

SIGMUND

FREUD

OBRAS COMPLETAS VOLUME 9

OBSERVAÇÕES SOBRE UM CASO
DE NEUROSE OBSESSIVA
[“O HOMEM DOS RATOS”],
UMA RECORDAÇÃO DE INFÂNCIA
DE LEONARDO DA VINCI
E OUTROS TEXTOS

(1909-1910)

TRADUÇÃO PAULO CÉSAR DE SOUZA

SIGMUND

FREUD

OBRAS COMPLETAS VOLUME 9

**OBSERVAÇÕES SOBRE UM CASO
DE NEUROSE OBSESSIVA
[“O HOMEM DOS RATOS”],
UMA RECORDAÇÃO DE INFÂNCIA
DE LEONARDO DA VINCI
E OUTROS TEXTOS**

(1909-1910)

TRADUÇÃO PAULO CÉSAR DE SOUZA

SUMÁRIO

ESTA EDIÇÃO

OBSERVAÇÕES SOBRE UM CASO DE NEUROSE OBSESSIVA
("O HOMEM DOS RATOS", 1909)
I. HISTÓRIA CLÍNICA
II. CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

UMA RECORDAÇÃO DE INFÂNCIA DE LEONARDO DA VINCI (1910)

CINCO LIÇÕES DE PSICANÁLISE (1910)

AS PERSPECTIVAS FUTURAS DA TERAPIA PSICANALÍTICA (1910)

SOBRE O SENTIDO ANTITÉTICO DAS PALAVRAS
PRIMITIVAS (1910)

CONCEPÇÃO PSICANALÍTICA DO TRANSTORNO PSICOGÊNICO
DA VISÃO (1910)

SOBRE PSICANÁLISE "SELVAGEM" (1910)

SOBRE PSICANÁLISE “SELVAGEM” (1910)

TÍTULO ORIGINAL: “ÜBER ‘WILDE’ PSYCHOANALYSE”.
PUBLICADO PRIMEIRAMENTE EM *ZENTRALBLATT
FÜR PSYCHOANALYSE*, V. 1, N. 3, PP. 91-5.
TRADUZIDO DE *GESAMMELTE WERKE* VIII,
PP. 118-25. TAMBÉM SE ACHA EM *STUDIENAUSGABE,
ERGÄNZUNGSBAND* [VOLUME COMPLEMENTAR],
PP. 133-41.

Há alguns dias apresentou-se em meu consultório, acompanhada de uma amiga, uma senhora que dizia sofrer de estados de angústia. Tinha seus quarenta e tantos anos, estava bem conservada, e claramente ainda não renunciara à sua feminilidade. O ensejo precipitador da angústia foi a separação de seu último marido; mas essa angústia, conforme seu relato, aumentara consideravelmente após ela consultar um jovem médico da localidade em que vivia, nos arredores de Viena, pois esse lhe explicara que a causa da angústia era sua carência sexual. Ela não podia se privar das relações com o marido, segundo ele; portanto, havia apenas três caminhos para recuperar a saúde: ou ela voltava para o marido, ou arranjava um amante, ou satisfazia a si mesma. Desde então ela estava convencida de que era incurável, pois para o marido não desejava voltar, e os dois outros meios repugnavam sua moral e sua religiosidade. Procurou-me porque o médico lhe havia dito que se tratava de um novo conhecimento que se devia a mim, e que ela necessitava apenas me visitar para ter a confirmação daquilo. A amiga, uma senhora mais velha, mirrada e de aparência não muito sadia, implorou-me então que assegurasse à paciente que o médico se enganara. Não podia ser verdade, ela própria era viúva desde muito tempo e permanecera respeitável, não sofrendo de angústia.

Não me deterei na difícil situação em que essa visita me colocou; tentarei, isto sim, esclarecer a conduta do médico que a enviou. Primeiramente, quero lembrar uma precaução que talvez — ou oxalá — não seja supérflua. Uma longa experiência me ensinou — como teria ensinado a qualquer outro — a não tomar imediatamente como verdadeiro o que os pacientes, em especial os neuróticos, relatam de seus médicos. Em toda espécie de tratamento, o especialista em doenças nervosas não apenas se torna facilmente o objeto de muitos dos impulsos hostis do paciente, como às vezes tem de conformar-se em assumir, por uma espécie de projeção, a responsabilidade pelos ocultos desejos reprimidos dos neuróticos. É

algo triste, mas significativo, que tais acusações achem crédito principalmente junto aos outros médicos.

