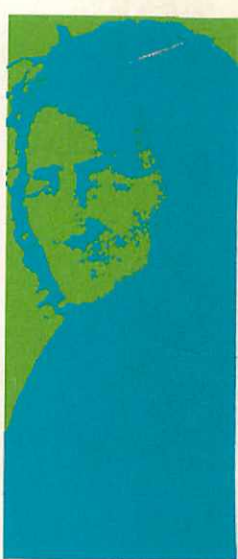


viktor e. frankl

psicoterapia

uma casuística
para médicos



psicoterapia
uma casuística
para médicos

CIP-Brasil. Catalogação-na-Fonte
Câmara Brasileira do Livro, SP

→ Frankl, Viktor Emil, 1905-
Psicoterapia: uma casuística para médicos [por]
Viktor E. Frankl; tradução de Huberto Schoen-
feldt. São Paulo, EPU, 1976.

1. Psicoterapia I. Título.

76-0983

17. CDD-616.891
18. -616.8914

Índice para catálogo sistemático:

1. Psicoterapia : Medicina 616.891 (17.)
616.8914 (18.)

PROF. DR. VIKTOR E. FRANKL

Diretor do Setor de Neurologia da Policlínica de Viena

Professor de Logoterapia da United States International University

psicoterapia
uma casuística
para médicos

E.P.U.

Editora Pedagógica e Universitária Ltda.
São Paulo

Original alemão:

Die Psychotherapie in der Praxis

Editora Franz Deuticke, Viena

Copyright © 1975 by Viktor E. Frankl, Wien

Tradução:

Huberto Schoenfeldt

Konrad Körner

Revisão técnica:

Rosa Maria Geis

Código 6901

© E.P.U. — Editora Pedagógica e Universitária Ltda., São Paulo, 1976.
Todos os direitos reservados. Interdito qualquer tipo de reprodução, mesmo de partes deste livro, sem a permissão, por escrito, dos editores. Aos infratores se aplicam as sanções previstas na Lei (artigos 122-130 da Lei 5.988, de 14 de dezembro de 1973).

E.P.U. — Praça Dom José Gaspar, 106 — 3.º andar — caixa postal 7509 — 01.000, São Paulo, Brasil.

Impresso no Brasil

Printed in Brazil

À memória de Emmy Grosser

Sumário

| | |
|---|------|
| Prefácio à primeira edição | XI |
| Prefácio à segunda edição | XVII |
| Prefácio à terceira edição | XIX |
| Introdução | 1 |
| Perspectivas da logoterapia clínica | 1 |
| A técnica da intenção paradoxal | 17 |
| A de-reflexão | 36 |
| Parte Teórica | 43 |
| Bases da análise existencial e da logoterapia | 43 |
| Parte Diagnóstica | 57 |
| O diagnóstico diferencial neurológico, "orgânico-funcional" | 57 |
| Parte Terapêutica | 73 |
| Farmaco e psicoterapia combinadas | 73 |
| Psicoterapia geral | 82 |
| Profilaxia de neuroses iatrógenas | 82 |
| Psicoterapia especial | 85 |
| Distúrbios da potência | 85 |
| Masturbação | 102 |
| Ejaculação precoce | 108 |
| Perversões (homossexualidade) | 111 |
| As neuroses sexuais nas mulheres | 119 |
| Neuroses climatéricas | 124 |
| As neuroses de angústia | 126 |
| | IX |

| | |
|---|-----|
| Neuroses compulsivas | 137 |
| Sono e perturbações do sono | 156 |
| Sonhos e interpretação do sonho | 165 |
| Neuroses orgânicas | 170 |
| Terapia de relaxamento | 174 |
| Histeria e um apêndice sobre sugestão e hipnose | 181 |
| Algumas observações analítico-existenciais sobre a dialética de destino e liberdade | 190 |
| A psicoterapia nas psicoses endógenas | 198 |
| A psicoterapia em depressões endógenas | 199 |
| A psicoterapia nas psicoses do grupo esquizofrênico | 209 |
| Apêndice | 217 |
| Psicoterapia, arte e religião | 217 |
| Índice onomástico | 233 |
| Índice remissivo | 237 |

Prefácio à primeira edição

A presente introdução à psicoterapia tem por base um curso prático que o autor ministrou na primavera de 1947, por solicitação da diretoria da Policlínica da cidade de Viena para os médicos desta e de outras clínicas.

Em tais circunstâncias, seria preciso observar um certo método e, ao mesmo tempo, atender às necessidades didáticas. Seria possível, por um lado, fazer a apresentação de casos clínicos típicos, servindo-nos do material do ambulatório, assim como abordar o problema da terapêutica, inclusive no seu aspecto típico. De outro lado, seria necessário, para atender às necessidades dos jovens colegas, alguns dos quais já se haviam iniciado na especialidade, enquanto outros ainda estavam por fazê-lo, escolher a casuística a ser apresentada. O jovem médico, em tais condições, teria oportunidade de conhecer as perguntas típicas a nós formuladas pelos pacientes, assim como as necessárias respostas e possíveis objeções.

Não seria possível, assim, evitar que nos entendêssemos um pouco, principalmente quando fosse necessário insistir em certos pormenores. Mas, destes pormenores, não podemos esquecer-nos, surge como um mosaico o quadro de uma doença, e é a partir destes pormenores que deve iniciar-se a terapêutica do caso individual. Com base nisso, veio-nos a idéia de como se poderia "atacar" um caso. E assim não deveríamos intimidar-nos diante da necessidade de introduzir, por vezes, na exposição, um momento de diálogo, pois toda psicoterapia, em particular a Logoterapia, deve ter por base, e como modelo, o clássico diálogo socrático da conversa entre dois seres humanos.

Ante a casuística, "sofre" a sistemática. Disso, estamos bem conscientes. Mas seria prematuro cuidar aqui da sistemática, pois o material a tratar quase não tem limites. E, se não tivermos coragem para continuarmos a ser fragmentários em nossa exposição, perderemos a oportunidade, em cada caso concreto, inclusive do ponto de vista terapêutico, de aprender e de ensinar.

De tudo isso resulta a primeira questão a responder: como se desenvolve a psicoterapia na prática? Que concessões precisa ela fazer, em face à exigüidade de tempo em alguns ambulatorios e limitada capacidade espiritual de alguns pacientes? E até que ponto é possível, senão necessário, um ecletismo? Onde e quando podem empregar-se os modernos métodos? Estamos pensando aqui, naturalmente, antes de tudo, na Logoterapia ou na análise existencial. Outra questão que surge: qual o terreno de aplicação daquilo que temos chamado pastoral médica? Necessariamente, teremos que nos ocupar também com a delimitação da assistência médica, em face da assistência religiosa, pois as fronteiras existem e devem ser respeitadas incondicionalmente, devendo o médico parar onde começa a atividade do sacerdote. . .

As concepções teóricas do homem, e que servirão de base para as considerações seguintes, já foram expostas anteriormente, corporificando-se uma doutrina metafísica da essência do homem, ou seja, uma antropologia filosófica, que aparentemente onera muito a prática. Temos a esperança de poder demonstrar que tal teoria pode ser trasladada para a prática e isto até mesmo através dos meios mais simples e que estão à disposição de qualquer médico.

É absolutamente certo, porém, que para isso é indispensável que se tenha alguma aptidão, principalmente capacidade criadora. Mas, na grande psicoterapia, e nas terapias analíticas clássicas, não se exige maior aptidão que na pequena psicoterapia. Também esta não poderá subtrair-se à improvisação, ajustando-se a todos os casos, de conformidade com as suas características e as do caso em foco. Uma psicoterapia de tal ordem, propiciadora, ao que parece, de um processo de individualização, não é passível de ser ensinada, pelo menos de forma total; não nos esqueçamos, porém, de que a individualização como a improvisação em si podem ser ensinadas.

Sobre aqueles aspectos modernos, que nos vêm à mente, já foram expandidas algumas idéias em *Arztliche Seelsorge* e outros livros do autor. O conhecimento deles é, para a leitura deste livro, um pressuposto básico. Parece-nos, porém, ser mais recomendável, para o nosso trabalho, caminharmos da teoria para a prática. Tal procedimento não é absolutamente idêntico à via dedutiva (ao contrário da indutiva) — toda teoria, em última análise, tem origem na prática; o que entendemos é, antes, o seguinte: que para uma captação adequada do mundo dos fatos empíricos é imprescindível a preexistência de um determinado horizonte, constituído por um conjunto de concepções básicas, sem o que tal mundo permanecerá estéril.

Segundo esse horizonte pressuposto, o homem é um ser responsável que luta pelo sentido concreto de sua existência pessoal. Essa luta poderá desenrolar-se "sob a forma de uma neurose", o que é

um tanto ambíguo do ponto de vista existencial. Outro pressuposto básico, em que se assentam nossas idéias na esfera da psicoterapia, é que o neurótico, inseguro por qualquer motivo psicofísico, precisa da proteção de valores espirituais de forma muito intensa, para compensar sua insegurança. No livro *Ärztliche Seelsorge* há minuciosas referências às possibilidades e dificuldades no que tange à busca de um sentido. Essa mesma obra trata também da metodologia própria da Logoterapia, da Análise Existencial e da *ärztliche Seelsorge*, diferenciando uma da outra segundo a acentuação deste ou daquele momento. Esta metodologia deverá ser, precisamente, uma psicoterapia espiritual — conscientização da responsabilidade, conscientização do fundo espiritual da existência humana, conscientização do inconsciente espiritual, tudo sob a forma de análise existencial (ao passo que a Psicanálise se limita a tornar consciente, o inconsciente instintivo — *triebhaft*). É sob a forma de Logoterapia que nossa metodologia, ao contrário da Psicoterapia no sentido estrito, presta auxílio na luta espiritual do homem, socorrendo com armas espirituais e não, como toda psicoterapia psicologista, projetando o espiritual violentamente no plano psicológico.¹ À “pastoral médica”, finalmente, fica reservada, sempre que o homem doente é confrontado com um destino que não pode ser anulado, mostrar numa atitude correta em relação a este mesmo destino, no sofrimento autêntico e aceito, ainda uma última e a mais alta possibilidade para a realização de valor e com isso para tornar visível o encontro do sentido.

É sempre delicado, sem dúvida, estar repetindo, mas não é menos delicado evitar repetições a qualquer preço. Prescindindo dos quadros categóricos há pouco indicados, deve-se dar grande importância a um ecletismo, pois assim como nem todo doente reage a qualquer método psicoterápico, tampouco consegue o médico obter sucesso com o emprego de qualquer método terapêutico. Friedländer, um antigo psiquiatra, disse: o psicoterapeuta não deve pertencer a nenhuma escola, mas todas as escolas devem estar ao seu alcance. Completando, deveríamos observar: as “escolas” reunidas não fazem o psicoterapeuta; é ele, ao contrário, que delas faz alguma coisa. Tudo depende do manejo, pouco importa o instrumento que se tem nas mãos.

¹ Compare V. Frankl, “Zur geistigen Problematik der Psychotherapie”, *Zentralblatt für Psychotherapie* (1938); trabalho em que, pela primeira vez, “*expressis verbis*”, foi exigida e esboçada a Análise Existencial, assim como Frankl: “Zur Grundlegung einer Existenzanalyse”, *Schweiz. med. Wschr* (1939). A exigência de fundamentação de uma Logoterapia remonta à publicação de Frankl “*Psychotherapie und Weltanschauung. Zur grundsätzlichen Kritik ihrer Beziehungen*”, *Int. Zschr. F. Individualpsychologie* (1926).

Existe, pois, ecletismo por coragem, como existe por fraqueza. Nenhum ponto de vista pode ser absoluto. O indivíduo pode ter o direito e também a obrigação não só de defender seu ponto de vista como igualmente de difundi-lo, mesmo ante o perigo de uma certa unilateralidade: na prática, fará justiça à realidade e às suas pretensões, apenas, se ouvir as vozes de todos os pesquisadores — e vê como elas, na sua multiplicidade, se completam umas às outras.

Assim, pode acontecer que nós não tenhamos algo essencialmente novo para oferecer ao especialista. Depende, a priori, menos de uma exposição do “was” (que) da Psicoterapia em sua totalidade, e mais de uma introdução no “wie” (como). É ao médico não especializado, porém, que ela se dirige. Que o seu interesse pela psicoterapia é hoje extraordinariamente grande, já ficou demonstrado. Este interesse, porém, encontra uma literatura que, não raramente, oferece teorias muito parciais e desnorteantes e que, por isso mesmo, são de utilização impossível na prática. Numa época, porém, como a de hoje, em que as massas se encontram numa crise psíquica sem igual, torna-se necessário, agora mais do que nunca, enfrentar tal sofrimento. Não somente círculos médicos especializados, mas também culturais, políticos e religiosos, estão conscientes de sua responsabilidade nesse particular: eles sabem que é preciso, antes de tudo, por meio da educação, evitar que a humanidade de hoje se precipite no abismo. Ressalta aqui a necessidade de uma psicoterapia social ou de uma psico-higiene coletiva. Devemos, contudo, indagar: que escola psicoterápica deveria sentir primeiro este chamado a participar de uma escola que tenha como mais alta máxima e mais elevado princípio a consciência da responsabilidade? De mais a mais, depois de um longo tempo de ausência de responsabilidade e de uma educação orientada nesse sentido. . .

Esta não é, porém, uma tarefa para um homem só, mesmo que ele tivesse à sua disposição uma capacidade pessoal ilimitada; sua execução deve ser, antes, obra de muitos. Seus contornos estão, hoje em dia, no ar, no duplo sentido da palavra: primeiro, no sentido de que todos os de boa vontade, contemplando o mundo de olhos abertos, vêem essa tarefa; em segundo lugar, no sentido de que o fundamento conceitual e científico daquela obra ainda está pendente, “no ar”. Por essa fundamentação nós lutamos e conosco lutam muitos; e se, além da luta, existe o triunfo, é ele o objetivo da ação de muitos. O que se impõe, portanto, é fomentar sua invisível união e, como tal, sua obra.

Nesse sentido, deve ser compreendida a iniciativa de uma introdução à prática da Psicoterapia. É uma imposição do momento atual e não há tempo a perder. Não se considere, pois, este livro como uma tentativa de inovação, mas como uma obra ditada pela consciên-

cia do dever. O pesquisador deve ser também, e sempre, um mestre; e assim deve ser, mesmo que ele esteja consciente de que não tem muito de si mesmo para oferecer; pois a ambos, ao pesquisador como ao mestre, cabe servir à prática. E, neste propósito de servir ao homem doente, é preciso que o pesquisador refreie seu amor-próprio e a ansiedade ligados à preocupação de prioridade ou de uma originalidade a qualquer preço.

Viena, verão de 1947

VIKTOR E. FRANKL

Prefácio à segunda edição

Quando o editor me comunicou seu desejo de publicar uma nova edição do meu livro, saído em 1947, tive, a princípio, algum receio. Nesse meio tempo, precisamente em 1956, saíra minha *Teoria e Terapia das Neuroses*, obra em que fora apresentado um resumo altamente sistematizado de Logoterapia e Análise Existencial. A idéia que se impôs, por fim, foi a de que a estrutura sistematizada e a linguagem concisa da *Teoria e Terapia das Neuroses* dificultava, para os principiantes, a leitura, ao contrário do que acontecia com a *Psicoterapia na Prática*, que a facilitava, em virtude de uma linguagem menos condensada e da sua ampla casuística. Contudo, para dar uma idéia do estado atual da sistemática e da problemática, foi a nova edição acrescida de algumas lições, as quais deveriam destacar, do fundo da prática logoterápica na clínica, a teoria metaclínica da Análise Existencial. Tais lições foram proferidas, em grande parte, na Washington University, em St. Louis (“Questões limítrofes, antropológicas e ontológicas da Psicoterapia”), na Loyola University, em Los Angeles (“Da zona limítrofe entre Psicoterapia e Filosofia”) e também no Congresso Internacional de Psicoterapia, em Barcelona (“Questões básicas de Logoterapia e Análise Existencial”).

Albert Einstein disse certa vez: “Qual é o sentido da vida humana? Perguntais: por que precisamos formular essa questão? Eu respondo: o homem que considera sem sentido sua vida é não somente infeliz mas, também, incapaz de lutar para viver”.¹ De fato, muitos são os pacientes que hoje sofrem em razão de um sentimento de pro-

¹ “What is the meaning of human life...? You ask: Why need we pose the question? I answer: The man who regards his own life... as meaningless is not merely unhappy but hardly fit for life”. Citado de Dana L. Farnsworth, “The Search for Meaning”, *Academy Reporter*, Vol. 5, n.º 8, pág. 1 e 4, New York, 1960. “Qual o sentido da vida humana...? Você pergunta: por que precisamos fazer esta pergunta? Eu respondo: o homem que vê sua própria vida... como sem sentido, não somente é infeliz como também é inadequado à vida”.

funda falta de sentido. O que lhes falta é o conhecimento de algo, um sentido que possa tornar a vida apetecível. O que os oprime é a vivência do vazio interior que neles existe. O que eu chamo "vácuo existencial", o psiquiatra de hoje vê a cada passo.

É notável, pois, que a higiene psíquica tenha sido dominada até aqui, em maior ou menor grau, por um princípio falho, quando partiu da convicção de que o homem precisa, antes de tudo, de paz e equilíbrio interiores, isto é, de um relaxamento a qualquer preço; nossas reflexões e experiências mostram, ao contrário, que o homem necessita de tensão em vez de relaxamento: de uma certa e bem dosada tensão! Aquela tensão que ele experimenta ante a necessidade de um sentido de vida, de um papel que lhe cabe desempenhar e, particularmente, se se trata da necessidade de um sentido para a existência e cujo desempenho lhe está reservado e dele é exigido. Esta tensão não é prejudicial à saúde, mas, ao contrário, a favorece, de modo que a "Noodinâmica", como eu desejaria chamá-la², constitui a própria existência humana; pois, para o ser humano, existir quer dizer viver tenso e dever inapelável e incondicionalmente! O que devemos temer é menos uma demanda exagerada que uma falta de exigência, particularmente em relação ao homem jovem: se a tensão é pouca, isto é, se o ideal pessoal exige muito pouco dele, ele irá à procura da tensão ainda que seja apenas a de tremer diante da polícia, provocada por ele. No que se refere ao neurótico nós sabemos que a patogenicidade está ligada não somente a situações que levam ao "stress", isto é, à sobrecarga, mas também à carência de carga.³ Em outras palavras, o neurótico não necessita enfrentar também o problema do sentido da existência. É justamente disso que ele precisa em primeiro lugar.

Cambridge, Mass. (USA), junho de 1961

VIKTOR E. FRANKL

² É aquela dinâmica espiritual, que se desenvolve num campo de tensão polar, que tem como pólo, de um lado, o sentido a ser alcançado e, de outro, o homem a quem cabe essa tarefa.

³ Ver V. E. Frankl, *Artzliche Seelsorge*, pág. 81, 1.^a edição, Viena, 1946.

Prefácio à terceira edição

Com a intenção de apresentar um resumo da atual situação de pesquisa e prática na Logoterapia escrevi para a 3.^a edição deste livro uma nova introdução relativamente volumosa.¹ Em compensação transformei a “Introdução” da 2.^a edição numa “Parte Teórica”. O capítulo “Problemas limítrofes antropológicos e ontológicos da psicoterapia”, que constituía a “Parte Teórica” da 2.^a edição, foi integrado sob o seu título original, “Aberrações do pensamento psicoterápico”, no meu livro *Fundamentos Antropológicos da Psicoterapia*, editado por Hans Huber (Bern) — o mesmo aconteceu com outra complementação da 1.^a edição, o capítulo “Limites entre Psicoterapia e Filosofia”.

Com todas estas providências, acredito e espero ter cumprido a minha obrigação literária de atualizar as minhas obras. Assim sendo, me resta apenas o dever de agradecer aos meus antigos assistentes e estudantes que me permitiram o uso de tanto material casuístico, que demonstra a Logoterapia na prática — numa prática em que eles provaram um domínio tão perfeito da Logoterapia que eu não posso sentir outra coisa senão inveja. Além disso, trata-se, na maioria das vezes, de colegas que devem a sua formação exclusivamente a um estudo autodidata da literatura logoterápica, portanto, a si próprios.

Viena, maio de 1974

VIKTOR E. FRANKL

¹ Esta introdução resulta de um seminário sobre “Theory and Therapy of Neuroses” que eu dirigi na minha função de catedrático de Logoterapia na United States International University em San Diego (Califórnia) durante os semestres de inverno dos últimos anos.

Introdução

PERSPECTIVAS DA LOGOTERAPIA CLÍNICA

Como já anunciamos no nosso prefácio à 3.^a edição, esta introdução pretende apresentar um resumo da atual situação de pesquisa e prática logoterápica. É de supor, porém, que o leitor deseje saber, primeiro, o que se entende por Logoterapia. Antes de começarmos a dizer o que é a Logoterapia, gostaríamos de dizer o que ela não é: ela não é nenhuma panacéia.¹ Num caso concreto, pois, a escolha de um determinado método psicoterápico pode ser comparada a uma equação de duas incógnitas: $\psi = x + y$.

O x corresponde à singularidade e à individualidade da personalidade do paciente e o y à personalidade do terapeuta, não menos singular e individual. Em outras palavras: nem todos os métodos podem ser aplicados em todos os casos e com as mesmas possibilidades de sucesso, nem tampouco todos os terapeutas podem usar todos os métodos com o mesmo sucesso. E o que é válido a respeito da psicoterapia em geral, também o é com referência à logoterapia em particular. Deste modo a nossa equação poderia ser complementada da seguinte maneira $\psi = x + y = \lambda$.

Mesmo assim, Paul E. Johnson teve a coragem de afirmar: "Logotherapy is not a rival therapy against others, but it may well be a challenge to them in its plus factor"² ("The Challenge of Logo-

¹ Tal afirmação, de forma alguma, é supérflua: Edgar Krout confrontou uma vez 500 estudantes americanos com uma série de "statements", tirados da literatura, no campo da logoterapia, e enquanto praticamente todos estes citados foram aceitáveis para os estudantes, a metade deles não se conformou com o fato de que a logoterapia não funciona como remédio todo poderoso; eles prefeririam ouvir o contrário (*Logotherapy in Action*, editado por Joseph B. Fabry, em preparação).

² "A logoterapia não pretende rivalizar com outras terapias, mas em virtude das suas vantagens ela é capaz de servir como desafio para as outras terapias".

therapy”, *Journal of Religion and Health*, 7, 122, 1968). Quais são estas vantagens revela-nos a opinião de N. Petrilowitsch, segundo a qual a logoterapia, em contraste com todas as outras psicoterapias, não permanece ao nível das neuroses, mas o ultrapassa e penetra a dimensão dos fenômenos especificamente humanos (“Sobre a posição da logoterapia na psicoterapia clínica”, *O mundo médico*, 2790, 1964). De fato, a psicanálise vê na neurose, por exemplo, o resultado de processos psicodinâmicos e tenta por isso tratar a neurose de modo que provoque novos processos psicodinâmicos, tais como a transferência; a terapia comportamental, engajada na teoria de aprendizagem, considera a neurose como o produto de processos de aprendizagem, ou seja, “conditioning processes”, e se esforça então por influenciar a neurose para que conduza a uma forma de reaprendizagem, ou seja, exatamente “reconditioning processes”. A logoterapia, ao contrário, penetra na dimensão humana e ganha; desta forma, condições para incluir, no seu instrumental, os fenômenos especificamente humanos aí encontrados. Trata-se de nada mais ou nada menos das duas características antropológicas fundamentais da existência humana, que no caso são: sua “autotranscendência, em primeiro lugar (Viktor E. Frankl, in *Manual das Teorias das Neuroses e da Psicoterapia*, Urban e Schwarzenberg, München, 1959) e, em segundo lugar, a capacidade de “autodistanciamento” — capacidade que caracteriza a existência humana como tal, isto é, como humana — (Viktor E. Frankl, *O Homem Absoluto*, Franz Deuticke, Wien, 1949, pág. 88).

A autotranscendência marca o fato antropológico fundamental de que a existência humana sempre está indicando algo que não é ela mesma — algo ou alguém, isto é, ou um sentido a ser cumprido ou uma existência social que é enfrentada. O homem se torna verdadeiramente homem e idêntico a si mesmo somente quando se abre para a entrega a uma tarefa, ou se esquece de si mesmo a serviço de uma causa ou pelo amor de outra pessoa. É como o olho que, para cumprir a sua função de ver o mundo, não pode ver a si mesmo. Quando, pois, o olho vê algo de si mesmo? Apenas quando está doente: sofrendo de uma catarata vejo uma “nuvem”, ou, sofrendo de glaucoma, vejo as cores do arco-íris em volta de um foco luminoso. Nestes casos o meu olho vê algo de si próprio e percebe a sua própria doença. Entretanto, na mesma proporção, será perturbada a minha capacidade visual.

