo mecanismo de exploração do pré-prazer: os atos sexuais outrora autônomos, ligados ao prazer e à excitação, convertem-se em atos preparatórios do novo alvo sexual (a descarga dos produtos sexuais), cuja consecução, acompanhada de enorme prazer, põe termo à excitação sexual. Nesse aspecto, havíamos levado em conta a diferenciação dos seres sexuados em masculino e feminino e descobrimos que, no tornar-se mulher, faz-se necessário um novo recalçamento, que suprime parte da masculinidade infantil e prepara a mulher para a troca da zona genital dominante. Por fim, descobrimos que a escolha objetal é guiada pelos indícios infantis, renovados na puberdade, da inclinação sexual da

criança pelos pais e por outras pessoas que cuidam dela, e que, desviada dessas pessoas pela barreira do incesto erigida nesse meio-tempo, orienta-se para outras que se assemelhem a elas. Cabe ainda acrescentar, por último, que durante o período de transição da puberdade os processos de desenvolvimento somático e psíquico prosseguem por algum tempo sem ligação entre si, até que a irrupção de uma intensa moção anímica de amor, levando à inervação dos genitais, produz a unidade da função amorosa exigida pela normalidade.

FATORES QUE PERTURBAM O DESENVOLVIMENTO

Cada passo nesse longo percurso de desenvolvimento pode transformar-se num ponto de fixação, cada ponto de articulação nessa complexa montagem pode ensejar a dissociação da pulsão sexual, como já discutimos em diversos exemplos. Resta-nos ainda fornecer um panorama dos diversos fatores internos e externos que perturbam o desenvolvimento, e indicar o lugar do mecanismo afetado pela perturbação proveniente deles. É claro que os fatores mencionados numa mesma série podem não ter o mesmo valor, e devemos estar preparados para encontrar dificuldades na devida avaliação de cada um deles.

CONSTITUIÇÃO E HEREDITARIEDADE

Em primeiro lugar, cabe mencionar aqui a *diversidade inata da constituição sexual*, em que provavelmente recai o peso principal, mas que, como é compreensível, só pode ser deduzida de suas manifestações posteriores e, mesmo assim, nem sempre com grande certeza. Concebemos essa diversidade como uma preponderância desta ou daquela das múltiplas fontes de excitação sexual, e cremos que tal diferença entre as disposições deve expressar-se de alguma maneira no resultado final, mesmo que este se mantenha dentro das fronteiras da normalidade. Sem dúvida é concebível que haja também variações na disposição originária que levem necessariamente, e sem a ajuda de outros fatores, à configuração de uma vida sexual anormal. Poder-se-ia descrevê-los como “degenerativos” e considerá-los como a expressão de uma deterioração hereditária. Nesse contexto, tenho um fato notável a relatar. Em mais da metade dos casos de histeria, neurose obsessiva etc. que tive em tratamento psicoterapêutico, pude demonstrar com certeza que o pai sofrera de sífilis antes do casamento, quer se tratasse de tabes ou paralisia progressiva, quer a doença luética fosse indicada de algum outro modo pela anamnese. Quero observar expressamente que as crianças posteriormente neuróticas não traziam em si nenhum sinal físico de sífilis hereditária, de modo que justamente sua constituição sexual anormal é que devia ser considerada como a última ramificação de sua herança sífilítica. Embora eu esteja longe de afirmar que a descendência de pais sífilíticos é a condição etiológica invariável ou imprescindível da constituição neuropática, não creio que a coincidência por mim observada seja acidental ou sem importância.

As condições hereditárias dos perversos positivos são menos conhecidas, pois eles sabem furta-se à investigação. Ainda assim, há boas razões para supor que o que é válido para as neuroses também o seja para as perversões. É que não raro se encontram numa mesma família a perversão e a psiconeurose, distribuídas de tal modo entre os dois sexos que os membros masculinos, ou um deles, são perversos positivos, enquanto os membros femininos, em consonância com a tendência de seu sexo ao recalçamento, são perversos negativos, ou seja, histéricos - uma boa prova das relações essenciais por nós descobertas entre os dois distúrbios.

ELABORAÇÃO ULTERIOR

Por outro lado, não se pode defender o ponto de vista de que a conformação da vida sexual ficaria inequivocamente determinada com a instauração dos diversos componentes da constituição sexual. Ao contrário, o processo de determinação prossegue e surgem outras possibilidades, conforme as vicissitudes por que passam as correntes tributárias das sexualidades provenientes das diversas fontes. Obviamente, é essa *elaboração ulterior* que decide em termos definitivos, enquanto o que se poderia descrever como uma constituição idêntica pode levar a três desfechos diferentes:

[1] Quando todas as disposições se mantêm em sua proporção relativa, considerada anormal, e são reforçadas com o amadurecimento, o desfecho só pode ser uma vida sexual perversa. A análise dessas disposições constitucionais anormais ainda não foi devidamente empreendida, mas já conhecemos casos facilmente explicáveis mediante tais hipóteses. Os autores opinam, por exemplo (ver em [1]), que toda uma série de perversões por fixação teria como precondição necessária uma debilidade inata da pulsão sexual. Expressa nessa forma, tal colocação me parece insustentável, mas ela passa a fazer sentido quando se pensa numa debilidade constitucional de determinado fator da pulsão sexual, qual seja, a zona genital, zona esta que assume posteriormente a função de conjugar num todo cada uma das atividades sexuais isoladas, tendo por alvo a reprodução. [Quando a zona genital é fraca,] essa conjugação exigida na puberdade está fadada a fracassar, e o mais forte dentre os demais componentes da sexualidade impõe sua prática como uma perversão.

RECALCAMENTO

[2] Produz-se um desfecho diferente quando, no curso do desenvolvimento, alguns componentes que tinham força excessiva na disposição passam pelo processo de recalçamento, sobre o qual devemos insistir em que não é equivalente a uma supressão. Nesse caso, as excitações correspondentes continuam a ser produzidas como antes, mas são impedidas por um

obstáculo psíquico de atingir seu alvo e empurradas para muitos outros caminhos, até que se consigam expressar como sintomas. O resultado pode aproximar-se de uma vida sexual normal - restrita, na maioria das vezes -, mas complementada pela doença psiconeurótica. São justamente esses os casos que se tornaram familiares para nós através da investigação psicanalítica dos neuróticos. A vida sexual dessas pessoas começa como a dos perversos, e toda uma parte de sua infância é ocupada por uma atividade sexual perversa, que ocasionalmente se estende para além da maturidade. Produz-se então, por causas internas - em geral antes da puberdade, mas vez por outra até mesmo depois dela -, uma reversão devida ao recalçamento, e a partir daí a neurose toma o lugar da perversão, sem que se extingam os antigos impulsos. Isso faz lembrar o provérbio “Junge Hure, alte Betschwester”, só que, nesse caso, a juventude foi curta demais. Essa substituição da perversão pela neurose na vida de uma mesma pessoa, assim como a já mencionada distribuição da perversão e da neurose entre os diferentes membros de uma mesma família, é coerente com a concepção de que a neurose é o negativo da perversão.

SUBLIMAÇÃO

[3] O terceiro desfecho da disposição constitucional anormal é possibilitado pelo processo de “*sublimação*”, no qual as excitações hiperintensas provenientes das diversas fontes da sexualidade encontram escoamento e emprego em outros campos, de modo que de uma disposição em si perigosa resulta um aumento nada insignificante da eficiência psíquica. Aí encontramos uma das fontes da atividade artística, e, conforme tal sublimação seja mais ou menos completa, a análise caracterológica de pessoas altamente dotadas, sobretudo as de disposição artística, revela uma mescla, em diferentes proporções, de eficiência, perversão e neurose. Uma subvariedade da sublimação talvez seja a supressão por *formação reativa*, que, como descobrimos, começa no período de latência da criança e, nos casos favoráveis, prossegue por toda a vida. Aquilo a que chamamos “caráter” de um homem constrói-se, numa boa medida, a partir do material das excitações sexuais, e se compõe de pulsões fixadas desde a infância, de outras obtidas por sublimação, e de construções destinadas ao refreamento eficaz de moções perversas reconhecidas como inutilizáveis. Por conseguinte, a disposição sexual universalmente perversa da infância pode ser considerada como a fonte de uma série de nossas virtudes, na medida em que, através da formação reativa, impulsiona a criação delas.

EXPERIÊNCIAS ACIDENTAIS

Comparadas às descargas sexuais, às ondas de recalçamento e às sublimações (sendo inteiramente desconhecidas para nós as condições internas destes dois últimos processos), todas as outras influências parecem bem menos importantes. Quem incluir os recalçamentos e sublimações na disposição constitucional e encará-los como manifestações vitais desta poderá

afirmar, justificadamente, que a conformação final da vida sexual resulta, acima de tudo, da constituição inata. Mas ninguém com algum discernimento contestará o fato de que, em tal cooperação de fatores, há também espaço para as influências modificadoras do que foi acidentalmente vivenciado na infância e depois. Não é fácil avaliar a eficácia dos fatores constitucionais e acidentais em sua relação recíproca. Na teoria, sempre se tende a superestimar os primeiros; a prática terapêutica destaca a importância dos últimos. Mas em nenhum caso se deve esquecer que existe entre ambos uma relação de cooperação, e não de exclusão. O fator constitucional tem de aguardar experiências que o ponham em vigor; o acidental precisa apoiar-se na constituição para ter efeito. Na maioria dos casos, pode-se imaginar o que se tem chamado de “série complementar”, na qual as intensidades decrescentes de um fator são compensadas pelas intensidades crescentes de outro, mas não há razão alguma para negar a existência de casos extremos nos dois limites da série.

Harmoniza-se ainda melhor com a investigação psicanalítica dar um lugar de destaque, entre os fatores acidentais, às experiências da primeira infância. A série etiológica única decompõe-se então em duas, que podem ser chamadas de *disposicional* e *definitiva*. Na primeira, a constituição e as vivências acidentais da infância interagem da mesma maneira que, na segunda, a disposição e as vivências traumáticas posteriores. Todos os fatores nocivos ao desenvolvimento sexual externam seu efeito promovendo uma regressão, um retorno a uma fase anterior do desenvolvimento.

Prossigamos agora em nossa tarefa de enumerar os fatores que verificamos serem influentes no desenvolvimento sexual, quer representem forças eficazes ou meras manifestações delas.

PRECOCIDADE

Um desses fatores é a *precocidade* sexual espontânea, demonstrável com certeza pelo menos na etiologia das neuroses, muito embora, tal como outros fatores, não seja por si só uma causa suficiente. Manifesta-se na interrupção, encurtamento ou encerramento do período infantil de latência, e converte-se em causa de perturbações por ocasionar manifestações sexuais que, pelo estado incompleto das inibições sexuais, de um lado, e por ainda não estar desenvolvido o sistema genital, de outro, só podem trazer em si o caráter de perversões. Essas tendências à perversão podem então permanecer como tais ou, instaurado o recalçamento, transformar-se em forças propulsoras de sintomas neuróticos. De qualquer modo, a precocidade sexual dificulta o desejável domínio posterior da pulsão sexual pelas instâncias anímicas superiores, e aumenta o caráter compulsivo que, à parte disso, os substitutos [*Vertretungen*] psíquicos da pulsão reivindicam para si. A precocidade sexual amiúde corre paralela ao desenvolvimento intelectual prematuro, e

como tal é encontrada na história infantil dos indivíduos mais eminentes e capazes; em tais condições, não parece tornar-se tão patogênica como quando surge isoladamente.

FATORES TEMPORAIS

Da mesma forma, exigem consideração outros fatores que, ao lado da precocidade, podem ser reunidos sob a designação de “*temporais*”. A ordem em que são ativadas as diversas moções pulsionais, bem como o lapso de tempo em que podem manifestar-se antes de sucumbir a influência de uma nova moção pulsional emergente, ou a algum recalçamento típico, parecem filogeneticamente determinados. Todavia, tanto nessa seqüência temporal quanto nessa duração parece haver variações que devem exercer uma influência dominante no resultado final. Não é indiferente que uma dada corrente emergja antes ou depois de sua corrente contraída, pois o efeito de um recalçamento não pode ser desfeito: cada desvio temporal na montagem dos componentes produz invariavelmente uma alteração no resultado. Por outro lado, as moções pulsionais que emergem com intensidade especial têm, com freqüência, um decurso assombrantemente rápido, como, por exemplo, o vínculo heterossexual dos que depois se tornam homossexuais manifestos. Não há justificativa para o medo de que as tendências estabelecidas com mais violência na infância dominem permanentemente o caráter adulto; é igualmente esperável que elas venham a desaparecer, cedendo lugar a seu oposto. (“*Gestrengte Herren regieren nicht lange.*”)

Não estamos sequer em condições de fornecer indícios das causas dessas complicações temporais dos processos de desenvolvimento. Abre-se aqui o panorama de uma densa falange de problemas biológicos, e talvez também históricos, dos quais nem ao menos nos aproximamos o bastante para travar batalha com eles.

ADESIVIDADE

A importância de todas as manifestações sexuais precoces é aumentada por um fator psíquico de origem desconhecida, que por ora decerto só pode ser apresentado como uma hipótese psicológica provisória. Refiro-me à elevada *adesividade* [*Haftbarkeit*] ou *fixabilidade* dessas impressões da vida sexual, que é preciso admitir, para a complementação dos fatos, nas pessoas que depois se tornarão neuróticas ou perversas, já que as mesmas manifestações sexuais prematuras em outras pessoas não conseguem gravar-se de maneira tão profunda, a ponto de produzirem uma repetição convulsiva e poderem prescrever por toda a vida os caminhos da pulsão sexual. Parte da explicação dessa adesividade talvez resida num outro fator psíquico que não podemos negligenciar na causação das neuroses, a saber, a preponderância que cabe na vida anímica aos traços mnêmicos, em comparação com as impressões recentes. Esse fator é obviamente dependente da formação intelectual e aumenta conforme a elevação da cultura

pessoal. Em contraste com isso, o selvagem tem sido caracterizado como “*das unglückselige Kind des Augenblickes*”. Em decorrência da relação inversa entre a cultura e o livre desenvolvimento da sexualidade, cujas conseqüências podem ser seguidas muito de perto na conformação de nossa vida, a importância do rumo tomado pela vida sexual da criança para a vida posterior é muito pequena nos níveis cultural ou social mais baixos e muito grande nos mais elevados.

FIXAÇÃO

O terreno preparado pelos fatores psíquicos que acabamos de mencionar é favorável aos estímulos acidentalmente vivenciados da sexualidade infantil. Estes últimos (sobretudo a sedução por outras crianças ou por adultos) fornecem o material que, com a ajuda dos primeiros, pode fixar-se como um distúrbio permanente. Boa parte dos desvios da vida sexual normal posteriormente observados tanto nos neuróticos quanto nos perversos é estabelecida, desde o começo, pelas impressões do período infantil, supostamente desprovido de sexualidade. De sua causação participam a complacência constitucional, a precocidade, a característica da adesividade elevada e a estimulação fortuita da pulsão sexual por influências estranhas.

Todavia, a conclusão insatisfatória que emerge dessas investigações das perturbações da vida sexual provém de não sabermos, sobre os processos biológicos que constituem a essência da sexualidade, o bastante para formar, com base em nossos conhecimentos isolados, uma teoria suficiente para compreendermos tanto o normal quanto o patológico.

APÊNDICE: LISTA DOS ESCRITOS DE FREUD QUE VERSAM PREDOMINANTEMENTE OU EM GRANDE PARTE SOBRE A SEXUALIDADE

Claro está que as referências à sexualidade são encontradas na grande maioria dos escritos de Freud. A lista que se segue compreende aqueles que versam mais diretamente sobre o assunto. A data indicada no início de cada item corresponde ao ano de publicação. Os detalhes mais completos sobre cada obra serão encontrados na bibliografia ao final deste volume.

- 1898a “A Sexualidade na Etiologia das Neuroses”.
- 1905d *Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade.*
- 1906a “Minhas Teses sobre o Papel da Sexualidade na Etiologia das Neuroses”.
- 1907c “O Esclarecimento Sexual da Criança”.
- 1908b “Caráter e Erotismo Anal”.
- 1908c “Sobre as Teorias Sexuais Infantis”.

- 1908d "Moral Sexual `Civilizada' e Doença Nervosa Moderna".
- 1910a *Cinco Lições de Psicanálise*, Conferência IV.
- 1910c *Uma Lembrança Infantil de Leonardo da Vinci*, Capítulo III.
- 1910h "Um Tipo Especial de Escolha de Objeto no Homem".
- 1912d "Sobre a Degradação mais Generalizada da Vida Amorosa".
- 1912f "Contribuições para um Debate sobre a Masturbação".
- 1913l "A Predisposição à Neurose Obsessiva".
- 1913j "O Interesse pela Psicanálise", Parte II (C).
- 1913k Prefácio a *Scatologic Rites of All Nations*, de Bourke.
- 1914c "Sobre o Narcisismo: Introdução".
- 1916-17 *Conferências Introdutórias sobre Psicanálise*, Conferências XX, XXI, XXII e XXVI.
- 1917c "Sobre as Transformações da Pulsão, particularmente o Erotismo Anal".
- 1918a "O Tabu da Virgindade".
- 1919e " `Espanca-se uma Criança' ".
- 1920a "Sobre a Psicogênese de um Caso de Homossexualismo Feminino".
- 1922b "Alguns Mecanismos Neuróticos no Ciúme, na Paranóia e no Homossexualismo",

Seção C.