Portanto, tenho o direito de pensar que aquela senhora me fez um relato tendencioso das afirmações de seu médico, e que faço uma injustiça com ele, que pessoalmente não conheço, ao tomar esse caso como ponto de partida para minhas observações sobre psicanálise “selvagem”.³ Assim fazendo, no entanto, eu talvez impeça outros de prejudicarem seus pacientes.

Vamos supor, então, que o médico tenha dito exatamente o que a paciente me relatou. Qualquer pessoa lhe adiantará a crítica de que, se um médico acha necessário discutir o tema da sexualidade com uma mulher, tem de fazê-lo com tato e discrição. Ora, tal exigência coincide com a observância de determinados preceitos *técnicos* da psicanálise; e, além do mais, o médico teria ignorado ou entendido mal uma série de teorias *científicas* da psicanálise, mostrando que pouco avançou na compreensão de sua natureza e seus propósitos.

Começemos com os últimos, os erros científicos. Os conselhos do médico mostram claramente em que sentido ele compreende a “vida sexual”: naquele popular, no qual se entende por necessidades sexuais apenas a necessidade do coito ou de atos semelhantes que produzam o orgasmo e a liberação de determinadas substâncias. Mas ele não pode ter ignorado que costumam fazer à psicanálise a objeção de que ela estende a noção de sexual muito além da sua amplitude habitual. Isso é um fato; se ele pode ser usado como uma objeção, é algo que não discutiremos aqui. O conceito de sexual abrange muito mais na psicanálise; vai além do sentido popular, tanto para cima como para baixo. Tal ampliação se justifica geneticamente; incluímos na “vida sexual” todas as manifestações de sentimentos afetuosos que provêm da fonte dos primitivos impulsos sexuais, mesmo quando esses impulsos experimentaram uma inibição de sua original meta sexual ou trocaram essa por outra não mais sexual. Por isso preferimos falar em

psicossexualidade, enfatizando que o elemento psíquico da vida sexual não deve ser esquecido nem subestimado. Empregamos o termo “sexualidade” no mesmo sentido abrangente em que a língua alemã usa a palavra *lieben* [amar]. Há muito sabemos que pode haver insatisfação psíquica, com todas as suas consequências, também quando não falta o intercurso sexual normal, e como terapeutas sempre levamos em conta que frequentemente os impulsos sexuais insatisfeitos — cujas satisfações substitutivas combatemos na forma de sintomas nervosos — somente em pequena medida encontram desafogo mediante o coito e outros atos sexuais.

Quem não partilha essa concepção da psicossexualidade não tem o direito de invocar as teses da psicanálise que tratam da importância etiológica da sexualidade. Essa pessoa simplifica bastante o problema, ao acentuar exclusivamente o fator somático na sexualidade; mas a responsabilidade pelo procedimento deve ser apenas sua.

Outra incompreensão, igualmente grave, transparece nos conselhos do médico.

É certo que a psicanálise afirma que a insatisfação sexual é causa de transtornos nervosos. Mas ela não diz mais do que isso? Pretende-se deixar de lado, por demasiado complexo, seu ensinamento de que os sintomas nervosos nascem de um conflito entre dois poderes, uma libido (que geralmente se tornou excessiva) e uma rejeição da sexualidade ou repressão rigorosa demais? Quem não esquece esse último fator, que realmente não é secundário, não pode crer que a satisfação sexual constitua, em si, um remédio de eficácia geral para as queixas dos neuróticos. Afinal, boa parte desses indivíduos é incapaz de satisfação, absolutamente ou nas circunstâncias dadas. Se eles fossem capazes disso, se não tivessem suas resistências internas, a força do instinto lhes apontaria o caminho para a satisfação, mesmo quando o médico não aconselhasse. Para que, então, um conselho como o que o médico teria dado à senhora?