Se nós excluíssemos a autotranscendência da imagem que fazemos do homem, não poderíamos compreender a atual neurose das massas. Hoje, o homem, em geral, não é mais frustrado sexualmente, mas sim existencialmente. Hoje ele sofre menos de um complexo de inferioridade, mas mais de um sentimento da falta de sentido (Viktor

E. Frankl, "The Feeling of Meaninglessness", *The American Journal of Psychoanalysis* 32, 85, 1972). Via de regra, tal sentimento da falta de sentido está acompanhado de um sentimento de vazio, de um "vácuo existencial" (Viktor E. Frankl, *Patologia do Tempo Moderno*, Franz Deuticke, Wien, 1955). Podemos provar que este sentimento de que a vida careça de sentido está aumentando. Alois Habinger conseguiu mostrar, no caso de uma população idêntica de 500 aprendizes, que o sentimento da falta de sentido atingiu mais que o dobro em poucos anos (comunicação pessoal). Kratochvil, Vymetal e Kohler esclareceram que este sentimento da falta de sentido não está limitado apenas a países capitalistas, mas que existe também nos Estados comunistas, nos quais penetrou "sem visto". A informação de que este sentimento já pode ser observado até nos países em desenvolvimento (subdesenvolvidos) devemos a L. L. Klitzke ("Students in Emerging Africa — Logotherapy in Tanzania", *American Journal of Humanistic Psychology* 9, 105, 1969).

Se nós buscarmos as causas de tal vácuo existencial podemos encontrar as seguintes explicações: ao contrário dos animais, os instintos e impulsos não ditam ao homem o que ele deve fazer. E hoje, as traduções não lhe dizem, como antigamente, o que precisa ser feito. Sem conhecimento daquilo que deve e precisa fazer, o homem também não sabe ao certo o que quer. E qual é a conseqüência? Ou ele quer apenas aquilo que os outros fazem, o que é conformismo. Ou, ao contrário, faz apenas aquilo que os outros querem — o que querem dele. Neste caso temos o totalitarismo. Além disso, existe ainda outra conseqüência do vácuo existencial que é um neuroticismo específico, isto é, a "neurose noogênica" (Viktor E. Frankl, "Sobre Psicoterapia", *Revista Vienense de Neurologia* 3, 461, 1951), cuja etiologia deve ser localizada no sentimento da falta de sentido, na dúvida a respeito de um sentido da vida, no que se refere ao desespero sobre se existe tal sentido, de algum modo.

Com isso não pretendemos afirmar que este desespero em si já seja patológico. Perguntar pelo sentido da existência, até duvidar deste sentido, é antes um mérito humano que um sofrimento neurótico; temos que ver nisso uma manifestação de maturidade intelectual e espiritual: o homem não aceita mais sem crítica e sem perguntas, isto é, irrefletidamente, das mãos da tradição uma oferta de sentido, mas quer descobrir e encontrar, com independência e autonomia, o sentido. Conseqüentemente é impossível usar, no caso da frustração existencial, o modelo da medicina. Tratando-se de uma neurose, então temos que tornar a frustração existencial como neurose sociogênica. Pois é um fato sociológico que a perda de tradição provoca uma insegurança existencial muito grande no homem atual.

Existem também formas indiretas da frustração existencial. Gostaria de citar apenas os casos tão freqüentes, especialmente no meio estudantil universitário, de suicídio, da dependência de tóxicos, do alcoolismo tão propagado e a crescente criminalidade (entre adolescentes). Hoje temos condições de provar que, em todos estes casos, influi de forma decisiva a frustração existencial. Sob a forma do PII-teste, elaborado por James C. Crumbaugh (pode ser encomendado na Psychometric Affiliates, Post Office Box 3167, Munster, Indiana 46321), temos à nossa disposição um instrumento de medição que nos possibilita a quantificação do grau de frustração existencial. Recentemente, Elisabeth S. Lukas com o seu logoteste ofereceu uma nova contribuição para a pesquisa exata e empírica da logoterapia ("Sobre a Validação da Logoterapia", in: Viktor E. Frankl, *A Vontade para o Sentido*, Hans Huber, Bern, 1972).

A respeito dos suicídios a Idaho State University analisou 60 estudantes que tentaram suicidar-se e verificou que para 85% "life meant nothing to them" (a vida não tinha sentido).³ Segundo esta pesquisa, 93% dos estudantes que sofriam por causa da falta de um sentido vital gozavam de uma saúde física excelente, participavam ativamente da vida social, obtiveram os melhores resultados nos estudos e viviam em paz com a sua família. (Comunicação pessoal de Vann A. Smith).

A respeito da dependência de tóxicos, Betty Lou Padelford (Dissertation, United States International University, 1973) provou estatisticamente que esta dependência de drogas de forma alguma é causada pelo "weak father image", como a psicanálise quer fazer crer; a autora provou, no caso dos 416 estudantes testados por ela, que o grau da frustração existencial corresponde, de forma significativa, ao índice do "drug involvement": este teve nos casos existencialmente não frustrados a média de 4.25, enquanto nos casos de frustração existencial foi alcançada uma média de 8.90, portanto mais do que o dobro. Estes resultados coincidem também com as pesquisas feitas por Glenn D. Shean e Freddie Fechtman ("Purpose in Life Scores of Student Marihuana Users", *Journal of Clinical Psychology* 27, 112, 1971).

É evidente que uma reabilitação que considera a frustração existencial como fator etiológico e que mediante uma intervenção logo-

³ Ao que tudo indica, Immanuel Kant tinha razão quando disse certa vez: "O vazio percebido por si mesmo nas sensações provoca quase que o presentimento de uma morte paulatina" (*Antropologia sob o aspecto pragmático*, 1798) e também parece verdade que o homem, invadido por este sentimento de vazio e falta de sentido, prefere a esta morte "paulatina" a morte rápida em forma de suicídio.

terápica visa um efeito liberador, só pode prometer sucesso. Desta forma podemos entender que, segundo uma informação do Medical Tribune (Ano 3, N.º 19, 1971), apenas 2 de 36 dependentes de drogas, tratados durante 18 meses na Clínica Neurológica da Universidade de Viena, conseguiram ser curados com certeza absoluta, o que corresponde a uma percentagem de 5,5%. Na República Federal da Alemanha, dos adolescentes toxicômanos que recebem tratamento médico, menos do que 10% podem esperar uma cura (Osterreichische Arztezeitung, 1973). Nos E.U.A. temos uma média de 11%. Entretanto, segundo Alvin R. Fraiser, que se baseia no seu Narcotic Addict Rehabilitation Center, na Califórnia, pela logoterapia pode apresentar um saldo percentual de 40%.

No que diz respeito ao alcoolismo, a situação é análoga. William J. Chalstrom, o diretor de um Naval Drug Rehabilitation Center, chega a afirmar: "more than 60% of our patients complain that their lives lack meaning" (Comunicação pessoal). Entre casos graves de alcoolismo crônico verificou-se que 90% sofre de um profundo sentimento da falta de sentido (Annemarie von Forsmeyer, *The Will to Meaning as a Prerequisite for Self-Actualization*, Dissertation, California Western University, 1968). Não é de se admirar que James C. Crumbaugh, objetivando, sob a forma de testes, o sucesso da logoterapia em grupo em casos de alcoolismo e comparando-o com o êxito de outros métodos de tratamento, pôde afirmar: "only logotherapy showed a statistically significant improvement" ("Changes in Frankl's Existential Vacuum as a Measure of Therapeutic Outcome", *Newsletter for Research in Psychology* 14, 35, 1972).

W. A. M. Black e R. A. M. Gregson concluíram, em uma universidade em Nova Zelândia, que a criminalidade e o sentido de vida estão relacionados entre si numa proporção inversa. De acordo com o teste do sentido da vida de Crumbaugh, os prisioneiros repetidamente encarcerados divergiram da população média na proporção de 86 para 115. ("Purpose in Life and Neuroticism in New Zealand Prisoners", *Br. J. soc. clin. Psychol.* 12, 50, 1973.)

Já esclarecemos (Viktor E. Frankl, *O Homem à Procura de Sentido*, Editora Herder, Freiburg, 1972) que, tanto a idéia basicamente psicológica da agressão, no sentido da psicanálise de Sigmund Freud, como o conceito fundamentalmente biológico da agressão, no sentido da pesquisa comportamental de Konrad Lorenz, carecem do aspecto da intencionalidade, que caracteriza toda a vida psíquica do homem e, em consequência, também a sua vida instintiva como humana. Nós dissemos que, na dimensão dos fenômenos humanos, não pode existir, de forma alguma, uma agressividade de um deter-

minado grau, pressionando uma (válvula de) saída e que me impulsiona, como a sua "vítima indefesa", a descobrir quaisquer objetos, que sirvam para descarregá-la. No nível humano, a agressão visa algo totalmente diferente: no nível humano eu odeio. E o ódio, sem seu contraste com a agressão, é dirigido intencionalmente para algo, que eu odeio.

Enquanto a pesquisa pacífica continuar interpretando apenas o fenômeno sub-humano da "agressão" e não começar a preocupar-se com a análise do fenômeno humano do "ódio", todos os seus esforços permanecerão infrutíferos. A simples tentativa de convencer o homem da sua dependência de mecanismos e impulsos não o levará a deixar o seu ódio, mas ele será capaz de superar a sua agressividade apenas quando conseguirmos convencê-lo da sua responsabilidade pela mesma, quer se identifique ou se distancie com esta sua agressividade (Viktor E. Frankl, *A Vontade para o Sentido*, Hans Huber, Bern, 1972, e "Encounter", *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 1, 73, 1973). Temos que ressaltar que o último corresponde a uma manifestação da capacidade especificamente humana do autodistanciamento, enquanto a outra capacidade especificamente humana, que é a autotranscendência, aparece na mencionada intencionalidade do ódio (em contraste com a não-intencionalidade da agressão).

Além do mais, o palavreado sobre as "potenciais agressivas" faz supor a intenção de canalizar e sublimá-las. "Mas a realidade é outra", para citar o *Münchener Merkur* (15/16, 12, 1973) que informa sobre experiências que levam a uma conclusão contrária: "O esporte torna agressivo. Se uma equipe de jogadores no decorrer de uma competição realmente "de-reagissem", logicamente deveria haver, no começo de um jogo, por exemplo, maior número de infrações do que um pouco antes do apito final. Pois, até o fim, todas as energias supérfluas e acumuladas já deveriam estar desgastadas" (l.c.). Todavia, Volkamer, professor de educação física em Osnabrück, teria provado "em 600 jogadores de basquete que, durante os cinco minutos finais de um jogo, o número das infrações é cinco vezes maior do que o valor médio em toda a duração do jogo; isto significa que a agressividade está aumentando" (l.c.). Uma observação semelhante foi feita por Volkamer em cerca de 2.000 jogadores de futebol. O professor M. Gluckmann de Manchester também opina que os jogos estimulam e não reduzem a agressividade ("Nenhuma guerra substituta", *Euro-med* 12, 1972).

Ao que tudo indica a teoria da catarse não está bem fundamentada, embora esteja baseada na opinião de Aristóteles de que as

tendências agressivas diminuam no indivíduo que assiste cenas violentas. Pelo contrário, “a agressividade de um homem pode ser originada e aumentada pela observação de atos violentos. Principalmente pessoas inseguras e que não possuam na sua vida modelos que lhes mostrem a realização de alternativas comportamentais, aprendem de exemplos agressivos a atitude de encarar a vida exclusivamente como uma série de cenas agressivas de brigas e assassinatos”. Baseada em estudos de campo, esta teoria chega à conclusão de que “o comportamento agressivo está determinado de forma decisiva por modelos agressivos divulgados pelos meios de comunicação”. (Rudolf Stefen, “A criminalidade é causada pela violência mostrada pelos meios de comunicação?”, *Medien & Sexual-Pädagogik* 1, 3, 1973). Até “TV Guide” (Fevereiro 2, 1974) já concorda: “A few early scientific studies suggested that TV violence might actually make viewers less aggressive. Later research has contradicted this theory. There is little doubt that, by displaying forms of aggressions or mode of criminal and violent behavior, the media are “teaching” and people are “learning”.

Como os comportamentalistas da escola de Konrad Lorenz conseguiram provar a agressividade que — por exemplo na televisão — deveria ser desviada e descarregada em objetos inofensivos, na realidade está sendo provocada e, desta maneira, como um reflexo, apenas ainda mais fixada. Também a National Commission on the Causes and Prevention of Violence de Milton S. Eisenhower publicou, em fins da década de 60, um relatório que afirmou decisivamente: a violência na televisão favorece condutas violentas. Esta afirmação confirmou o que pesquisas psicológicas há muito tempo constataram: quando se mostra a uma pessoa filmes sobre violência, ela se comporta, em seguida, de maneira mais agressiva e hostil. (Phylis Feinstein, *Tudo sobre Sesame Street. A história da série revolucionária na televisão para crianças*. Wilhelm Heyne Verlag, München, 1972). Bromley H. Kniveton e Geoffrey M. Stephenston provaram nas suas experiências com crianças, às quais foram mostrados filmes com atos agressivos, que houve aumento da agressividade nas crianças. E como Frederic Wertham (“Critique of the Report to the Surgeon General from The Committee on Television and Social Behavior”, *American Journal of Psychotherapy* 26, 216, 1972) destaca, verificou-se o seguinte: “The constant diet of violent behavior on television has an adverse effect on human character and attitudes. TV violence was found in hundreds of cases to have harmful effects. Clinical studies have demonstrated adverse on children and youth of television violence, brutality, and sadism”. Também Wertham acaba com o preconceito e a superstição de que nós precisamos da brutalidade na

televisão para descarregar impulsos agressivos e superar desta forma a agressividade verdadeira — opiniões que ele qualifica de “the old getting-rid-of-aggression notion”.

A socióloga Carolyn Wood Sherif, da Pennsylvania State University, cita genericamente: “There is a substancial body of research evidence that the successful execution of aggressive actions far from reducing subsequent agressions, is the best way to increase the frequency of aggressive responses (Scott, Berkowitz, Pandura, Ross e Walters). Such studies have included both animal and human behavior”. (Intergroup Conflict and Competition: Social-Psychological Analysis, Conferência, Scientific Congress, XX, Jogos Olímpicos, Munique, 22.8.1972).

A professora Carolyn W. Sherif dos Estados Unidos informa ainda que a opinião popular, segundo a qual a competição esportiva é considerada uma forma de guerra sem derramamento de sangue, é errada: três grupos de jovens num camping fechado aumentaram em vez de diminuir as agressões mútuas, exatamente por causa das competições esportivas. A maior surpresa, porém, é que uma única vez os jovens esqueceram as agressões mútuas: isto ocorreu quando eles tiveram que desatolar o carro do barro que transportava os alimentos para o camping; e a “entrega à uma tarefa”⁴, que de um lado era fatigante, mas de outro lado tinha sentido, levou-os a, literalmente, “esquecer” as suas agressões. (Viktor E. Frankl, *Antropologische Grundlagen der Psychotherapie*, Hans-Ruber, Bern, 1975.)

Com isso já estamos percebendo as possibilidades de uma intervenção logoterápica que como tal, isto é, como logoterápica, visa superar o sentimento da falta de sentido pondo em ação processos de busca e um sentido. De fato, Louis S. Barber pôde aumentar em 4 meses, no Centro de Reabilitação para Criminosos, que é dirigido por ele, o nível da realização de sentido que fora averiguado através de testes, de 86.13 para 103.46, transformando o Centro de Reabilitação num “ambiente logoterápico”. Enquanto a quota de reincidência nos E.U.A. é de 40%, Barber alcançou uma percentagem de 17%.

Após a abordagem das várias e múltiplas formas em que a frustração existencial aparece e se manifesta, temos que nos perguntar

⁴ Referindo-se à humanidade em geral, pode-se aplicar o seguinte: também para ela, em última análise, só existe a esperança, quando ela conseguir lutar por tarefas comuns, por uma preocupação unificadora — unida pela vontade conjunta para um sentido comum. Aqui eu vejo muito mais um princípio frutífero para a pesquisa pacífica do que na repetição interminável do palavreado de potenciais agressivos, de cujo conceito se pretende convencer os homens de um destino de violência e de guerra.

agora como deve ser feita a constituição da existência humana — qual é a premissa ontológica para o fato de que aqueles 60 estudantes, que foram analisados pela Idaho State University, tentaram suicídio sem qualquer motivo psicofísico ou sócio-econômico. Em outras palavras: quais as características da existência humana que tornam possível algo como a frustração existencial. De acordo com a terminologia de Kant estamos perguntando pela “condição da possibilidade” de frustração existencial; com certeza não estamos enganados em aceitar que a estrutura do homem — a sua constituição — é tal que ele simplesmente não consegue viver privado de um sentido. Nós somos capazes de compreender a frustração de um ser humano apenas quando entendemos a sua motivação. E a onipresença do sentimento da falta de sentido pode servir-nos como um indicador, quando se tratar de localizar a motivação primária — isto é, aquilo que o homem no fundo quer.

A logoterapia ensina que o homem no fundo está tomado por uma “vontade para o sentido” (Viktor E. Frankl, *O Homem Absoluto*, Franz Deuticke, Wien, 1949). Todavia, esta sua teoria de motivação pode ser definida operacionalmente antes ainda que seja verificada e validada empiricamente; para tal, declaramos o seguinte: como vontade para o sentido entendemos tudo aquilo que está sendo frustrado no homem sempre que ele é invadido pelo sentimento de falta de sentido e de vazio.

James C. Crumbraugh e Leonard T. Maholick (“Uma pesquisa experimental na área da análise existencial: Um estudo psicométrico sobre o conceito da “neurose noogênica”, de Viktor Frankl, em *A questão do sentido na psicoterapia*, editado por Nikolaus Petrilowitsch, Wissenschaftliche Buchsellschaft Darmstadt, 1972) se esforçaram da mesma forma que Elisabeth S. Lukas (*Logoterapia como teoria da personalidade*, Dissertation, Wien, 1971), testando milhares de pessoas, na fundamentação empírica da teoria sobre a vontade para o sentido. Ultimamente tem sido publicado um número sempre maior de estatísticas que comprovam a legitimidade da nossa teoria de motivação. Para ver apenas um exemplo do material ultimamente oferecido quero apresentar os resultados de um projeto de pesquisa efetuado pelo American Council on Education em colaboração com a Universidade da Califórnia. Entre 189.733 estudantes de 360 universidades, o interesse primário de 73,7% — trata-se da percentagem mais alta — é o de “developing a meaningful philosophy of life”, ou seja: de desenvolver uma verdadeira filosofia de vida que atribua um sentido à vida. Este relatório foi publicado em 1974. Em 1972 a percentagem era apenas de 68,1% (Robert L. Jacobson, *The Chronicle of Higher Education*).

Devemos nos referir, aqui, ao resultado de uma pesquisa estatística de 2 anos, realizada pela instância mais alta da pesquisa psiquiátrica nos E.U.A., que é o National Institute of Mental Health, conforme a qual dos 7.948 estudantes interrogados em 48 universidades americanas 16% apontaram como o seu objetivo "to make a lot of money" — o de conseguir o máximo de dinheiro; em compensação, para a maioria de 78% era a pretensão primária "to find a meaning and purpose to my life" — a de encontrar um sentido na sua vida.

78%. Esta é exatamente a percentagem que encontramos em outro contexto: uma pesquisa de opinião entre jovens que vivem num país comunista resultou que eles "consideram como o objetivo de vida mais alto: melhorar o seu padrão de vida". Aqui, ao meu ver, torna-se evidente um perigo que ameaça o levantamento baseado na teoria da motivação, sempre quando este perigo é analisado criticamente. Pois, é claro que um doente queira recuperar primeiro a saúde, para finalmente realizar aquilo que transmita um sentido à sua vida. Em tal caso seria errado classificar a saúde como algo que "pode ser considerado como o objetivo de vida mais alto". Aqui seria necessário submeter tal objetivação a perguntas complementares (*hinterfragen*), para usar uma expressão de Fritz Zawadil, e parece-nos que isto seria possível exclusivamente em forma de um diálogo sócrático. Infelizmente aqui também não nos ajuda a teoria de Abraham Maslow sobre a hierarquia das necessidades. O que nós precisamos, pois, não é a divisão em necessidades "superiores" e "inferiores", mas uma análise das mesmas para defini-las como sentido, objetivo, ou apenas como meios para um fim. É evidente que tal análise se

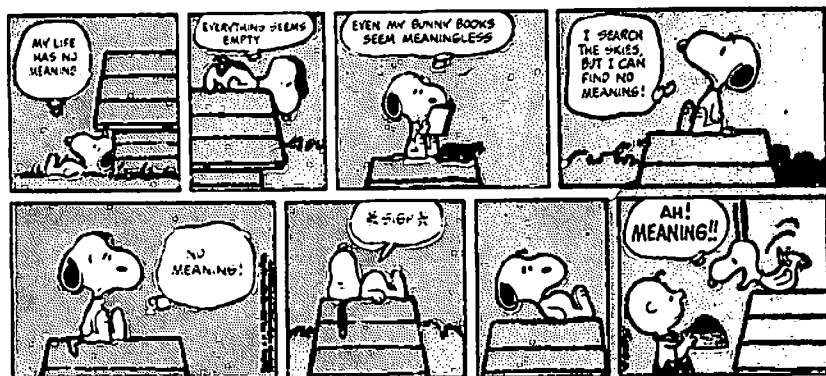


Figura 1

torna supérflua quando — como no caso dos estudantes americanos (ao contrário dos comunistas) — formulam-se, de antemão, perguntas de forma crítica.

O erro que cometemos, ao negligenciarmos a diferença entre meio e fim, torna-se perceptível quando olhamos para a *Comic strips* tirada da famosa série *Peanuts* (figura 1): o cachorro Snoopie sofre, aparentemente — e ao que tudo indica em contraste com a nossa teoria da humanidade específica, isto é, da autotranscendência e da vontade para o sentido —, de um sentimento da falta de sentido e do vazio (em inglês: “feeling of meaninglessness” e “emptiness”). Então seu amiguinho lhe traz a comida e, de repente, sua vida ganha sentido outra vez. Nós rimos. E por que? Exatamente porque não tivemos a idéia de ver no alimento mais do que um meio para o fim. O que é uma condição para garantir a sobrevivência, de forma alguma, é capaz de dar um sentido à vida.

Dirijamos, mais uma vez, a nossa atenção para a pergunta: o que podemos fazer contra a frustração existencial, isto é, contra a frustração da vontade para o sentido, bem como contra a neurose noogênica — pois acabamos de falar do sentido que deve ser dado a algo. Mas, em última análise, sentido não pode ser dado e muito menos é o terapeuta que é capaz de dá-lo — de implantar um sentido na vida do paciente ou de iluminar o caminho do paciente com este sentido. É verdade, pois, que sentido tem que ser encontrado e que ele pode ser encontrado exclusivamente pelo próprio indivíduo, ou melhor, pela sua própria consciência. Neste sentido nós designamos a consciência como o “órgão do sentido” (Viktor E. Frankl, “Logoterapia e Religião”, em: *Psicoterapia e Experiência Religiosa*, editado por Wilhelm Bitter, Ernst Klett, Stuttgart, 1965).

Tudo isso nos deixa entender que é impossível receitar (*verschreiben*) o sentido, mas o que se pode fazer é descrever (*beschreiben*) o que ocorre numa pessoa sempre quando ela estiver à procura de um sentido.⁵ Verificamos, então, que encontrar sentido é o mesmo que perceber uma “Gestalt” — no sentido de Max Wertheimer e Kurt Lewin, que até chegam a falar de um “caráter de exigência”, que seria inerente a determinadas situações. Entretanto, no caso de um “sentido gestáltico” não se trata de uma “figura” que se destaca do seu “fundo”

⁵ “What is it ultimately about, human life, that is? We hear this question again and again in our psychotherapy sessions. Who can tell whom What? All we can do is study the lives of people who seem to have found their answers as against those who have not. The study of these lives seems to me to be a basically important method for the humanistic psychologist”. (Charlotte Bühler, “Basic Theoretical Concepts of Humanistic Psychology”, *American Psychologist* 26, 378, Abril, 1971).

aos nossos olhos, mas o que nós percebemos sempre ao encontrarmos um sentido é — no fundo da realidade — uma possibilidade: a possibilidade de modificar a realidade — desta ou daquela forma.