- 1923a Dois Verbetes de Enciclopédia: (2) "A Teoria da Libido".
- 1923e "A Organização Genital Infantil".
- 1924c "O Problema Econômico do Masoquismo".
- 1924d "O Naufrágio do Complexo de Édipo".
- 1925j "Algumas Conseqüências Psíquicas da Diferença Anatômica entre os Sexos".
- 1927e "Fetichismo".
- 1931a "Tipos Libidinais".
- 1931b "Sexualidade Feminina"
- 1933a *Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise*, Conferências XXXII e XXXIII.
- 1940a [1938] *Um Esboço de Psicanálise*, Capítulos III e VII.
- 1940e [1938] "A Cisão do Ego no Processo de Defesa".

O MÉTODO PSICANALÍTICO DE FREUD

O singular método psicoterápico que Freud pratica e designa de psicanálise é proveniente do chamado procedimento catártico, sobre o qual ele forneceu as devidas informações nos *Estudos sobre a Histeria*, de 1895, escritos em colaboração com Joseph Breuer. A terapia catártica foi uma descoberta de Breuer, que, cerca de dez anos antes, curara com sua ajuda uma paciente histérica e obtivera, nesse processo, uma compreensão da patogênese de seus sintomas. Graças a uma sugestão pessoal de Breuer, Freud retomou o procedimento e o pôs à prova num número maior de enfermos.

O procedimento catártico pressupunha que o paciente fosse hipnotizável e se baseava na ampliação da consciência que ocorre na hipnose. Tinha por alvo a eliminação dos sintomas patológicos e chegava a isso levando o paciente a retroceder ao estado psíquico em que o sintoma surgira pela primeira vez. Feito isso, emergiam no doente hipnotizado lembranças, pensamentos e impulsos até então excluídos de sua consciência; e mal ele comunicava ao médico esses seus processos anímicos, em meio a intensas expressões afetivas, o sintoma era superado e se impedia seu retorno. Os dois autores, em seu trabalho conjunto, explicaram essa experiência regularmente repetida, afirmando que o sintoma toma o lugar de processos psíquicos suprimidos que não chegam à consciência, ou seja, que ele representa uma transformação (“conversão”) de tais processos. A eficácia terapêutica de seu procedimento foi explicada em função da descarga do afeto, até ali como que “estrangulado”, preso às ações anímicas suprimidas (“ab-reação”). Mas esse esquema simples da intervenção terapêutica complicava-se em quase todos os casos, pois viu-se que participavam da gênese do sintoma, não uma única impressão (“traumática”), porém, na maioria dos casos, uma série delas, difícil de abarcar.

Assim, a principal característica do método catártico, em contraste com todos os outros procedimentos da psicoterapia, reside em que, nele, a eficácia terapêutica não se transfere para uma proibição médica veiculada por sugestão. Espera-se, antes, que os sintomas desapareçam por si, tão logo a intervenção, baseada em certas premissas sobre o mecanismo psíquico, tenha êxito em fazer com que os processos anímicos passem para um curso diferente do que até então desembocava na formação do sintoma.

As alterações que Freud introduziu no método catártico de Breuer foram, a princípio, mudanças da técnica; estas, porém, levaram a novos resultados e, em seguida, exigiram uma concepção diferente do trabalho terapêutico, embora não contraditória à anterior.

O método catártico já havia renunciado à sugestão, e Freud deu o passo seguinte, abandonando também a hipnose. Atualmente, trata seus enfermos da seguinte maneira: sem exercer nenhum outro tipo de influência, convida-os a se deitarem de costas num sofá, comodamente, enquanto ele próprio senta-se numa cadeira por trás deles, fora de seu campo visual. Tampouco exige que fechem os olhos e evita qualquer contato, bem como qualquer outro procedimento que possa fazer lembrar a hipnose. Assim a sessão prossegue como uma conversa entre duas pessoas igualmente despertas, uma das quais é poupada de qualquer esforço muscular e de qualquer impressão sensorial passível de distraí-la e de perturbar-lhe a concentração da atenção em sua própria atividade anímica.

Como a hipnotizabilidade, por mais habilidoso que seja o médico, reside sabidamente no

arbítrio do paciente, e como um grande número de pessoas neuróticas não pode ser colocado em estado de hipnose através de procedimento algum, ficou assegurada, através da renúncia à hipnose, a aplicabilidade do método a um número irrestrito de enfermos. Por outro lado, perdeu-se a ampliação da consciência que proporcionava ao médico justamente o material psíquico de lembranças e representações com a ajuda do qual se podia realizar a transformação dos sintomas e a liberação dos afetos. Caso não fosse encontrado nenhum substituto para essa perda, seria impossível falar em alguma influência terapêutica.

Freud encontrou um substituto dessa ordem, plenamente satisfatório, nas associações dos enfermos, ou seja, nos pensamentos involuntários - quase sempre sentidos como perturbadores e por isso comumente postos de lado - que costumam cruzar a trama da exposição intencional.

Para apoderar-se dessas idéias incidentes, ele exorta os pacientes a se deixarem levar em suas comunicações, "mais ou menos como se faz numa conversa a esmo, passando de um assunto a outro". Antes de exortá-los a um relato pormenorizado de sua história clínica, ele os instiga a dizerem tudo o que lhes passar pela cabeça, mesmo o que julgarem sem importância, ou irrelevante, ou disparatado. Ao contrário, pede com especial insistência que não excluam de suas comunicações nenhum pensamento ou idéia pelo fato de serem embaraçosos ou penosos. No empenho de compilar esse material costumeiramente desdenhado, Freud fez as observações que se tornaram decisivas para toda a sua concepção. Já no relato da história clínica surgem lacunas na memória do doente, ou seja, esquecem-se acontecimentos reais, confundem-se as relações de tempo ou se rompem as conexões causais, daí resultando efeitos incompreensíveis. Não há nenhuma história clínica de neurose sem algum tipo de amnésia. Quando o paciente é instado a preencher essas lacunas de sua memória através de um trabalho redobrado de atenção, verifica-se que as idéias que lhe ocorrem a esse respeito são repelidas por ele com todos os recursos da crítica, até que ele sente um franco mal-estar quando a lembrança realmente se instala. Dessa experiência Freud concluiu que as amnésias são o resultado de um processo ao qual ele chama *recalcamento* e cuja motivação é identificada no sentido de desprazer. As forças psíquicas que deram origem a esse recalcamento estariam, segundo ele, na *resistência* que se opõe à restauração [das lembranças].

O fator da resistência tornou-se um dos fundamentos de sua teoria. Quanto às idéias postas de lado sob toda sorte de pretextos (como as enumeradas na fórmula acima), Freud as encara como derivados das formações psíquicas recalcadas (pensamentos e moções), como deturpações delas provocadas pela resistência a sua reprodução.

Quanto maior a resistência, mais profusa é essa distorção. O valor das idéias inintencionais para a técnica terapêutica reside nessa relação delas com o material psíquico

recalcado. Quando se dispõe de um procedimento que permite avançar das associações até o recalcado, das distorções até o distorcido, pode-se também tornar acessível à consciência o que era antes inconsciente na vida anímica, mesmo sem a hipnose.

Com base nisso, Freud desenvolveu uma arte de *interpretação* à qual compete a tarefa, por assim dizer, de extrair do minério bruto das associações inintencionais o metal puro dos pensamentos recalçados. São objeto desse trabalho interpretativo não apenas as idéias que ocorrem ao doente, mas também seus sonhos, que abrem a via de acesso mais direta para o conhecimento do inconsciente, suas ações inintencionais e desprovidas de planos (atos sintomáticos), e os erros que ele comete na vida cotidiana (lapsos da fala, equívocos na ação etc.). Os detalhes dessa técnica de interpretação ou tradução ainda não foram publicados por Freud. Segundo suas indicações, trata-se de uma série de regras empiricamente adquiridas para construir o material inconsciente a partir das ocorrências de idéias, de instituições sobre como é preciso entender a situação em que deixam de ocorrer idéias ao paciente, e de experiências sobre as resistências típicas mais importantes que surgem no decorrer desses tratamentos. Um volumoso livro sobre *A Interpretação dos Sonhos*, publicado por Freud em 1900, deve ser visto como o precursor de tal introdução à técnica.

Dessas indicações sobre a técnica do método psicanalítico poder-se-ia concluir que seu inventor deu-se um trabalho desnecessário e fez mal em abandonar o procedimento hipnótico, menos complicado. De um lado, porém, a técnica da psicanálise, uma vez aprendida, é muito mais fácil de praticar do que indicaria qualquer descrição dela, e de outro, nenhum caminho alternativo leva à meta desejada, donde o caminho trabalhoso é ainda o mais curto. A hipnose é censurável por ocultar a resistência e por ter assim impedido ao médico o conhecimento do jogo das forças psíquicas. E não elimina a resistência; apenas a evade, com o que fornece tão-somente dados incompletos e resultados passageiros.

A tarefa que o método psicanalítico se empenha em resolver pode expressar-se em diferentes fórmulas, que em essência, no entanto, são equivalentes. Pode-se dizer: a tarefa do tratamento é eliminar as amnésias. Preenchidas todas as lacunas da memória, esclarecidos todos os efeitos enigmáticos da vida psíquica, tornam-se impossíveis a continuação e mesmo a reprodução da doença. Pode-se ainda conceber a condição para isso da seguinte maneira: todos os recalçamentos devem ser desfeitos; o estado psíquico passa então a ser idêntico àquele em que todas as amnésias foram preenchidas. De alcance ainda maior é outra formulação: trata-se de tornar o inconsciente acessível à consciência, o que se consegue mediante a superação das resistências. Mas não se deve esquecer que tal estado tampouco se apresenta no ser humano normal, e que só raramente fica-se em condições de levar o tratamento a um ponto que se aproxime disso. Assim como a saúde e a doença não se diferenciam em princípio, estando apenas

separadas por fronteiras quantitativas determináveis na prática, não se pode estabelecer como meta de tratamento outra coisa senão o restabelecimento prático do enfermo, a restauração de sua capacidade de rendimento e de gozo. Num tratamento incompleto ou havendo um resultado imperfeito, obtém-se sobretudo uma significativa melhora do estado psíquico geral, enquanto os sintomas, embora com uma importância diminuída para o paciente, podem persistir, sem que a pessoa seja rotulada de enferma.

O procedimento terapêutico, abstraídas algumas modificações insignificantes, mantém-se o mesmo para todos os quadros sintomáticos da histeria, com suas múltiplas formas, e para todas as configurações da neurose obsessiva. Mas isso não implica que sua aplicabilidade seja irrestrita. A natureza do método psicanalítico envolve indicações e contra-indicações, tanto em relação às pessoas a serem tratadas quanto com respeito ao quadro patológico. Os mais favoráveis para psicanálise são os casos crônicos de psicose com poucos sintomas violentos ou perigosos, e portanto, em primeiro lugar, todas as espécies de neurose obsessiva, pensamento e ação obsessivos, e os casos de histeria em que as fobias e abulias desempenham o papel principal; e ainda todas as expressões somáticas da histeria, desde que a pronta eliminação dos sintomas não seja a tarefa primordial do médico, como na anorexia. Nos casos agudos de histeria, é preciso aguardar a chegada de uma fase mais calma; em todos os casos em que o esgotamento nervoso domina o quadro clínico, deve-se evitar um procedimento que por si só requer esforço, traz apenas progressos lentos e, por algum tempo, não pode levar em consideração a persistência dos sintomas.

Para que uma pessoa se submeta com proveito a psicanálise, são muitos os requisitos exigidos. Em primeiro lugar, ela deve ser capaz de um estado psíquico normal; durante os períodos de confusão ou de depressão melancólica, não se consegue nada nem mesmo num caso de histeria. Cabe ainda exigir dela certo grau de inteligência natural e de desenvolvimento ético; com pessoas sem nenhum valor, o médico logo perde o interesse que lhe permite aprofundar-se na vida anímica do doente. As malformações de caráter acentuadas, traços de uma constituição realmente degenerada, externam-se no tratamento como fontes de uma resistência difícil de superar. Nesse aspecto, a constituição estabelece um limite geral para a capacidade curativa da psicoterapia. Também a faixa etária próxima dos cinquenta anos cria condições desfavoráveis para a psicanálise. Nesse caso, já não é possível dominar a massa do material psíquico, o tempo exigido para a cura torna-se longo demais e a capacidade para desfazer processos psíquicos começa a enfraquecer.

Apesar de todas essas limitações, é extraordinariamente grande o número de pessoas aptas para a psicanálise, e a extensão trazida a nossos poderes terapêuticos por esse procedimento é, segundo Freud, muito considerável. Para um tratamento eficaz, Freud requer

períodos longos, de seis meses a três anos; contudo, informa que até agora, em vista de diversas circunstâncias fáceis de imaginar, só esteve em condições de testar seu tratamento, na maioria das vezes, em casos muito graves: em pessoas enfermas desde longa data e totalmente incapacitadas, que, frustradas por toda sorte de tratamentos, foram buscar como que um último recurso em seu procedimento novo e recebido com muitas dúvidas. Nos casos de doença mais branda, a duração do tratamento poderia encurtar-se muito, obtendo-se em ganho extraordinário em termos de prevenção para o futuro.

NOTA DO EDITOR INGLÊS

“DIE FREUDSCHE PSYCHOANALYTISCHE METHODE”

(a) EDIÇÕES ALEMÃS:

(1903 Data provável de redação.)

1904 Em L. Loewenfeld, *Die psychischen Zwangerscheinungen*, 545-551 (Wiesbaden: Bergmann).

1906 *S.K.S.N.* I, 218-224. (1911, 2ª ed., 213-219; 1920, 3ª ed.; 1922, 4ª ed.)

1924 *Technick und Metapsychol.*, 3-10.

1925 *G.S.*, 6, 3-10.

1942 *G.W.*, 5, 3-10

(b) TRADUÇÃO INGLESA:

“*Freud’s Psycho-Analytic Method*”

1924 *C.P.*, 1, 264-271. (Trad. de J. Bernays.)

Esta tradução [inglesa], com um novo título, “Freud’s Psycho-Analytic Procedure”, é uma versão consideravelmente alterada da que se publicou em 1924.

O livro de Loewenfeld sobre os fenômenos obsessivos, para o qual esse artigo constituiu originalmente uma contribuição, é mencionado por Freud em seu caso clínico do “Homem dos Ratos” (1909*d*, nota de rodapé no início da Parte II) como o “manual padrão” sobre a neurose obsessiva. Loewenfeld esclarece ter convencido Freud a fazer essa contribuição em vista das grandes modificações por que passara sua técnica desde que fora descrita nos *Estudos sobre a Histeria* (1895*d*). O prefácio de Loewenfeld traz a data de “novembro de 1903”, sendo portanto presumível que o artigo de Freud tenha sido redigido naquele mesmo ano, um pouco mais cedo.

Essa exposição mostra que o único vestígio remanescente do método hipnótico original era a solicitação de Freud de que o paciente se deitasse. Quanto aos aspectos externos, sua

técnica permaneceu inalterada desde então. O livro de Loewenfeld foi resenhado pelo próprio Freud, conforme a descoberta do Prof. Saul Rosenzweig, da Universidade Washington, em St. Louis. A resenha foi publicada no *Journal für Psychologie und Neurologie*, 3 (1904), pp. 190-1. (Freud, 1904f.)

SOBRE A PSICOTERAPIA (1905 [1904])

Senhores: são decorridos cerca de oito anos desde que, a convite de seu saudoso presidente, o Professor von Reder, tive a oportunidade de falar aqui sobre o tema da histeria. Pouco antes (1895), em colaboração com o Dr. Josef Breuer, eu publicara os *Estudos sobre a Histeria*, onde, com base no novo conhecimento que devemos a esse investigador, tentara introduzir um novo modo de tratamento das neuroses. Alegro-me poder dizer que os esforços feitos em nossos *Estudos* tiveram êxito; as idéias ali defendidas sobre os efeitos dos traumas psíquicos através da retenção do afeto, bem como a concepção dos sintomas histéricos como o resultado de uma excitação transposta do anímico para o corporal, idéias estas para as quais criamos os termos “ab-reação” e “conversão”, são hoje universalmente conhecidas e compreendidas. Não há - pelo menos nos países de língua alemã - nenhuma representação da histeria que não as leve em conta em certa medida, e não há nenhum colega que não siga ao menos um pouco essa doutrina. E no

entanto, estas teses e estes termos, enquanto eram ainda novos, devem ter soado bastante estranhos!