Mesmo que ele se justifique cientificamente, ela não tem como segui-lo. Caso não tivesse resistências internas à masturbação ou à relação amorosa, há muito ela já teria recorrido a um desses meios. Ou o médico acredita que uma mulher de mais de quarenta anos não sabe que é possível arranjar um amante, ou superestima ele de tal modo sua influência que acha que ela jamais daria um passo desses sem aprovação médica?

Tudo isso parece bastante claro, mas devemos admitir que há um fator que muitas vezes dificulta o julgamento. Vários estados nervosos, tanto as assim chamadas *neuroses atuais* como a neurastenia típica e a pura neurose de angústia, dependem claramente do fator somático da vida sexual, ao passo que não temos ainda ideia segura sobre o papel que neles desempenham o fator psíquico e a repressão. Nesses casos é natural que o médico considere inicialmente uma terapia atual, uma alteração da atividade somática sexual, e ele o faz com plena justificação, se o seu diagnóstico foi correto. A senhora que consultou o jovem médico queixava-se principalmente de estados de angústia, e provavelmente ele supôs que ela sofria de neurose de angústia, sentindo-se justificado em lhe recomendar uma terapia somática. Novamente um cômodo mal-entendido! Quem sofre de angústia não tem necessariamente uma neurose de angústia; esse diagnóstico não deve ser tirado do nome. É preciso saber que manifestações constituem uma neurose de angústia, e distingui-la de outros estados patológicos em que aparece a angústia. Parece-me que a senhora em questão sofria de uma *histeria de angústia*, e todo o valor dessas distinções nosográficas (aquilo que também as justifica) está no fato de que indicam outra etiologia e outra terapia. Quem considerasse a possibilidade de uma histeria de angústia não incorreria nessa negligência dos fatores psíquicos que se mostra nas alternativas aconselhadas pelo médico.

Curiosamente, nessas alternativas terapêuticas do suposto psicanalista não sobra espaço para — a psicanálise! A senhora poderia se curar da angústia apenas se voltasse para o marido, ou satisfazendo-se pela via da masturbação ou com um amante. Onde ficaria o tratamento analítico, em que vemos o principal recurso para os estados de angústia?

Com isso chegamos às falhas técnicas que percebemos na conduta do médico, no caso presente. Uma concepção há muito superada, baseada na simples aparência, diz que o doente sofre devido a uma espécie de ignorância, e que, quando removemos essa ignorância através da informação (sobre os nexos causais entre sua doença e sua vida, sobre suas vivências infantis etc.), ele certamente se cura. O fator patogênico não é a ignorância em si, mas o fato de ela se fundamentar em *resistências internas*, que inicialmente a provocaram e ainda a sustentam. A tarefa da terapia é combater essas resistências. Informar o que o paciente não sabe, porque o reprimiu, é apenas um dos preparativos necessários à terapia. Se a informação sobre o inconsciente fosse tão importante para o doente como acreditam os não iniciados na psicanálise, bastaria, para seu restabelecimento, que ele frequentasse palestras e lesse livros. Mas essas medidas têm tão pouca influência nos sintomas da doença nervosa quanto a distribuição de cardápios para os famintos numa época de fome. E a comparação pode ir além, pois informar ao doente acerca do inconsciente resulta, via de regra, em exacerbação do conflito e intensificação das dores.

Porém, como a psicanálise não pode prescindir dessa comunicação, determina que ela não suceda antes que se cumpram duas condições. Primeiro, antes que o paciente mesmo se avizinha, mediante preparação, daquilo que foi por ele reprimido; segundo, antes que tenha se apegado tanto ao médico (*transferência*) que a ligação emocional a esse torne impossível a fuga.

Apenas depois de cumpridas essas condições será possível conhecer e dominar as resistências que levaram à repressão e à insciência. Logo, uma intervenção psicanalítica pressupõe um contato prolongado com o doente, e tentativas de surpreendê-lo na primeira sessão, comunicando-lhe abruptamente os segredos adivinhados, são tecnicamente condenáveis e acarretam muitas vezes seu próprio castigo, ao atrair a autêntica inimizade do paciente e impedir qualquer influência ulterior.

Sem considerar que às vezes o médico aconselha erradamente e jamais pode perceber tudo. Na psicanálise, essas prescrições técnicas definidas substituem a exigência do inapreensível “tato médico”, que é visto como um dom especial.