De acordo com as nossas observações, o homem desprezioso e simples — isto é, um homem que não fora exposto durante vários anos a doutrinações, seja como estudante numa universidade ou seja como paciente no divã — sempre sabe como pode encontrar sentido — como pode preencher a vida com sentido. Em primeiro lugar, através de atos ou realizando uma obra, isto é, sendo criativo. Além disso, através de uma vivência, isto é, nós temos que vivenciar — algo ou alguém e vivenciar alguém em toda a sua singularidade e individualidade significa amá-lo. Mas, a vida se apresenta incondicionalmente repleta de sentido e este sentido é permanente; em outras palavras: a vida tem e sempre terá sentido em todas as condições e circunstâncias. Em virtude de uma autocompreensão ontologicamente pré-reflexiva, da qual pode-se destilar uma axiologia inteira, o homem da rua sabe⁶ que tem condições de dar testemunho da capacidade humana também ou exatamente quando está confrontado com um fato imutável e que, superando tal situação, dá prova da sua natureza humana. O que é importante, então, é uma atitude que o faz aceitar as vicissitudes da vida, às quais não consegue escapar. O homem tem não só o direito, mas também o privilégio de lutar até o último instante da sua vida pelo sentido da sua existência.

Esta logoteoria — isto é, a teoria “dos valores de criatividade, vivência e atitude”, assim denominados originalmente, que fora desenvolvida dentro da logoterapia desde o princípio, apenas mediante a intuição (Viktor E. Franke, “Sobre a Problemática Espiritual da Psicoterapia”, *Zentralblatt für Psychotherapie* 10, 33, 1938), é verificada e validada agora também empiricamente. Assim James C. Crumbaugh, Stanislav Kratochvil, Elisabeth S. Lukas, Augustine Meier, Leonard Murphy, I. Planova, Thomas D. Yarnell e Diana D. Young conseguiram provar que a procura e a realização do sentido não dependem de idade, grau de formação, sexo, religiosidade ou arreligiosidade e da comunidade religiosa à qual o indivíduo pertença. Também não é uma questão do QI. (Viktor E. Frankl, *O Deus Inconsciente*, Edit. Kösel, München, 1974). Recentemente, Bernard Dansart con-

⁶ Graças à sua autocompreensão ontológica pré-reflexiva o homem da rua sabe, de início, que cada uma das situações particulares representa uma questão, à qual ele precisa responder, de modo que ele no fundo é incapaz de perguntar pelo sentido da sua existência, pois “é a própria vida que questiona o homem: não é ele quem pergunta, antes pelo contrário, é a vida que lhe pergunta — cabe-lhe a obrigação de responder à vida — de responsabilizar-se pela vida” (Viktor E. Frankl, *Pastoral Médica*, Franz Deuticke, Wien, 1946).

seguiu legitimar empiricamente, com a ajuda de um teste desenvolvido por ele, a introdução do termo "valores de atitude" (*Development of a Scale to Measure Attitudinal Values as Defined by Viktor Frankl*, Dissertation, Northern Illinois University, 1974).

Temos que perguntar agora de que forma esta logoteoria está sendo utilizada na prática. Neste contexto gostaria de citar o caso de uma enfermeira que me foi apresentada durante um seminário que proferi para o Department of Psychiatry, na Universidade de Stanford: esta paciente sabia que estava sofrendo de um câncer incurável. Ela entrou chorando na sala em que os psiquiatras da Universidade de Stanford estavam reunidos e, entre lágrimas, falou sobre sua vida, sobre os seus filhos inteligentes e bem sucedidos na vida e, ainda, sobre a dificuldade que sentia de despedir-se agora de tudo isso. Eu confesso que, até esse momento, não tinha encontrado nenhum indício onde pudesse introduzir na discussão pensamentos logoterapêuticos. De repente, porém, aparecia a ocasião para transformar aquilo que ela julgava o ponto mais negativo, que era o desespero por deixar os filhos no mundo, em algo positivo, em algo que precisa ser compreendido e interpretado no seu sentido: era necessário apenas que eu lhe perguntasse o que deveria dizer uma mulher que não tinha filhos. De forma alguma, assim eu continuei, a vida de uma mulher sem filhos precisa carecer de um sentido, mas seria perfeitamente compreensível se tal mulher, ao sentir a proximidade da morte, se desesperasse inicialmente porque não tem nada e ninguém que ela precise deixar no mundo. Neste instante os traços da paciente se aclararam. De repente ela se conscientizou de que não é importante se temos que despedir-nos do mundo, pois mais cedo ou mais tarde cada um de nós precisa fazer isto. Muito mais importante é se existe algo de que temos que nos despedir. Algo que podemos deixar no mundo e que nos permite a realização de um sentido e de nós mesmos, no dia em que chegará a nossa hora. É difícil descrever o alívio da paciente após essa volta copérnica do nosso diálogo socrático.

Agora gostaria de comparar o estilo logoterápico de uma intervenção com o método psicanalítico, recorrendo para tal à contribuição de Edith-Weisskopf Joelson (uma partidária americana da psicanálise, que hoje se confessa seguidora da logoterapia): "O efeito desmoralizante da negação de um sentido de vida, principalmente do profundo sentido que é potencialmente inerente ao sofrimento, pode ser ilustrado mediante uma psicoterapia que um freudiano adotava no caso de uma senhora afetada por câncer incurável". E Weisskopf-Joelson prossegue citando as palavras de K. Eissler: "A paciente comparava o sentido da sua vida anterior com a ausência de sentido da fase atual;

mas, apesar da impossibilidade de continuar exercendo sua profissão e da necessidade de permanecer deitada durante muitas horas por dia, ela acreditava no sentido da sua vida, pois julgava a sua simples presença importante para os filhos, cabendo-lhe assim o cumprimento de uma tarefa. Caso, porém, fosse necessária a internação num hospital, sem a esperança de jamais voltar para casa, e, se não tivesse mais condições de deixar o leito, ela se transformaria num montão de carne inútil e a sua vida perderia todo o sentido. Ela estava disposta a suportar todas as dores enquanto isto tivesse ainda um sentido; mas porque eu queria condená-la a suportar os seus sofrimentos quando a sua vida já tivesse perdido qualquer sentido? Em seguida, eu respondi que ela, ao meu ver, estava cometendo um grave erro, pois toda a sua vida estava sem sentido e já antes da doença a sua existência era vazia. Eu lhe expliquei que os filósofos de todos os tempos tentaram em vão encontrar um sentido da vida, e a única diferença entre a sua vida anterior e a atual teria consistido única e exclusivamente no fato de ela ter conseguido, antigamente, acreditar num sentido da vida enquanto ela seria incapaz para isto, na fase atual. Na realidade, assim eu tentei convencê-la, as duas fases da sua vida foram totalmente sem sentido. Em vista desta revelação a paciente reagiu, perplexa, alegando que não me conseguira entender. E começou a chorar".⁷

Eissler, em vez de dar à paciente, por exemplo, a fé de que também o sofrimento pode ter um sentido, ainda lhe tirou a fé em qualquer sentido da totalidade da vida. Gostaríamos de saber não apenas como um psicanalista mas também um terapeuta behaviorista enfrenta os casos trágicos da vida, tais como a iminência da própria morte ou da morte de outros. Um dos representantes mais destacados da teoria da modificação comportamental através da aprendizagem nos esclarece a esse respeito: em tais casos "o paciente deveria preocupar-se com telefonemas, aparar a grama no jardim ou lavar a louça, e todas estas atividades deveriam ser elogiadas e premiadas pelo terapeuta".⁸

Como é possível que uma psicoterapia baseada na compreensão do homem através das experiências com ratos consiga dar uma resposta ao fato fundamentalmente antropológico de que, de um lado, o homem no meio de uma sociedade de abundância comete suicídio e, do outro lado, está disposto a sofrer, caso descubra um sentido no seu sofrimento? Tenho diante de mim a carta de um jovem psicólogo

⁷ K. Eissler, *The Psychiatrist and the Dying Patient*, New York, 1955, pág. 190 e subsequente.

⁸ J. Wolpe, in: *American Journal of Psychotherapy* 25, pág. 362, 1971.

que me relata das suas tentativas de confortar a sua mãe moribunda. "Era para mim um amargo reconhecimento" — assim ele escreve — "que nada servia de tudo aquilo que tinha aprendido durante longos 7 anos de estudo, para minimizar à minha mãe a dureza e o caráter definitivo do seu destino" — nada além daquilo que tinha aprendido em seguida na sua formação logoterápica "sobre o sentido do sofrimento e sobre a colheita rica no cultivo do passado". E, em vista disso ele teve que concordar que estes "argumentos às vezes científicos, mas prudentes, possuem em última instância humana o peso maior".

Também não pode ser excluída a possibilidade de que uma psicoterapia que não tem condições de ver a problemática especificamente humana, projetando-a da área humana para o nível sub-humano, seja impotente não somente frente à frustração existencial, mas também contribua para a sua repressão, favorecendo, assim, a formação de uma neurose noogênica. Ao que tudo indica, Zev W. Wanderer do Center for Behavior Therapy (Beverly Hills, Califórnia) não se preocupou com tais pensamentos quando aplicou num caso de "existential depression" a técnica behaviorista do "thought-stopping" (*J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat.* 3, 111, 1972).

Entretanto, não somente um tratamento behaviorista mas também psicanalítico pode passar pela problemática especificamente humana. Isto não se refere apenas ao paciente mas também ao terapeuta, como nos mostra o seguinte protocolo: "Desde o verão de 1973 eu trabalhava como assistente psicológico de dois psiquiatras em San Diego. Durante as minhas sessões de supervisão, várias vezes não concordava com a teoria psicanalítica que os meus chefes me tentaram ensinar. Mas, como a maneira deles era muito autoritária, eu tinha medo de expressar as minhas opiniões contrárias. Eu temia perder o meu emprego. Por isso suprimia as minhas próprias opiniões o mais amplamente possível. Após vários meses eu começava a sentir ansiedade durante as minhas sessões de supervisão. Eu procurava a ajuda terapêutica de alguns dos meus amigos. Todavia, nós conseguimos apenas que o problema da ansiedade piorasse; tentávamos aproximar-nos do problema apoiando-nos no método psicanalítico. Procurávamos descobrir os primeiros traumas da minha infância responsáveis pela transferência da minha ansiedade para os meus supervisores. Estudávamos o meu primeiro relacionamento com o meu pai, etc., mas tudo era inútil. Assim aumentava o meu estado de super-reflexão e a minha situação piorava sempre. Minha ansiedade crescia de tal forma que eu me vi obrigado a comunicá-la aos psiquiatras para explicar o meu comportamento. Eles recomendaram que eu procurasse um psicoterapeuta psicanaliticamente orientado para desco-

brir numa terapia individual o significado escondido desta ansiedade. Sem condições de recorrer a tal ajuda profissional, restava apenas que os meus amigos e eu aumentássemos os nossos esforços para localizar a causa inconsciente da minha ansiedade; mas eu piorava ainda mais. Muitas vezes eu sofria ataques de extrema ansiedade. A minha recuperação começou com o início da conferência do Dr. Frankl sobre "O homem à busca do sentido", no dia 8 de janeiro de 1974. Eu escutava o Dr. Frankl falar sobre as dificuldades que alguém encontra quando tenta com a ajuda da psicanálise desmascarar uma verdadeira causa. Durante aquelas 4 horas da conferência eu comecei a perceber como a terapia à qual me tinha submetido contribuía para aumentar o meu problema, que já tinha ganho quase as proporções de uma neurose iatrogênica. Eu compreendia que a minha própria auto-repressão nas sessões de supervisão tinha causado a minha ansiedade. A minha discordância com os psiquiatras bem como o meu medo de manifestar tal discordância tinham provocado a minha reação. Rapidamente acabei com a terapia e senti uma melhora imediata em seguida. Entretanto, a verdadeira mudança viria durante a próxima sessão de supervisão. No decorrer desta sessão eu comecei a expressar as minhas próprias opiniões e discordâncias para os psiquiatras sempre que sentia que não estava de acordo com eles. Não tinha mais medo de perder o meu emprego, pois a minha paz interior tinha se tornado mais importante do que ele. Quando eu começava a falar o que pensava nas sessões, imediatamente a minha ansiedade também começava a diminuir. Nas últimas duas semanas, a minha ansiedade diminuiu 90%".

Agora deve estar claro que somente uma psicoterapia que tenha coragem de deixar atrás de si a psicodinâmica e a pesquisa comportamental, e de penetrar na dimensão dos fenômenos especificamente humanos, ou seja, que apenas uma psicoterapia re-humanizada terá condições de entender os sinais do tempo e de enfrentar os problemas da atualidade. Em outras palavras, nós temos que estar convencidos de que precisamos ver no homem um ser que — em virtude da sua autotranscendência — se encontra numa busca constante de sentido, a fim de que possamos, no mínimo, diagnosticar uma frustração existencial ou até uma neurose noogênica. Todavia, no que diz respeito não ao diagnóstico, mas à terapia das neuroses psicógenas, portanto, não à terapia das neuroses noogênicas, temos que recorrer, para esgotar todas as possibilidades, à capacidade não menos característica para o homem do autodistanciamento, capacidade essa que se manifesta também em forma de humor. Uma psicoterapia humana, isto é, uma psicoterapia humanizada e re-humanizada exige, portanto, de nós que consigamos, de um lado, ver a autotranscendência e, de outro

lado, dominar o autodistanciamento. Tais exigências se tornam impossíveis quando vemos no homem um animal. Nenhum animal se preocupa com o sentido da vida e nenhum animal consegue rir. Com isso não pretendemos dizer que o homem é apenas homem e não também animal. Pois, a dimensão do homem é, em comparação com a dimensão do animal, a maior, e isto significa que ela inclui a dimensão inferior. A verificação de fenômenos especificamente humanos no homem e a simultânea aceitação de fenômenos sub-humanos nele não implicam numa contradição, pois entre o humano e o sub-humano não existe nenhuma relação de exclusividade, mas — se me é permitido usar esta expressão — uma relação de inclusividade.

A técnica da intenção paradoxal

A técnica logoterapêutica da intenção paradoxal pretende mobilizar a capacidade para o autodistanciamento durante o tratamento da neurose psicógena, enquanto a outra técnica logoterapêutica, da de-reflexão, se baseia no segundo fato antropológico fundamental, que é a autotranscendência. Para compreender estes dois métodos de tratamento temos que partir da teoria logoterápica das neuroses.

Nós distinguimos três padrões de reações patológicas. O primeiro pode ser descrito da seguinte maneira: o paciente reage a um sintoma existente com o medo de que o mesmo possa reaparecer; portanto, ele reage com uma angústia de espera, que, por seu lado, faz com que o sintoma surja novamente — fato esse que apenas confirma no paciente o seu medo original (figura 2).

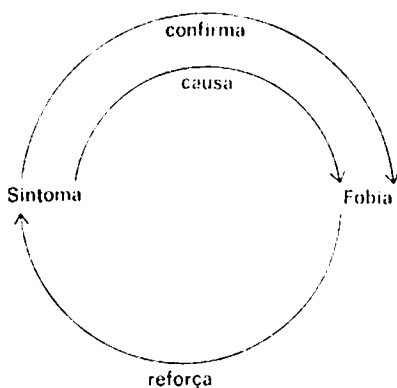


Figura 2

Pode acontecer então, que aquilo cujo reaparecimento o paciente tanto teme, seja em certas circunstâncias a própria angústia. Os nossos pacientes falam aqui espontaneamente de uma "angústia da angústia". E como eles motivam tal angústia? Normalmente eles têm medo de desmaio, de um enfarte cardíaco ou de um ataque de apoplexia. Mas como eles reagem contra a sua angústia da angústia? Com a fuga. Por exemplo, eles evitam sair de casa. De fato, a agorafobia é o exemplo mais característico deste primeiro padrão reativo gerado pela neurose da angústia.

Mas, por que este modelo de reação precisa ser considerado "patogênico"? Numa conferência para a qual fui convidado pela American Association for the Advancement of Psychotherapy (New York, 26 de fevereiro de 1960) apresentei a seguinte explicação: "Phobias and obsessive-compulsive neuroses are partially due to the endeavor to avoid the situation in which anxiety arises". (Viktor E. Frankl, "Paradoxal Intention: A Logotherapeutic Technique", *American Journal of Psychotherapy* 14, 520, 1960). Esta nossa opinião, porém, de que a fuga da angústia pela fuga da situação causadora de angústia, é muito importante para a perpetuação do modelo reativo da angústia neurótica, já foi confirmada várias vezes também por behavioristas. Assim afirma I. M. Marks ("The Origins of Phobic States", *American Journal of Psychotherapy* 24, 652, 1970): "The phobia is maintained by the anxiety reducing mechanism of avoidance". Não podemos ignorar que a logoterapia tenha precedido em muito o que, mais tarde, foi fixado numa sólida base experimental pela teoria comportamental. Já em 1947, defendemos a seguinte opinião: "É conhecido que a neurose num determinado sentido e com certa razão pode ser concebida também como mecanismo de reflexo condicionado. Todos os métodos de tratamento psicoterápicos que são orientados, principalmente, pela análise, devem então preocupar-se, em primeiro lugar, em tornar conscientes as condições primárias do reflexo condicionado, isto é, a situação externa e interna da primeira manifestação de um sintoma neurótico. Nós, porém, somos da opinião de que a neurose propriamente dita — a manifesta, a já fixada — não é causada apenas pela sua primeira condição, mas também pelo seu (secundário) desenvolvimento. Tal desenvolvimento do reflexo condicionado, como tentamos definir agora o sintoma neurótico, é determinado pelo círculo vicioso da angústia de espera. Quando tentamos, por assim dizer, tirar um reflexo dos seus trilhos habituais, conseqüentemente teremos que eliminar a angústia de espera, o que acontecerá na forma indicada, cujo princípio nós destacamos com a intenção paradoxal". (Viktor E. Frankl, *A Psicoterapia na Prática*, Franz Deuticke, Wien, 1947).

O segundo padrão patogênico de reações não pode ser observado em casos da angústia neurótica, mas da neurose obsessiva. O paciente está sob a pressão (figura 3) das idéias obsessivas que o invadem e reage contra elas tentando suprimi-las. Ele procura, portanto, exercer uma contra-pressão. Esta contra-pressão, por sua vez, apenas provoca o aumento da pressão original. Novamente se fecha o círculo e outra vez o paciente se encerra neste círculo diabólico. O que caracteriza a neurose obsessiva não é a fuga, como no caso da neurose da angústia, mas a luta contra as idéias obsessivas. Novamente temos que nos perguntar pela causa que provoca esta atitude. Mostra-se que o paciente ou tem medo de que as idéias obsessivas possam ser mais do que uma neurose, indicando uma psicose, ou ele teme que as idéias obsessivas de conteúdo criminoso o levem a cometer algo contra si mesmo ou contra alguém. De uma ou de outra forma: o neurótico compulsivo não tem medo da angústia, mas medo de si próprio.

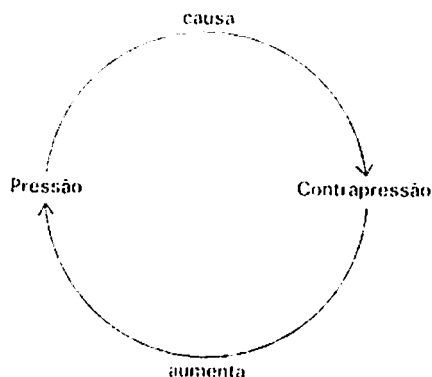


Figura 3

É tarefa da intenção paradoxal romper, arrombar e desengonçar os dois mecanismos circulares. E isto acontece levando o paciente a tirar aos seus temores “o vento da popa”, ou, para usar a expressão de um dos pacientes, “pegando o touro pelos chifres”. Nisso temos que considerar que o neurótico de angústia teme algo que lhe possa acontecer, enquanto o neurótico compulsivo tem medo daquilo que ele possa fazer. Estes dois fatores serão devidamente considerados, ao definir a intenção paradoxal da seguinte maneira: o paciente é instruído a desejar (neurose de angústia) ou a propor-se (neurose compulsiva) exatamente aquilo que sempre tanto temia.

Vemos que na intenção paradoxal trata-se de uma inversão daquela intenção, que caracteriza os dois padrões patogênicos de reações, isto é, no caso do primeiro, a tentativa de evitar a angústia e a compulsão através da fuga e, no caso do segundo, a luta contra a compulsão. Temos aqui exatamente aquilo que hoje em dia também os behavioristas julgam decisivo: I. M. Marks, por exemplo, apresenta, de acordo com a sua hipótese, de que os mecanismos acionados com a finalidade de evitar a angústia somente conseguem manter a fobia, a seguinte recomendação terapêutica: "The phobia can then be properly overcome only when the patient faces the phobic situation again" (l.c.). E para tal se oferece, em especial, a intenção paradoxal. Num livro elaborado junto com S. Rachman e R. Hodgson, Marks destaca igualmente que o paciente precisa ser persuadido e encorajado no sentido de admitir exatamente aquilo que mais o deixa nervoso ("The Treatment of Chronic Obsessive-Compulsive Neurosis", *Behav. Res. Ther.* 9, 237, 1971). Mas também, num outro trabalho feito em colaboração com J. P. Watson e R. Gaidnd, ele dá o conselho terapêutico de levar o paciente o mais perto e rápido possível para o objeto dos seus temores, convencendo-o a fazer tudo para evitar, futuramente, a fuga de tais objetos ("Prolonged Exposure", *Brit. Med. J.* 1, 13, 1971).

Que a logoterapia em forma da, já descrita em 1939, intenção paradoxal está cumprindo há muito estas recomendações terapêuticas, é reconhecido atualmente também pelos terapeutas behavioristas mais destacados. Assim escrevem H. Dilling, H. Rosefeldt, G. Kockott e H. Heyse, do Instituto Max-Plank de Psiquiatria: "Embora a intenção paradoxal parta de um princípio totalmente diverso ao da teoria de aprendizagem, é possível explicar o seu efeito com os simples princípios da psicologia da aprendizagem". Após os autores admitirem que mediante a intenção paradoxal foram alcançados "bons resultados, parcialmente, muito rápidos", interpretam, em seguida, estes sucessos em termos da psicologia da aprendizagem; assim eles "admitem uma ruptura da ligação condicionada entre o estímulo provocador e a angústia. A fim de que possam estabelecer-se novas e mais adequadas formas de reação para determinadas situações, torna-se necessário que o referido indivíduo desista da sua atitude de fugir, atitude essa que inclui o aumento contínuo do seu efeito, e adquira novas experiências com os estímulos provocadores da angústia." ("Terapia Comportamental em Fobias, Neuroses Compulsivas, Distúrbios Sexuais e Manias", *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 39, 293, 1971). Tudo isso, de acordo com a opinião desses autores, é feito pela intenção paradoxal. Arnold A. Lazarus confirma igualmente os seus sucessos e os explica sob o ponto de vista da teoria comportamental: "When people encourage their anticipatory anxieties to erupt, they nearly al-

ways find the opposite reaction coming to the fore — their worst fears subside and when the method is used several times, their dreads eventually disappear”. (*Behaviour Therapy and Beyond*, McGraw-Hill, New York, 1971.)

A intenção paradoxal foi praticada por nós, já em 1929 (Ludwig J. Pongratz, *Psicoterapia em Auto-imagens*, Hans Huber, Bern, 1973), mas descrita apenas em 1939 (Viktor E. Frankl, “Sobre o apoio medicamentoso na psicoterapia de neuroses”, *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 43, 26, 1939) e somente em 1947 ela foi publicada sob a sua denominação (Viktor E. Frankl, *A Psicoterapia na Prática*, Franz Deuticke, Wien, 1947). A semelhança com métodos de tratamento da terapia comportamental que apareceram mais tarde no mercado, tais como “anxiety provoking”, “exposure in vivo”, “flooding”, “implosive therapy”, “induced anxiety”, “modeling”, “modification of expectations”, “negative practice” e “prolonged exposure”, é evidente e também não foi ignorada por alguns behavioristas. Segundo Dilling, Rosefeldt, Kockott e Heyse, “o método da intenção paradoxal segundo V. E. Frankl, embora não tenha sido concebido, originalmente, nos termos da psicologia da aprendizagem, se baseia, provavelmente, num mecanismo de efeito semelhante àquele das formas de tratamento de “Flooding” e “Implosive Therapy” (1. c.). No que se refere à última forma terapêutica citada, descobre I. M. Marks também “certain similarities to the paradoxical intention technique” (*Fears and Phobias*, Academic Press, New York, 1969), bem como o fato de que essa nossa técnica “closely resembled that now termed modeling” (“Treatment of Obsessive-Compulsive Disorders”, em *Psychotherapy and Behavior Change*, 1973, Hans H. Strupp e col., Aldine Publishing Company, Chicago, 1974).