Não posso dizer o mesmo do procedimento terapêutico proposto a nossos colegas simultaneamente a nossa doutrina. Este luta ainda por seu reconhecimento. Talvez se possam invocar razões especiais para isso. Naquela época, a técnica do procedimento ainda não fora desenvolvida, era-me impossível fornecer ao leitor médico do livro as instruções que o teriam habilitado a conduzir tal tratamento em sua íntegra. Mas decerto também concorreram para isso algumas razões de natureza geral. Ainda hoje, a psicoterapia se afigura a muitos médicos como um produto do misticismo moderno, e, comparada a nossos recursos terapêuticos físico-químicos, cuja aplicação se baseia em conhecimentos fisiológicos, parece francamente acientífica e indigna do interesse de um investigador da natureza. Permitam-me, pois, defender ante os senhores a causa da psicoterapia e destacar o que pode ser qualificado de injusto ou errôneo nessa condenação.

Em primeiro lugar, permitam-me lembrar-lhes que a psicoterapia de modo algum é um procedimento terapêutico moderno. Ao contrário, é a mais antiga terapia de que se serviu a medicina. Na instrutiva obra de Loewenfeld, *Lehrbuch der gesamten Psychotherapie* [1897], os senhores podem verificar quais eram os métodos da medicina primitiva e da medicina da Antigüidade. A maioria deles deve ser classificada de psicoterapia; induzia-se nos doentes, com vistas à cura, um estado de “expectativa crédula” que ainda hoje nos presta idêntico serviço. Mesmo depois que os médicos descobriram outros meios terapêuticos, os esforços psicoterápicos desta ou daquela espécie nunca desapareceram da medicina.

Em segundo lugar, deixem-me chamar-lhes a atenção para o fato de que nós, médicos, não podemos renunciar à psicoterapia, que mais não seja porque uma outra parte muito interessada no processo terapêutico - a saber, o doente - não tem nenhuma intenção de abandoná-la. Os senhores sabem das elucidações que devemos, nesse aspecto, à escola de Nancy (a Liébault, a Bernheim). Um fator que depende da disposição psíquica do doente contribui, sem que tenhamos essa intenção, para o resultado de qualquer procedimento terapêutico introduzido pelo médico, quase sempre num sentido favorável, mas também com freqüência num sentido inibitório. Aprendemos a usar para esse fato a palavra “sugestão”, e Moebius nos ensinou que a falta de contabilidade que deploramos em tantos de nossos métodos terapêuticos remonta justamente à influência perturbadora desse poderoso fator. Nós, médicos - inclusive todos os senhores - , portanto, praticamos constantemente a psicoterapia, mesmo que não o saibamos nem tenhamos essa intenção; só que constitui uma desvantagem deixar tão completamente entregue aos enfermos o fator psíquico da influência que os senhores exercem sobre eles. Dessa maneira, ele se torna incontrolável, impossível de dosar ou de intensificar. Assim, não será um esforço

legítimo o do médico dominar esse fator, servir-se dele intencionalmente, norteá-lo e reforçá-lo? É isso, e nada mais, o que a psicoterapia científica lhes propõe.

Em terceiro lugar, senhores colegas, quero remetê-los à experiência já há muito conhecida de que certas doenças, e muito particularmente as psiconeuroses, são muito mais acessíveis às influências anímicas do que a qualquer outra medicação. Não é um ditado moderno, e sim uma antiga máxima dos médicos, que essas doenças não são curadas pelo medicamento, mas pelo médico, ou seja, pela personalidade do médico, na medida em que através dela ele exerce uma influência psíquica. Bem sei, senhores colegas, que muito lhes agrada a visão a que o esteta Fischer deu expressão clássica em sua paródia do Fausto:

Ich weiss, das Physikalische
Wirkt öfters aufs Moralische.

Porém não seria mais adequado, e mais freqüentemente acertado, dizer que se pode influir sobre o lado moral de um homem com meios morais, ou seja, psíquicos?

Há muitas espécies de psicoterapia e muitos meios de praticá-la. Todos os que levam à meta da recuperação são bons. Nosso consolo corriqueiro, que tão liberalmente dispensamos aos enfermos - "Você logo ficará bom de novo!" - , corresponde a um dos métodos psicoterapêuticos; mas agora que temos um discernimento mais profundo da natureza da neurose, não somos obrigados a ficar restritos a esse consolo. Desenvolvemos a técnica da sugestão hipnótica, a psicoterapia através da distração, do exercício e da provocação de afetos mais oportunos. Não menosprezo nenhuma delas e utilizaria todas em condições apropriadas. Se realmente me restringi a um único procedimento terapêutico, ao método que Breuer chamou "*catártico*", mas que prefiro chamar de "*analítico*", foram apenas motivos subjetivos que me decidiram a fazê-lo. Em decorrência de minha participação na criação dessa terapia, sinto-me pessoalmente obrigado a me dedicar a explorá-la e a construir sua técnica. Posso asseverar que o método analítico de psicoterapia é o mais penetrante, o que chega mais longe, aquele pelo qual se consegue a transformação mais ampla do doente. Abandonando por um momento o ponto de vista terapêutico, posso acrescentar em favor desse método que ele é o mais interessante, o único que nos ensina algo sobre a gênese e a interação dos fenômenos patológicos. Graças ao discernimento do mecanismo das doenças anímicas que ele nos faculta somente ele deve ser capaz de ultrapassar a si mesmo e de nos apontar o caminho para outras formas de influência terapêutica.

No tocante a esse método catártico ou analítico de psicoterapia, permitam-me agora corrigir alguns erros e fornecer alguns esclarecimentos.

(a) Observo que esse método é muito amiúde confundido com o tratamento hipnótico por sugestão; e reparei nisso porque, com relativa freqüência, colegas de quem aliás não sou o homem de confiança enviam-me pacientes - doentes refratários, é claro - com o pedido de que eu os hipnotize. Ora, ocorre que há uns seis anos já não tenho usado a hipnose para fins terapêuticos (salvo em algumas experiências isoladas), de modo que costumo mandar esses encaminhamentos de volta com o conselho de que quem confia na hipnose deve praticá-la pessoalmente. Na verdade, há entre a técnica sugestiva e a analítica a maior antítese possível, aquela que o grande Leonardo da Vinci resumiu, com relação às artes, nas fórmulas *per via di porre* e *per via di levare*. A pintura, diz Leonardo, trabalha *per via di porre*, pois deposita sobre a tela incolor partículas coloridas que antes não estavam ali; já a escultura, ao contrário, funciona *per via di levare*, pois retira da pedra tudo o que encobre a superfície da estátua nela contida. De maneira muito semelhante, senhores, a técnica da sugestão busca operar *per via di porre*; não se importa com a origem, a força e o sentido dos sintomas patológicos, mas antes deposita algo - a sugestão - que ela espera ser forte o bastante para impedir a expressão da idéia patogênica. A terapia analítica, em contrapartida, não pretende acrescentar nem introduzir nada de novo, mas antes tirar, trazer algo para fora, e para esse fim preocupa-se com a gênese dos sintomas patológicos e com a trama psíquica da idéia patogênica, cuja eliminação é sua meta. Por esse caminho de investigação é que ela faz avançar tão significativamente nossos conhecimentos. Se abandonei tão cedo a técnica da sugestão, e com ela, a hipnose, foi porque não tinha esperança de tornar a sugestão tão forte e sólida quanto seria necessário para obter a cura permanente. Em todos os casos graves, vi a sugestão introduzida voltar a desmoronar, e então reaparecia a doença ou um substituto dela. Além disso, censuro essa técnica por ocultar de nós o entendimento do jogo de forças psíquico; ela não nos permite, por exemplo, identificar a *resistência* com que os doentes se aferram a sua doença, chegando em função disso a lutar contra sua própria recuperação; e é somente a resistência que nos possibilita compreender seu comportamento na vida.

(b) Parece-me haver entre os colegas o erro muito difundido de supor que a técnica de investigar as origens da doença e de eliminar suas manifestações através dessa exploração é fácil e evidente. Infiro isso do fato de que nenhum dentre os muitos que se interessaram por minha terapia e formularam juízos firmes sobre ela jamais me perguntou como realmente procedo. Só pode haver uma razão para isso: eles acham que não há nada a perguntar, que a coisa é perfeitamente inteligível por si só. E vez por outra, inteiro-me também, com assombro, de que neste ou naquele setor de um hospital um jovem médico recebeu de seu chefe a incumbência de empreender uma "psicanálise" num paciente histérico. Tenho certeza de que não deixariam a cargo dele o exame de um tumor extirpado, sem que se houvessem assegurado de que ele conhecia a fundo a técnica histológica. Da mesma forma, chegam-me notícias de que tal ou qual colega marcou consultas com um paciente para fazer com ele um tratamento psíquico, embora eu tenha certeza de que ele não conhece a técnica de tal tratamento. Deve estar esperando, portanto,

que o paciente o presenteie com seus segredos, ou talvez esteja buscando a cura em alguma espécie de confissão ou confidência. Não me surpreenderia que um paciente assim tratado extraísse disso mais prejuízos do que benefícios. É que o instrumento anímico não é assim tão fácil de tocar. Nessas ocasiões, não posso deixar de pensar nas palavras de um neurótico mundialmente famoso, que decerto nunca esteve em tratamento com um médico, pois viveu apenas na fantasia de um poeta. Refiro-me a Hamlet, Príncipe da Dinamarca. O Rei enviara dois cortesãos, Rosenkranz e Guildenstern, para sondá-lo e arrancar dele o segredo de seu desgosto. Ele os repele; aparecem então algumas flautas no palco. Tomando uma delas, Hamlet pede a um de seus algozes que a toque, o que seria tão fácil quanto mentir. O cortesão se recusa, pois não conhece o manejo do instrumento, e, não conseguindo persuadi-lo a tentar, Hamlet finalmente explode: “Pois vede agora em que mísera coisa me transformais! Quereis tocar-me; (...) quereis arrancar o cerne de meu mistério; pretendeis extrair-me sons, de minha nota mais grave até o topo de meu diapasão; e embora haja muita música, excelente voz neste pequenino instrumento, não podeis fazê-lo falar. *Pelo sangue de Cristo, julgais que sou mais fácil de tocar do que uma flauta? Chamai-me do instrumento que quiserdes, pois se podeis desafinar-me, ainda assim não me podeis tocar.*” (Ato III, Cena 2.)

(c) Por algumas de minhas observações, os senhores terão calculado que o tratamento analítico tem muitas peculiaridades que o distanciam do ideal de uma terapia. *Tutu, cito, jucunde*; a investigação e a busca não apontam para a rapidez dos resultados, e a menção da resistência deve prepará-los para esperar por vários transtornos. Sem dúvida, o tratamento psicanalítico faz grandes exigências tanto ao doente quanto ao médico; do primeiro reclama o sacrifício da sinceridade total, mostrando-se demorado e, por isso mesmo, também custoso; para o médico, é igualmente demorado, e em vista da técnica que ele tem de aprender e praticar, é bastante trabalhoso. Por isso, considero perfeitamente justificável que se recorra a métodos terapêuticos mais cômodos, desde que haja uma perspectiva de conseguir algo através deles. Esse é, afinal, o único ponto decisivo; se, com o procedimento mais trabalhoso e prolongado, consegue-se mais do que com o método breve e fácil, justifica-se o uso do primeiro, apesar de tudo. Pensem, senhores, em quão mais incômoda e custosa é a terapia de Finsen para o lúpus do que o método antes empregado de cauterização e raspagem; não obstante, o uso do primeiro significa um grande avanço, simplesmente porque rende mais; promove uma cura radical. Ora, não quero impor essa comparação, mas o método psicanalítico pode reclamar para si um privilégio similar. Na realidade, só pude elaborar e testar meu método terapêutico em casos graves ou gravíssimos; a princípio, meu material compôs-se unicamente de enfermos que tudo haviam tentado sem êxito e que tinham passado anos em instituições. Mal pude reunir experiência suficiente para dizer-lhes como se comporta minha terapia nas doenças mais leves, de surgimento episódico, e que vemos curar-se sob as mais diversificadas influências e até de maneira espontânea. A terapia psicanalítica foi criada com base em doentes permanentemente incapacitados para a existência a eles destinada, e

seu triunfo consiste em ter tornado um número satisfatório destes permanentemente aptos para a vida. Frente a esse resultado, todos os esforços despendidos parecem insignificantes. Não podemos dissimular de nós mesmos o que, perante o enfermo, estamos acostumados a negar: que a neurose grave, para o indivíduo que dela padece, não tem menor importância do que qualquer caquexia, qualquer das temidas grandes enfermidades.

(d) As indicações e contra-indicações desse tratamento, em decorrência das muitas restrições de ordem prática que têm afetado minhas atividades, ainda não podem ser fornecidas de maneira definitiva. Mesmo assim, quero ensaiar a discussão de alguns pontos com os senhores:

(1) Afora a doença, deve-se reparar no valor da pessoa em outros aspectos e recusar os pacientes que não possuam certo grau de formação e um caráter razoavelmente digno de confiança. Não se deve esquecer que há também pessoas sadias que não prestam para nada, e que com excessiva facilidade, em se tratando desses indivíduos de valor reduzido, tende-se a atribuir à doença tudo o que os incapacita para a existência, quando lhes ocorre mostrar algum laivo de neurose. Sustento o ponto de vista de que a neurose de modo algum imprime em seu portador o rótulo de *dégénéré*, embora seja encontrada num mesmo indivíduo, com bastante freqüência, associada a sinais de degeneração. Ora, a psicoterapia analítica não é um procedimento para tratar a degeneração neuropática, encontrando nesta, ao contrário, sua limitação. Tampouco é aplicável às pessoas que não sejam levadas à terapia por seu próprio sofrimento, mas antes submetem-se a ela apenas pela ordem autoritária de seus familiares. Quanto à propriedade que interessa à adequação para o tratamento psicanalítico, ou seja, a educabilidade do paciente, ainda teremos de apreciá-la segundo um outro ponto de vista.

(2) Quando se quer trabalhar em segurança, deve-se restringir a escolha a pessoas que tenham um estado normal, pois é neste que nos apoiamos, no procedimento psicanalítico, para nos apropriarmos do patológico. As psicoses, os estados confusionais e a depressão profundamente arraigada (tóxica, eu poderia dizer), por conseguinte, são impróprios para a psicanálise, ao menos tal como tem sido praticada até o momento. Não considero nada impossível que, mediante uma modificação apropriada do método, possamos superar essa contra-indicação e assim empreender a psicoterapia das psicoses.

(3) A idade dos pacientes desempenha um papel na escolha para tratamento psicanalítico, posto que, nas pessoas próximas ou acima dos cinqüenta anos, costuma faltar, de um lado, a plasticidade dos processos anímicos de que depende a terapia - as pessoas idosas já não são educáveis - , e, por outro lado, o material a ser elaborado prolongaria indefinidamente a duração do tratamento. O limite etário inferior só pode ser determinado individualmente; as pessoas jovens que ainda não chegaram à puberdade são, muitas vezes, esplendidamente influenciáveis.

(4) Não se deve recorrer à psicanálise quando se trata de eliminar com rapidez fenômenos perigosos, como, por exemplo, na anorexia histérica.

A essa altura, os senhores devem estar com a impressão de que o campo de aplicação da psicoterapia analítica é muito restrito, já que de fato nada ouviram de mim além de contra-indicações. Mas sobram casos e formas patológicas suficientes em que esta terapia pode ser posta à prova: todas as formas crônicas de histeria com fenômenos residuais, o vasto campo dos estados obsessivos, as abulias e similares.

É gratificante que assim se possa levar ajuda, antes de mais nada, justamente às pessoas mais valiosas e mais altamente desenvolvidas. E podemos consolar-nos com a afirmação de que, nos casos em que a psicoterapia analítica só conseguiu muito pouco, qualquer outro tratamento decerto nada teria realizado.

(e) Os senhores certamente não de querer perguntar-me sobre a possibilidade de que o emprego da psicanálise traga prejuízos. Quanto a isso, posso responder-lhes que, se estiverem dispostos a julgar esse procedimento imparcialmente, a manifestar-lhe a mesma benevolência crítica que têm dispensado a nossos outros métodos terapêuticos, terão de concordar com minha opinião de que, num tratamento analítico realizado com compreensão, não se pode temer dano algum para o paciente. Talvez formule um juízo diferente quem, como o leigo, estiver acostumado a atribuir ao tratamento tudo o que acontece no decorrer de um caso patológico. Não faz muito tempo, nossas instituições de hidroterapia enfrentavam um preconceito similar. Muitos dos que eram aconselhados a buscar uma dessas instituições ficavam hesitantes, pois tinham algum conhecido que entrara no sanatório como doente nervoso e ali enlouquecera. Tratava-se, como os senhores devem adivinhar, de casos incipientes de paralisia geral, que em seu estágio inicial ainda podiam ser enviados para um estabelecimento hidropático, e que ali prosseguiam em sua marcha irrefreável para a perturbação mental manifesta; para os leigos, a água era a culpada e a causadora dessa triste modificação. Quando se trata de novas formas de terapia, nem mesmo os médicos estão sempre isentos de tais erros de julgamento. Lembro-me de que, certa vez, fiz uma tentativa de psicoterapia com uma mulher que passara boa parte de sua existência numa alternância entre mania e melancolia. Aceitei o caso ao final de um período de melancolia; durante duas semanas, tudo parecia correr bem; na terceira, já estávamos no início de um novo ataque de mania. Era, sem dúvida, uma transformação espontânea do quadro patológico, já que duas semanas não constituem um prazo em que a psicoterapia analítica possa realizar coisa alguma; entretanto, o eminente médico (já falecido) que examinava a doente comigo não conseguiu abster-se da observação de que a psicoterapia seria a culpada dessa “recaída”. Estou plenamente convencido de que, em outras circunstâncias, ele teria demonstrado maior juízo crítico.