Portanto, para o médico não basta conhecer algumas conclusões da psicanálise; é preciso também familiarizar-se com a técnica, se quiser que sua prática médica seja guiada pelas concepções psicanalíticas. Essa técnica ainda não pode ser aprendida em livros, e certamente pode ser obtida apenas com grandes sacrifícios de tempo, esforço e resultados. Como outras técnicas médicas, o indivíduo a aprende com aqueles que já a dominam. Por isso não deixa de ser relevante, na avaliação do caso que tomei como ponto de partida para estas observações, que eu não conheça o médico que teria dado esses conselhos nem jamais tenha ouvido seu nome.

Não é agradável, para mim e meus amigos e colaboradores, monopolizar dessa maneira a prerrogativa de exercer uma técnica médica. Mas não tivemos outra escolha, em face dos perigos que traz consigo, para os doentes e a causa da psicanálise, o previsível exercício de uma psicanálise “selvagem”. Na primavera de fundamos uma sociedade psicanalítica internacional,^b em que a lista dos membros se acha à disposição do público, para poder rechaçar a responsabilidade pelos atos de todos aqueles que não são um dos nossos e chamam de “psicanálise” seu procedimento médico. Pois, na realidade, tais psicanalistas “selvagens”

prejudicam mais a causa do que os doentes. Frequentemente observei que um desses procedimentos inábeis, embora no início tenha provocado uma piora na condição do paciente, acabou por levá-lo à recuperação. Nem sempre, mas com frequência. Depois de xingar por algum tempo o médico e sentir-se a alguma distância de sua influência, o doente vê os sintomas cederem ou resolve dar um bom passo no caminho da cura. A melhora final ocorre então “por si mesma”, ou é atribuída a algum tratamento anódino de um médico ao qual o paciente se dirigiu depois. No caso da senhora que se queixou do médico, inclino-me a crer que, tudo somado, o psicanalista “selvagem” fez mais por sua cliente do que alguma prestigiosa autoridade que lhe dissesse que ela sofria de uma “neurose vasomotora”. Ele a fez voltar a atenção para os verdadeiros motivos de seu problema, ou para as proximidades desse, e, apesar da revolta da paciente, essa intervenção não terá ficado sem consequências positivas. Mas ele prejudicou a si mesmo e contribuiu para aumentar os preconceitos que, devido a compreensíveis resistências afetivas, os doentes nutrem em relação à atividade do analista. E isso pode ser evitado.

a “Selvagem”: tradução literal do adjetivo alemão *wild*, que é grafado como seu equivalente inglês e, como ele, pode ter o sentido de “desregado, irregular” — sentido que não é tão frequente em português, mas que se acha, por exemplo, na expressão “capitalismo selvagem”.

b Com minúsculas no original: *ein internationaler psychoanalytischer Verein*. Esse último termo é o mesmo empregado na designação das sociedades psicanalíticas locais: *Wiener* [de Viena] *Psychoanalytischer Verein*, por exemplo. Na “Contribuição à história do movimento psicanalítico” (1914, cap. III) e na “Autobiografia” (1925, cap. v), Freud fala de *Internationale Psychoanalytische Vereinigung*, traduzida por Associação Psicanalítica Internacional.

UM TIPO ESPECIAL DE OBJETO FEITA PELO HOMEM (1910)

**(CONTRIBUIÇÕES
À PSICOLOGIA DO AMOR I)**

TÍTULO ORIGINAL: "ÜBER EINEN BESONDEREN
TYPUS DER OBJEKTAHL BEIM MANNE
(BEITRÄGE ZUR PSYCHOLOGIE DES LIEBESLEBENS I)".
PUBLICADO PRIMEIRAMENTE EM
*JAHRBUCH FÜR PSYCHOANALYTISCHE UND
PSYCHOPATHOLOGISCHE FORSCHUNGEN*
[ANUÁRIO DE PESQUISAS PSICANALÍTICAS
E PSICOPATOLÓGICAS], V. 2, N. 2, PP. 389-97.
TRADUZIDO DE GESAMMELTE WERKE VIII, PP. 66-77.
TAMBÉM SE ACHA EM STUDIENAUSGABE V, PP. 185-95.