Se realmente alguém tem o direito de exigir certa prioridade perante a intenção paradoxal, então trata-se, ao meu ver, apenas dos seguintes autores: Rudolf Dreikurs, ao qual devo a indicação de um “truque” análogo, descrito por ele já em 1932 (*O Sintoma Nervoso*, Verlag Moritz Perles, Wien und Leipzig) e mencionado ainda mais cedo por Erwin Wexberg, que formou “ad hoc” a expressão “anti-sugestão”. Em 1965 fiquei sabendo que H. V. Hattingberg também relata uma experiência análoga: “Quem consegue, por exemplo, desejar conscientemente o surgimento de um sintoma nervoso, contra o qual ele se defendia até então ansiosamente, poderá eliminar, através dessa atitude volitiva, a angústia e finalmente também o sintoma. Portanto, é possível expulsar o diabo pelo Belzebu. Tal experiência, naturalmente, é acessível na prática apenas para alguns. Mas, quase não existe outra experiência que seja mais instrutiva para o psiquicamente inibido”. (*Sobre o Amor*, München — Berlin, 1940).

Não há motivo para negar que a intenção paradoxal não tenha sido preparada por antecessores e precursores. Isto apenas fala em favor da sua eficácia. O que pode ser considerado o mérito da logoterapia é somente que, a partir do princípio, ela construiu um método enquadrando-o num sistema.

Todavia, surpreende o fato de que a primeira tentativa de comprovar experimentalmente a eficácia da intenção paradoxal fora feita por behavioristas. Eram, pois, os professores L. Solyom, J. Garza-Perez, B. L. Ledwige e C. Solyom da Clínica Psiquiátrica da Universidade McGill que em casos de neuroses compulsivas crônicas escolhiam sempre dois sintomas da mesma intensidade tratando um deles, o sintoma de finalidade, com a intenção paradoxal, enquanto o outro, o sintoma de "controle", permaneceu sem tratamento. De fato, desapareceram única e exclusivamente os referidos sintomas tratados, e em poucas semanas. Em nenhum dos casos se formaram sintomas de substituição! ("Paradoxical Intention in the Treatment of Obsessive Thoughts: A Pilot Study", *Comprehensive Psychiatry* 13, 291, 1972).

Entre os behavioristas foi novamente Lazarus que destacou "an integral element in Frankl's paradoxical intention procedure: the deliberate evocation of humor. A patient who fears that he may perspire is enjoined to show his audience what perspiration is really like, to perspire in gushes of drenching torrents of sweat which will moisturize everything within touching distance" (l.c.). Como já ouvimos na ocasião em que falamos da mobilização da capacidade do autodistanciamento — realmente o humor, com o qual o paciente sempre precisa formular a intenção paradoxal, faz parte essencial dessa técnica e é por causa do humor que ela é diferente dos métodos de tratamento da terapia behaviorista, enumerados por nós anteriormente.

Foi novamente um behaviorista que recentemente nos comprovou que tínhamos razão em apontar com tanta insistência o significado do humor para o sucesso da intenção paradoxal. Trata-se de Iver Hand do Maudsley Hospital de Londres que observou em pacientes agorafóbicos — reunidos em grupos — que, após a confrontação com situações até então evitadas porque lhes inspiraram medo, com toda espontaneidade se incitaram mutuamente a superar com humor a sua angústia: "They used humor spontaneously as one of their main coping mechanisms." (Conferência dada no Simpósio de Logoterapia, em Montreal, organizado pela American Psychological Association na sua reunião anual de 1973). Em resumo, os pacientes "inventaram" a intenção paradoxal — e assim também foi interpretado o seu "mecanismo" de reação pelo grupo de pesquisadores de Londres.

Agora, porém, temos que ocupar-nos com a intenção paradoxal, isto é, com a forma na qual ela, "lege artis", está sendo praticada

segundo as regras da logoterapia, o que será esclarecido na base da casuística. Neste contexto permito-me indicar, em primeiro lugar, os casos discutidos nos meus livros *Teoria e Terapia das Neuroses*, *A Vontade para o Sentido* e *Pastoral Médica*. Entretanto, o material oferecido a seguir ainda não foi publicado.

Spencer Adolph M. de San Diego nos escreve: “Dois dias após a leitura do seu livro *Man's Search for Meaning*, me encontrava numa situação que me dava ocasião para experimentar uma vez a logoterapia. Na universidade, participo de um seminário sobre Martin Buber e durante o 1.º encontro, não tinha papas na língua quando sentia a necessidade de falar exatamente o contrário daquilo que os outros tinham dito. De repente, eu comecei a suar intensivamente. Assim que percebera isto, temia que os outros o constatassem, o que me levava a transpirar ainda mais. De repente me lembrei do caso de um médico que procurou V. Sa. por causa do seu medo de suar; aí pensei que eu estava passando por uma situação semelhante. Acontece, porém, que considero muito pouco a psicoterapia e muito menos ainda a logoterapia. Mas, sempre mais eu julgava a minha situação uma ocasião singular para experimentar uma vez a intenção paradoxal. O que foi que o Sr. aconselhou ao seu colega? Que ele, para variar, desejasse e pretendesse mostrar aos outros o quanto ele consegue suar — no seu livro está escrito: “Até agora eu consegui suar apenas 1 litro, agora vou me esforçar para conseguir 10 litros”. E enquanto eu continuava falando no seminário, falei para mim: Spencer, mostre aos seus colegas como você consegue suar! Mas sue bem — isto ainda não é nada — você precisa suar ainda muito mais! E não passaram mais que alguns segundos para que eu observasse que a minha pele estava seca. Intimamente eu tinha que rir. Pois, não tinha esperado qualquer êxito, e muito menos um efeito tão imediato da intenção paradoxal. Diabos, eu pensava, tem que haver algo de certo nesta intenção paradoxal — ela funcionou, embora eu fosse tão cético perante a logoterapia”.

De um relatório de Mohammed Sadiq tiramos o seguinte caso: “A Senhora N., uma paciente de 48 anos, sofria de tal forma de um tremor que ela era incapaz de segurar uma xícara de café ou um copo de água sem derramar algo. Também ela não conseguia escrever nem segurar um livro para ler. Certa manhã aconteceu que nós estávamos a sós e ela começou novamente a tremer. Então eu resolvi tentar uma vez a intenção paradoxal, utilizando uma boa porção de humor. Assim eu iniciei: “Então, sra. N., que tal se tentássemos descobrir qual de nós consegue tremer melhor?” — Ela: “O que significa isto?” — Eu: “Queremos ver qual de nós dois consegue tremer mais rápido e durante mais tempo”. — Ela: “Eu não sabia que o Sr. tam-

bém sofre de tremores”. — Eu: “Não, não, de forma alguma; mas quando eu quero, consigo tremer”. (E eu comecei — e como!) Ela: “Oh, o Sr. consegue realmente tremer mais rápido do que eu”. (E ela começou a acelerar os seus tremores). Eu: “Mais rápido — vá, sra. N., a Senhora precisa tremer muito mais rápido”. — Ela: “Mas eu não consigo — pare, não posso continuar”. — Ela realmente se cansou. Ela levantou, foi à cozinha e voltou — com uma xícara de café. E ela tomou todo o café sem derramar uma única gota. Depois, sempre que eu a encontrava tremendo, tinha apenas que dizer: “Que tal, sra. N., uma competição de tremores?” Ao que ela respondia: “Está bem, está bem”. E isto sempre ajudava.”

George Pynummootil (E.U.A.) conta o seguinte: “Um jovem me procurou para uma consulta por causa de um grave tique de piscar, que sempre aparecia quando ele tinha que conversar com alguém. Como as pessoas costumavam perguntar-lhe o que estava acontecendo, aumentava o seu nervosismo. Eu o mandei a um psicanalista. Entretanto, após um grande número de sessões, ele voltou para me dizer que o psicanalista não conseguira encontrar a causa e muito menos oferecer-lhe ajuda. Em seguida, eu lhe recomendei que, da próxima vez, quando ele tivesse de conversar com alguém, piscasse o mais possível, para mostrar aos outros como ele é excelente nisso. Mas, ele me julgou louco por dar-lhe tais recomendações, que serviriam apenas para piorar o seu estado. E foi embora. Durante algumas semanas ele não apareceu. Um dia, porém, retornou para me contar, cheio de entusiasmo, o que tinha acontecido: como ele não tinha levado a minha proposta a sério, nem pensou em segui-la na prática. O piscar, porém, piorava e quando se lembrou, numa noite, das minhas palavras, falou para si mesmo: “Já tentei tudo o que é possível e nada adiantou. O que poderá acontecer se eu tentar uma vez o que ele me recomendou? E quando ele encontrou, na manhã seguinte, a primeira pessoa, ele se propôs a piscar o mais possível — e, para sua maior surpresa, ele foi incapaz de fazê-lo uma única vez. A partir desse momento, o tique de piscar nunca mais se manifestou.”

Um assistente de universidade nos escreve: “Eu tinha que apresentar-me num determinado lugar para conseguir um cargo que eu muito desejava, por me dar condições para buscar a minha esposa e os filhos e morar com eles aqui na Califórnia. Acontece, porém, que eu estava muito nervoso, fazendo um esforço enorme para deixar uma boa impressão. Sempre que eu fico nervoso, as minhas pernas começam a latejar com tanta intensidade que os presentes devem percebê-lo. E isto aconteceu também desta vez. Mas, desta vez eu me dizia: “Agora vou forçar estes músculos miseráveis a pulsarem de tal forma que não conseguirei permanecer sentado, mas precisarei

levantar-me de um salto e dançar na sala até os outros acreditarem que eu tenha enlouquecido. Estes músculos miseráveis vão pulsar hoje como nunca — hoje estabelecerei um recorde. Pois bem, os músculos não estremeceram nem uma única vez durante toda a apresentação e eu consegui o cargo. Logo a minha família estará aqui na Califórnia”.

Dois exemplos de Arthur Jores (*O Doente com Distúrbios Psico-vegetativos*, Vandenhoeck, Göttingen) se enquadram bem neste contexto. Uma assistente social empregada num hospital procurou Jores “queixando-se de que sempre que entrava na sala do médico para falar com ele, começava a enrubescer. Treinamos juntos a intenção paradoxal e poucos dias depois eu recebia a feliz notícia de que funcionava muito bem.” Uma outra vez, Jores fora procurado por um estudante de medicina “que em função de uma bolsa de estudo, precisava com urgência passar pelo exame em Física com bom resultado. Ele reclamava do medo do exame. Também com ele foi treinada a intenção paradoxal, de modo que ele se manteve totalmente calmo durante o exame, obtendo uma boa nota” (pág. 52).

A Larry Ramirez devemos a seguinte contribuição casuística: “A técnica que mais me tem ajudado na minha prática terapêutica e que tem mostrado os maiores efeitos é a da intenção paradoxal. O seguinte exemplo serve como ilustração: Linda T., uma colegial de 19 anos, bastante atraente, me comunicou por carta que estava enfrentando alguns problemas em casa com os seus pais. Quando nos sentamos, percebi imediatamente que ela estava muito tensa. Ela gaguejava. A minha reação natural seria dizer “relaxe, está tudo bem”, ou “não tem problema”, mas devido às minhas experiências anteriores, eu sabia que a sua tensão apenas aumentaria se eu lhe pedisse que relaxasse. Em vez disso, eu respondi exatamente o contrário: “Eu quero que você fique o mais tensa possível. Fique o mais nervosa possível, o quanto você conseguir ser”. “Está bem”, dizia ela, “ficar nervosa é fácil para mim”. Ela começou a comprimir os seus punhos e sacudir as mãos como se elas estivessem tremendo. “Assim está bom”, dizia eu, “mas tente ficar mais nervosa”. Ela começou a perceber o cômico da situação e falou: “Eu estava realmente nervosa, mas não consigo aumentar o nervosismo. É estranho, quanto mais eu tento ficar tensa, menos eu o consigo”. Neste caso é evidente para mim que era o humor usado na intenção paradoxal que ajudava Linda a sentir-se, em primeiro lugar e antes de mais nada, como ser humano e apenas em segundo lugar como cliente e, em relação a mim, aceitar-me em primeiro lugar como pessoa e secundariamente como seu conselheiro. É o humor que ilustra da melhor forma possível as nossas qualidades humanas.”

Perante a Royal Society of Medicine, J. F. Briggs proferiu uma conferência da qual transcrevemos o seguinte: "Eu fui procurado por um jovem gago de Liverpool. Ele pretendia tornar-se professor, mas dar aula é bem difícil para alguém que gagueja. Seu maior medo e aborrecimento era o seu embaraço por causa da gagueira de modo que ele passava por verdadeiras agonias mentais sempre que tinha que dizer algo. Eu me lembrei de um artigo lido pouco tempo atrás, no qual Viktor Frankl escrevia sobre a reação paradoxal. Então eu dei a seguinte sugestão — "Este fim de semana você vai sair e mostrar a todo o mundo que excelente gago você é". Na semana seguinte ele voltou e se mostrava visivelmente aliviado porque falava muito melhor. Ele dizia: "O que você pensa que aconteceu?" Eu entrei num bar com alguns amigos e um deles me disse: "Eu pensei que você era um gago", e eu respondi: "Eu era — até agora". Este era o instante em que eu pegava o boi pelos chifres e obtinha sucesso".

Um outro caso de um gago é o de um estudante da Universidade de Duquesne que nos escreve o seguinte: "Durante 17 anos eu gaguejava muito. Em certas épocas, eu era até incapaz de falar. Repetidamente me submetia a tratamentos, mas sem conseguir qualquer melhora. Um dia, num seminário, um professor me mandou comentar seu livro "Man's Search for Meaning". Na leitura do livro deparei com a sua intenção paradoxal. Conseqüentemente, resolvi experimentá-la também no meu próprio caso e já na primeira tentativa ela mostrava um efeito maravilhoso. Não existia mais um vestígio de gagueira. Em seguida, eu procurei aquelas situações nas quais sempre gaguejava, mas também aqui a gagueira não se manifestou, assim que apliquei a intenção paradoxal. Algumas vezes eu não a usava e imediatamente voltava a gagueira. Em tudo isso vejo a prova de que era de fato a intenção paradoxal que me libertava da gagueira."

O seguinte relatório, bastante picante, eu devo a Uriel Meshoulam, um logoterapeuta da Universidade de Harvard: um dos seus pacientes foi convocado para alistar-se no exército australiano; estava convencido de sua dispensa por causa da sua gagueira acentuada. Durante o exame, ele tentou por três vezes demonstrar ao médico a gravidade da sua gagueira, mas ele foi simplesmente incapaz de gaguejar. Por fim, ele conseguiu ser liberado, mas por causa da sua pressão alta. "The Australian army probably doesn't believe him until today" — assim termina o relatório — "that he is a stutterer".

O uso da intenção paradoxal em casos de gagueira está bastante discutido na literatura. Manfred Eisenmann dedicou a este tema a sua dissertação apresentada na Universidade de Freiburg im Breisgau (1960). J. Lehembre, publicando as suas experiências com crianças, ressalta que apenas uma única vez surgiram sintomas de substituição

("L'intention paradoxale, procédé de psychothérapie", *Acta neurol. Belg.*, 64. 725, 1964), resultado esse que foi confirmado pelas observações de L. Solyom, Garza-Perez, Ledwigde e C. Solyom que — após o uso da intenção paradoxal — não verificaram em nenhum caso sintomas de substituição (l.c.).

Jores (l.c) "tratava uma vez uma paciente que vivia na firme convicção de precisar sempre de um sono prolongado. Casada com um homem de intensos compromissos sociais, ela; obviamente, nem sempre conseguia dormir cedo. Segundo o seu relato, em tais casos ela sempre passava mal. Às vezes, ela começava a sofrer, de noite, lá pela 1 hora, um ataque de enxaqueca, ou, o mais tardar, na manhã seguinte. A eliminação destes ataques, atribuídos ao fato de deitar-se tarde, tornou-se possível graças à intenção paradoxal. Foi recomendado à paciente auto-sugerir-se: "Agora você vai ter um verdadeiro e belo ataque de enxaqueca". "Em seguida", de acordo com Jores, desapareceram os ataques".

Este caso serve para introduzir o uso da intenção paradoxal em casos de insônia. O já citado Sadiq tratava uma vez uma paciente de 54 anos, totalmente dependente de soporíferos, que estava internada num hospital. "Às 10 hs. ela apareceu na minha sala pedindo um soporífero. Ela: "Permita-me tomar as minhas pílulas". Eu: "Sinto muito — elas acabaram hoje e a enfermeira esqueceu de encomendar as novas a tempo". Ela: "Como posso dormir então?" Eu: "Hoje terá de dormir sem soporíferos" — Duas horas mais tarde, ela aparecia novamente. Ela: "Eu simplesmente não consigo dormir". Eu: "Que tal se a sra. se deitasse outra vez e, para variar, tentasse uma vez não procurar o sono, mas — ao contrário — permanecer acordada toda a noite?" Ela: "Eu sempre pensei que fosse louca, mas tenho a impressão de que também o sr. o é". Eu: "A sra. sabia que, às vezes, eu gosto de ser louco, ou a sra. não entende isso?" Ela: "Então, o sr. falou sério?" Eu: "O que?" Ela: "Que eu devo tentar não dormir". Eu: "Naturalmente, é sério. Porque não tenta uma vez? Queremos experimentar se a sra. consegue ficar acordada durante toda a noite. Vai tentar?" Ela: "O. K.!" — E quando, na manhã seguinte, a enfermeira entrou no seu quarto para levar o café, a paciente ainda não estava acordada."

Lembro ainda de uma anedota do conhecido livro de Jay Haley *Strategies of Psychotherapy* (Grune & Stratton, New York, 1963) que merece ser citada aqui: "Durante uma apresentação do famoso hipnotizador e terapeuta Milton H. Erickson, um jovem se levantou dizendo: "Talvez o sr. consiga hipnotizar os outros — mas com certeza não vai conseguir nada comigo". Erickson convidou o jovem a sentar-

se numa cadeira no palco, sugerindo-lhe, em seguida: “O sr. está muito acordado — permaneça acordado. Ficará cada vez mais acordado, mais acordado e mais acordado...” E prontamente o sujeito caiu em profundo transe”.

R. W. Medlicott, o psiquiatra da universidade de Nova Zelândia, foi o primeiro que conseguiu aplicar a intenção paradoxal não somente para o sono, mas também para o sonho. Ele logrou muitos sucessos com ela, também — como ele ressalta — no caso de um paciente que exercia a profissão de psicanalista. Aí havia o caso de uma paciente que constantemente sofria de pesadelos, sonhando sempre que seria perseguida e finalmente esfaqueada. Então ela gritava, acordando também o seu marido. Medlicott exigia que ela fizesse tudo para sonliar também o final destes sonhos terríveis, até acabar totalmente o esfaqueamento. E o que aconteceu? Os pesadelos pararam, mas o sono do marido continuava perturbado: a paciente não gritou mais enquanto dormia, mas, em vez disso, ela começou a dar gargalhadas tão altas que continuava acordando o marido. (“The Management of Anxiety”, *New Zealand Medical Journal* 70, 155, 1969).

Algo semelhante foi-nos reportado por uma leitora dos E.U.A. “Na manhã da quinta-feira eu acordei deprimida e dominada pela idéia de nunca mais melhorar. No decorrer da manhã eu comecei a chorar, sentindo-me totalmente desesperada. De repente me recordei da intenção paradoxal e disse para mim: “Agora quero ver até que ponto eu consigo ficar deprimida. Vou chorar tanto agora que as lágrimas inundarão toda a minha casa”. Eu imaginava a minha irmã ao voltar para casa e lamentar: “Diabos, este mar de lágrimas era realmente necessário?” Perante o que, tive de rir tanto que até cheguei a ter medo. Nesta situação não tive outra escolha que a de me dar esta nova sugestão: “A risada será tão escandalosa que os vizinhos virão para ver quem está rindo tanto.” Nesse instante já não estava mais deprimida e convidei a minha irmã para sair comigo. Isto aconteceu, como mencionei inicialmente, na quinta-feira e hoje, no sábado, continuo me sentindo bem, muito bem. Eu acredito que o efeito da intenção paradoxal há dois dias era como se eu tentasse chorar e ao mesmo tempo olhar no espelho — Deus sabe por que, mas depois é impossível continuar chorando.” E ela não está tão errada. Ambas as coisas, pois — a intenção paradoxal e a auto-miragem — servem como veículos da capacidade humana para o autodistanciamento. Repetidamente pudemos observar que a intenção paradoxal tem efeito também em casos graves e crônicos de longa duração, mesmo se o tratamento for muito breve. Assim, foram descritos casos de neuroses compulsivas que perduraram 60 anos, até que foi conseguida uma melhora decisiva com a ajuda da intenção

paradoxal (K. Kocourek, Eva Niebauer e Paul Polak, in "Resultados da Aplicação Clínica da Logoterapia", *Manual da Teoria das Neuroses e da Psicoterapia*, editado por Viktor E. Frankl, Victor E. V. Gebattel e J. H. Schultz, Urban & Schwarzenberg, München — Berlin, 1959). Os êxitos terapêuticos que podem ser alcançados com esta técnica devem ser considerados admiráveis e notáveis, quando os confrontamos com o pessimismo ubiqüitário, mostrado pelos psiquiatras de hoje em relação às graves e crônicas neuroses de compulsão. Assim L. Solyom, Garza-Perez, Ledwige e C. Solyom (l.c.) citam o resultado de 12 pesquisas, oriundas de 7 países diferentes, que declaram o fracasso da terapia em 50% dos casos de neurose compulsiva. Os autores tomam o prognóstico da neurose compulsiva como bem mais negativo do que para qualquer outra forma neurótica e, de acordo com a sua opinião, também a terapia comportamental não tem aplicação eficiente, pois apenas 46% dos casos publicados por behavioristas obtiveram melhora. Também D. Henkel, C. Schmook e R. Bastine (*Prática da Psicoterapia* 17, 236, 1972), referindo-se a psicanalistas experientes, afirmam "que neuroses compulsivas muito graves resistem até aos esforços terapêuticos intensivos, de modo que não podem ser curadas", enquanto a intenção paradoxal, com posição contrária à psicanálise, "deixa perceber claramente a possibilidade de influenciar distúrbios neurótico-compulsivos num período mais breve".

Friedrich M. Benedikt, na sua dissertação sobre o tema "A terapia dos sintomas de neuroses de angústia e neuroses compulsivas com a ajuda da intenção paradoxal e da de-reflexão, segundo V. E. Frankl" (München, 1968), mostrou que o uso da intenção paradoxal em casos graves e crônicos exige um engajamento pessoal muito grande. Neste contexto queremos repetir também que "o efeito terapêutico da intenção paradoxal depende essencialmente da coragem do médico de demonstrar ao paciente o seu uso" (Viktor E. Frankl, *A Psicoterapia na Prática*, Franz Deuticke, Wien, 1961). A esse respeito já apresentamos um exemplo concreto (página 155). A terapia comportamental reconhece igualmente a importância de tal procedimento, criando-lhe até um termo específico, ao falar do "modeling".

O seguinte caso serve como exemplo para casos de longa duração em que igualmente a intenção paradoxal consegue prestar ajuda, proporcionando um tratamento bastante breve. Ralph G. Victor e Carolyn M. Krug (*Paradoxical Intention in the Treatment of Compulsive Gambling*", *American Journal of Psychotherapy* 21, 808, 1967), do Department of Psychiatry da Universidade de Washington, aplicaram esta técnica no caso de um homem que era um jogador passional desde a idade de 14 anos. O paciente foi instruído no sentido de jogar, diaria-

mente, durante 3 horas, embora perdesse tanto que ficou sem dinheiro após 3 semanas. E o que fizeram os terapeutas? De sangue-frio lhe recomendaram que vendesse o seu relógio. De qualquer forma: era a primeira vez, depois de mais de 20 anos ("after 20 years and five psychiatrists", como consta literalmente na publicação), que o paciente conseguia livrar-se da sua paixão de jogo.

No livro *Clinical Behavior Therapy*, editado por Arnold A. Lazarus (Brunner-Mazel, New York, 1972), publica Max Jacobs o seguinte caso: quando a Sra. K. o procurou na África do Sul, uma semana antes de voltar para a Inglaterra, a sua terra natal, ela já sofria há mais de 15 anos de uma grave claustrofobia. Como cantora de ópera, ela tinha de viajar bastante pelo mundo todo para cumprir as suas obrigações contratuais. É de se notar que a claustrofobia se referia exatamente a aviões, elevadores, trens, restaurantes — e teatros. "Frankl's technique of paradoxical intention was then brought in", assim está escrito, e, de fato, Jacobs instruiu a paciente que procurasse as situações causadoras da sua fobia, desejando exatamente aquilo que sempre tinha temido tanto, isto é, morrer asfixiada. Assim, ela sempre tinha de dizer para si mesma: "Quero morrer agora mesmo asfixiada, vamos — "let it do its damndest". Além disso, a paciente foi instruída em "progressive relaxation" e "desensitization". Após dois dias mostrou-se que a paciente já era capaz de ir a um restaurante, de usar o elevador e até de andar de ônibus. 4 dias mais tarde ela pôde ir ao cinema sem medo, e aguardava a sua viagem aérea, para voltar à Inglaterra, sem qualquer angústia de espera. De Londres ela informou que conseguira pela primeira vez após muitos anos andar de metrô. 15 meses depois deste tratamento de tão pouca duração, a paciente continuava sem qualquer problema neste sentido.