(f) Para concluir, senhores colegas, devo admitir que não é justo monopolizar sua atenção por tanto tempo, em favor da psicoterapia analítica, sem lhes dizer em que consiste esse tratamento e em que está fundamentado. Ainda assim, posto que tenha de ser breve, só posso fazer-lhes um esboço. Essa terapia baseia-se, pois, na concepção de que as representações inconscientes - ou melhor, a inconsciência de certos processos anímicos - são a causa imediata dos sintomas patológicos. Partilhamos dessa convicção com a escola francesa (Janet), que aliás, numa esquematização excessiva, atribui a origem do sintoma histérico a uma *idée fixe* inconsciente. Mas não temam os senhores que isso nos precipite nas profundezas da mais obscura filosofia. Nosso inconsciente não é de modo algum idêntico ao dos filósofos, e além disso, a maioria destes nada quer saber sobre algo "psíquico inconsciente". Entretanto, caso os senhores se situem em nosso ponto de vista, compreenderão que a transformação desse inconsciente da vida anímica do enfermo num material consciente só pode ter como resultado a correção de seu desvio da normalidade, bem como a eliminação da compulsão a que sua vida anímica estivera sujeita. É que a vontade consciente estende-se apenas aos processos psíquicos conscientes, e toda compulsão psíquica é fundamentada pelo inconsciente. Tampouco devem os senhores temer que o enfermo sofra algum dano em função do abalo trazido pela entrada do inconsciente em sua consciência, pois podem explicar a si mesmos, teoricamente, que o efeito somático e afetivo da moção que se tornou consciente nunca pode ser tão grande quanto o da moção inconsciente. Só dominamos todas as nossas moções por dirigirmos para elas nossas mais elevadas funções anímicas, que estão ligadas à consciência.

Mas também lhes é possível escolher outro ponto de vista para compreender o tratamento psicanalítico. O desvendamento e a tradução do inconsciente realizam-se sob uma *resistência* contínua por parte do enfermo. O afloramento desse inconsciente está vinculado ao desprazer, e é por causa desse desprazer que o doente o rejeita vez após outra. É nesse conflito na vida anímica do paciente que os senhores intervêm; se conseguirem levá-lo a aceitar, motivado por uma compreensão melhor, algo que até então rejeitara (recalcara) em consequência dessa regulação automática do desprazer, terão realizado com ele parte de um trabalho educativo. Já constitui educação, quando um homem não deixa a cama de bom grado de manhã cedo, movê-lo a fazer isso ainda assim. Portanto, de modo muito geral, os senhores podem conceber o tratamento psicanalítico como essa espécie de *pós-educação para superar as resistências internas*. Mas em nenhum ponto essa pós-educação é mais necessária, nos doentes nervosos, do que no tocante ao elemento anímico de sua vida sexual. É que em parte alguma a cultura e a educação causaram danos tão grandes quanto justamente aí, e é também aí, como lhes mostrará a experiência, que se encontrarão as etiologias das neuroses passíveis de ser dominadas; quanto ao outro elemento etiológico, a contribuição constitucional, ele nos é dado como algo inalterável. Mas daí decorre uma importante exigência a ser feita ao médico. Não apenas ele próprio tem de ser de caráter

íntegro - “Quanto à moral, nem é preciso falar”, como costumava dizer o personagem principal de *Auch Einer*, de Vischer - , como também deve ter superado, em sua própria pessoa, a mescla de concupiscência e puritanismo com que, lamentavelmente, tantos outros estão habituados a enfrentar os problemas sexuais.

Talvez seja este o lugar para fazer outra observação. Sei que minha ênfase no papel do sexual na formação das psiconeuroses tornou-se conhecida em amplos círculos. Mas sei também que as ressalvas e as particularizações precisas são de pouca serventia para o grande público; a multidão tem pouco espaço em sua memória e retém de uma tese apenas o núcleo bruto, dela criando para si uma versão extremada e fácil de gravar. É possível também que muitos médicos tenham feito uma vaga idéia de que, como conteúdo de minha doutrina, eu atribuiria a neurose, em última análise, à privação sexual. E esta não falta nas condições de vida de nossa sociedade. Quão fácil seria, com base nessa premissa, evitar o tortuoso e cansativo caminho do tratamento psíquico e aspirar diretamente à cura, recomendando como meio terapêutico a atividade sexual! Pois bem, não conheço nada que me pudesse induzir a sufocar essa conclusão, caso ela fosse justificada. Mas as coisas são diferentes. A necessidade e a privação sexuais são meramente um fator que entra em jogo no mecanismo da neurose; se houvesse apenas esse, o resultado não seria a doença, mas a devassidão. O outro fator, igualmente indispensável, mas esquecido com demasiada presteza, é a aversão do neurótico à sexualidade, sua incapacidade de amar, esse traço psíquico a que chamei “recalcamento”. Somente a partir do conflito entre as duas tendências é que irrompe a doença neurótica e, portanto, só raramente se pode descrever a recomendação da atividade sexual nas psiconeuroses como um bom conselho.

Permitam-me concluir com essa observação defensiva. Esperemos que seu interesse pela psicoterapia, uma vez depurado de quaisquer preconceitos hostis, venha apoiar-nos em nosso empenho de realizar de maneira satisfatória também o tratamento dos casos graves de psiconeurose.

NOTA DO EDITOR INGLÊS

ÜBER PSYCHOTHERAPIE

(a) EDIÇÕES EM ALEMÃO

(1904 12 de dezembro: pronunciada como conferência perante o Wiener medizinisches Dokorenkollegium.)

1905 *Wien. med. Presse*, 1^o de janeiro, pp. 9-16.

1906 *S.K.S.N.* I, pp. 205-217. (1911, 2ª ed., pp. 201-212; 1920, 3ª ed.; 1922, 4ª ed.)

1924 *Technik und Metapsychol.*, pp. 11-24.

1925 *G.S.*, 6, pp. 11-24.

1942 *G.W.*, 5, pp. 13-26.

(b) TRADUÇÕES EM INGLÊS:

“*On Psychotherapy*”

1909 *S.P.H.*, pp. 175-185. (Trad. de A.A. Brill.) (1912, 2ª ed.; 1920, 3ª ed.)

1924 *C.P.*, 1, pp. 249-263. (Trad. de J. Bernays.)

A presente tradução [inglesa] é uma versão consideravelmente modificada da que se publicou em 1924.

Esta parece ter sido a última conferência a ser proferida por Freud perante uma platéia exclusivamente médica. (Cf. Jones, 1955, p. 13.)

MINHAS TESES SOBRE O PAPEL DA SEXUALIDADE NA ETIOLOGIA DAS NEUROSES

Sou de opinião que a melhor maneira de apreciar minha teoria sobre a importância etiológica do fator sexual para as neuroses é acompanhar seu desenvolvimento. É que de modo algum tenho a pretensão de negar que ela passou por um desenvolvimento e se modificou no decorrer dele. Meus colegas podem encontrar nessa confissão a garantia de que esta teoria não é nada além do precipitado de experiências ininterruptas e mais aprofundadas. O que nasce da especulação, ao contrário, pode facilmente surgir completo de um só golpe, e a partir de então manter-se imutável.

Originalmente, a teoria referia-se apenas aos quadros patológicos reunidos sob a denominação de “neurastenia”, dentre os quais reparei em dois tipos que às vezes se apresentam puros e que descrevi como “*neurastenia propriamente dita*” e “*neurose de angústia*”. Sempre se soube que os fatores sexuais poderiam desempenhar um papel na causação dessas formas [de doença], mas não se constatava sua atuação invariavelmente, nem se pensava em conferir-lhes precedência sobre outras influências etiológicas. Fiquei surpreso, a princípio, com a frequência das grandes perturbações na *vita sexualis* dos pacientes nervosos; e quanto mais me empenhava em procurar essas perturbações - no que me apercebia de que todos os seres humanos ocultam a verdade nos assuntos sexuais -, quanto mais hábil me tornava para levar esse exame adiante, apesar de uma negação inicial, com maior regularidade descobria tais fatores patogênicos na vida sexual, até que me pareceu faltar pouco para presumir seu caráter universal. Mas era preciso aceitar de antemão que tais irregularidades sexuais ocorreriam com frequência similar em nossa sociedade, sob a pressão das relações sociais, persistindo uma dúvida quanto ao grau de desvio do funcionamento sexual normal que se deveria considerar patogênico. Por isso, tive que dar menos valor à comprovação invariável das patologias sexuais do que a uma segunda constatação, que me pareceu menos ambígua. Viu-se que a forma da doença, fosse ela neurastenia ou neurose de angústia, mostrava uma relação constante com a natureza do prejuízo sexual. Nos casos típicos de neurastenia, tratava-se, em geral, de masturbação ou poluções freqüentes, enquanto, na neurose de angústia, havia fatores como o *coitus interruptus*, a “excitação frustrada” e outros, passíveis de demonstrar, nos quais o fator da descarga insuficiente da libido produzida parecia ser o elemento comum. Somente depois dessa experiência, fácil de fazer e corroborável com a frequência que se desejasse, tive a coragem de reivindicar uma posição privilegiada para as influências sexuais na etiologia das neuroses. Além disso, nas formas mistas tão freqüentes de neurastenia e neurose de angústia, foi possível indicar a conjugação das etiologias supostas em cada uma das formas puras; e mais, tal bipartição na forma de manifestação da neurose parecia harmonizar-se bem com o caráter polar da sexualidade (o masculino e o feminino).

Nessa mesma época, enquanto atribuía à sexualidade essa importância para a gênese das neuroses *simples*, eu continuava a cultivar, no tocante às *psiconeuroses* (histeria e representações obsessivas), uma teoria psicológica pura em que o fator sexual só interessava como uma dentre várias fontes emocionais. Em colaboração com Josef Breuer, e com base em observações feitas por ele numa paciente histérica mais de dez anos antes, eu estudara o mecanismo da geração dos sintomas histéricos por meio da suscitação de lembranças durante o estado de hipnose; e assim chegamos a conclusões que nos permitiram estabelecer a ponte entre a histeria traumática de Charcot e a histeria comum, não-traumática (Breuer e Freud, 1895). Fomos levados à concepção de que os sintomas histéricos eram efeitos persistentes de traumas psíquicos, e de que, por circunstâncias especiais, as somas de afeto a eles correspondentes tinham sido desviadas da elaboração consciente, com isso facilitando para si um caminho anormal para a inervação somática. Os termos “afeto estrangulado”, “conversão” e “ab-reação” resumem os marcos característicos dessa concepção.

Entretanto, considerando as estreitas ligações entre as psiconeuroses e as neuroses simples, tão extensas que a diferenciação diagnóstica nem sempre é fácil para as pessoas sem prática, os conhecimentos adquiridos num dos campos não poderiam demorar a se propagar também para o outro. Ademais, mesmo prescindindo dessa consideração, também o aprofundamento no mecanismo psíquico dos sintomas histéricos levou ao mesmo resultado. É que, seguindo cada vez mais o rastro dos traumas psíquicos de que derivavam os sintomas histéricos, através do procedimento “catártico” introduzido por Breuer e eu, acabava-se chegando a vivências pertencentes à infância do enfermo e relacionadas com sua vida sexual, inclusive nos casos em que uma emoção banal, de natureza não sexual, ocasionara a irrupção da doença. Sem levar em conta esses traumas da infância, era impossível elucidar os sintomas, cuja determinação eles tornavam compreensível, ou prevenir seu ressurgimento. Com isso, a incomparável importância das vivências sexuais para a etiologia das psiconeuroses parecia indubitavelmente estabelecida, e esse fato permanece até hoje como um dos pilares da teoria.

Quando se descreve essa teoria afirmando que a causa da neurose histérica, que persiste pela vida afora, reside em vivências sexuais da primeira infância, em sua maioria insignificantes em si mesmas, ela por certo soa bastante estranha. Mas quando se leva em conta o desenvolvimento histórico da doutrina, situando sua essência na tese de que a histeria é a expressão de um comportamento particular da função sexual do indivíduo, e de que esse comportamento já foi decisivamente determinado pelas primeiras influências e vivências atuantes na infância, fica-se com um paradoxo a menos, mas ganha-se um motivo para voltar a atenção para as repercussões das impressões infantis, que são sumamente importantes, apesar de terrivelmente negligenciadas até aqui.

Reservo para mais adiante a abordagem pormenorizada da questão de devermos ver nas vivências sexuais da infância a etiologia da histeria (e da neurose obsessiva), e retorno agora à forma adotada pela teoria em algumas pequenas publicações provisórias dos anos de 1895 e 1896

(Freud, 1896*b* e 1896*c*). A ênfase nos supostos fatores etiológicos permitiu, naquela época, confrontar as neuroses comuns, enquanto distúrbios com etiologia contemporânea, com as psiconeuroses, cuja etiologia deveria ser buscada principalmente nas vivências sexuais do passado. A doutrina culminou nesta tese: na *vita sexualis* normal, a neurose é impossível.

Embora ainda hoje eu não considere essas teses incorretas, não surpreende que, em dez anos de esforço contínuo para chegar ao conhecimento dessas relações, tenha ultrapassado em boa medida meus pontos de vista de então e me acredite agora em condições de corrigir, através da experiência aprofundada, as insuficiências, os deslocamentos e os mal-entendidos de que a doutrina padecia na época. O material ainda escasso dessa ocasião me havia trazido, por força do acaso, um número desproporcionalmente grande de casos em que a sedução por algum adulto ou por crianças mais velhas desempenhara o papel principal na história infantil do doente. Superestimei a freqüência desses acontecimentos (aliás impossíveis de pôr em dúvida), ainda mais que, naquele tempo, não era capaz de estabelecer com segurança a distinção entre as ilusões de memória dos histéricos sobre sua infância e os vestígios de eventos reais. Desde então, aprendi a decifrar muitas fantasias de sedução como tentativas de rechaçar lembranças da atividade sexual do próprio indivíduo (masturbação infantil). Esclarecido esse ponto, caiu por terra a insistência no elemento “traumático” presente nas vivências sexuais infantis, restando o entendimento de que a atividade sexual infantil (seja ela espontânea ou provocada) prescreve o rumo a ser tomado pela vida sexual posterior após a maturidade. Esse mesmo esclarecimento, que corrigiu o mais importante de meus erros iniciais, também tomou necessário modificar a concepção do mecanismo dos sintomas histéricos. Estes já não apareciam como derivados diretos das lembranças recalçadas das experiências infantis, havendo antes, entre os sintomas e as impressões infantis, a interposição das fantasias (ficções mnêmicas) do paciente (produzidas, em sua maior parte, durante os anos da puberdade), que, de um lado, tinham-se construído a partir das lembranças infantis e com base nelas, e, de outro, eram diretamente transformadas nos sintomas. Somente com a introdução do elemento das fantasias históricas é que se tornaram inteligíveis a textura da neurose e seu vínculo com a vida do enfermo; evidenciou-se também uma analogia realmente espantosa entre essas fantasias inconscientes dos histéricos e as criações imaginárias que, na paranóia, tornam-se conscientes como delírios.

Depois dessa correção, os “traumas sexuais infantis” foram substituídos, em certo sentido, pelo “infantilismo da sexualidade”. Não estava longe uma segunda modificação da teoria original. Juntamente com a suposta freqüência da sedução na infância, caiu também por terra a ênfase exagerada nas influências *acidentais* sobre a sexualidade, às quais eu pretendia atribuir o papel principal na acusação da doença, embora nem por isso negasse os fatores constitucionais e hereditários. Chegara até mesmo a ter esperança de solucionar o problema da escolha da neurose (a decisão sobre a forma de psiconeurose a que o doente deveria sucumbir) através das particularidades das vivências sexuais infantis. E nessa época, embora com reservas, achava que a conduta passiva nessas cenas produzia a disposição específica para a histeria, ao passo que a

conduta ativa predisponha à neurose obsessiva. Mais tarde, tive de abandonar por completo essa concepção, embora muitos fatos exigissem manter de algum modo a correlação pressentida entre passividade e histeria, atividade e neurose obsessiva. Com o recuo das influências acidentais da experiência para o segundo plano, os fatores da constituição e da hereditariedade voltaram necessariamente a predominar, porém com a diferença de que em minha teoria, ao contrário da visão que prevalece em outras áreas, a “constituição sexual” tomou o lugar da disposição neuropática geral. Em meus recém-publicados *Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade* (1905d , ver em [1]), tentei descrever as múltiplas variedades dessa constituição sexual, bem como a composição interna da pulsão sexual como um todo e sua derivação das diferentes fontes do organismo que contribuem para originá-la.

Ainda no contexto da concepção modificada dos “traumas sexuais infantis”, a teoria desenvolveu-se um pouco mais numa direção já anunciada nas publicações dos anos de 1894 a 1896. Já nessa época, e antes mesmo que se atribuísse à sexualidade seu devido lugar na etiologia, eu havia indicado, como condição da eficácia patogênica de uma experiência, que ela precisava parecer intolerável ao ego e provocar um esforço defensivo (Freud, 1894a). A essa defesa eu remetera a cisão psíquica (ou, como dizíamos na época, cisão da consciência) que ocorre na histeria. Sendo a defesa bem-sucedida, a vivência intolerável e suas conseqüências afetivas eram expulsas da consciência e da memória do ego; em certas circunstâncias, porém, o expelido desdobrava sua eficácia como algo agora inconsciente e retornava à consciência por meio dos sintomas e dos afetos presos a eles, de sorte que o adoecimento correspondia a um fracasso da defesa. Essa concepção tinha o mérito de penetrar no jogo das forças psíquicas e, com isso, aproximar os processos anímicos da histeria dos processos normais, em vez de situar a característica da neurose num distúrbio enigmático e não susceptível de análise ulterior.

Novas informações então obtidas com pessoas que haviam permanecido normais proporcionaram a inesperada descoberta de que sua história sexual infantil não diferia necessariamente, em essência, da vida infantil dos neuróticos e, em especial, o papel da sedução era o mesmo em ambos os casos. Assim, as influências acidentais recuaram ainda mais em contraste com o “recalcamento” (como comecei a dizer em lugar de “defesa”). Não importavam, portanto, as excitações sexuais que um indivíduo tivesse experimentado em sua infância, mas antes, acima de tudo, sua reação a essas vivências - se respondera ou não a essas impressões com o “recalcamento”. Viu-se que, no curso do desenvolvimento, a atividade sexual infantil era amiúde interrompida por um ato de recalcamento. Assim, o indivíduo neurótico sexualmente maduro geralmente trazia consigo, da infância, uma dose de “recalcamento sexual” que se exteriorizava ante as exigências da vida real, e as psicanálises de histéricos mostraram que seu adoecimento era conseqüência do conflito entre a libido e o recalcamento sexual, e que seus sintomas tinham o valor de compromissos entre as duas correntes anímicas.

Sem uma discussão minuciosa de minhas concepções do recalcamento eu não poderia esclarecer melhor essa parte da teoria. Basta remeter aqui a *meus Três Ensaios sobre a Teoria da*

Sexualidade (1905d), onde tentei lançar alguma luz, por parca que seja, nos processos somáticos em que se deve buscar a natureza da sexualidade. Ali expus o fato de que a disposição sexual constitucional da criança é incomparavelmente mais variada do que se poderia esperar, que merece ser chamada de “perversa polimorfa”, e que o chamado comportamento normal da função sexual brota dessa disposição mediante o recalçamento de certos componentes. Através da referência aos caracteres infantis da sexualidade pude estabelecer um vínculo simples entre a saúde, a perversão e a neurose. A *normalidade* mostrou ser fruto do recalçamento de certas pulsões parciais e certos componentes das disposições infantis, bem como da subordinação dos demais à primazia das zonas genitais a serviço da função reprodutora; as *perversões* correspondem a perturbações dessa síntese através do desenvolvimento preponderante e compulsivo de algumas das pulsões parciais, e a neurose remonta a um recalçamento excessivo das aspirações libidinais. Visto que quase todas as pulsões perversas da disposição infantil são comprováveis como forças formadoras de sintomas na neurose, embora se encontrem nela em estado de recalçamento, pude descrever a neurose como o “negativo” da perversão. (ver em [1])

Considero valioso enfatizar que, em minhas concepções sobre a etiologia das psiconeuroses, a despeito de todas as modificações, houve dois pontos de vista que nunca reneguei ou abandonei: a importância da *sexualidade* e do *infantilismo*. Afora isso, em lugar das influências acidentais coloquei fatores constitucionais, e a “defesa”, no sentido puramente psicológico, foi substituída pelo “recalçamento sexual” orgânico. Agora, se alguém perguntasse onde se há de encontrar uma prova mais concludente da suposta importância etiológica dos fatores sexuais nas psiconeuroses, já que se vê a irrupção dessas doenças em resposta às comoções mais banais e até mesmo a causas precipitantes somáticas, e já que foi preciso renunciar a uma etiologia específica sob a forma de vivências infantis particulares, eu nomearia a investigação psicanalítica dos neuróticos como a fonte de que brota minha convicção assim contestada. Quando nos servimos desse insubstituível método de investigação, inteiramo-nos de que *os sintomas representam a atividade sexual do doente* (na totalidade ou em parte) oriunda das fontes das pulsões parciais normais ou perversas da sexualidade. (ver em [1] e [2]) Não só uma boa parte da sintomatologia histérica deriva diretamente das expressões do estado de excitação sexual, e não só uma série de zonas erógenas eleva-se, na neurose, ao sentido de órgãos genitais, graças ao reforço de propriedades infantis, como também os mais complexos sintomas revelam-se como representações “convertidas” de fantasias que têm por conteúdo uma situação sexual. Quem sabe interpretar a linguagem da histeria pode perceber que a neurose só diz respeito à sexualidade recalçada do doente. Para isso, basta compreender a função sexual em sua devida extensão, circunscrita pela disposição infantil. Nos casos em que se precisa incluir uma emoção banal na causação do adoecimento, a análise mostra regularmente que o efeito patogênico foi produzido pelos infalíveis componentes sexuais da vivência traumática.

Passamos inadvertidamente da questão da causação das psiconeuroses para o problema

de sua natureza essencial. Havendo uma disposição de levar em conta o que foi aprendido através da psicanálise, só se pode dizer que a essência dessas doenças reside em perturbações dos processos sexuais, ou seja, os processos que determinam no organismo a formação e a utilização da libido sexual. É muito difícil deixar de imaginar esses processos como sendo, em última análise, de natureza química, de modo que nas chamadas neuroses atuais devemos reconhecer os efeitos somáticos das perturbações do metabolismo sexual, e nas psiconeuroses, além deles, os efeitos psíquicos dessas perturbações. A semelhança das neuroses com os fenômenos de intoxicação por certos alcalóides e os fenômenos de abstinência deles, e também com a doença de Basedow e a de Addison, impõe-se de imediato clinicamente; e assim como estas duas últimas doenças já não podem ser descritas como "doenças nervosas", também as "neuroses" propriamente ditas, apesar de sua denominação, logo terão de ser excluídas dessa classe.

Por conseguinte, pertence à etiologia das neuroses tudo o que pode atuar prejudicialmente sobre os processos que servem à função sexual. Assim, vêm em primeiro lugar os males que afetam a própria função sexual, na medida em que estes, variando conforme a cultura e a educação, são considerados nocivos à constituição sexual. Em segundo lugar vem toda sorte de outros males e traumas que, através do prejuízo generalizado do organismo, podem prejudicar secundariamente seus processos sexuais. Mas não se deve esquecer que o problema etiológico é pelo menos tão complicado nas neuroses quanto o é a causação em qualquer outra doença. Quase nunca basta uma única influência patogênica; na grande maioria dos casos exige-se uma multiplicidade de fatores etiológicos que apóiam uns aos outros e que, portanto, não devem ser colocados em oposição. Também por isso, o estado neurótico não pode ser nitidamente distinguido da saúde. O adoecimento é resultado de uma soma, e esse total de determinantes etiológicos pode ser completado por qualquer lado. Buscar a etiologia das neuroses exclusivamente na hereditariedade ou na constituição seria tão unilateral quanto pretender atribuir essa etiologia unicamente às influências acidentais que atuam sobre a sexualidade durante a vida, quando o discernimento mostra que a essência dessas situações de adoecimento reside apenas numa perturbação dos processos sexuais no organismo.

Viena, junho de 1905.

NOTA DO EDITOR INGLÊS

MEINE ANSICHTEN ÜBER DIE ROLLE DER SEXUALITÄT IN DER ÄTIOLOGIE DER NEUROSEN

(a) EDIÇÕES EM ALEMÃO:

(1905 Junho. Data do manuscrito.)

1906 Em E. Loewenfeld, *Sexualleben und Nervenleiden*, 4ª ed. (1914, 5ª ed., pp. 313-322), Wiesbaden: Bergmann.

1906 *S.K.S.N.*, I, pp. 225-234. (1911, 2ª ed., pp. 220-229; 1920, 3ª ed.; 1922, 4ª ed.).
1924 *G.S.*, 5, pp. 123- 133.
1942 *G.W.*, 5, pp. 149-159.

(b) TRADUÇÕES EM INGLÊS:

“My Views on the Rôle of Sexuality in the Etiology of the Neuroses”

1909 *S.P.H.*, pp. 186-193. (Trad. de A.A. Brill.) (1912, 2ª ed.; 1920, 3ª ed.)

“My Views on the Part Played by Sexuality in the Aetiology of the Neuroses”

1924 *C.P.* 1, pp. 272-283. (Trad. de J. Bernays.)

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

As edições anteriores do livro de Loewenfeld haviam incluído discussões sobre as teses de Freud; para a quarta edição, porém, Loewenfeld convenceu Freud a redigir esse artigo. Freud concordou em revisá-lo para a quinta edição, mas, na verdade, fez apenas uma única alteração trivial.

O traço mais notável desse artigo é que ele contém a primeira revogação cabal da crença de Freud na etiologia traumática da histeria, bem como sua primeira insistência na importância das fantasias (opiniões que ele comunicara a Fliess em particular muitos anos antes). Ver a partir de [1] e em [2].

TRATAMENTO PSÍQUICO (OU ANÍMICO) (1905)

“Psyche” é uma palavra grega e se concebe, na tradução alemã, como *alma*. Tratamento psíquico significa, portanto, *tratamento anímico*. Assim, poder-se-ia pensar que o significado subjacente é: tratamento dos fenômenos patológicos da vida anímica. Mas não é este o sentido dessas palavras. “Tratamento psíquico” quer dizer, antes, tratamento que parte da alma, tratamento - seja de perturbações anímicas ou físicas - por meios que atuam, em primeiro lugar e de maneira direta, sobre o que é anímico no ser humano.

Um desses meios e sobretudo a palavra, e as palavras são também a ferramenta essencial do tratamento anímico. O leigo por certo achará difícil compreender que as perturbações patológicas do corpo e da alma possam ser eliminadas através de “meras” palavras. Achará que lhe estão pedindo para acreditar em bruxarias. E não estará tão errado assim: as palavras de nossa fala cotidiana não passam de magia mais atenuada. Mas será preciso tomarmos um caminho indireto para tornar compreensível o modo como a ciência é empregada para restituir às palavras pelo menos parte de seu antigo poder mágico.

Só em época recente, além disso, os médicos de formação científica aprenderam a apreciar o valor do tratamento anímico. Isso se esclarece facilmente ao pensarmos no curso de desenvolvimento da medicina neste último meio século. Após um período bastante infrutífero de dependência da chamada filosofia da natureza, a medicina, sob a influência propícia das ciências naturais, fez seus maiores progressos, tanto na qualidade de ciência como na de arte: desvendou a composição do organismo a partir de unidades microscopicamente pequenas (as células), aprendeu a compreender física e quimicamente cada um dos processos (funções) vitais, distinguiu as modificações visáveis e palpáveis das partes do corpo em conseqüência dos diferentes processos patológicos, e descobriu, por outro lado, os indícios pelos quais se revelam os processos patológicos entranhados a fundo no organismo vivo; desvendou ainda um grande número dos micróbios patogênicos e, com a ajuda dos conhecimentos recém-adquiridos, reduziu extraordinariamente os perigos das intervenções cirúrgicas mais graves. Todos esses progressos e descobertas diziam respeito ao aspecto físico do ser humano, e assim, em conseqüência de uma linha de raciocínio incorreta, mas facilmente compreensível, os médicos passaram a restringir seu

interesse ao corporal e de bom grado deixaram aos filósofos, a quem menosprezavam, a tarefa de se ocuparem do anímico.

É verdade que a medicina moderna tinha motivos suficientes para estudar o incontestável vínculo existente entre o físico e o anímico, mas nunca deixou de representar o anímico como determinado pelo físico e dependente deste. Assim, enfatizou-se que o funcionamento intelectual estaria ligado à existência de um cérebro normalmente desenvolvido e suficientemente nutrido, e que qualquer adoecimento desse órgão faria com que se incorresse em perturbações; que a introdução de substâncias tóxicas na circulação poderia produzir certos estados de doença mental, ou, em pequena escala, que os sonhos do sujeito adormecido seriam modificáveis conforme os estímulos que se fizesse atuar sobre ele para fins experimentais.

A relação entre o físico e o anímico (tanto nos animais quanto no ser humano) é recíproca, mas o outro lado dessa relação, o efeito do anímico no corpo, encontrou pouca aceitação aos olhos dos médicos em épocas anteriores. Eles pareciam temerosos de conceder uma certa autonomia à vida anímica, como se com isso fossem abandonar o terreno da cientificidade.

Essa orientação unilateral da medicina para o aspecto físico passou, na última década e meia, por uma modificação gradual diretamente oriunda da prática médica. Ocorre que há um grande número de doentes de maior ou menor gravidade que, por seus distúrbios e queixas, fazem grandes exigências à habilidade do médico, mas em quem não se encontram sinais visíveis e palpáveis do processo patológico, seja durante a vida ou depois da morte, apesar de todos os progressos dos métodos de investigação da medicina científica. Um grupo desses doentes destaca-se pela abundância e pela variedade multiforme do quadro patológico; não podem fazer nenhum trabalho intelectual, em consequência de dores de cabeça ou insuficiência da atenção, seus olhos doem durante a leitura, suas pernas se cansam ao andar, ficando pesadas, doloridas ou dormentes, sua digestão é perturbada por sensações dolorosas, eructações ou espasmos gástricos, a defecação não se dá sem a ajuda de laxativos, o sono é abolido etc. Eles podem ter todos esses males simultaneamente ou em sucessão, ou sofrer apenas de uma seleção deles; na totalidade dos casos, trata-se obviamente da mesma doença. Apesar disso, os sinais da doença são amiúde mais variáveis, revezando-se entre si e substituindo uns aos outros; um mesmo doente, até então incapaz de trabalhar por causa das dores de cabeça, mas com uma digestão bastante boa, pode no dia seguinte desfrutar de uma cabeça desembaraçada, mas a partir daí suportar mal a maioria dos alimentos. Da mesma forma, seus padecimentos o abandonam subitamente ao sobrevir uma modificação em suas condições de vida; numa viagem, pode sentir-se perfeitamente bem e saborear sem prejuízo a mais diversificada dieta, mas, de volta a casa, talvez tenha de restringir-se novamente à coalhada. Em alguns desses doentes, a perturbação - seja ela uma dor ou uma fraqueza nos moldes de uma paralisia - pode até trocar repentinamente de lado no corpo, passando da direita para a área correspondente no lado esquerdo. Em todos, porém, é possível observar que os sinais de padecimento estão muito claramente sob a influência das excitações, comoções, preocupações etc., e também que desaparecem, podendo dar lugar a

uma saúde plena, sem deixar nenhum vestígio, nem mesmo após uma longa permanência.

A investigação médica finalmente mostrou que essas pessoas não devem ser consideradas nem tratadas como doentes gástricos, doentes dos olhos ou similares, mas que, nelas, trata-se de uma doença do sistema nervoso como um todo. Até aqui, entretanto, a investigação do cérebro e dos nervos desses doentes não permitiu encontrar nenhuma modificação palpável, e alguns dos aspectos do quadro patológico chegam até a proibir a expectativa de que um dia se possa apontar, com meios de investigação mais apurados, modificações de tal ordem que sejam capazes de esclarecer a doença. Tem-se conferido a esse estado o nome de nervosismo (neurastenia, histeria), qualificando-o como uma doença meramente “funcional” do sistema nervoso. Aliás, também em muitas doenças nervosas mais duradouras, e naquelas que produzem apenas sinais patológicos anímicos (as chamadas idéias obsessivas, idéias delirantes, demência), o exame pormenorizado do cérebro (após a morte do doente) não trouxe nenhum resultado.

Coube assim aos médicos investigar a natureza e a origem das manifestações patológicas desses doentes nervosos ou neuróticos. Nesse processo, fez-se então a descoberta de que, pelo menos numa parcela desses enfermos, os sinais da doença não provinham de outra coisa senão uma *influência modificada da vida anímica sobre seu corpo*, devendo-se portanto buscar no anímico a causa imediata da perturbação. Quais são as causas remotas de cada distúrbio pelo qual o anímico é afetado (o que, por sua vez, tem uma atuação perturbadora sobre o físico) constitui uma outra questão, que bem podemos deixar de considerar aqui. Mas a ciência médica encontrou nisso a oportunidade de voltar plenamente sua atenção para o lado até então negligenciado da relação recíproca entre o corpo e a alma.