Em seguida, Jacobs descreve um caso que não se trata de uma neurose de angústia, mas de uma neurose compulsiva. O sr. T. sofria, já há 12 anos, de uma neurose e já havia se submetido, em vão, a uma psicanálise e a um tratamento de eletrochoque. Antes de mais nada, ele tinha medo de asfixiar-se, enquanto comia, bebia ou atravessava a rua. Jacobs exigiu que ele fizesse exatamente aquilo que tanto temia: "Using the technique of paradoxical intention, he was given a glass of water to drink and told to try as hard as possible to make himself choke" — no sentido da intenção paradoxal, Jacobs entregava ao paciente um copo d'água, mandando-lhe que fizesse tudo para asfixiar-se. "He was instructed to try to choke at least 3 times a day" — ele devia propor-se morrer asfixiado, pelo menos, três vezes por dia. Além disso, foram feitos exercícios de relaxamento e durante a 12.^a sessão o paciente pôde informar que estava completamente sem queixas.

Sempre nos é feita a pergunta do que seria necessário para aprender o método logoterápico. Mas, é exatamente a técnica da intenção paradoxal que nos deixa compreender que é possível familiarizar-se com ele apenas pela leitura da literatura existente. Sabemos de psiquiatras e psicólogos que se tornaram grandes especialistas no uso da intenção paradoxal, obtendo com ela ótimos sucessos, sem que eles tivessem entrado em contato conosco uma única vez. Da mesma forma que eles conhecem a intenção paradoxal apenas através das nossas publicações, nós também sabemos dos seus sucessos e experiências exclusivamente através das suas publicações. É igualmente interessante verificar como os diversos autores modificam a intenção paradoxal, combinando-a com outros métodos. Tal verificação apenas confirma a nossa convicção de que a psicoterapia, portanto não somente a logoterapia, não pode prescindir da contínua disposição para improvisar. Onde é possível promover uma formação através de demonstrações clínicas, precisa ser ensinada — e é possível aprender — exatamente esta arte de improvisar.

É surpreendente a freqüência com que também os leigos obtêm sucesso com a auto-aplicação da intenção paradoxal. Temos diante de nós a carta de uma senhora que sofria há 14 anos de agorafobia. Submetida a um tratamento psicanalítico de estilo ortodoxo, por 3 anos, não logrou nenhum êxito. Uma leve melhora fora conseguida por um hipnotizador que a tratava há 2 anos. Fora até necessário interná-la num hospital durante 6 semanas. Mas, nada adiantou, de modo que a doente escreve: "Nothing has really changed in 14 years. Every day of those years was hell". Então, aconteceu que ela se sentiu obrigada a voltar da rua, tal a intensidade com que sentia a agorafobia. De repente, ela se lembrou do que tinha lido no meu livro "Man's Search for Meaning" e disse para si mesma: "Agora vou mostrar a todo este pessoal na rua como sou excelente em cair em pânico e em ter colapsos". Instantaneamente, ela conseguiu tranquilizar-se, adquirindo condições de ir ao supermercado e fazer suas compras. Todavia, na hora de pagar ela começou a transpirar e a tremer. Então, disse para si mesma: "Vou mostrar ao caixa como eu consigo suar. Ele vai ficar admiradíssimo". Somente no caminho de volta ela constatou a sua tranquilidade. E assim ela continuou os seus exercícios. Após poucas semanas ela tinha conseguido, com a ajuda da intenção paradoxal, dominar a sua agorafobia de tal forma que às vezes nem podia acreditar que esteve doente. "I have tried many methods, but none gave me the quick relief your method did. I believe in paradoxical intention, because I have tried it on my own with just a book". E ainda, para não deixar de mencionar o aspecto cômico do caso, a paciente — agora recuperada — tinha a ambição de complementar o seu

conhecimento da intenção paradoxal, adquirido da leitura de um único livro. Por fim, ela até pôs um anúncio no "*Chicago Tribune*", publicado durante uma semana inteira. O recorte de jornal estava anexo à sua carta. O anúncio tinha o seguinte conteúdo: "Would like to hear from anyone having knowledge of or treated by paradoxical intention for agoraphobia". Entretanto, o anúncio não obteve nenhuma resposta.

Levando em consideração que a intenção paradoxal se baseia em "coping mechanisms" existentes no homem — como demonstram as já por nós citadas observações de Hand — torna-se compreensível que o leigo é capaz de usá-la e também no caso dos seus próprios problemas. Desta forma conseguimos entender um caso como o seguinte: Ruven A. K., de Israel, que estudava na U. S. International University, foi convocado, aos 18 anos, para prestar o serviço militar. "Ansiosamente eu esperava o serviço militar, pois achava justa a luta do meu país pela sobrevivência. Por isso, eu pretendia cumprir as minhas obrigações da melhor forma possível. Voluntariamente, eu servia nas melhores tropas das forças armadas, isto é, nas tropas de aterragem. Eu era exposto a situações em que a minha vida corria perigo, por exemplo quando pulava pela primeira vez para fora do avião. Nesta ocasião, sentia medo e tremia de verdade; tentando esconder este fato, tremia ainda mais. Então eu decidia mostrar o meu medo e tremer o mais possível. Logo em seguida parava de tremer. Sem saber havia usado a intenção paradoxal e surpreendentemente ela funcionava".

Entretanto, a intenção paradoxal não é inventada apenas por alguns poucos indivíduos "ad usum proprium". O princípio em que ela se baseia já fora descoberto pela psiquiatria pré-científica. J. M. Ochs defendeu durante uma conferência na Pennsylvania Sociological Society, na Villanova University ("*Logotherapy and Religious Ethnopsychiatric Therapy*", 1968), a tese de que a etnopsiquiatria usa princípios que mais tarde foram sistematizados pela logoterapia. Em particular, a medicina popular dos Ifaluk tem características logoterápicas muito claras. "The Shaman of Mexican-American folk psychiatry, the curandero, is a logotherapist". Ochs cita também Wallace e Vogelston seguindo os quais a medicina popular num sentido geral também aplica princípios cujos papéis são igualmente importantes na psiquiatria moderna. "It appears that logotherapy is one nexus between the two systems".

Tais hipóteses se tornam compreensíveis ao compararmos, por exemplo, os dois seguintes relatórios. O primeiro trata de um esquizofrênico de 24 anos que sofria de alucinações auditivas. Escutava vozes que o ameaçavam e zombavam dele. O nosso informante cuidou dele durante uma internação num hospital. "No meio da noite o paciente

abandonou o seu quarto para queixar-se das vozes que o impediam de dormir. Foi-lhe simplesmente impossível ignorá-las, como lhe fora recomendado. Desenrolou-se, então, o seguinte diálogo. Médico: "Que tal, se tentasse uma vez algo diferente?" Paciente: "Como assim?" Médico: "Vá deitar-se agora e procure escutar o mais atentamente possível tudo o que as vozes dizem — não deixe escapar nenhuma das palavras, entendeu?" Paciente: "Está falando sério?" Médico: "Naturalmente estou falando sério. Não vejo nenhum motivo que o possa impedir a entregar-se uma vez, deliciosamente, a estas vozes malditas ("these God damn things")". Paciente: "Eu pensava..." Médico: "Tente primeiro — depois voltaremos a conversar". 45 minutos mais tarde, ele já estava dormindo. Na manhã seguinte ele estava entusiasmado — as vozes tinham-no deixado em paz durante o resto da noite."

E agora o contrário: Jack Huber (*Through an Eastern Window*, Bantam Books, New York, 1968) visitou uma vez uma clínica dirigida por zen-psiquiatras. O trabalho destes psiquiatras estava motivado pelo seguinte lema: "Emphasis on living with the suffering rather than complaining about it, analyzing, or trying to avoid it". Um dia foi internada uma freira budista, que se encontrava num estado de grave perturbação. Na sua angústia e excitação ela acreditava que serpentes rastejavam em cima dela. Médicos, psiquiatras e psicólogos europeus já tinham perdido a esperança neste caso e numa última tentativa procurou-se um dos zen-psiquiatras. "O que está acontecendo?", perguntou ele. "Eu tenho tanto medo das serpentes — só vejo serpentes em volta de mim". O psiquiatra pensou um pouco, dizendo depois: "Infelizmente tenho de ir agora, mas voltarei dentro de uma semana. Eu gostaria que durante esta semana a senhora observasse as serpentes da forma mais precisa possível — na minha volta preciso ter uma descrição exata de todos os movimentos delas". Uma semana depois, a freira já totalmente restabelecida trabalhou normalmente. "Como vai?", perguntou o zen-psiquiatra. "Observei as serpentes com a maior atenção possível, sem porém consegui-lo durante muito tempo, pois conforme intensificava a minha observação, elas desapareciam."

Resta ainda explicar o terceiro modelo de reações patogênicas. Enquanto o primeiro padrão de reações é característico para casos de neuroses de angústia e o segundo para neuroses compulsivas, trata-se, no terceiro modelo de reações patogênicas, de um mecanismo encontrado em neuroses sexuais, isto é, em casos de distúrbios da potência e do orgasmo. Como nas neuroses de compulsão observamos também neste tipo neurótico que o paciente luta, embora diferentemente do neurótico compulsivo, que luta contra a compulsão. Mas, o neurótico sexual luta por algo, e o faz procurando, sob a forma de potência e

orgasmo, o prazer sexual. Mas infelizmente: quanto maior a busca do prazer, tanto menos ele é alcançado, pois sempre escapa quando é diretamente pretendido. O prazer nunca é a finalidade real nem o objetivo possível do nosso comportamento e dos nossos atos; na realidade, é muito mais um efeito, um efeito adicional, que sobrevém automaticamente sempre que realizamos a nossa autotranscendência, sempre que nos entregamos, quer seja amando a alguém ou servindo a algo. Assim que não procurarmos mais o outro, mas exclusivamente o prazer, tal vontade para o prazer já inclui em si o motivo do seu fracasso. Nunca a automanipulação consegue ter êxito. O caminho que leva ao prazer e à auto-realização necessariamente tem que passar, antes, pela auto-entrega e pelo auto-esquecimento. Quem julga este caminho como um desvio, é tentado a escolher um caminho mais curto, procurando o prazer como se ele fosse um objetivo. Entretanto, tal pretendido caminho mais curto, revela-se como uma rua sem saída.

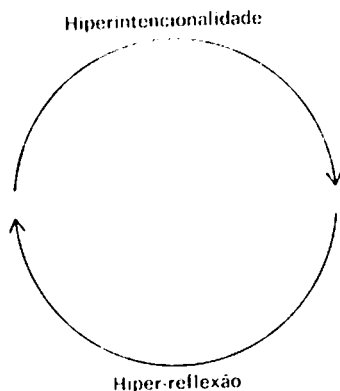


Figura 4

E novamente podemos observar como o paciente se perde num círculo vicioso. A luta pelo prazer, a luta pela potência e pelo orgasmo, a vontade forçada para o prazer, ou uma hiper-intencionalidade (figura 4) do prazer, não só o impede, mas traz consigo também uma hiper-reflexão igualmente forçada: começa-se, durante o ato, a observar-se a si próprio e eventualmente a espiar o parceiro. Neste caso perde-se a espontaneidade.

Perguntando o que em casos de distúrbios da potência possa ter provocado a hiper-intencionalidade, constatamos sempre que o paciente vê no ato sexual algo como uma prova que ele precisa dar aos outros. Em uma palavra, o ato sexual possui para ele o caráter de uma exigência. Já em 1946 (Viktor E. Frankl, *Pastoral Médica*, Franz

Deuticke, Wien) afirmamos que o paciente “julga-se quase obrigado a consumir o ato sexual” sendo que tal “obrigação à sexualidade pode provir do próprio Ego ou de determinada situação”. Também é possível que esta obrigação seja causada pela parceira (uma parceira “temperamental”, sexualmente exigente). A importância desse terceiro momento já está comprovada até por experiências com animais. Assim conseguiu, por exemplo, Konrad Lorenz que a fêmea de uma determinada espécie de peixes em vez de fugir garridamente do macho durante a cópula, nadasse energeticamente em direção a ele; tal procedimento provocou, segundo as palavras do autor, reações “humanas” no macho: o seu aparelho genital fechou-se em forma refletória.

A estas três instâncias já citadas que levam os pacientes a um sentimento de obrigação em relação à sexualidade, juntam-se atualmente mais dois fatores. Trata-se, em primeiro lugar, do sistema de valores no qual a sociedade dirigida pelo lema da produtividade inclui também a capacidade sexual. A *peer pressure*, isto é, a dependência do indivíduo dos seus semelhantes e daquilo que os outros, o grupo a que pertence considera “in” — essa “peer pressure” exerce sua influência no sentido de intencionalmente forçar potência e orgasmo. Entretanto, não apenas a hiper-intencionalidade, mas também a hiper-reflexão é cultivada dessa forma em proporções coletivas. O resto de espontaneidade não atingido pela “peer pressure”, é destruído no homem de hoje pelos “pressure groups”. Estamos nos referindo à indústria das diversões sexuais bem como à indústria das instruções sexuais. O objetivo dessas indústrias, da obrigação ao consumo sexual, é alcançado com a ajuda dos “hidden persuaders” que através dos meios de comunicação propalam-no publicamente. Parece bastante paradoxal que até os jovens de hoje se deixem conduzir dessa forma em andanças pelo mundo industrial e que eles aceitem ser balançados pela onda do sexo sem que percebam que estão sendo manipulados. Quem se levanta contra a hipocrisia deveria também entrar em ação onde a pornografia, para que não chegue a uma baixa nos negócios, é vendida sob o rótulo da arte ou da instrução educativa.

Tal situação tem se agravado ultimamente de forma que um grande número de autores observou um aumento da impotência entre os jovens, alegando como sua causa responsável a moderna emancipação da mulher. Assim diz J. M. Stewart no seu relatório sobre a “impotence at Oxford”: as jovens mulheres andam exigindo os seus direitos sexuais (“demanding sexual rights”) enquanto os homens temem que as parceiras com grandes experiências os julguem amantes incapazes (*Psychology and Life Newsletter* 1, 5, 1972). Mas também George L. Ginsberg, William A. Frosch e Theodore Shapiro publicaram um trabalho sob o título “A Nova Impotência”, onde dizem: “A exploração

dos fatos prova a existência de um novo desafio para o homem de hoje, sendo que nestes casos de uma nova forma de impotência a iniciativa para o ato sexual partiu do lado feminino” (Ach. gen. Psych. 26, 218, 1972).

A de-reflexão

A hiper-reflexão é tratada na logoterapia com uma de-reflexão, enquanto combatemos a hiper-intencionalidade tão patógena nos casos de impotência com uma técnica logoterápica que fora definida em 1947 (Viktor E. Frankl, *A Psicoterapia na Prática*, Franz Deuticke, Wien). Recomendamos que o paciente seja levado ao ato sexual “não proposto em forma programada, mas que se contente com carinhos fragmentários, por exemplo, no sentido de um prelúdio sexual mútuo”. Também aconselhamos “ao paciente, que ele explique à sua parceira que nós tínhamos proibido rigorosamente qualquer coito — na realidade nós esperamos que o paciente mais cedo ou mais tarde desrespeite a nossa ordem e que ele — livre da pressão das exigências sexuais que lhe foram apresentadas até então pela parceira — comece a aproximar-se sempre mais da satisfação do instinto e isto enquanto corre o perigo que a sua parceira — alegando a nossa proibição de coito — o rejeite. Quanto mais ele for recusado, tanto maior será sua recuperação”.

William S. Sahakian e Barbara Jacquelyn Sahakian (“Logotherapy as a Personality Theory”, *Israel Annals of Psychiatry* 10, 230, 1972) acham que os resultados das pesquisas de W. Masters e V. Johnson confirmaram claramente os nossos próprios resultados. De fato, o método de tratamento desenvolvido por Masters e Johnson, em 1970, assemelha-se em muitos pontos à nossa técnica terapêutica publicada já em 1947, que acabamos de descrever. Em seguida, queremos apresentar casos práticos para ilustrar melhor as nossas explicações.

Godfryd Haczanowski (“Logotherapy: A New Psychotherapeutic Tool”, *Psychosomatics* 8, 158, 1967) comenta sobre um casal que o procurou. Estavam casados apenas há poucos meses. O homem sofria de graves depressões em virtude da sua impotência. Eles tinham se casado por amor e o marido estava tão feliz, que tinha como único objetivo o de também tornar feliz a sua esposa, satisfazendo-a também sexualmente, de modo que alcançasse um orgasmo o mais intenso possível. Após poucas sessões Haczanowski conseguiu convencê-lo que exatamente esta hiper-intencionalidade a respeito do orgasmo da parceira tinha que necessariamente frustrar a sua própria potência. Ele compreendeu também que daria à sua esposa muito mais que o orgasmo, se ele lhe entregasse “si próprio”, uma vez que o orgasmo sobreviria automaticamente se ele não fosse visado direta e exclusivamente.

De acordo com as regras da logoterapia, Kaczanowski voltou a proibir o coito, providência que livrou o paciente visivelmente da sua angústia de espera. Como já era esperado, o paciente ignorou poucas semanas mais tarde a proibição de coito, vencendo as resistências iniciais da sua esposa. A partir deste momento a vida sexual do casal se normalizou totalmente.

Semelhante é um caso de Darrell Burnett, que não trata de impotência mas de frigidez: "A mulher sofrendo de frigidez observava tudo o que acontecia com o seu corpo durante o ato sexual, pois tentava fazer tudo de acordo com os manuais. Ela foi instruída a dirigir a sua atenção para o marido. Após uma semana ela já tinha experimentado um orgasmo". O paciente de Kaczanowski superou a hiperintencionalidade com a ajuda da intenção paradoxal, isto é, a proibição do coito, enquanto a paciente de Burnett eliminou a hiper-reflexão mediante a de-reflexão, o que se tornou possível somente quando a paciente conseguiu transcender-se a si mesma. Semelhante é o seguinte caso tirado da minha própria experiência: a paciente me procurou por causa da sua frigidez. Na sua infância ela fora abusada sexualmente pelo próprio pai. "Isto precisa ser vingado", assim era a convicção da paciente. Sempre que ela tinha uma relação íntima com o seu parceiro, ela estava presa por esta angústia de espera; era como se ela estivesse "à espreita", pois sempre estava dirigida pela intenção de provar e confirmar a sua feminilidade. Entretanto, dessa forma a sua atenção estava dividida entre o parceiro e ela mesma. Tudo isso, porém, tinha de impedir necessariamente o orgasmo; na medida em que se observa o ato sexual, aumenta a incapacidade de entregar-se. Alegando falta de tempo para começar imediatamente o tratamento, pedi a ela que voltasse depois de dois meses. Todavia, lhe dei o conselho de não se preocupar até lá com a sua capacidade ou melhor incapacidade para o orgasmo — pois esta seria abordada constantemente durante o tratamento — mas recomendei a ela apenas que procurasse dar sempre maior atenção ao parceiro durante o ato sexual. E os seguintes acontecimentos me deram razão, pois o que eu tinha esperado, aconteceu. A paciente voltou não somente após dois meses, mas já depois de dois dias — e ela retornou curada. Era simplesmente necessário que ela desviasse a sua atenção de si mesma, ou seja, da sua própria capacidade ou incapacidade para o orgasmo — em resumo: era suficiente uma de-reflexão para que ela pudesse alcançar o seu primeiro orgasmo entregando-se livremente ao parceiro.

No entanto, podemos usar o nosso "truque" apenas quando nenhum dos parceiros o conhece. A necessidade de ser bastante engenhoso em tais situações ilustra o seguinte relatório de Myron J. Horn, um dos meus ex-alunos: "Um jovem casal me procurou por causa da im-

potência do homem. Repetidamente a sua esposa lhe tinha dito que ele era um amante miserável (*a lousy lover*) e que ela estava decidida a procurar outros homens para encontrar finalmente a satisfação verdadeira. Eu exigi dos dois que permanecessem, por uma semana, todas as noites pelo menos por uma hora nus na cama, fazendo tudo aquilo que gostariam de fazer com exceção do coito. Uma semana depois eu os vi novamente. Eles informaram que tentaram obedecer às minhas instruções, mas “infelizmente” realizaram o coito três vezes. Mostrando-me aborrecido, insisti em que eles observassem durante a semana seguinte as minhas ordens. Após poucos dias eles me telefonaram para relatar outra vez a sua incapacidade de obedecer, pois mantiveram relações sexuais até várias vezes por dia. Um ano mais tarde fiquei sabendo que este sucesso ainda perdurava”.

E possível que seja necessário explicar o nosso “truque” não ao paciente, mas à sua parceira. Isto aconteceu no seguinte caso. A participante de um seminário sobre logoterapia dirigido por Joseph B. Fabry, na Universidade de Berkeley, aplicou, sob a orientação de J. B. Fabry, a nossa técnica no seu próprio parceiro que exercia a profissão de psicólogo e dirigia como tal um serviço de orientação sexual. (Ele tinha recebido a sua informação por Masters e Johnson.) Este especialista em problemas sexuais sofria, por sua vez, distúrbios de potência. “Seguindo a técnica de Frankl”, assim diz o relatório, “decidimos que Susan dissesse ao seu amigo que ela, por ordem do médico que a tratava, estava tomando remédios, motivo pelo qual tinha de abster-se durante um mês de qualquer relação sexual. Eles poderiam ficar juntos fisicamente e fazer tudo menos praticar o ato sexual. Na semana seguinte Susan confirmou o sucesso deste procedimento. Em seguida, porém, houve uma recaída. Entretanto, a estudante de Fabry foi suficientemente inteligente para superar, desta vez sozinha, o distúrbio da potência do seu parceiro: “Impossibilitada de repetir outra vez a história sobre as ordens médicas, ela disse ao seu amigo que raramente, ou quase nunca, tinha alcançado o orgasmo, pedindo-lhe que desistisse esta noite do coito e a ajudasse no seu problema com o orgasmo”. Desta forma, ela assumiu o papel de uma paciente, deixando para o seu parceiro o papel do orientador sexual, conseguindo assim levá-lo para a autotranscendência. Com isso já foi posta em ação a de-reflexão e eliminada a tão patógena hiper-reflexão. “Este método funcionou outra vez. E nunca mais, desde então, surgiu o problema da impotência.”

Gustave Ehrentaut, um orientador sexual na Califórnia, tratou uma vez um paciente que sofria há 16 anos de ejaculação precoce. Inicialmente ele tentou resolver o caso pela terapia behaviorista, sem obter, porém, durante dois meses, qualquer melhora. “Então eu decidi”,

comenta ele, "aplicar a técnica da intenção paradoxal de Frankl. Informei ao paciente que ele não tinha condições para superar esta ejaculação precoce e que ele, por isso, teria de tentar satisfazer apenas a si mesmo." Quando Ehrentraut ainda lhe deu o conselho de abreviar o mais possível a duração do coito, o efeito da intenção paradoxal foi que o ato sexual se prolongou por quatro vezes. Nunca mais houve uma recaída.

Outro orientador sexual da Califórnia, Claude Farris, me entregou um relatório em que ele prova a possibilidade de aplicar a intenção paradoxal também em casos de vaginismo. A paciente, educada num convento de freiras católicas, impôs à sexualidade um rigoroso tabu. Ela se submetia ao tratamento por causa de dores agudas durante o coito. Farris a instruiu que não relaxasse a região genital, mas contraísse o mais possível a musculatura da vagina, de modo que seu marido, de forma alguma, conseguisse penetrá-la. Este, por sua vez, recebeu a ordem de fazer tudo para quebrar esta resistência. Após uma semana os dois apareceram para informar que pela primeira vez em toda sua vida conjugal o coito se realizou livre de dores. Não foi registrada nenhuma reincidência. O interessante neste relatório é a idéia de recorrer à intenção paradoxal para conseguir um relaxamento. Neste contexto queremos mencionar também uma experiência de David L. Norris, um cientista californiano, que pediu ao sujeito experimental Steve que relaxasse o mais possível. Steve tentou obedecer mas não o conseguiu, pois procurou alcançar o seu objetivo com demasiada atividade. Norris foi capaz de fazer observações exatas a este respeito, uma vez que Steve estava ligado a um eletromiógrafo, que indicava constantemente 50 micro-ampère. Quando Norris informou Steve que desta forma ele nunca conseguiria relaxar-se realmente, este estourou: "Que o diabo carregue o relaxamento. Não quero saber dele". Imediatamente o apontador do eletromiógrafo caiu para 10 micro-ampère. E Norris comenta: "A velocidade era tanta que eu suspeitava de um defeito no aparelho. Nas sessões seguintes, Steve obteve êxito, pois não pretendia relaxar-se".⁹

Resumindo, podemos dizer que a logoterapia abrange 5 áreas de indicação. Em primeiro lugar ela é indicada como terapia do logos, isto

⁹ Algo semelhante podemos dizer sobre os diversos métodos, para não dizer seitas, da meditação que hoje em dia não é menos moda que o relaxamento. Assim me escreve uma professora americana de psicologia: "Recentemente eu era treinada na prática da meditação transcendental, mas após poucas semanas desisti; eu sinto, pois, que consigo meditar espontaneamente, mas sempre que começo a querer meditar formalmente, no mesmo instante paro de meditar".