Só depois de estudar o patológico é que se compreende a normalidade. Muito do que sempre se soube acerca da influência do anímico sobre o corpo só então se desloca para sua perspectiva correta. O exemplo mais corriqueiro de atuação anímica sobre o corpo, observado regularmente e em todas as pessoas, é fornecido pela chamada “*expressão das emoções*”. Quase todos os estados anímicos de um homem exteriorizam-se nas tensões e relaxamentos de seus músculos faciais, na focalização de seus olhos, no afluxo de sangue para sua pele, no emprego [variável] de seu aparelho vocal e na postura de seus membros, sobretudo as mãos. Essas modificações físicas concomitantes em geral não trazem nenhum benefício à pessoa em questão, mas, ao contrário, são amiúde obstáculos a suas intenções, quando ela quer ocultar dos outros seus processos anímicos; para esses outros, no entanto, servem como sinais fidedignos pelos quais é possível inferir os processos anímicos, e nos quais se deposita maior confiança do que em qualquer das expressões intencionais feitas simultaneamente em palavras. Quando se tem possibilidade de submeter alguém a um exame mais rigoroso durante uma dada atividade anímica, outras conseqüências físicas dessa atividade são encontradas nas modificações de seu funcionamento cardíaco, nas alterações da distribuição de sangue em seu corpo, e coisas similares.

Em certos estados anímicos chamados de “afetos”, a participação do corpo é tão evidente e intensa que alguns estudiosos da alma chegaram até a pensar que a essência do afeto consistiria apenas nessas suas exteriorizações físicas. São genericamente conhecidas as extraordinárias mudanças na expressão facial, na circulação sangüínea, nas secreções e nos estados de excitação da musculatura voluntária sob a influência, por exemplo, do medo, da cólera, da dor psíquica e do deleite sexual. Menos conhecidos, embora estabelecidos com plena certeza, são outros efeitos físicos dos afetos que já não são próprios da expressão deles. Os estados afetivos persistentes de natureza penosa, ou, como se costuma dizer, “depressiva”, tais como desgosto, a preocupação e a tristeza, abatem a nutrição do corpo como um todo, causam o embranquecimento dos cabelos, fazem a gordura desaparecer e provocam alterações patológicas nas paredes dos vasos sangüíneos. Inversamente, sob a influência de excitações mais alegres, da “felicidade”, vê-se o corpo inteiro desabrochar e a pessoa recuperar muitos sinais de juventude. Evidentemente, os grandes afetos têm muito a ver com a capacidade de resistência às doenças infecciosas; um bom exemplo disso é a observação médica de que a propensão a contrair tifo e disenteria é muito mais significativa nos membros de um exército derrotado do que na situação de vitória. Ademais, os afetos - embora quase que exclusivamente os depressivos - muitas vezes bastam por si mesmos para ocasionar doenças, tanto no tocante aos males do sistema nervoso com alterações anatômicas demonstráveis quanto no que concerne às doenças de outros órgãos, situação na qual temos de supor que a pessoa em causa já tinha uma predisposição para tal doença, até ali inoperante.

Os estados patológicos já formados podem ser sumamente influenciados pelos afetos tempestuosos, quase sempre no sentido de um agravamento, mas tampouco faltam exemplos em que um grande choque ou um desgosto súbito, mediante uma alteração peculiar no tono do organismo, tem uma influência salutar sobre um estado patológico bem consolidado ou chega mesmo a aboli-lo. Por fim, não há dúvida alguma de que a duração da vida pode ser consideravelmente abreviada pelos afetos depressivos, do mesmo modo que um choque mais violento, uma “injúria” contundente ou uma humilhação podem dar um fim repentino à vida; o curioso é que, vez por outra, este último efeito é também observado como conseqüência de uma grande e inesperada alegria.

Os afetos, num sentido mais estrito, distinguem-se por um vínculo muito especial com os processos físicos, mas, a rigor, todos os estados anímicos, inclusive aqueles que estamos acostumados a considerar como “processos de pensamento” são “afetivos” numa certa medida, e nenhum deles carece de manifestações físicas e da capacidade de modificar os processos corporais. Mesmo enquanto se está tranqüilamente pensando por meio de “representações”, correspondem ao conteúdo dessas representações várias excitações constantes, desviadas para os músculos lisos e estriados; estas, mediante o reforço apropriado, podem tornar-se claras e fornecer a elucidação de muitos fenômenos estranhos e até supostamente “sobrenaturais”. Assim, por exemplo, a chamada “advinhação do pensamento” [*Gedanken erraten*] se esclarece por

pequenos movimentos musculares involuntários executados pelo “*médium*” quando se faz uma experiência com ele - algo como um deixar-se guiar por ele para encontrar um objeto escondido. O fenômeno inteiro merece, antes, o nome de *traição do pensamento* [*Gedanken verraten*].

Os processos de volição e atenção também são capazes de influenciar profundamente os processos físicos e de desempenhar, nas doenças somáticas, um grande papel fomentador ou inibidor. Um grande médico inglês relatou que consegue provocar, em qualquer parte do corpo para a qual queira dirigir sua atenção, uma multiplicidade de sensações e dores, e a maioria dos seres humanos parece comportar-se de maneira parecida. Ao formar um juízo sobre as dores, que se costuma considerar como fenômenos físicos, em geral cabe levar em conta sua claríssima dependência das condições anímicas. Os leigos, que de bom grado reúnem tais influências anímicas sob o nome de “*imaginação*”, costumam ter pouco respeito pelas dores decorrentes da imaginação, em contraste com as que são causadas por lesões, doenças ou inflamações. Mas isso é evidentemente injusto: qualquer que seja sua causa, inclusive a imaginação, as dores em si nem por isso são menos reais ou menos violentas.

Assim como as dores são produzidas ou intensificadas em se voltando a atenção para elas, também desaparecem pelo desvio da atenção. Essa experiência pode ser utilizada com todas as crianças para acalmá-las; os soldados adultos não sentem a dor da ferida no entusiasmo febril da batalha; é muito provável que os mártires, no ardor desmedido de seu sentimento religioso e voltando todos os seus pensamentos para as recompensas com que lhes acena o paraíso, fiquem perfeitamente insensíveis às dores de sua tortura. É menos fácil comprovar através de exemplos a influência da *volição* nos processos patológicos do corpo, mas é muito possível que a determinação de curar-se ou a vontade de morrer não sejam desprovidas de importância nem mesmo para o desfecho dos casos mais graves e mais duvidosos de doença.

Tem extremo direito a nosso interesse o estado anímico da *expectativa*, por meio do qual pode ser mobilizada uma série de forças anímicas de suma eficácia para a instauração e a cura das doenças físicas. A *expectativa angustiada* por certo não deixa de influenciar o resultado; seria importante saber com certeza se ela contribui tanto para o adoecimento quanto se acredita, se é verdade, por exemplo, que em meio a uma epidemia correm maior perigo aqueles que têm medo de adoecer. O estado inverso - *a expectativa confiante* e esperançosa - é uma força atuante com que temos de contar, a rigor, em todas as nossas tentativas de tratamento e cura. De outro modo, não poderíamos explicar a peculiaridade dos efeitos observados dos medicamentos e intervenções terapêuticas. Dentre os mais palpáveis está a influência da *expectativa confiante* nas chamadas curas miraculosas, ainda hoje efetuadas diante de nossos olhos sem a colaboração de nenhuma habilidade médica. As curas milagrosas típicas realizam-se nos crentes sob a influência de cerimônias próprias para intensificar os sentimentos religiosos, ou seja, em lugares onde se adora uma imagem milagrosa, ou onde uma figura santa ou divina revelou-se aos homens e lhes prometeu alívio como recompensa por sua adoração, ou onde as relíquias de um santo são preservadas como um tesouro. Não parece fácil à fé religiosa, por si só, suprimir a doença pelo

caminho da expectativa, pois, em geral, há ainda o concurso de outras coisas nas curas milagrosas. As ocasiões em que se busca a clemência divina têm de ser indicadas por condições especiais; o esforço físico que o doente se impõe, as dores e sacrifícios da peregrinação devem torná-lo digno dessa regra especial.

Seria conveniente, mas muito equivocado, simplesmente recusar crédito a essas curas milagrosas e pretender explicar os relatos feitos sobre elas através de uma combinação de engodo devoto e observação inexata. Por mais que essa tentativa de explicação possa amiúde justificar-se, ainda assim não tem o poder de descartar por completo o fato das curas miraculosas. Elas realmente ocorrem, deram-se em todas as épocas e dizem respeito não só às doenças de origem anímica, ou seja, àquelas que se fundamentam na “imaginação” e podem justamente ser afetadas de maneira especial pelas circunstâncias da romaria, mas também aos estados patológicos fundamentados no “orgânico” e até então resistentes a todos os esforços médicos.

Mas não há nenhuma necessidade de recorrer a outra coisa senão os poderes anímicos para esclarecer as curas milagrosas. Nem mesmo nessas condições manifestam-se efeitos que possamos considerar inconcebíveis para nossa cognição. Tudo se passa naturalmente; de fato, o poder da fé religiosa recebe aí um reforço de muitas forças pulsionais tipicamente humanas. A crença religiosa de cada um é intensificada pelo entusiasmo da multidão em meio à qual ele costuma aproximar-se do local sagrado. Todas as moções anímicas de cada ser humano podem ser imensamente ampliadas por esse efeito das massas. Quando alguém vai sozinho em busca da cura no lugar miraculoso, são a fama e o prestígio do lugar que substituem a influência da multidão, e portanto, mais uma vez, é apenas o poder da multidão que exerce seu efeito. Essa influência também se faz sentir de mais outra maneira. Sabe-se que a misericórdia divina mostra-se apenas a alguns dentre os muitos que a ela recorrem, e cada qual gostaria de estar entre os distinguidos e eleitos; a ambição que dormita em cada um vem em socorro da fé religiosa. Quando tantas forças poderosas colaboram, não nos deve surpreender que, vez por outra, a meta seja realmente alcançada.

Tampouco os que não têm crença religiosa precisam renunciar às curas milagrosas. Para eles, o prestígio e o efeito das massas substituem completamente a crença religiosa. Há em todas as épocas tratamentos da moda e médicos da moda, que exercem um domínio especial na alta sociedade, onde as forças pulsionais anímicas mais poderosas são representadas pelo esforço de exceder uns aos outros e imitar os mais aristocráticos. Tais tratamentos da moda ostentam efeitos terapêuticos que estão fora de seu alcance, e um mesmo procedimento rende muito mais nas mãos de um médico da moda, que talvez se tenha tornado conhecido por assistir alguma personalidade de destaque, do que pode render nas de outro médico. Assim, tanto há milagreiros humanos quanto divinos, só que os homens que se servem desses favores da moda e da imitação para galgar uma posição de prestígio perdem-na rapidamente, como e da natureza das forças que atuaram para consegui-la.

A compreensível insatisfação com a ajuda amiúde insuficiente da arte medicinal, e talvez

também a rebeldia interna contra o rigor do pensamento científico, que reflete para os homens a inexorabilidade da natureza, criaram em todas as épocas, e novamente em nossos dias, uma curiosa condição para o poder curativo das pessoas e dos procedimentos. A expectativa confiante só se produz quando aquele que presta assistência não é médico e pode vangloriar-se de não entender nada da fundamentação científica da terapêutica, e quando o procedimento não foi comprovado por um teste rigoroso, mas é recomendado por alguma preferência popular. Daí a profusão de terapias naturais e terapeutas naturais que ainda hoje fazem concorrência aos médicos no exercício de sua profissão, e dos quais podemos ao menos dizer, com alguma certeza, que com muito mais freqüência trazem prejuízos do que benefícios aos que buscam a cura. Se temos nisso uma base para censurar a expectativa confiante dos doentes, ainda assim não devemos ser tão ingratos a ponto de esquecer que essa mesma força apóia continuamente nossos próprios esforços médicos. É provável que o efeito de cada procedimento prescrito pelo médico, de cada intervenção feita por ele, componha-se de duas partes. E uma delas, ora maior, ora menor, mas que nunca deve ser de todo desprezada, é fornecida pela conduta anímica do doente. A expectativa confiante com que ele vai ao encontro da influência direta de uma providência médica depende, de um lado, da extensão de sua própria ânsia de cura, e, de outro, de sua confiança em ter dado o passo certo para isso, ou seja, de seu respeito pela arte médica em geral; depende ainda do poder que ele atribui à pessoa do médico, e até mesmo da simpatia puramente humana que este desperta nele. Há médicos cuja capacidade de conquistar a confiança dos doentes tem um grau mais elevado que em outros; nesses casos, é freqüente o enfermo já sentir um alívio ao ver o médico entrar em seu quarto.

Os médicos têm praticado o tratamento anímico desde sempre, ainda mais abundantemente em épocas remotas do que hoje em dia. Quando entendemos por tratamento psíquico o esforço de provocar no doente os estados e condições anímicos mais propícios para a cura, vemos que esse tipo de tratamento médico é, historicamente, o mais antigo. Os povos da antigüidade mal dispunham de outra coisa senão o tratamento psíquico; e nunca deixavam de apoiar o efeito das poções curativas e das medidas terapêuticas mediante um tratamento anímico insistente. Os conhecidos usos de fórmulas mágicas, banhos purificadores e invocação de sonhos oraculares dormindo no salão do templo, entre outros, só podem ter-se tornado curativos por via psíquica. A própria personalidade do médico adquiria prestígio por derivar diretamente do poder divino, já que, em seus primórdios, a arte curativa estava nas mãos dos sacerdotes. Assim, tanto naquela época quanto hoje, a pessoa do médico era uma das condições principais para promover no doente o estado psíquico propício a cura.

Agora começamos também a compreender a “magia” das palavras. É que as palavras são o mediador mais importante da influência que um homem pretende exercer sobre o outro; as palavras são um bom meio de provocar modificações anímicas naquele a quem são dirigidas, e por isso já não soa enigmático afirmar que a magia das palavras pode eliminar os sintomas patológicos, sobretudo aqueles que se baseiam justamente nos estados psíquicos.

Todas as influências anímicas que se revelaram eficazes na eliminação das doenças têm algo de incerto. Os afetos, a concentração da vontade, o desvio da atenção, a expectativa confiante, todas essas forças, que ocasionalmente eliminam a doença, deixam de fazê-lo em outros casos sem que se possa responsabilizar a natureza da doença pelo resultado diferente. Evidentemente, é o caráter autocrático das personalidades psiquicamente tão diversas que estorva a regularidade dos resultados terapêuticos. Desde que os médicos reconheceram com clareza a importância do estado anímico para a cura, ocorreu-lhes, naturalmente, fazer uma tentativa de não mais deixar a critério do enfermo o tanto de boa vontade psíquica que nele se produziria, mas forçar energicamente o estado anímico propício por meios adequados. Foi nesse esforço que teve origem o moderno *tratamento anímico*.

Assim se produziu toda uma quantidade de modos de tratamento, alguns bastante evidentes, outros somente acessíveis à compreensão depois de hipóteses complexas. É evidente, por exemplo, que o médico, já não podendo hoje inspirar admiração como sacerdote ou como possuidor de um saber secreto, há de usar sua personalidade de modo a poder ganhar a confiança e uma parcela da simpatia de seu paciente. Já atenderá a uma distribuição conveniente que ele consiga esse resultado apenas com um número restrito de enfermos, enquanto outros, por seu grau de formação e suas inclinações, serão atraídos para a pessoa de outros médicos. *Entretanto, com a abolição da livre escolha do médico, aniquila-se uma importante precondição para influenciar o doente em termos anímicos.*

Há toda uma série de meios psíquicos muito eficazes de que o médico deve privar-se. Ou não tem o poder, ou não pode arrogar-se o direito de invocá-los. Isso se aplica sobretudo à provocação dos afetos mais intensos e, portanto, aos meios mais importantes pelos quais o anímico atua sobre o físico. O destino muitas vezes cura as doenças através das grandes emoções de alegria, da satisfação das necessidades e da realização dos desejos, com os quais o médico, amiúde impotente fora de sua arte, não pode rivalizar. Estaria antes em seu poder provocar medo e terror para fins curativos, mas, exceto no caso de crianças, ele deve ponderar muito sobre o recurso a essas medidas perigosas. Por outro lado, o médico deve romper todas as relações com os doentes que estejam ligadas a sentimentos de ternura, por causa da significação vital desses estados anímicos. E assim, seu poder de promover modificações anímicas em seus doentes parece tão reduzido desde o início que o tratamento anímico deliberadamente intensificado não prometeria nenhuma vantagem sobre o método anterior.

O médico pode tentar dirigir algo da função volitiva e da atenção do doente, e em diversos estados patológicos tem bons motivos para isso. Quando obriga persistentemente alguém que se crê paralítico a fazer os movimentos que supostamente lhe são impossíveis, ou ao recusar um exame a um paciente nervoso que insiste em ser examinado por uma doença que certamente não existe, o médico estará seguindo o rumo de tratamento correto, mas esses casos isolados dificilmente justificariam situarmos o tratamento anímico como um procedimento terapêutico especial. Em contrapartida, existe um caminho singular e imprevisto que oferece ao médico a

possibilidade de exercer uma influência profunda, se bem que transitória, sobre a vida anímica de seus pacientes, e de utilizá-la para fins terapêuticos.

Sabe-se há muito tempo, embora somente nas últimas décadas isso tenha-se elevado acima de qualquer dúvida, que é possível, mediante certas ações suaves, transportar as pessoas para um estado anímico totalmente peculiar, que tem muita semelhança com o sono e por isso é chamado de *hipnose*. À primeira vista, os procedimentos para produzir a hipnose não têm muita coisa em comum. Pode-se hipnotizar alguém fazendo-o olhar fixamente para um objeto brilhante por alguns minutos, ou segurando um relógio pelo mesmo espaço de tempo junto ao ouvido do sujeito experimental, ou ainda passando repetidamente as mãos espalmadas, a uma pequena distância, sobre seu rosto e membros. Mas também se pode chegar a esse mesmo resultado avisando a pessoa a quem se pretende hipnotizar, com tranqüila segurança, sobre a chegada do estado hipnótico e suas particularidades, ou seja, “fazendo-a crer” na hipnose. Também é possível vincular esses dois procedimentos. Deixa-se a pessoa sentar, ergue-se um dedo diante de seus olhos, ordenando-lhe que o encare fixamente, e então diz-se a ela: “Você está-se sentindo cansada. Seus olhos já estão fechando, você não consegue mantê-los abertos. Seus membros estão pesados, você já não consegue movimentá-los. Está adormecendo...” etc. Observe-se ainda que todos esses procedimentos têm em comum a fixidez da atenção; nos primeiros a ser mencionados, trata-se de fatigar a atenção mediante estímulos sensoriais fracos e uniformes. Ainda não está satisfatoriamente esclarecido o modo como a mera conversa provoca exatamente o mesmo estado que os demais procedimentos. Os hipnotizadores habilidosos afirmam que a partir desses meios consegue-se uma clara modificação hipnótica em cerca de oitenta por cento dos sujeitos experimentais. Mas não há nenhum indício pelo qual se possa saber de antemão quais as pessoas hipnotizáveis e quais as que não o são. O estado patológico de modo algum faz parte das condições da hipnose: as pessoas normais costumam deixar-se hipnotizar com especial facilidade, enquanto os neuróticos são muito mais difíceis de hipnotizar e os doentes mentais são completamente rebeldes. O estado hipnótico tem muitas gradações diferentes; no grau mais leve, o hipnotizado sente apenas algo como uma ligeira insensibilidade, enquanto o grau mais elevado e marcado por curiosidades especiais é chamado de *sonambulismo*, por sua semelhança com o fenômeno natural observável de andar durante o sono. Mas a hipnose de modo algum é como nosso sono noturno ou como o sono provocado por soporíferos. Nela ocorrem mudanças e se conservam funções anímicas que faltam ao sono normal.

Muitos dos fenômenos da hipnose, como as alterações da atividade muscular, têm apenas um interesse científico. Mas a marca mais significativa da hipnose, e para nós a mais importante, reside na atitude do hipnotizado perante seu hipnotizador. Enquanto o hipnotizado comporta-se perante o mundo externo como se estivesse adormecido, com todos os seus sentidos desviados dele, está *desperto* para a pessoa que o hipnotizou: vê e ouve apenas a ela, compreende-a e lhe dá respostas. Esse fenômeno, chamado de *rapport* na hipnose, encontra um paralelo na maneira como algumas pessoas dormem - por exemplo, a mãe que está amamentando um filho. Trata-se

de algo tão curioso que há de facilitar nosso entendimento da relação entre o hipnotizado e o hipnotizador.

Mas o fato de o mundo do hipnotizado estar como que restrito ao hipnotizador não é tudo. Ocorre ainda que o primeiro torna-se completamente dócil perante o segundo, ficando *obediente e crédulo*, e de um modo quase ilimitado na hipnose profunda. Na maneira como se dão essa obediência e essa credulidade mostra-se então, como característica do estado de hipnose, que a influência da vida anímica sobre o físico aumenta extraordinariamente no hipnotizado. Se o hipnotizador diz “Você não pode movimentar seu braço”, o braço cai inerte; é óbvio que o hipnotizado se empenha com todas as suas forças, mas não consegue movê-lo. Se o hipnotizador diz “Seu braço está se mexendo sozinho, e você não consegue detê-lo”, lá está o braço a se movimentar, e vemos o hipnotizado fazer esforços inúteis para mantê-lo quieto. A representação que o hipnotizador forneceu ao hipnotizado através da palavra provocou nele precisamente a relação anímico-física correspondente ao conteúdo da representação. Existe nisso, de um lado, a obediência, mas de outro há um aumento da influência física de uma idéia. A palavra, nesse caso, volta realmente a tornar-se magia.

O mesmo se dá no campo das percepções sensoriais. Diz o hipnotizador: “Você está vendo uma cobra, está cheirando uma rosa, está ouvindo a mais linda música”, e o hipnotizado vê, cheira e ouve o que dele exige a representação que lhe é fornecida. E como sabemos que ele realmente tem essas percepções? Poder-se-ia pensar que está apenas fingindo, mas não há razão alguma para duvidar disso, já que ele se comporta exatamente como se de fato as tivesse: expressa os afetos pertinentes a elas e pode também, em algumas circunstâncias, descrever depois da hipnose suas percepções e vivências imaginárias. Percebe-se então que ele viu e ouviu tal como vemos e ouvimos nos sonhos, ou seja, que *alucinou*. Obviamente, é tão crédulo perante o hipnotizador que está *convencido* de que devia haver uma cobra a ser vista quando o hipnotizador lhe anunciou isso; e essa convicção teve um efeito tão intenso no corpo que ele realmente viu a cobra, coisa que, aliás, pode acontecer também com pessoas que não estão hipnotizadas.

Observe-se, de passagem, que uma credulidade como a que é demonstrada pelo hipnotizado perante o hipnotizador, fora da hipnose e na vida real, só é *encontrada nos filhos perante os pais amados*, e que uma adaptação semelhante da própria vida anímica à de outra pessoa, com uma submissão análoga, encontra um paralelo único, mas integral, em algumas *relações amorosas* plenas de dedicação. A combinação da estima exclusiva com a obediência crédula costuma estar entre as marcas distintivas do amor.

Há ainda alguns pontos a relatar sobre o estado hipnótico. A fala do hipnotizador, que exhibe os efeitos mágicos anteriormente descritos, é chamada de *sugestão*, e acostumamo-nos a empregar esse termo também quando há, em princípio, meramente a intenção de provocar um efeito semelhante. Tal como o movimento e a sensação, todas as outras atividades anímicas do hipnotizado obedecem a essa sugestão, ao passo que ele não costuma tomar nenhuma iniciativa espontaneamente. Pode-se explorar a obediência hipnótica para fazer uma série de experimentos

sumamente curiosos, que proporcionam um profundo conhecimento do mecanismo anímico e produzem no observador uma convicção inextirpável do insuspeitado poder do anímico sobre o físico. Tal como o hipnotizado pode ser forçado a ver o que não está ali, pode também ser proibido de ver algo que está presente e que pretende impor-se a seus sentidos, como, por exemplo, determinada pessoa (a chamada “alucinação negativa”); essa pessoa descobre então ser impossível fazer-se notar pelo hipnotizado através de qualquer tipo de estimulação; é tratada por ele “como se fosse feita de vento”. Pode-se sugerir ao hipnotizado que pratique certa ação determinado tempo depois de despertar da hipnose (a “sugestão pós-hipnótica”), e ele observa esse prazo e executa a ação sugerida em seu estado desperto, sem que possa fornecer nenhuma razão para ela. Indagado sobre por que fez o que fez, ou se referirá a um impulso obscuro a que não pôde resistir, ou inventará algum pretexto óbvio e precário, sem se lembrar da verdadeira razão - a sugestão que lhe foi feita.

O despertar da hipnose decorre sem esforço da intervenção imperiosa do hipnotizador: “Acorde!” Depois da hipnose mais profunda, não há lembrança de nada do que nela foi vivenciado sob a influência do hipnotizador. Esse trecho da vida anímica [do sujeito] fica como que isolado do restante. Outros hipnotizados guardam uma lembrança de caráter onírico, e outros ainda lembram-se de tudo, mas relatam ter estado sob uma compulsão psíquica à qual não puderam opor nenhuma resistência.

É impossível exagerar o ganho científico trazido aos médicos e psicólogos pela familiarização com os fatos do hipnotismo. Entretanto, para avaliar a importância prática desses novos conhecimentos, é preciso colocar o médico no lugar do hipnotizador e o doente no lugar do hipnotizado. Acaso a hipnose não parece apta a satisfazer todas as necessidades do médico, na medida em que ele pretende proceder perante o doente como “médico da alma”? A hipnose dota o médico de uma autoridade da qual os sacerdotes ou os milagreiros provavelmente nunca foram possuidores, pois concentra todos os interesses anímicos do hipnotizado na pessoa do médico; abole no doente a arbitrariedade da vida anímica, na qual identificamos um entrave obstinado à exteriorização da influência anímica no corpo; em princípio, produz um aumento do domínio do anímico sobre o físico, aumento esse que só se costuma observar sob o efeito dos mais intensos afetos; e ainda, graças à possibilidade de que as instruções dadas ao doente durante a hipnose só se manifestem posteriormente, no estado normal (sugestão pós-hipnótica), ela coloca nas mãos do médico o meio de utilizar o grande poder de que desfruta durante a hipnose para promover alterações no doente quando desperto. Surgiria assim um padrão simples para o tipo de cura mediante tratamento anímico: o médico poria o doente em estado hipnótico, far-lhe-ia a sugestão, modificada conforme as circunstâncias, de que ele não estava doente, ou de que não sentiria mais seus sintomas ao acordar, depois o acordaria e confiaria na expectativa de que a sugestão cumprisse seu dever contra a doença. E se uma única aplicação desse procedimento não fosse suficiente, ele seria repetido tantas vezes quantas fossem necessárias.

Uma só consideração poderia impedir o médico e o paciente de empregarem um procedimento terapêutico tão promissor, a saber, caso se revelasse que o benefício da hipnose seria contrabalançado por algum prejuízo - por exemplo, se ela deixasse um distúrbio ou fraqueza permanentes na vida anímica do hipnotizado. Mas as experiências feitas até agora já bastam para afastar essas dúvidas; as hipnoses isoladas são totalmente inofensivas, e não causam dano algum mesmo sendo freqüentemente repetidas. Há que destacar apenas um ponto: quando as circunstâncias tornam necessário o uso prolongado do hipnotismo, estabelece-se um hábito de hipnose [no doente] e uma dependência do médico hipnotizador, o que não pode fazer parte do propósito do procedimento terapêutico.

O tratamento hipnótico realmente significa hoje uma grande ampliação do alcance da medicina e, por conseguinte, um avanço na arte de curar. Pode-se aconselhar cada enfermo a entregar-se a ele em confiança, desde que seja praticado por um médico experiente e digno de crédito. Entretanto, é preciso servir-se da hipnose de um modo diferente do que é hoje habitual. Comumente, só se recorre a esse tipo de tratamento depois que todos os outros recursos fracassam, quando o doente já está desanimado e de má vontade. Tem então de abandonar seu médico, que não sabe hipnotizar ou não emprega a hipnose, e voltar-se para um médico estranho, que em geral não usa ou não pode usar nada além do hipnotismo. Ambas as situações são desvantajosas para o enfermo. O próprio médico da família deve conhecer a fundo o método hipnótico de terapia e aplicá-lo desde o início, tão logo considere o caso e a pessoa apropriados para isso. Sempre que considerada útil, a hipnose deve estar em posição equivalente a dos outros procedimentos terapêuticos, e não ser encarada como um último recurso ou mesmo uma queda da cientificidade para o embuste. É que o hipnotismo é útil não apenas em todos os estados de nervosismo e nos distúrbios devidos à "imaginação", mas também para romper hábitos patológicos (como alcoolismo, vício em morfina, aberrações sexuais) e ainda em muitas doenças orgânicas, inclusive inflamatórias, nas quais se tem uma perspectiva, mesmo persistindo o distúrbio subjacente, de eliminar os sintomas incômodos para o enfermo, tais como as dores, inibições do movimento etc. A escolha dos casos para aplicação do procedimento hipnótico depende quase sempre da decisão do médico.

Mas agora é chegado o momento de desfazer a impressão de que, com o recurso da hipnose, teria despontado para o médico uma época mais cômoda de taumaturgia. Ainda e preciso levar em conta diversas circunstâncias aptas a reduzir consideravelmente nossas pretensões em relação à terapia hipnótica e a restituir a sua justa medida as esperanças talvez despertadas nos doentes. Antes de mais nada, verifica-se que uma premissa básica é insustentável, qual seja, a de que se conseguiria, através da hipnose, retirar dos doentes a arbitrariedade que é perturbadora em sua conduta anímica. Eles a conservam e já a evidenciam em sua postura perante a tentativa de hipnotizá-los. Quando se disse acima que cerca de oitenta por cento das pessoas são hipnotizáveis, esse número elevado só pôde ser atingido computando-se entre os casos positivos todos aqueles que mostravam algum indício de serem influenciáveis. Na realidade, as hipnoses

profundas e com plena docilidade, como as escolhidas para servir de modelo nas descrições, são efetivamente raras ou, em todo caso, não tão freqüentes quanto seria desejável no interesse da cura. Mas a impressão causada por esse fato pode novamente atenuar-se, na medida em que acentuemos o fato de que a profundidade da hipnose e a docilidade diante das sugestões não caminham *pari passu*, de modo que, muitas vezes, ainda é possível observar um bom efeito da sugestão onde há apenas uma ligeira insensibilidade hipnótica. Entretanto, mesmo considerando isoladamente a docilidade hipnótica como o aspecto mais essencial desse estado, convém admitir que cada pessoa mostra sua particularidade nesse aspecto, deixando-se influenciar apenas até determinado grau de docilidade e detendo-se aí. Isoladamente, portanto, as pessoas mostram graus muito diferentes de adequação para a terapia hipnótica. Se fosse possível descobrir um meio pelo qual todos esses graus particulares do estado hipnótico pudessem ser intensificados até a hipnose completa, as peculiaridades dos enfermos seriam novamente eliminadas, atingindo-se o ideal do tratamento anímico. Mas esse progresso não foi obtido até agora; o grau de docilidade com que a sugestão será recebida ainda depende muito mais do doente que do médico, ou seja, reside, por sua vez, no arbítrio do enfermo.

Ainda mais importante é um outro ponto de vista. Quando se descreve o resultado sumamente notável da sugestão no estado hipnótico, esquece-se com muita facilidade que aqui, como em todas as atividades anímicas, trata-se também de uma proporção ou de uma relação de forças. Ao colocarmos uma pessoa sadia em hipnose profunda e lhe ordenarmos que morda uma batata apresentada a ela como uma pêra, ou se lhe dissermos que está vendo um conhecido e deve cumprimentá-lo, será fácil constatar uma docilidade completa, pois não há no hipnotizado nenhuma razão grave para que se oponha à sugestão. Mas diante de outras ordens - por exemplo, ao exigirmos que uma moça muito pudica se dispa, ou que um homem honesto se apodere de um objeto valioso furtando-o -, é possível observar no hipnotizado uma resistência que pode ir a ponto de ele se recusar a obedecer à sugestão. Com isso aprendemos que, mesmo na melhor das hipnoses, a sugestão não exerce um poder ilimitado, mas apenas um poder com determinada força. Pequenos sacrifícios o hipnotizado pode fazer, mas diante dos grandes ele se detém, exatamente como quando está desperto. Assim, quando lidamos com um doente e o impelimos, através da sugestão, a renunciar a sua doença, notamos que isso significa para ele um grande sacrifício, e não uma pequena oferenda. O poder da sugestão confronta-se aqui com a força que criou e mantém os fenômenos patológicos, e a experiência mostra que esta é de uma ordem de grandeza muito diferente da que caracteriza a influência hipnótica. O mesmo doente que se resigna com perfeita docilidade em qualquer situação onírica que lhe seja sugerida, desde que não seja francamente escandalosa, pode ficar completamente rebelde a uma sugestão que o prive, digamos, de sua paralisia imaginária. Acresce ainda que, na clínica, justamente os pacientes neuróticos, em sua maioria, e que são difíceis de hipnotizar, de modo que a luta contra as forças poderosas com que a doença se consolidou na vida anímica tem de ser travada, não com a totalidade da influência hipnótica, mas apenas com um fragmento dela.

A sugestão, portanto, não constitui de antemão a certeza de uma vitória sobre a doença tão logo se consiga a hipnose, ou mesmo a hipnose profunda. Falta ainda travar uma outra batalha, cujo desfecho é amiúde muito incerto. Por isso é que uma única hipnose não surte nenhum efeito contra as perturbações graves de origem anímica. Com a repetição, porém, a hipnose perde a impressão de milagre que o doente talvez tenha concebido. Sucedendo-se as hipnoses, é possível conseguir que se torne cada vez mais clara a influência que a princípio faltou sobre a doença, até que se alcance um resultado satisfatório. Mas tal tratamento hipnótico pode decorrer de maneira tão cansativa e morosa quanto qualquer outra terapia.