é, do sentido, em casos de neuroses noógenas que como tais, como noógenas, surgiram, não por último, em virtude da perda de um sentido. Nesta sua primeira área de indicação, a logoterapia pode ser vista como uma terapia específica.

O mesmo não ocorre na sua segunda área de indicação: nos casos de neuroses psicógenas, nas quais ela é usada em forma de de-reflexão e intenção paradoxal, a logoterapia se torna uma terapia inespecífica, porque os diversos padrões de reações patógenas cuja dissolução, como explicamos anteriormente, ela se propõe, não tem nada a ver com a problemática do sentido. Com isso não queremos dizer, de forma alguma, que tal terapia inespecífica seja apenas uma terapia sintomática. Pois, de-reflexão e intenção paradoxal atingem, nos casos em que são realmente indicadas, a raiz da neurose, isto é, naquele ponto em que os mecanismos circulares a serem rompidos ganharam proporções tão patógenas. Destarte, a logoterapia mesmo deixando de ser no sentido logoterápico uma terapia específica, continua sendo no sentido psicoterapêutico uma terapia causal, isto é, uma terapia que se preocupa com as causas.

Diferente também é a sua terceira área de indicação: aí, ela deixa de ser terapia e isto pelo simples motivo porque nesta sua área de indicação não se trata geralmente apenas de doenças somáticas, mas, em particular, de doenças somáticas incuráveis; nestes casos a terapia, desde o início, pode ter por único objetivo facilitar ao doente a encontrar no seu sofrimento, isto é, até o último instante da sua vida, um sentido, levando-o a realizar os valores de atitude. Como já dissemos, não se trata, nem pode-se tratar mais de uma terapia, mas ninguém pode negar que tal pastoral médica¹⁰ também faz parte das obrigações médicas de tratamento e atuação. Enquanto a logoterapia, na sua terceira área de indicação, se apresenta como tratamento médico (embora de males e doenças incuráveis), ela é confrontada, na sua quarta área de indicação, com fenômenos sociógenos, tais como o sentimento da falta de sentido, a sensação do vazio e o vácuo existencial, portanto sempre com fenômenos inatingíveis ao modelo médico; pois, eles ainda não são patológicos, embora possam ser, nos casos em que marcam o início de uma neurose noógena, bastante patógenos.

Por fim, a quinta área de indicação da logoterapia: confrontada com dúvidas e desesperos de origem sociógena a respeito de um sentido da vida, a logoterapia se dedica, na sua quarta área de indicação, não ao tratamento médico de doentes, mas à assistência humana de doentes. Na quinta área de indicação, porém, não se trata de terapia

¹⁰ "O que nós estamos fazendo", diz Freud, "é pastoral no melhor sentido".

específica ou inespecífica de neuroses noógenas ou psicógenas, nem do tratamento ou da assistência de casos somatógenos ou sociógenos; pelo contrário, aqui ela se propõe à prevenção de neuroses iatrógenas. Seria mais correto falar de neuroses psiquiátricas. Nós nos referimos a casos em que o médico (ιατρος) e relativamente o psiquiatra, é responsável pela intensificação da frustração existencial, impondo ao paciente idéias modelares totalmente sub-humanistas, de modo que a psicoterapia se torna doutrinação com efeito reducionista.

Após esta visão sistemática tentamos oferecer um breve resumo histórico. W. Soucek classificou a logoterapia como a Terceira Corrente Vienense da Psicoterapia ("A análise existencial de Frankl, a Terceira Corrente da Escola Psicoterapêutica de Viena", *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 73, 594, 1948) considerando-a uma sucessora da psicanálise e da psicologia individual. Sendo assim, não se pode esquecer, apenas, que a lei básica biogenética de Ernst Haeckel também é válida para a logoterapia. Como, de acordo com Haeckel, o desenvolvimento ontogenético recapitula o filogenético, assim também houve, inicialmente, na vida do fundador da logoterapia, fases nas quais surgiram publicações cujos manuscritos foram enviados pessoalmente por Freud e Adler à redação das revistas internacionais de psicanálise, e de psicologia individual, que os publicaram em 1924 e em 1925, respectivamente. (Ludwig J. Pongratz, *Psicoterapia em Auto-retratos*, Hans Huber, Bern, 1973).

Seja como for, Sigmund Freud escreveu uma vez: "Todas as nossas teorias estão esperando a sua complementação, reestruturação e correção automática". T. P. Millar, porém, é de opinião que a situação atual não permite esperar uma revisão teórica de grande vulto promovida pelos próprios seguidores de uma corrente (*British Journal of Psychiatry* 115, 421, 1969). Do contrário, ele dá razão a Ernest Hilgard que espera a reformulação propriamente dita da teoria psicanalítica antes por pessoas que não pertencem a nenhuma organização ou instituição psicanalítica. A urgência de tal "reformulação" pode ser deduzida das seguintes afirmações: J. Marmor, Presidente da American Academy of Psychoanalysis, escreve: "Parece que no nosso país, nos últimos dez anos, decaiu o prestígio da psicanálise nos círculos acadêmicos e científicos de forma significativa" ("The current Status of Psychoanalysis in American Psychiatry", *American Journal of Psychiatry* 125, 131, 1968). E o editor do *American Journal of Psychoanalysis*, Harold Kelman, confronta a American Psychiatric Association com os seguintes fatos: em 1945, praticamente todos os futuros psiquiatras desejaram submeter-se à uma análise didática. Em 1960 apenas 1 entre 7 desejou-a e, em 1969, somente 1 entre 20. ("How Does Psychoanalysis Fit into the Total Concept of Care?"

Psychiatric Spectator 3,8). Além disso, “24 de 31 psicanalistas norte-americanos observam na sua respectiva região uma diminuição do interesse pela psicanálise” (E. D. Wittkower e J. Naiman, “Psicanálise Vista sob Aspecto Internacional”, *Revista de Medicina Psicossomática e Psicanálise* 19, 220, 1973). Mesmo assim, continuo repetindo o que escrevi num dos meus livros escritos em inglês e ainda não traduzidos para o alemão¹¹: A psicanálise servirá também como base para a psicoterapia do futuro¹², mesmo que lhe aconteça, como a qualquer fundamento arquitetônico, um desaparecimento gradativo, enquanto a estrutura desta psicoterapia do futuro se vai erguendo sobre a mesma. Assim o trabalho de Freud contribuiu para a fundamentação da psicoterapia, de modo incomparável e insuperável: visitando a sinagoga mais antiga do mundo, a Antiga-Nova Escola de Praga, podemos ver duas poltronas — numa delas estava sentado o famoso e lendário rabino Löw (sobre ele se diz que formara o golem de um montão de barro) e na outra sentaram todos os demais rabinos que o sucederam; pois ninguém tinha coragem de julgar-se igual ao rabino Löw e ocupar o lugar deste. Desta forma, a poltrona do rabino Löw permaneceu desocupada durante todos os séculos. Eu acho, o mesmo nos acontecerá com Freud: nunca ninguém conseguirá comparar-se com ele.

¹¹ “The Will to Meaning”, *New American Library*, New York, 1969.

¹² Edith Weisskopf-Joelson, “Logotherapy: The Psychotherapy of the Future”, Symposium of Logotherapy, Annual Meeting of the Psychological Association, Montreal, 1973.

“O respeito pela autoridade é uma das melhores qualidades da natureza humana. Mas não deve ser menor nosso respeito pelos fatos. Não devemos calar-nos quando nossa opinião, calcada em fatos, for contrária à da autoridade.”

(S. Freud, Wien. med. Wschr. 39, 1098, 1889)

Parte Teórica

BASES DA ANÁLISE EXISTENCIAL E DA LOGOTERAPIA

De início, é preciso evitar malentendidos: análise existencial e logoterapia são, no fundo, a mesma coisa, pois cada uma delas representa uma faceta da mesma teoria. Contudo, análise existencial (*Existenzanalyse*) e análise da existência (*Daseinsanalyse*) nada têm de comum. A similaridade está apenas no nome destas duas escolas, quando traduzidas para o espanhol, o inglês ou o francês. Mesmo quando ambas as tendências se referem ao esclarecimento da existência (*Existenzerhellung*, Karl Jaspers), o pensamento de uma não é o mesmo da outra — como pôde demonstrar Paul Polak, num estudo comparativo entre a análise da existência (*Daseinsanalyse*) de Ludwig Binswanger e a análise existencial (*Existenzanalyse*), pois na análise da existência a expressão *Existenzerhellung* é empregada no sentido de esclarecimento do ser, enquanto na análise existencial, acima de todo esclarecimento do ser, faz uma tentativa ousada de esclarecimento do sentido, de modo que o acento se desloca do esclarecimento dos modos de ser para o das possibilidades do sentido. Pode-se, pois, dizer que a Análise Existencial vai além de uma simples análise, sendo também terapia e precisamente logoterapia, no que difere da análise da existência, a qual — segundo as definições dos seus pensadores de maior projeção — em si e como tal não chega a ser (Psico) terapia no verdadeiro sentido do termo. Com efeito, “logos” significa sentido e logoterapia é, portanto, uma psicoterapia baseada no sentido, que dá ao paciente uma nova orientação.

A análise existencial, porém, não deseja ser apenas uma análise da pessoa concreta e, portanto, uma análise no sentido ôntico, mas, também, uma análise no sentido ontológico, isto é, uma explicação ou revelação da essência do existir pessoal — no que prescinde do desenvolvimento da existência pessoal, como acontece através da biografia.

Uma característica da existência humana é a sua transcendência. O homem transcende não somente o mundo ao seu redor (*Umwelt*), no sentido de mundo dos seus semelhantes (*Welt*) e também no sentido de um supermundo, como ainda seu ser, no sentido de um dever. Onde quer que transcenda a si próprio, o homem se eleva sobre seu ser psicofísico, deixa o plano do somático e do psíquico e entra no espaço do humano propriamente dito, o qual é constituído por uma nova dimensão, a dimensão poética, a dimensão do espiritual, pois nem o somático nem o psíquico isolados constituem o que há de propriamente humano. Antes, ambos representam somente facetas da existência humana, em relação às quais os achados não raramente se contradizem, de modo que não se pode falar de um paralelismo no sentido do dualismo, nem de uma identidade no sentido do monismo. Contudo, apesar da diversidade ontológica do somático, psíquico e poético, a unidade e totalidade ontológicas do ser humano se mantêm e se salvam, assim que se passe da análise existencial para uma ontologia dimensional. Os resultados são, porém, contraditórios: onde quer que abramos o livro da realidade — em cada página a realidade se desenha de forma diversa (figura 1), e as diversas figuras, situadas em páginas diversas, não se sobrepõem, se virarmos as páginas (figura 2). Mas se introduzirmos a dimensão imediatamente supe-

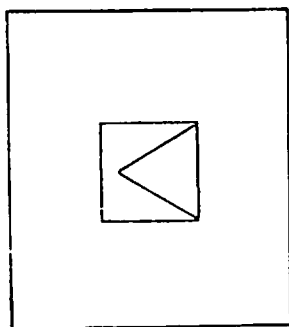


Figura 1

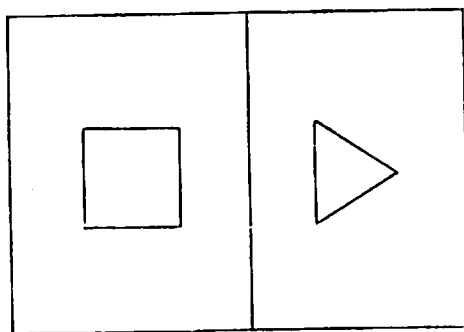


Figura 2

rior, e isso quer dizer levantarmos a figura da direita, verticalmente (figura 3), verificar-se-á que é possível o desaparecimento de contradição, e as próprias contradições se mostram necessárias, pois verifica-se que a figura da esquerda e a da direita, o triângulo e o quadrado representam a projeção de uma pirâmide no espaço em dois planos (figura 4). Nem por isso podemos dizer que uma pirâmide é constituída por um triângulo e um quadrado, porque, dimensionalmen-

te, ela é muito mais. Tampouco podemos dizer que o homem se compõe de corpo e alma. Ao contrário, o ser humano não se reduz ao físico nem ao psíquico. Só de maneira forçada poderá ele ser ali contido (*hineinzerren*), como se fosse aí projetado do espaço humano propriamente dito.

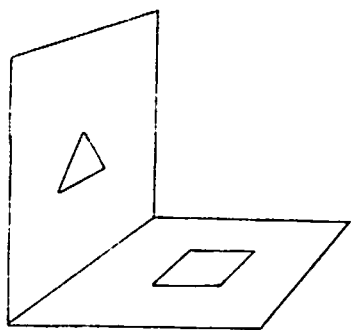


Figura 3

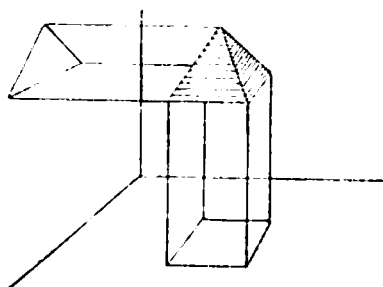


Figura 4

Até certo ponto é uma verdade da Ciência fazer tal projeção em determinado sentido, o que significa que ela faz abstração, por princípio e por método, da total dimensionalidade do real, mantendo-se na ficção de um mundo unidimensional. Este é o destino e a missão da Ciência e sob esse aspecto ela não deve deter-se diante do homem, mas projetar-se também do espaço noológico para o biológico ou o psicológico, conforme o caso. Se, por exemplo, examinar do ponto de vista neurológico um paciente que me foi encaminhado devido a um tumor cerebral, terei naturalmente que fazer vistas grossas à total realidade dimensional do homem concreto e proceder como se ele se tratasse de um sistema fechado de reflexos mais ou menos condicionados. Porém, assim que eu tenha posto de lado o martelo de reflexos, posso perceber de novo a condição humana do paciente, que eu havia posto entre parênteses.

Assim, também pode ser legítimo projetar o homem do seu espaço noológico, não para o plano fisiológico, como no caso do exame neurológico, mas para o plano psicológico, e isto acontece, por exemplo, no âmbito da pesquisa psicodinâmica. Mas, se eu não tenho plena consciência disso, poderei muito bem perder-me. Sobre-tudo, devo ter em mente o que desta forma eu retenho, pois no sistema de coordenadas, numa consideração unilateral e exclusivamente psicodinâmica, eu posso deixar de ver no homem tudo aquilo que não seja um ser movido por impulsos ou em busca de satisfação para

eles. Num sistema de referências como esse, o que é propriamente humano se apresenta como que distorcido, quando não foge de todo à observação. Pensemos agora em algo como o sentido e os valores: eles deverão desaparecer do meu campo visual assim que eu considere apenas os impulsos ou suas forças, e assim deve ser pelo simples motivo de que os valores não impulsionam, mas atraem! E entre ambos existe uma grande diferença, a cujo reconhecimento não devemos nos frustrar, se não procurarmos outra coisa, no sentido de uma análise fenomenológica, senão uma via de acesso para a realidade total do ser humano.¹

Ou, para citar mais um exemplo, é duvidoso que possamos falar de impulso moral como falamos de impulso sensual, ou de impulso religioso, “como falamos de impulso de agressão” (H. Bänziger). Isso nos levaria a ver na satisfação de um impulso moral a própria moral como coisa em si e assim também na tranqüilização do superego como no apaziguamento da consciência. Mas um homem é bom, não por causa de uma boa consciência, mas em virtude de algo como o amor por alguém ou por Deus. Se um homem fosse bom apenas por ter boa consciência, então estaríamos tratando apenas de um caso de farisaísmo. Ter uma boa consciência nunca poderia constituir o fundamento de eu ser bom, mas, ao contrário, somente a consequência. Não é de se admitir também que os santos teriam se tornado santos se essa fosse sua intenção. Teriam sido na verdade perfeccionistas, e este constitui, sem dúvida, um obstáculo no caminho para a perfeição. Na verdade, como diz o provérbio, uma boa consciência é o melhor travesseiro; é preciso, entretanto, que evitemos fazer da moral um sonífero e da Ética um tranqüilizante.

O que, porém, está na base de tudo é a falsa interpretação da psique humana como algo que é dominado, essencialmente, por um princípio de compensação ou de equilíbrio; numa palavra, a elevação do princípio da homeostase à categoria de princípio regulador. Mas o princípio da homeostase não é válido nem no terreno biológico, sobre o qual chamou a atenção Charlotte Bühler, na verdade de acordo com L. von Bertalanffy, nem menos ainda, no terreno psicológico, especialmente focalizado por vários autores, entre os quais Gordon W. Allport. A chamada concepção antropológica, porém, procede como se a alma do homem fosse um sistema fechado e como se fosse dado ao homem restabelecer os estados intrapsíquicos mediante

¹ Trata-se aqui da diferença entre a psicodinâmica e a noodinâmica (ver pág. 8, prefácio da 2.^a edição), esta última não é, como a primeira, uma psicomecânica; deixar-se “arrastar” pelos valores pressupõe a liberdade de aceitar ou recusar uma oferta de valores, de concretizá-la ou pô-la a perder.

reconciliação e satisfação das exigências dos impulsos do Id e do Superego. Dessarte, todavia, resvalaria a Antropologia para uma manodologia, pois, em relação ao verdadeiro homem não se trata de estados de alma quaisquer, mas de objetos no mundo; primariamente, está ele voltado para os objetos e somente o homem neurótico, diversamente do homem normal, não se orienta pelo objeto, mas, ao contrário, se interessa de preferência pelo subjetivo. Uma Psicoterapia que tenha por base apenas o princípio da homeostase e se oriente por uma imagem monadológica do homem, apenas favoreceria um escapismo, banindo-o para o “espaço interior do psiquismo” (Philipp Lersch).

A esse respeito, não podemos privar-nos de uma observação crítica no que se refere às expressões correntes de auto-satisfação e auto-realização: auto-satisfação e auto-realização podem tornar impossível o fim último da vida — ao contrário, quanto mais o homem por elas se orienta, tanto mais erra. Acontece aqui, como em todo estado subjetivo de prazer, algo como um “sentimento de estado” (Max Scheler): quanto mais o homem vai atrás do prazer, tanto mais ele o perde e há não poucas neuroses sexuais que têm por base esse mecanismo etiológico. Acaba por perder a felicidade, quem a procura.

O que importa, pois, não é satisfazer ou realizar a si mesmo, mas alcançar um sentido e realizar valores. E somente na medida em que o homem satisfaz o sentido concreto e pessoal de sua existência, estará, na mesma medida, satisfazendo a si próprio. A auto-satisfação se processa naturalmente, não “per intentionem”, mas “per effectum”.

Mas quando está o homem tão interessado na auto-satisfação, quando ele se volta para si mesmo, neste sentido? Se isto acontece, não é como consequência de uma intenção malograda, em relação ao sentido? Não traduz uma intenção forçada de auto-satisfação, uma intenção frustrada em relação ao sentido? Isto me faz lembrar, por analogia, o bumerangue, que tem por fim, como em geral se pensa, voltar ao caçador que o lançou. Mas o bumerangue só volta ao caçador quando não atingiu o alvo, a presa. Assim é também em relação ao homem, que somente volta para si, para seu próprio estado, quando não percebe que lá fora, no mundo, um sentido concreto e pessoal o aguarda, que lá fora ele tem uma missão a cumprir, que só ele mesmo poderá desempenhar; pois, realmente, “estar em si” só é dado ao homem na medida em que ele está com as coisas no mundo e o mundo existe.

Insistamos: somente quando a orientação objetiva primária malogra, o homem volta-se para aquele estado subjetivo, tão característico nos neuróticos. Assim, também, o desejo de auto-satisfação

não é, absolutamente, algo primário: mas vemos nele, antes, um defeito da existência humana, pois primariamente importa ao homem não a auto-satisfação, mas a realização do sentido. Na logoterapia, nós usamos a expressão “vontade do sentido” — o que significa a necessidade de dar à nossa vida o máximo de sentido e de realizar no seu curso todos os valores possíveis —, colocando ao lado da vontade de sentido a vontade de prazer, ou seja, o princípio psicanalítico do prazer e também a “necessidade de se impor” da Psicologia Individual e, portanto, a tendência ao mando.

Nada disto se pode ver na psique humana, concebida pela Psicologia Dinâmica; da dimensão noológica, que caracteriza o homem, nada se projeta, nada se retrata no plano psicológico. No sistema fechado de um “aparelho psíquico” (Freud), dominado pelo princípio do prazer, não há lugar para vontade do sentido, “que faz explodir o espaço interno da psique”, porquanto ela põe o homem no mundo, na verdade num mundo em que há ordem, num cosmos disposto e orientado pelo sentido e pelos valores. Em contraposição, o princípio do prazer, isto é, a luta pelo prazer ou contra o desprazer (a luta pela compensação ou contra todas as tensões e excitações perturbadoras do equilíbrio) nada de primário significa, mas, ao contrário, algo secundário ou derivado, ou seja, um simples grau de resignação, sendo preciso na realidade, primeiro, uma frustração da “vontade de sentido” — como algo original e próprio do homem — para que a “vontade do prazer” possa se estabelecer.

Para a neurose, é fundamental a substituição dos objetivos de sentido e valor pelo interesse relacionado com estados de prazer e desprazer. Nos casos de neurose sexual, particularmente, se evidencia que a luta visando sentido e valor, é substituída por outra, ou visando o prazer ou a fuga do desprazer. Tais pacientes usam a expressão “onanismo na mulher” (*Onanie am Weibe*). Com isto, eles se referem a um ato sexual que outra coisa não é senão um meio para obter a descarga da excitação sexual: ao escopo do impulso serve o seu objeto (Freud). Instintivamente, eles consideram o ato sexual propriamente dito aquele no qual se entregam amorosamente ao parceiro, como tal, e são capazes de praticar o ato e de sentir o prazer, livres de qualquer distúrbio ou inibição e isso sem pensar no ato em si ou no prazer. Quanto mais interessados pela satisfação do impulso, menor a atenção para com o respectivo objeto, a não ser como meio para aquele fim. Mas se assim é, não importa saber se o estado de equilíbrio é estabelecido (ou restabelecido), por meio do objeto propriamente dito ou de um ato masturbatório. Esta via, porém, não conduz ao mundo, mas contornando-o, constitui um curto-circuito intrapsíquico. Os objetos intramundanos servem ape-

nas como meio para um fim, o de produzir ou reproduzir um estado intrapsíquico. Em consequência desta transformação de um fim — encontro com o mundo e seus objetos — em meio — satisfação dos impulsos a serviço da autotranqüilização — o relevo dos valores no mundo se reduz ao plano de indiferença. Assim, os objetos do mundo, como um mundo de sentidos e de valores, se transformam em meios indiferentes, a serviço do princípio do prazer.²

Visar um sentido é, portanto, algo original, espontâneo, genuíno e, como tal, deveria ser levado a sério, inclusive pela Psicoterapia. Uma Psicologia que se intitula desmascarante vem tentando desmoralizar essa pretensão do homem, visando alcançar o sentido da existência, considerando-a como sendo uma camuflagem das pulsões inconscientes e menosprezando-a como se fosse uma simples “racionalização”. O que é preciso, gostaria eu de dizer, é um desmascaramento dos desmascaradores. Diante do genuíno deverá cessar a tendência ao desmascaramento; se isso não acontece é porque atrás da tendência ao desmascaramento do psicólogo desmascarador, existe uma tendência antidepreciativa. Num ou noutro caso, o desmascaramento pode ser sentido, mas isso apenas em casos excepcionais.