Outro aspecto que trai a relativa fraqueza da sugestão, comparada às doenças a ser combatidas, é que de fato ela traz a suspensão dos sintomas patológicos, mas apenas por um curto período. Ao término desse intervalo, eles retornam e têm de ser novamente eliminados pela hipnose e sugestão renovadas. Repetindo-se essa evolução com freqüência suficiente, é comum esgotar-se a paciência tanto do enfermo quanto do médico, tendo por conseqüência o abandono do tratamento hipnótico. São também esses os casos em que costumam instalar-se no doente a dependência do médico e uma espécie de vício na hipnose.

É bom que os doentes conheçam essas deficiências do método de terapia hipnótico, bem como as possibilidades de desapontamento em sua utilização. O poder curativo da sugestão hipnótica é algo de factual e dispensa recomendações exageradas. Por outro lado, é fácil compreender que os médicos, a quem o tratamento anímico por hipnose prometera muito mais do que pôde cumprir, não se cansem de buscar outros procedimentos que possibilitem exercer uma influência mais profunda ou menos incerta sobre a psique do doente. Podemos antecipar a expectativa segura de que o moderno tratamento anímico sistemático, que representa uma revivescência inteiramente nova de antigos métodos terapêuticos, venha a colocar nas mãos dos médicos armas ainda muito mais fortes para lutar contra a doença. Um discernimento mais profundo dos processos da vida anímica, cujas origens primordiais repousam justamente em vivências hipnóticas, há de apontar os meios e modos de chegarmos a isso.

NOTA DO EDITOR INGLÊS

PSYCHISCHE BEHANDLUNG (SEELENBEHANDLUNG)

(a) EDIÇÕES EM ALEMÃO:

1890 Em *Die Gesundheit*, org. de R. Kossmann e J. Weiss, 1ª ed., 1, pp. 368-384, Stuttgart, Berlim e Leipzig: Union Deutsche Verlagsgesellschaft. (1900, 2ª ed.; 1905, 3ª ed.)

1937 *Z. Psychoan. Päd.*, 11, pp. 133-147.

1942 *G.W.*, 5, pp. 289-315.

(b) TRADUÇÃO EM INGLÊS:

“Psychical (or Mental) Treatment”

Esta tradução [inglesa], de autoria de James Strachey, surge agora pela primeira vez e, ao que se saiba, é a primeira a ser publicada.

Die Gesundheit foi uma obra coletiva de carácter semipopular sobre a medicina, em dois volumes, tendo um grande número de colaboradores. Numa carta enviada a Pfister em 17 de junho de 1910 (1963a), diz Freud: “O livro que estou colocando nas mãos de meus filhos é uma obra popular de medicina, *Die Gesundheit*, para a qual eu mesmo contribuí. É bem seco e factual.” O texto foi reimpresso sem alterações na segunda e terceira edições do trabalho, ocupando no primeiro volume as mesmas páginas em que constara na primeira edição.

Até 1966, afirmava-se invariavelmente que esse artigo datava de 1905 (recebera na Ed. *Standard* a data de 1905b.), uma vez que só se examinara a edição de 1905 de *Die Gesundheit*. Sabe-se agora que, na verdade, essa fora a terceira edição, embora os organizadores do trabalho tenham deixado de fornecer tal indicação. Cf. algumas informações e comentários adicionais sobre essa descoberta na introdução do editor [inglês] ao grupo de ensaios de Freud sobre o hipnotismo e a sugestão, ao qual pertence mais apropriadamente o presente artigo (ver em [1] e [2]).

PERSONAGENS PSICOPÁTICOS NO PALCO (1942 [1905 ou 1906])

Se a finalidade do drama, como se supõe desde os tempos de Aristóteles, consiste em despertar “terror e comiseração”, em produzir uma “purgação dos afetos”, pode-se descrever esse propósito de maneira bem mais detalhada dizendo que se trata de abrir fontes de prazer ou gozo em nossa vida afetiva, assim como, no trabalho intelectual, o chiste ou o cômico abrem fontes similares, muitas das quais essa atividade tornara inacessíveis. Para tal finalidade, o fator primordial é, indubitavelmente, o *desabafo* dos afetos do espectador; o gozo daí resultante corresponde, de um lado, ao alívio proporcionado por uma descarga ampla, e de outro, sem dúvida, à excitação sexual concomitante que, como se pode supor, aparece como um subproduto todas as vezes que um afeto é despertado, e confere ao homem o tão desejado sentimento de uma tensão crescente que eleva seu nível psíquico. Ser espectador participante do jogo dramático significa, para o adulto, o que representa o brincar para a criança, que assim gratifica suas expectativas hesitantes de se igualar aos adultos. O espectador vivencia muito pouco, sentindo-se como “um pobre coitado com quem não acontece nada”; faz tempo que amorteceu seu orgulho,

que situava seu eu no centro da fábrica do universo, ou, melhor dizendo, viu-se obrigado a deslocá-lo: anseia por sentir, agir e criar tudo a seu bel-prazer - em suma, por ser um herói. E o autor-ator do drama lhe possibilita isso, permitindo-lhe a *identificação* com um herói. Ao fazê-lo, poupa-o também de algo, pois o espectador sabe que essa promoção de sua pessoa ao heroísmo seria impossível sem dores, sofrimentos e graves tribulações, que quase anulariam o gozo. Ele sabe perfeitamente que tem apenas uma vida, e que poderia perdê-la num *único* desses combates contra a adversidade. Por conseguinte, seu gozo tem por premissa a ilusão, ou seja, seu sofrimento é mitigado pela certeza de que, em primeiro lugar, é um outro que está ali atuando e sofrendo no palco, e em segundo, trata-se apenas de um jogo teatral, que não ameaça sua segurança pessoal com nenhum perigo. Nessas circunstâncias, ele pode deleitar-se como um “grande homem”, entregar-se sem temor a seus impulsos sufocados, como a ânsia de liberdade nos âmbitos religioso, político, social e sexual, e desabafar em todos os sentidos em cada uma das cenas grandiosas da vida representada no palco.

Mas essas precondições de gozo são comuns a diversas outras formas de criação literária. A poesia lírica presta-se sobretudo a dar vazão a uma sensibilidade intensa e variada, como acontece também com a dança; a poesia épica visa principalmente a possibilitar o gozo do grande personagem heróico em seu momento de triunfo, enquanto o drama explora a fundo as possibilidades afetivas, modela em gozo até os próprios presságios de infortúnio e por isso retrata o herói derrotado em sua luta, com uma satisfação quase masoquista. Poder-se-ia caracterizar o drama por essa relação com o sofrimento e o infortúnio, quer apenas a *inquietação* seja despertada e depois aplacada, como na comédia, quer o sofrimento realmente se concretize, como na tragédia. O fato de o drama ter-se originado nos ritos sacrificiais do culto dos deuses (cf. o bode do sacrifício e o bode expiatório) não pode deixar de relacionar-se com esse sentido do drama; ele como que apazigua a revolta incipiente contra a ordem divina do universo, que instaurou o sofrimento. Os heróis são, acima de tudo, rebeldes que se voltaram contra Deus ou contra alguma divindade, e o sentimento de infortúnio que assalta o mais fraco diante da potência divina está fadado a gerar prazer, tanto pela satisfação masoquista quanto pelo gozo direto de um personagem cuja grandeza, apesar de tudo, é destacada. Eis aí, portanto, o prometeísmo humano, só que apequenado pela disposição de se deixar acalmar temporariamente por uma satisfação momentânea.

São tema do drama, portanto, todos os tipos de sofrimento, e deles o espectador tem que extrair algum prazer; daí resulta a primeira condição dessa forma de criação artística: ela não deve causar sofrimento ao espectador, mas saber compensar a comiseração que desperta mediante as satisfações que daí possam ser extraídas - uma regra que os autores modernos têm infringido com particular freqüência. Mas esse sofrimento restringe-se desde logo ao *anímico*, pois o sofrimento *físico* não é desejado por ninguém que saiba quão depressa a sensibilidade física assim alterada põe termo a todo o gozo da psique. Quem está enfermo tem apenas um desejo: sarar, livrar-se de seu estado; que venham o médico e os medicamentos, para que se elimine a inibição do jogo da

fantasia, que nos mimou a ponto de fazer-nos extrair um gozo até de nosso próprio sofrimento. Se o espectador se coloca no lugar de alguém que sofre de um mal físico, não encontra aí nenhum gozo e nenhuma produtividade psíquica. Por isso, o indivíduo corporalmente enfermo só pode figurar no palco como um requisito dramático, e não como herói, a menos que determinados aspectos físicos de seu estado possibilitem o trabalho psíquico - por exemplo, o desamparo do doente em *Filoctetes* ou a desesperança dos enfermos nas peças que giram em torno dos físicos.

Mas as pessoas têm conhecimento do sofrimento anímico principalmente em conexão com as circunstâncias que o provocam; por isso o drama precisa de uma ação que engendre o sofrimento, e começa por introduzir-nos nela. Não passam de exceções aparentes as peças que nos apresentam sofrimentos anímicos já estabelecidos, como *Ajax* ou *Filoctetes*; é que no drama grego, por ser seu tema muito conhecido, a cortina sobe como que no meio da peça. É fácil expor exaustivamente as condições que regem a ação mencionada: ela tem que pôr em jogo um conflito e incluir um esforço da vontade e uma situação adversa. A luta contra os deuses representou o primeiro e mais grandioso cumprimento dessa condição. Já dissemos que essa é uma tragédia de rebelião, e nela o dramaturgo e a platéia tomam o partido dos rebeldes. Depois, à medida que se vai descrendo da divindade, mais importante se torna a ordenação *humana*, que o discernimento crescente passa a responsabilizar pelo sofrimento. Assim, a luta seguinte do herói é contra a sociedade dos homens: temos aí a *tragédia social*. Outro cumprimento [da precondição mencionada] encontra-se na luta entre os seres humanos: é a *tragédia de caracteres*; que exhibe todas as excitações do *agon* [□□□□, conflito] e se desenrola com mais proveito entre personalidades destacadas, libertas da servidão das instituições humanas - ou seja, ela tem de apresentar *dois* heróis. Decerto são admissíveis as fusões dessas duas últimas categorias, exibindo a luta do herói contra instituições encarnadas em personagens fortes. Falta à tragédia de caracteres, em sua forma pura, a rebeldia como fonte de gozo, mas esta ressurge, sem menor força do que nas tragédias históricas dos clássicos gregos, nos dramas sociais - por exemplo, em Ibsen.

Se o drama *religioso*, o drama *social* e o drama de *caracteres* diferem essencialmente pelo terreno em que se desenrola a ação geradora do sofrimento, já agora o drama nos leva para um novo terreno em que se torna totalmente *psicológico*. Aqui, é na própria alma do herói que se trava a luta geradora do sofrimento: são os impulsos descontraídos que se combatem, numa luta que não culmina na derrota do herói, mas na extinção de um de seus impulsos: tem que terminar na renúncia a um deles. Claro está que são possíveis todas as combinações entre essa precondição e as que regem a tragédia social e a de caracteres; assim, as próprias instituições podem ser a causa do conflito interno. É aí que entram as tragédias do amor, pois o sufocamento do amor pela cultura social, pelas convenções humanas, ou o conflito entre “amor e dever”, tão notório na ópera, são ponto de partida de uma variedade quase infinita de situações de conflito - tão infinita quanto os devaneios eróticos dos seres humanos.

Mas a série de possibilidades se amplia, e o drama psicológico se converte em

psicopatológico, quando a fonte de sofrimento de que deveríamos participar e extrair prazer já não é o conflito entre duas moções dotadas de consciência quase igual, mas entre um impulso consciente e uma moção recalçada. Aqui, a condição do gozo é que o espectador também seja neurótico. É que só ao neurótico pode advir prazer, e não simples repugnância, da revelação e do reconhecimento mais ou menos consciente da moção recalçada; no não-neurótico, esse reconhecimento deparará apenas com uma repugnância e o predisporá prontamente a repetir o ato de recalçamento [antes aplicado à moção]. É que, nessas pessoas, esse ato se fez com êxito, e um único dispêndio de recalçamento bastou para neutralizar completamente a moção recalçada. No neurótico, em contrapartida, o recalçamento está sempre à beira do fracasso; é instável e requer um gasto constantemente renovado - justamente o gasto que lhe é poupado pelo reconhecimento da moção. Somente no neurótico persiste uma luta como a que pode ser tema desse tipo de drama; nem mesmo nele, porém, o dramaturgo provocará apenas um gozo pela liberação, mas despertará também uma *resistência*.

O primeiro desses dramas modernos é *Hamlet*. Seu tema é a maneira como um homem até então normal torna-se neurótico devido à natureza particular da tarefa com que se defronta, ou seja, um homem em quem uma moção até ali recalçada com êxito esforça-se por se impor. *Hamlet* distingue-se por três características que parecem importantes para a questão de que estamos tratando: (1) O herói não é um psicopata, transformando-se em tal apenas no decorrer da ação. (2) A moção recalçada figura entre as que são igualmente recalçadas em todos nós; seu recalçamento faz parte das bases de nosso desenvolvimento pessoal, e é justamente ele que a situação [da peça] vem contestar. Essas duas características facilitam que nos reconheçamos no herói; somos susceptíveis ao mesmo conflito que ele, pois “quem não perde a razão em certas circunstâncias não tem nenhuma razão a perder”. (3) Mas parece condição desse modelo artístico que a moção que luta por chegar à consciência, por mais notória que se revele, não seja chamada por seu próprio nome; assim, o processo consuma-se de novo no espectador, com sua atenção distraída, e ele se torna presa de sentimentos, em vez de se aperceber do que está acontecendo. Poupa-se desse modo, sem dúvida, uma certa dose de resistência, tal como a que encontramos no trabalho analítico, onde os retornos do recalçado, por provocarem uma resistência menor, chegam à consciência, ao passo que o próprio recalçado não consegue fazê-lo. Em *Hamlet*, de fato, o conflito está tão oculto que coube a mim desvendá-lo.

É possível que, por se desconsiderarem essas três condições, muitos outros personagens psicopáticos sejam tão sem serventia no palco quanto o são na vida real. De fato, não podemos penetrar no conflito do neurótico quando este já o traz plenamente firmado dentro de si. Inversamente, quando reconhecemos esse conflito, esquecemos que se trata de um doente, da mesma forma que ele, ao tomar conhecimento de seu conflito, deixa de ser doente. A tarefa do autor seria colocar-nos nessa mesma doença, e a melhor maneira de consegui-lo é fazer com que sigamos o curso de seu desenvolvimento junto com aquele que adocece. Isso é particularmente necessário nos casos em que o recalçamento não está já dentro de nós, mas precisa primeiro ser

instaurado, isso significa dar um passo além de *Hamlet* na utilização da neurose no palco. Ao sermos confrontados com uma neurose desconhecida e acabada, tendemos a chamar o médico (como na vida real) e a julgar que o personagem é inadequado para uma encenação teatral.

Esse erro parece ocorrer em *Die Andere*, de Bahr, além de um outro implícito no problema da peça: não nos é possível ter a convicção solidária de que somente determinada pessoa tem o privilégio de satisfazer a moça plenamente. Por isso não podemos colocar-nos no lugar dela. E a isso vem acrescentar-se um terceiro defeito: nada nos é deixado para descobrirmos por nós mesmos, e toda a nossa resistência é mobilizada contra esse condicionamento prévio do amor, que nos é inaceitável. Dentre as três condições formais que vimos discutindo, a mais importante me parece ser o desvio da atenção.

Talvez se possa dizer, de modo geral, que a labilidade neurótica do público e a habilidade do autor de evitar as resistências e proporcionar um pré-prazer sejam o único determinante dos limites impostos ao emprego de personagens anormais [no palco].

NOTA DO EDITOR INGLÊS

PSYCHOPATHISCHE PERSONEN AUF DER BÜHNE

(a) EDIÇÕES EM ALEMÃO:

(1905 ou 1906 Data provável da redação.)

1962 *Neue Rundschau*, 73, pp. 53-57.

(b) TRADUÇÃO PARA O INGLÊS:

“Psychopathic Characters on the Stage”

1942 *Psychoanal. Quart.*, 11 (4), outubro, pp. 459-464. (Trat. de H.A. Bunker.)

Esta é uma nova tradução [inglesa] de James Strachey.

Num artigo publicado no *Psychoanal. Quart.*, 11 (1942), p. 465, o Dr. Max Graf relata que este ensaio foi redigido por Freud em 1904 e entregue a ele pelo autor. Nunca foi publicado pelo próprio Freud. Entretanto, deve haver um erro em relação a essa data (o manuscrito não está datado), já que a peça *Die Andere*, de Hermann Bahr, discutida na p. 326, foi encenada pela primeira vez (em Munique e Leipzig) no início de novembro de 1905, tendo sua primeira apresentação em Viena no dia 25 do mesmo mês. Só foi publicada sob a forma de livro em 1906. É provável, portanto, que o presente ensaio tenha sido escrito no final de 1905 ou início de 1906. Somos gratos ao Dr. Raymond Gosselin, editor do *Psychoanalytic Quarterly*, por fornecer-nos uma cópia fotostática do manuscrito original de Freud. Em alguns pontos, a grafia é difícil de decifrar, o

que explica algumas divergências entre as duas traduções inglesas.