Menos ainda, pode a Psicoterapia ignorar a intencionalidade relacionada com o sentido, em vez de apelar para ela; se se trata efetivamente de uma psicoterapia de 1.^a ordem, apelar para um sentido pode ter em certas circunstâncias uma ação não só conservadora da saúde psíquica e física como até mesmo salvadora da vida. Neste sentido depõem não somente os dados clínicos, mas também e não menos, as experiências e observações práticas: através da experiência crucial dos prisioneiros da guerra e dos campos de concentração,

² O princípio do prazer serve ao princípio universal da compensação, que se propõe o ajustamento de toda tensão. A física conhece algo semelhante na sua doutrina de entropia como esperado estado final cósmico. À “morte pelo calor” poderíamos opor como correlato psicológico o Nirvana; o nivelamento de toda tensão psíquica pela libertação de todos os sentimentos de desprazer seria, então, como um equivalente microcósmico da entropia macrocósmica, o Nirvana, como a entropia “vista por dentro”. O princípio do equilíbrio representa, porém, o antagonista de um princípio de individualização, que tende a considerar todo ser individual, um ser diferente (*Arztliche Seelsorge*, Wien, 1946, pág. 30). (Existe uma teoria análoga, de Schrödinger, não, porém, sobre o ser, mas sobre a vida.) A situação privilegiada do homem dentre os seres, a maneira específica de ser do homem, podemos precisar, de acordo com a nossa tese: “Ser = ser outro” (l.c. pág. 3), nos seguintes termos: ser pessoa (*menschliches Dasein*, *Existenz*) significa, de forma abstrata, ser diferente de todos os outros. E a particularidade essencial de cada homem reside justamente no fato de ser ele diferente dos outros (l.c. pág. 56 e 57). Pois que todo homem é absolutamente diferente dos outros, é ele, no que respeita ao seu modo de ser, singular; por isso mesmo, o sentido de existência de cada homem é singular e único.

ficou provado que nada no mundo capacita o homem para superar estas "situações limite" (Karl Jaspers) como o conhecimento do objetivo da vida. As palavras de Friedrich W. Nietzsche: "Quem tem um porquê para viver suporta quase qualquer coisa", foram confirmadas. Na verdade, tais palavras são válidas apenas quando não se trata de um objetivo qualquer, mas individual e singular, cuja individualidade e singularidade correspondem à realidade, pois todo existir humano é único e, ao seu modo de ser, singular.³

Mas o homem também pode ver-se frustrado em relação ao sentido de sua vida, o que na logoterapia se denomina "frustração existencial", porque se justifica denominar como existencial tudo que se relaciona com o sentido da vida, respectivamente com a "vontade de sentido" (*Willen zum Sinn*). A impressão de que sua existência não tem sentido algum domina o homem comum de hoje, assim como o sentimento de que seu valor é menor que o dos outros, isto é, aquilo que em Psicologia Individual comumente se denomina sentimento de inferioridade. Mas, o sentimento de inferioridade, tanto quanto o da inexistência de sentido, que com aquele rivaliza, não constitui algo de patológico; é algo humano, o mais humano que possa haver, mas não mórbido. Cabe aqui distinguir entre o humano e o mórbido, se nós não quisermos confundir duas coisas essencialmente distintas entre si, isto é, crise espiritual e doença psíquica. E, em si, a frustração existencial nada tem de patológico.⁴

Hoje em dia, a frustração existencial desempenha um papel mais importante que nunca. Basta pensar quanto o homem de hoje sofre em virtude de uma perda progressiva do instinto, como também por uma perda da tradição: na dimensão vital, os objetivos da vida são ditados pelos instintos e na dimensão social pelas tradições. Mas ao homem, que foi expulso do paraíso, onde havia proteção e segurança pelo instinto, e em particular ao homem de hoje, o qual pela perda da tradição foi entregue a si mesmo (*auf sich allein gestellt war*) depois de ter sofrido a perda do instinto, não é revelado pelo instinto nada do que precisa nem pela tradição lhe é dito o que deve

³ Evidentemente, não basta sugerir ao paciente, como um sentido para sua existência, um hobby qualquer: se alguém em sua terra ocupa uma posição tal, ou é o maior colecionador de selos, isso nada significa, do ponto de vista existencial. Ao contrário, tem valor e dignidade terapêutica, quando se trata de um sentido concreto e pessoal e cuja realização é tida pelo próprio como necessária e até mesmo imprescindível.

⁴ Conhecemos um Professor da Universidade de Viena, que nos foi encaminhado porque vivia atormentado pela questão do sentido de sua vida; verificou-se, então, que ele sofria de uma depressão endógena; mas suas dúvidas e a preocupação com o sentido da vida não apareceram nas fases de sua doença, mas somente nos intervalos, isto é, quando estava são.

fazer com base na sua vontade de sentido ele sabe que quer dever. Mas, muitas vezes, ele sabe apenas que deve querer; em outros termos, ele nada sabe sobre o sentido mesmo. Ao contrário, ele se defronta com um fato que chamamos em Logoterapia vácuo existencial, isto é, com um vazio interior e falta de conteúdo, com a sensação de perda do sentido da existência e do conteúdo da vida, o qual então se descobre (*das sich dann auftut*).

O vácuo existencial tanto pode ser manifesto como latente. Ele se torna manifesto no estado de tédio, e se Arthur Schopenhauer teve um dia a idéia de que a humanidade oscilaria sempre entre os dois extremos, o da penúria e o do tédio, deve-se não só dar-lhe razão, mas acrescentar que a nós psiquiatras o tédio dá mais que fazer que a penúria, mesmo incluindo nela a necessidade sexual. Vivemos uma época da automatização incipiente e ela proporciona ao homem horas de lazer em quantidade cada vez maior. Mas ele não sabe o que fazer com elas. Não somente as horas de lazer, como o outono da vida, colocam o homem diante do problema de como ele deverá preenchê-las: também o aumento da duração da vida põe o homem em face do vácuo existencial, uma vez privado do exercício de atividade profissional. Finalmente, é, ao lado da velhice, a juventude onde podemos ver, muitas vezes, como pode frustrar-se o desejo de sentido, pois o abandono da juventude somente em parte pode ser atribuído à aceleração corporal: a frustração espiritual é, como se reconhece cada vez mais, decisiva.

Formas latentes de frustração existencial, nós encontramos sob a forma clínica da "doença do gerente", da qual padecem hoje não somente diretores de empresa, mas também círculos mais amplos, assim como no alcoolismo, que se expande cada vez mais; no caso da doença do gerente, a frustrada vontade do sentido é compensada pela forçada vontade do poder, enquanto no caso do alcoolismo ela cede para a exagerada vontade de prazer. Em verdade, num caso se trata do desejo de mando na mais primitiva das formas, isto é, da ambição pelo dinheiro e, no outro, como de um desejo de prazer negativo (assim denominado por Arthur Schopenhauer), no qual se trata de uma simples liberdade em relação ao desprazer — ao contrário do chamado prazer "positivo".

A frustração existencial pode conduzir também a distúrbios neuroticos. Na Logoterapia, nós falamos de "neuroses noogênicas" — nome sob o qual entendemos aquelas neuroses causadas originária e propriamente por um problema espiritual, um conflito ético ou uma crise existencial — e à neurose noógena nós contrapomos heurísticamente a neurose no sentido estrito, a qual por definição é um distúrbio psicógeno.

É perfeitamente compreensível que a terapia específica das neuroses noogênicas outra não é senão uma psicoterapia que vê o homem, o normal e o doente, na dimensão noética e como uma tal terapia se apresenta também a logoterapia, uma psicoterapia que ousa subir à dimensão do espiritual, inclusive quanto à etiologia dos distúrbios neuróticos, significando "Logos" não somente sentido, mas também espiritual.⁵ É assim compreensível que a oposição entre Psicoterapia no sentido estrito e Logoterapia seja simplesmente heurística.

Uma terapia noética não é, porém, indicada somente em casos de neurose noogênica; ao contrário, acontece, não raro, que uma neurose psicógena representa uma proliferação psíquica num vácuo espiritual; de modo que sua psicoterapia só pode terminar se se preenche o vácuo espiritual ou se a frustração existencial deixa de existir — de fato, e ainda mais que isso: nós mesmos pudemos mostrar que há também pseudoneuroses somatógenas, das quais três grupos principais foram por nós descritos como basedovóide, adisonóide e tetanóide. Pudemos mostrar ainda que tais pseudoneuroses respondem a um tratamento medicamentoso adequado, ou seja, pela administração de sulfonato de dihidroergotamina, acetato de desoxicorticosterona ou éter de O-Metoxifenilglicerina, respectivamente. Mas também aqui não seremos bem sucedidos se não ousarmos subir à dimensão noética.

Em todos estes casos: tanto nas neuroses psicógenas como também nas pseudoneuroses somatógenas, a Logoterapia é aplicável, não como terapia específica, mas ao contrário, inespecífica. Como tal, ela se preocupa menos com o sistema do que com a atitude do paciente em relação ao sistema, pois na maior parte das vezes o patogênico é exatamente a atitude defeituosa do doente. A Logoterapia distingue diversos padrões de atitude e tenta provocar no doente uma mudança de atitude; em outras palavras, ela é de fato uma terapia de transformação. A Logoterapia, nesse sentido, constitui uma técnica e um método específicos; eu me refiro apenas ao método "de reflexão" e da intenção paradoxal.

Como quer que seja: no sentido de uma terapia específica ou inespecífica, a Logoterapia tenta fazer com que o paciente procure dar à sua vida um sentido concreto e pessoal. Não é a ela, porém, que cabe dar à existência do paciente um sentido — como ninguém

⁵ A vontade de sentido é espiritual e subjetiva e o sentido mesmo é espiritual e objetivo; pelo menos é o que se deduz, à vista do fato de que nós podemos "encontrá-lo" e de modo nenhum produzi-lo. É exatamente por isso que ele (o sentido), na sua objetividade, poderá ser descoberto, mas não inventado.

poderá esperar ou exigir da Psicanálise, que se ocupa tanto com a sexualidade — que ela propicie casamentos, ou da Psicologia Individual — que se ocupa tanto com a sociedade — que ela arranje empregos; assim, também, não se exigirá da Logoterapia que seja intermediária na criação de valores. Não nos compete dar um sentido à existência do paciente, mas unicamente pô-lo em condição de encontrar esse sentido, alargando seu campo visual e permitindo que ele possa enxergar em toda plenitude a gama inteira de suas reais possibilidades de concretização de sentido e valores.

Se é preciso que o paciente tome conhecimento de um sentido possível, não poderá o médico deixar de ter uma idéia de todos eles, inclusive em relação ao sentido do próprio padecer, mesmo quando se trata de mal irremediável, ainda que não fatal, pois este padecer traz em si não somente uma ou a última possibilidade de alcançar algum sentido ou de realizar algum valor como até mesmo, uma e outra, no mais alto grau, inclusive nos instantes finais da vida. À Logoterapia cabe não somente promover o restabelecimento no paciente da capacidade de trabalhar e de sentir, mas também despertar nele a capacidade de sofrer, isto é, dando o sentido possível à própria doença.

Mas, entre as coisas que parecem tirar o sentido à vida humana, estão não somente o sofrimento, mas também o morrer, não somente o infortúnio, mas também a morte. Nunca nos cansaremos de repetir que somente as possibilidades são passageiras: uma vez realizadas, vão para o passado salvas da transitoriedade; pois no passado nada está irremediavelmente perdido e, sim, salvo. A transitoriedade da nossa existência não lhe tira o sentido. Mas ela não nos priva da responsabilidade, pois chega o momento decisivo para realizar também as possibilidades (passageiras). E, destarte, compreendemos, também, o imperativo categórico da Logoterapia, que assim soa: "vive, pois, como se vivesses pela 2.^a vez e, tendo feito tudo errado na 1.^a vez, estás agora na iminência de fazê-lo de novo!" Quer nos parecer que nada chamou tanto a atenção do homem para sua responsabilidade como este lema. Não cabe ao homem indagar do sentido de sua vida. Ele deveria considerar-se como alguém que é inquirido. É a própria vida que lhe faz a pergunta e ele tem que responder, responsabilizando-se por ela. Com efeito, a análise existencial vê na responsabilidade o sentido da existência humana, a essência da existência.

Ser responsável é mais do que um simples ser livre; o homem é livre de algo ao passo que responsável por algo e diante de algo. Mas, a Logoterapia simplesmente leva o homem a perceber que é

responsável e deixa que ele próprio decida a respeito do sentido de sua própria existência como ser responsável em face de algo (consciência ou a sociedade) e não perante alguém (perante Deus).

De qualquer forma, o logoterapeuta será o último a tirar do paciente, em face de tal decisão, a responsabilidade, como também não admitirá que ele a transfira para o psicoterapeuta.

Em geral, a Logoterapia é considerada um complemento e não um substituto da Psicoterapia no sentido estrito. A Logoterapia quer contribuir para completar a imagem do homem visto pela Psicoterapia, fazendo dele uma imagem do homem total, do homem em todas as suas dimensões, aí compreendendo a dimensão espiritual.

Acima, falamos da frustração existencial; agora é ela, por assim dizer, um niilismo vivido. Ao seu lado se coloca o niilismo ensinado — e nós podemos dizer: com o niilismo vivido só poderá ser levada a cabo uma psicoterapia que se liberte do niilismo ensinado, isto é, daquela antropologia implícita, que não vê no homem nada mais e nada menos que a resultante de um paralelogramo de forças, no qual os componentes são representados por condições biológicas, psicológicas ou sociológicas, respectivamente. Nos moldes desta concepção, o homem é apresentado como simples produto de impulsos, herança e meio. Mas o homem não é produto algum. Onde existe um produto, este não será o homem, mas um homúnculo. O homunculismo é um sinal dos tempos. Se a Psicoterapia deve ser uma terapia e não um sintoma dentro da patologia do espírito da época, mister se faz que ela tenha uma visão correta do homem, necessitando, para isso, em igual medida, de uma metodologia e técnica exatas.⁶ Contudo, o médico que supervaloriza e endeusa o método e a técnica e julga seu papel equivalente ao de um médico técnico, prova simplesmente que ele vê no homem um mecanismo e uma máquina — “o homem máquina” (Julien O. de Lamettrie) — e não vê atrás do doente, o homem.

Desvaneceu-se o sonho de meio século: o sonho que tinha por base uma mecânica da alma e uma técnica na medicina mental ou, em outras palavras: uma explicação da vida da alma, psíquica, à base de mecanismos e de um tratamento das afecções mentais com

⁶ É possível que a Logoterapia não dê muito valor ao método e à técnica. O que é decisivo, sobretudo na psicoterapia, é o relacionamento, o encontro do médico com o paciente. Mas também o modo como se procura este encontro é possível tanto ensinar como aprender. Ensinar é possível através de exemplo, que nós damos, e o bom exemplo desencadeia a reação em cadeia, pelo qual a cada um é dada uma chance única, a chance de ser o primeiro a dar o bom exemplo.

auxílio de tecnicismos. Mas, o que começa a se esboçar na aurora não são os contornos de uma medicina psicologizada, mas de uma psiquiatria humanizada.

Resumo

Primariamente, não interessa ao homem o restabelecimento em sua alma de estados intrapsíquicos quaisquer, como a satisfação dos impulsos e a reconciliação das exigências do Id e do Superego, mas os objetos do mundo, e na verdade num mundo de sentidos e de valores, mundo não somente dado, mas também *aufgegebenen* (dado como tarefa). Somente se a orientação objetiva primária, o estar o homem orientado para algo, a transcendência da existência, malogram, passará ele a se interessar por aqueles estados, como é característico da existência neurótica. O objetivo do homem é alcançar um sentido e realizar valores. Na Logoterapia falamos de interesse pelo sentido. Também a tendência à auto-satisfação, de forma alguma, é algo primário; somente na medida em que o homem realiza o sentido de sua existência de forma concreta e pessoal, está se realizando a si próprio. O interesse do homem pelo sentido pode também ser frustrado, o que na Logoterapia se denomina vácuo existencial. Isso pode levar também a distúrbios neuróticos. Na Logoterapia falamos de neuroses noogênicas, para as quais a Logoterapia é a terapêutica específica. Não cabe, porém, a nós, dar ao paciente um sentido existencial, mas pô-lo em condições de encontrar o sentido de sua existência; é oportuno que ampliemos seu campo visual, de modo que ele possa ter idéia do espírito completo das possibilidades de valor e sentido pessoais e concretos. Não cabe verdadeiramente perguntar-se ao homem sobre o sentido de sua vida. Na verdade, é a própria vida que o inquire a respeito e ele tem que dar uma resposta, responsabilizar-se pela sua vida. A análise existencial (*Existenzanalyse*) vê na responsabilidade a essência do *Dasein* humano, a essência da *Existenz*.

Bibliografia

- Allport, G. W. — *Becoming, Basic Considerations for a Psychology of Personality*. New Haven, Yale University Press, 1955.
- Arnold, M. B. e Gasson, J. A. — *The Human Person*. In: *Logotherapy and Existential Analysis*. New York, Ronald Press, 1954.
- Bänziger, H. — *Persönliches und Archetypisches im Individuationsprozess*. *Z. Psychol., Schweiz*, 6:272-283, 1947.

- Bertalanffy, L. von — *Problems of Life*. New York, J. W. Wiley, 1952.
- Buehler, C. — Zur Psychologie des menschlichen Lebenslaufes. *Psychol. Rundsch.* 8:1-15, 1956.
- Dienelt, K. — *Erziehung zur Verantwortlichkeit. Die Existenzanalyse V. E. Frankls und ihre Bedeutung für die Erziehung*. Wien, Oesterreichischer Bundesverlag, 1955.
- Frankl, V. E. — Philosophie und Psychotherapie. Zur Grundlegung einer Existenzanalyse. *Schweiz. med. Wschr.* 69:707, 1939.
 — *Theorie und Therapie der Neurosen. Einführung in die Logotherapie und Existenzanalyse*. Wien, Urban & Schwarzenberg, 1956.
 — *Das Menschenbild der Seelenheilkunde. Drei Vorlesungen zur Kritik des dynamischen Psychologismus*. Stuttgart, Hippokrates-Verlag, 1959.
- Kocourek, K., Niebauer, E. e Polak, P. — Ergebnisse der Klinischen Anwendung der Logotherapie. In: von V. E. Frankl, V. E. v. Gebattel e J. H. Schults, orgs., *Hb. der Neurosenlehre. und Psychotherapie*. München-Berlin, Urban & Schwarzenberg, 1959, v. 3.
- Lersch, Ph. — *Seele und Welt. Zur Frage der Eigenart des Seelischen*. 2.^a ed. Leipzig, J. A. Barth, 1943.
- Polak, P. — *Frankls Existenzanalyse in ihrer Bedeutung für Anthropologie und Psychotherapie*. Innsbruck-Wien-München, Tyrolia-Verlag, 1949.
 — Existenz und Liebe. Ein kritischer Beitrag zur ontologischen Grundlegung der medizinischen Anthropologie durch die "Daseinsanalyse" Bingswangers und die "Existenzanalyse" Frankls. *Jb. Psychol. Psychoter.* 1:355-364, 1953.

Parte Diagnóstica

O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL NEUROLÓGICO, “ORGÂNICO-FUNCIONAL”

Antes de tudo, cabe-nos perguntar com que direito se fala do diagnóstico diferencial neurológico entre quadros orgânicos e os assim chamados funcionais; pois não é o diagnóstico diferencial algo de que se cogita também noutras disciplinas médicas — não se vê o internista, pelo menos com a mesma freqüência, diante do mesmo problema de diagnóstico diferencial? Tudo isto pode estar certo; contudo, na realidade — mas, não de direito —, é o neurólogo que com maior freqüência tem que enfrentar o problema, quer seja saber se no caso concreto se trata de distúrbio funcional, e por que. Já o conceito de funcional leva ao terreno do psicógeno, e este conceito, por sua vez, ao de neurótico, e este ao domínio da neuropsiquiatria.

Aqui teríamos que fazer, desde logo, uma observação crítica. É preciso indagar se os conceitos “funcional” e “neurótico” se superpõem e até que ponto, ou se ao contrário, se cruzam. Para decidir esta questão, precisamos, em primeiro lugar, passar em revista os possíveis contrários do conceito “distúrbio funcional”; indaguemos, portanto, a que se opõe a expressão “funcional”, usada com toda propriedade — o que deve ser totalmente excluído se rotulamos como funcional um quadro mórbido?

Antes de tudo, entende-se por “funcional” um estado que, na nossa opinião, não é de origem orgânica, somatógena ou fisiógena (Gerstmann). Já neste ponto, dever-se-ia observar que a esfera da causalidade orgânica é, de modo nenhum, fixável uma vez por todas; ao contrário, a observação nos mostra que em todos os setores especializados, os confins daquilo que chamamos fisiógeno se deslocaram extraordinariamente no curso da história da pesquisa médica, e não somente a favor de uma nova psicogênese, mas também a favor de uma fisiogênese, de descoberta recente. Quanta coisa não foi consi-

derada antigamente como funcional — simplesmente porque a causa orgânica ainda era desconhecida! Basta pensar que doenças como a epilepsia foram consideradas como doenças nervosas funcionais e até mesmo como “neuroses”. Também nos domínios da medicina interna há uma tendência, desde os trabalhos de G. v. Bergmann, à crença de que muita coisa considerada hoje como funcional será tida um dia, provavelmente, como de origem e infraestrutura orgânicas. Indubitavelmente: tal substrato orgânico não existirá durante muito tempo como um desvio da norma, caracterizado por uma alteração estrutural morfológica facilmente demonstrável, mas, ao contrário, somente após uma existência mais ou menos longa, isto é, “com o tempo”, os transtornos funcionais se manifestarão por substanciais alterações da forma, para as quais eles foram conduzidos nesse intervalo. Pois, exatamente como a função pôs o órgão, assim também o distúrbio da função, isto é, o distúrbio funcional primitivo, altera-lhe a estrutura.

Funcional neste primeiro sentido significa, de início, não fisiológico; em seguida, psicógeno, mas indemonstrável; e, finalmente, não primariamente psicógeno (mas, sim, facultativamente — conduzindo a alterações orgânicas secundárias). Como nós vemos, este conceito de funcionalidade corresponde aproximadamente àquilo que na linguagem comum se considera como “nervoso” — como quando nos referimos a sintomas nervosos e não a caráter nervoso (A. Adler), (portanto a uma qualificação psicológica do homem que produz o sintoma em questão). Aqui teríamos chegado a um segundo ponto, em que nós teríamos que opor ao conceito “funcional” um outro: o conceito de psicógeno. Não devemos esquecer-nos de que considerar um distúrbio qualquer como funcional, no sentido que acaba de ser esboçado, não quer dizer, de modo nenhum, que ele (o distúrbio não fisiológico) seja para nós equivalente a psicógeno. O simples fato de que um distúrbio não tem base orgânica ou o de que se desconhece essa base, não implica, em absoluto, que ele seja de origem psíquica. Da indubitável ou suspeita negatividade do achado orgânico não se pode concluir positivamente sua psicogênese. A psicogênese, para ser admitida, deve ser demonstrada ou no mínimo fazer-se verossímil ou diagnosticável como a fisiogênese. A psicogênese não pode nem deve ser diagnosticada simplesmente por exclusão. Nós ainda falaremos como pode ser prejudicial para o doente, quando o médico, na falta de um achado orgânico positivo, admite uma provável psicogênese e dá a conhecer ao paciente tal conclusão. Diante de uma atitude desnorteante como essa, o doente reage, através de uma atitude neurótica de protesto.

Resumindo, diremos que o conceito de funcional tanto pode significar o não fisiológico como também, positivamente, o psicógeno; temos, porém, a considerar aqui duas coisas: em primeiro lugar, o termo "neurótico" é um qualificativo de um homem, isto é, daquele que apresenta um sintoma; neurótica pode ser a estrutura básica, psicológica ou caracterológica do ser humano e somente por causa desse qualificativo do homem, que "tem" um determinado sintoma, também este pode ser qualificado como neurótico. Com esta caracterização do sintoma, já se estabelece um juízo sobre seu valor na estrutura geral da personalidade como um todo. . . — Em segundo lugar, caberia diferenciar o conceito reativo do conceito "psicógeno": certamente, os sintomas reativos são psicógenos; nem tudo o que é psicógeno, entretanto, deve ser reativo (isto é, provocado); ao contrário, há distúrbios psicógenos que são independentes de situações externas e têm a sua raiz numa tendência anterior a conflito.

De tudo o que foi dito, queremos fixar o seguinte: que é explícito que especialmente o neuropsiquiatra trate de diagnóstico diferencial entre "orgânico" e "funcional". Se então, a seguir, como relâmpago, abordamos os possíveis meios auxiliares para esta diferenciação, é recomendável que se comece pelas possibilidades que nos oferece a tomada da anamnese.

Em geral, a informação de que o aparecimento de um determinado sintoma coincide com uma certa emoção, ou se desenvolve em seguida, já constitui uma dessas vias. Seria precipitação, todavia, concluir de imediato, com base nessa informação, pela existência de um distúrbio psicógeno. Pensemos, por exemplo, na chamada epilepsia afetiva, sem dúvida problemática! Também os acessos, sem dúvida organicamente condicionados, são, em regra, desencadeados por emoções. Ao afeto cabe aqui um papel determinante, não o papel de uma causa primária verdadeira, mas simplesmente de uma condição desencadeante. Seria, portanto, errado e perigoso, de um indício anamnético, no caso concreto, fazer o diagnóstico de ataque histérico, em vez de epilepsia (afetiva). Que nós, na diferenciação diagnóstica entre crises epiléticas e histéricas — quando não nos é dado assistir à crise — tenhamos que nos valer de dados fornecidos pela anamnese, como mordedura da língua e emissão involuntária de urina ou de fezes, é natural. Completando, devemos ainda observar que nos pequenos acessos, que são freqüentes, principalmente nas crianças (ausências, picnolepsias) e cuja origem orgânica não pode ser deslindada tão-somente por meio da anamnese, é importante o concurso dos parentes, que tendo observado o doente, poderão informar se

a face se tornou nitidamente ruborizada ou pálida ou se houve uma mudança brusca na irrigação — fato esse que fala a favor do pequeno mal.

É hoje, de resto, improvável que exista realmente aquilo que em outros tempos se chamava “histero-epilepsia” — isto é, como unidade nosológica autêntica. Em geral, o uso da expressão, se é que ainda hoje ela é empregada, traduz insegurança diagnóstica. Em casos concretos, temos que decidir se existe uma ou outra coisa. Que a alteração epiléptica do caráter também predispõe a certos mecanismos psicógenos, não há dúvida; mas, mesmo estes mecanismos se processam em outra direção, diferente daquela da histeria. Mas, por improvável que seja a formação de híbridos, pela associação de sintomas orgânicos em mecanismos histéricos, como seria o caso da histero-epilepsia, dir-se-ia com o praticante (médico) que também um caráter histérico, por genuíno que seja, não imuniza aquele que o possui, inclusive no sentido de vir a adoecer de qualquer distúrbio orgânico.

Quando tratamos de marcha do exame que deverá possibilitar o diagnóstico diferencial entre quadros orgânicos e funcionais, ficamos sabendo até que ponto o próprio exame pode produzir sintomas aparentes. Aqui se deve apenas observar que em certas circunstâncias se pode chegar ao mesmo resultado por meio da anamnese. Um interrogatório feito com inabilidade poderá levar o doente, particularmente quando neurótico, a apresentar um quadro hipocondríaco grave. Importa aqui que se combatam tais idéias, esclarecendo ao paciente qual o significado de suas respostas às nossas perguntas; assim, por exemplo, se a uma pergunta sobre a existência destes ou outros casos da doença na sua família (na tomada da anamnese) o paciente se refere a doenças nas quais não existe uma hereditariedade similar, temos a obrigação de esclarecer que não existe relação alguma entre esses casos e o seu, impedindo assim o desenvolvimento de temores hipocondríacos ou angústia de espera. Providências especiais, no sentido de prevenir o aparecimento de idéias hipocondríacas ou o prosseguimento daquelas já despertadas por nossas perguntas, deverão ser tomadas, se no curso da anamnese familiar se apura a existência de casos de perturbação mental; pois são poucas as idéias hipocondríacas com tanta tendência à fixação como à rebeldia ao tratamento e causando tanto sofrimento ao paciente, como o medo de doença mental, que muitas vezes se origina da simples existência de casos no seio da família e que chegam a tomar a feição de graves fobias.

Tais fobias e outras semelhantes, de conteúdo hipocondríaco, são muitas vezes criadas por uma anamnese involuntariamente mal

conduzida. Elas fazem parte das neuroses iatrógenas, isto é, provocadas pelo próprio médico. O perigo de provocar neuroses iatrógenas é, sem dúvida, ubíquo. Elas poderão ser evitadas, na medida em que os médicos forem tomando conhecimento do perigo. Sem dúvida, não está livre delas nem a mais bem intencionada das explorações médicas; para não sucumbir diante deste perigo é necessária uma metodologia particularmente conscienciosa. Indubitavelmente: é preferível, talvez, a nós médicos, sermos procurados por dez sífilófobos, vítimas de uma propaganda esclarecedora de amplas proporções no terreno venereológico, a quem nos compete tranquilizar, do que receber para o tratamento oportuno um único caso que seja, real, de sífilis.

Um capítulo que a esse propósito deveria ser mencionado é o do "complexo" hipocondríaco-fóbico, que deve sua existência a um diagnóstico "a qualquer preço", como muitas vezes ocorre. Queremos referir-nos ao diagnóstico "enteroptose", outrora muito frequente, o qual — na falta de outros achados orgânicos positivos — era dado a conhecer aos pacientes que, por um motivo talvez psíquico, haviam simplesmente emagrecido. O paciente, que naturalmente não podia conhecer o valor relativo do diagnóstico "ptose", sentia-se doente pelo simples fato de tomar conhecimento dele. Já aconteceu mesmo que achados ainda mais inofensivos causaram naquele sentido danos ainda maiores.

Para o diagnóstico diferencial entre os quadros orgânicos e os funcionais de cunho neurastênico, alguns pontos essenciais de referência podem ser obtidos através da anamnese: o "simples" neurastênico queixa-se dos seus distúrbios de forma essencialmente diversa da do paciente com doença orgânica, doença essa que se encontra prontamente no chamado estado pseudo-neurastênico; em contraposição a este, o neurastênico genuíno mostrará, já no curso da anamnese, uma visão da estrutura da própria doença (e não na simples consciência da doença), distinção essa que, como se sabe, pode ser importante no diagnóstico de uma possível paralisia progressiva. Em outras afecções, a anamnese permite também tirar conclusões diagnóstico-diferenciais no nosso sentido, porque nelas a associação dos sintomas, formando síndromes, desempenha um grande papel. Em tais casos é a inclusão dos sintomas numa unidade maior que nos orienta em nossas reflexões diagnósticas. Com outras palavras: aqui são as correlações que nos levam ao diagnóstico exato. Este é o caso em que supomos uma base orgânica, embora de grau leve, para os distúrbios aparentemente apenas funcionais, base essa que, por sua insignificância, não pode ser demonstrada pelo exame somático. Se, por exemplo, numa cefalia supostamente pós-comocional, podemos

verificar pela anamnese que a dor aparece preferentemente na flexão do corpo para a frente, para logo a seguir e com extrema rapidez tornar a desaparecer, ou se numa suspeita de neurite há referência também a parestesias, ao lado das dores, é na direção orgânica que apontam os dados anamnéticos; devemos, porém, precaver-nos no sentido de não sugerir ao paciente, por meio de um interrogatório mal orientado, dados positivos; ao contrário, nós preferimos as perguntas “retóricas”, isto é, perguntaremos ao doente, logo que tenhamos excluído o caráter funcional de sua doença, da seguinte forma: o sr. tem dores, verdadeiras dores — e não talvez uma espécie de perda da sensibilidade, ou algo como formigamento ou coisa semelhante. Não é verdade?

É fato conhecido que os verdadeiros quadros funcionais ou histéricos muitas vezes se desmascaram, através do modo pelo qual são descritos no curso da anamnese. O histérico costuma tornar-se tão demonstrativo ou ostentativo na descrição anamnética dos seus distúrbios que ela se torna desde logo uma exibição. Assim, Allers cita o caso de uma paralisia histérica em que a doente se queixou de incapacidade de erguer o braço esquerdo, com as seguintes palavras: “Creia, doutor, eu não posso mais nem fazer assim” — ao mesmo tempo que levantava o braço até a horizontal. . .

Depois desta exposição introdutória, visando saber até que ponto a anamnese pode oferecer, para nossos diagnósticos, pontos objetivos de referência, passemos à questão seguinte: que temos nós a considerar no exame somático do doente, visando distinguir os estados orgânicos dos funcionais? Precisamente no caso em que se trata de autenticidade duvidosa das manifestações mórbidas, que aparecem em seguida a traumas, seria preciso distinguir-se as seguintes possibilidades:

1. Lesão direta do órgão em questão, digamos, do cérebro, pelo trauma, mas sem síndrome orgânica, e sim um quadro neurastênico — por ter crescido sobre base orgânica — denominamos pseudoneurastênico. A já mencionada síndrome pós-comocional se impõe muitas vezes (na ausência de qualquer achado somático patológico) como neurastênica.

2. Destas síndromes pseudoneurastênicas (ou pseudoneuroses, como se poderia chamar com toda propriedade) se distinguem as neuroses traumáticas propriamente ditas. Aqui se trata de neuroses genuínas, que se desenvolvem pela ação do trauma sobre uma personalidade neuroticamente estruturada. No sentido de uma predisposição, a neurose é preexistente em todos os casos, pois ela se funda na personalidade — enquanto o trauma, no sentido de um

momento condicionante, desencadeante, sobrevém secundariamente. É um fato já demonstrado que determinados tipos de personalidade, dentre os múltiplos caracteres neuroticamente estruturados, mostram uma particular avidez por traumas. Lembramos, a esse propósito, somente os trabalhos de Alexandra Adler, que se dedicou ao estudo das relações psicológicas entre a personalidade neurótica e acidentes de trabalho, e as publicações de Erwin Straus, que procurou demonstrar que importância representativa, simbólica, tem o trauma para o neurótico propenso a acidentes.

3. Da neurose traumática, no sentido acima fixado, é preciso destacar a histeria de renda. Enquanto no caso da neurose traumática a vivência do trauma, assim como a sua ulterior elaboração psíquica, tem caráter meramente expressivo, porque o acidente vai ao encontro de tendências neuróticas do acidentado, na histeria de renda os distúrbios não exprimem uma neurose traumática exacerbada, mas constituem meio para um fim, meio a serviço de tendências históricas, meio para tirar vantagem do próprio acidente ou para assegurar, tanto quanto possível, uma vida livre de preocupação.

4. Não obstante, deve-se convir que também um meio caráter dos sintomas na histeria de renda se esconde no inconsciente; na simulação é diferente: aqui o doente tem consciência da intenção a serviço da qual aparece o sintoma.

Resumindo, é preciso distinguir, em princípio, com bastante rigor, pseudoneurastenia pós-traumática, neurose traumática, histeria de renda, simulação. A pseudoneurastenia pós-traumática é um distúrbio orgânico — os quadros restantes (três) são funcionais; a neurose traumática constitui a expressão de uma atitude neurótica — a histeria de renda um meio a serviço de uma tendência histórica, ou seja, de um desejo de renda; de tal modo que esta tendência não é consciente como tal no caso da simulação, ao contrário, é conscientemente intencional.

Nas queixas de dor, muitas vezes, é a própria queixa um meio de permitir o diagnóstico diferencial. O médico está habituado a olhar com ceticismo a afirmação feita pelo doente de que tudo lhe é doloroso. Se queremos excluir um processo (poli) meurítico ou um processo neurológico, recomenda-se orientar o exame de modo que, havendo suspeita de que se trata de perturbação funcional, não se examinem de início os diversos pontos de Valleix, mas, ao contrário, outros pontos, por onde não passam troncos nervosos ou onde não se situem locais de saída de nervos, observando, ao mesmo tempo, o paciente, quanto às possíveis expressões de dor. Se o

paciente em tal caso se queixa de dor à pressão, então procuraremos distraí-lo com conversa para, em seguida, sem que ele perceba, fazermos pressão sobre os pontos típicos.

Devemos acautelar-nos contra a maneira já há muito ultrapassada de se examinar o doente pesquisando os pontos dolorosos considerados como característicos da histeria, isto é, os assim chamados "clavus", "mamarie", entre outros. Provou-se, há muito tempo, que aqui se trata de um artefato: tais achados não são achados verdadeiros, mas produtos artificiais de uma falsa técnica de exame. Sempre que dirigimos a um paciente histérico perguntas positivas, como, por exemplo, se dói quando fazemos tal ou qual pressão neste ou naquele ponto, positiva será também a resposta que obtemos; dessa forma, podemos encontrar também uma glabella, uma xifoidia, etc. Em casos de dúvida, recomenda-se sempre que se faça pressão em ponto típico para afecções orgânicas, perguntando ao mesmo tempo de forma negativa: "aqui não dói, não é verdade?"

Passemos então ao exame dos nervos cranianos sem que nos preocupemos com sutilezas no que se refere ao exame funcional do 1.º e 9.º pares, isto é, sobre a questão da anosmia ou ageusia puras, nem tampouco com relação à técnica por meio da qual se desmascaram distúrbios visuais funcionais ou histéricos, ou ainda afonias. Tudo isto constituirá, por si só, assunto para um trabalho à parte, mas de maior interesse para especialistas em rinolaringologia e oftalmologia, respectivamente, do que para o médico prático. Inversamente, no que diz respeito aos nervos cranianos, tem muita importância o exame das pupilas, especialmente como meio para diferenciação entre quadros orgânicos e funcionais. Em primeiro lugar, é ele indispensável para o diagnóstico de uma paralisia progressiva, como base orgânica de uma síndrome ou pródrome pseudoneurastênica. Em segundo lugar, o exame das pupilas é muitíssimo importante para decidir se distúrbios neurastênicos pós-traumáticos têm realmente como substrato a síndrome orgânica pós-comocional (caso em que uma simples anisocoria constitui um dado essencial). Um grande papel desempenha, no exame minucioso das pupilas, de sua forma, amplitude e reação, o fato de que os distúrbios pupilares não podem ser simulados. Na verdade, O. Bumke observou não somente um caso de ptose psicógena, mas ocasionalmente, como outros autores, também um caso de rigidez pupilar histérica; esta rigidez de pupila apareceu durante uma crise histérica, e foi atribuída por Bumke à ação tetanisante da hiperventilação. Estes aspectos patogénéticos foram realçados por Johannes Lange e E. Guttmann; esses autores ressaltaram a possibilidade de que, em caso de disposição epiléptica, pode haver uma transição de um acesso histérico para

uma crise epiléptica, ou ainda que a hiperventilação é adequada para aumentar na medida necessária a disposição convulsiva orgânica.

Passando agora ao exame neurológico da sensibilidade, devemos considerar, no tocante ao diagnóstico diferencial entre quadros funcionais e orgânicos, o seguinte: 1. No exame de sensibilidade do trigêmio, devemos voltar as vistas para o reflexo corneano. A afirmação, outrora tão freqüente, de que a ausência do reflexo corneano ou do reflexo faríngeo constitui um estigma histérico, não pode, hoje, ser aceita; às vezes, o reflexo corneano está abolido, bilateralmente, mesmo em indivíduos normais. O que é importante é a diminuição do reflexo corneano de um só lado; sendo constante, torna-se um sintoma bastante significativo. Nos casos de vertigens e outros sintomas subjetivos vagos, em meio de poucos elementos orgânicos, aquele sintoma poderá constituir um elemento de suspeita em relação a um tumor do ângulo-ponto-cerebelar.

No exame da sensibilidade superficial do corpo, é de grande importância, nos casos de diminuição hemilateral, verificar os limites da linha mediana. Nós sabemos que os distúrbios hemilaterais da sensibilidade superficial, quando funcionais ou histéricos, coincidem exatamente com a linha mediana, enquanto nos hemianestésicos orgânicos o distúrbio vai além da linha mediana. É sabido também que os distúrbios psicógenos da sensibilidade, quando localizados nas extremidades, na maioria dos casos, abrangem o membro todo, não coincidem com o esquema da inervação periférica, nem com os limites segmentais. Não devemos esquecer-nos, porém, de que a siringomelia faz o mesmo, pois ela pode acarretar perda da sensibilidade sob a forma de punho (*marschettenförmigen*); enquanto um outro distúrbio de origem orgânica, como os da sensibilidade, relacionados com focos centrais, também são segmentares (*gliedförmige*) e localizados tipicamente nos dedos.

Seria errôneo, e portanto devemos acautelar-nos de antemão em relação a diagnóstico de distúrbio funcional, em casos não raros de informações contraditórias, mostradas pelos pacientes quando se lhes examina a sensibilidade. Pois é sabido que durante o exame da sensibilidade há variações do limiar de excitabilidade, as quais devem ser levadas como manifestações de cansaço. Um exame adequado de sensibilidade exige, por isso, não pouca paciência da parte do médico e neste sentido pode-se dizer que o exame da sensibilidade é para ele uma forma de provar-se naquele sentido.

Quando surge a suspeita de tratar-se de mecanismos histéricos ou simulação grosseira, procedemos da seguinte maneira: incentivamos o paciente (que naturalmente deve ficar de olhos fechados) a nos informar imediatamente se ele percebeu ou não os contatos por

nós provocados a intervalos regulares dentro ou fora da área anes-tésica. Enquanto de início perguntamos: "o sr. sente alguma coisa, sim ou não?", induzindo o paciente a responder sempre com um sim ou não, deixamos em seguida de fazer tais perguntas ao mesmo tempo que as excitações passam a ser feitas a intervalos irregulares, eliminando assim as expectativas e adivinhações. Mesmo assim, o histórico ou o simulador reagirá uma vez ou outra com um "não", com isso desmascarando-se.

Falando do exame das funções motoras, queremos começar pela função da fala. Não nos referimos à função da linguagem em geral, o que nos levará ao exame das afasias, mas apenas no sentido de uma eventual disartria. Se nós temos a impressão de que o paciente tropeça em algumas sílabas, faremos com que ele repita várias vezes a palavra usada como teste: se a pronúncia melhora cada vez mais, é provável que se trate de um distúrbio neurótico, o que eventualmente, em caso de sífilofobos, tem origem no temor hipocondríaco de uma paralisia, ou seja, de um medo antecipado de tropeçar nas sílabas. Se nestes casos o fator exercício melhora visivelmente a função da fala, no caso de uma paralisia legítima dá-se o contrário, devido ao cansaço provocado pela repetição das palavras-teste. Fato várias vezes observado e para o qual chamamos a atenção é o de que o paralítico já se define como tal, antes mesmo de lhe ditarmos a palavra teste; alguns deles não nos deixam chegar até lá, pois na sua típica e jovial boa vontade nos interrompem, tentando repetir a palavra (longa e difícil) antes mesmo de ouvi-la integralmente.

É evidente que no exame de função da fala, onde há suspeita de paralisia, deve-se prestar atenção especial nos movimentos mími-cos concomitantes, no sentido dos chamados "relâmpagos". Não devemos, porém, confiar em demasia neste sintoma, pois não só os neurastênicos têm tendência a manifestações motoras análogas ao relâmpago, mas também os esquizofrênicos, em especial na área cor-respondente ao primeiro ramo do nervo facial. Nós mesmos descre-vemos, sob a denominação de fenômeno do enrugamento (*Corru-gatorphänomen*), a contorção simultânea dos músculos superciliares, como fenômeno freqüente na fase inicial dos surtos esquizofrênicos.¹

Passemos agora ao exame da motilidade nas extremidades. De-vem observar com todo cuidado se o doente cumpre as ordens rece-bidas, quando ele realmente se dispõe a agir (innerviert). É preciso uma certa dose de experiência pessoal para verificar se uma inerva-ção espontânea se deu ou não. Não devemos esquecer que uma

¹ Viktor E. Frankl, Ein häufiges Phänomen bei Schizophrenie. *Zeitschrift für Neurologie, und Psychiatrie*, 152: 161-162, 1935.

inervação deficiente ocorre em casos de dores que a impedem, como em casos de neurites, artrites, etc. Em casos de afecções nervosas periféricas precisamos verificar, acima de tudo, se os distúrbios motores são característicos. Numa suposta lesão radial, por exemplo, procuraremos pesquisar, por meio de testes comuns, as deficiências motoras típicas para esse gênero de lesão. Quando suspeitamos que uma parestesia motora unilateral de uma extremidade inferior seja de caráter funcional, ordenamos ao paciente, deitado, que levante primeiro a perna não afetada e, em seguida, para comparação, a perna tida como doente. Se o doente levanta apenas um pouco esta perna, começamos a examinar seu pé, fingindo, por exemplo, ter descoberto algo de anormal na planta do pé ou no calcanhar. Levantamos então passivamente a perna para examinar melhor a parte supostamente lesada. Com o desvio de sua atenção para outro ponto, passa também o doente a observar o pé em vez da capacidade motora. O efeito — nos casos de simples parestesia motora funcional — será o de que a perna supostamente parética se manterá na mesma altura da perna sã, sem que nós a sustentemos, mas deixando-a entregue à sua motilidade ativa.

Os graus mais leves de uma hemiparesia se apuram, como se sabe, com relativa segurança, segundo a técnica de Gierlich, bastando para isso que tenhamos em mente que nas parestesias orgânicas durante o fenômeno genuíno, a mão parética, estendida durante algum tempo com a palma da mão para cima, enquanto o paciente mantém os olhos fechados, não somente cai, como, e isto é essencial, mostra uma tendência nítida à pronação.

Em caso de dúvida quanto à diferenciação entre uma parestesia orgânica e uma funcional, podemos recorrer ao exame eletrodiagnóstico dos nervos periféricos como da musculatura. Mesmo antes disso, porém, poderemos tirar nossas conclusões de certos distúrbios tróficos e vaso-motores, cuja existência devemos pressupor pelo menos nas afecções prolongadas do neurônio periférico.

No exame das condições funcionais no sentido da motilidade passiva podemos diferenciar um Lasègue legítimo de um Lasègue falso, da seguinte maneira: se o paciente acusa dor quando dobra a perna sob o quadril distendendo-a no joelho até atingir determinado grau de flexão, tentaremos manter a flexão, fazer a perna rodar para dentro e para fora; se a dor aumenta durante a rotação interna e diminui na rotação externa, teremos uma indicação de que se trata de autêntico Lasègue. (As condições opostas falam, em certas circunstâncias, a favor de uma afecção na altura da articulação do globus, confirmando, assim, a pseudo-Lasègue, mas não, em absoluto, um distúrbio funcional.)

Pelo exame da motilidade cumpre verificar também manifestações mórbidas no sentido da hipersensibilidade. Aqui se trata essencialmente da questão da origem orgânica de sintomas como tremor e similares. Temos tendência a considerar como funcional todo tremor não característico e irregular, e como orgânico o tremor rápido e frio dos dedos, sintomático da hipertireose e o tremor lento e grosseiro (*grobtschlägige*) típico dos percursos extrapiramidais. É claro que, nos casos duvidosos, esta última forma de tremor poderá ser diagnosticada tanto mais facilmente quanto mais pontos de referência houver, com relação à gênese estriada; o típico “enrolar pílulas” pode nos orientar no diagnóstico diferencial como o chamado fenômeno da roda denteada, o qual pode ser encontrado mesmo nos casos em que não se percebe o menor sinal de hipertonia estriada. Se, porém, o tremor é pouco característico, poderá não ser funcional. Ao contrário, se em tais casos se trata do fenômeno inibido, temos que pensar no chamado tremor essencial ou familiar e proceder à devida verificação através da anamnese.

Um capítulo muito importante do ponto de vista do diagnóstico constitui por si só o tremor intencional, pois dele depende o diagnóstico da esclerose múltipla, principalmente nos casos oligossintomáticos da doença, por sinal não raros. Nós podemos então observar que justamente os distúrbios grosseiros da motilidade podem distinguir-se facilmente quanto à natureza orgânica ou funcional; sendo grave o desvio, devemos prestar atenção no fato de que o doente, no momento em que a ponta do indicador (estando os olhos fechados) toca um ponto mais ou menos distante da ponta do nariz, corrige o desvio imediatamente, orientado pela sensibilidade superficial não perturbada, devendo, então, considerar-se como de origem orgânica o caso cometido na prova; no caso de neuróticos, histéricos ou simuladores, ao contrário, os pacientes, numa atitude ostentativa, mantêm o dedo no ponto desviado.

Se nós desejamos saber se uma outra manifestação de hiper-motilidade extrapiramidal, como, por exemplo, na hiper-motilidade coreática, nada mais é do que uma manifestação contrafeita em pacientes infantis ou jovens, ou, ao contrário, representa um sintoma estriado genuíno, nada nos resta a fazer senão desviar a atenção do examinando, dando-lhe, por exemplo, contas a fazer: nos casos de hiper-motilidade crônica a exacerbação do sintoma é própria da doença.

Pertence também ao exame neurológico a pesquisa do diado-cocinese. No caso de alteração, devemos levar em conta que nos destrômanos, normalmente, ela é menos perfeita no lado esquerdo.

Devemos citar ainda, neste ponto, que na nítida hipodiadococinese nos casos da chamada hemiparesia latente, como manifestação residual mínima e derradeira, após um insulto apoplético de grau leve, sendo ela muitas vezes evidenciável, antes mesmo da positividade do fenômeno de Gierlich.

Importante para caracterização de eventuais afecções orgânicas do sistema nervoso, ou seja, para maior segurança do diagnóstico diferencial, é também o exame do tônus muscular. Devemos, porém, precaver-nos no sentido de não tomar, como aumento do tônus, tensão intencional ou simples relaxamento defeituoso. A simples recomendação para desinibir-se não é suficiente em todos os casos. Ao contrário, vemos não raramente, em pessoas neuróticas, que elas, diante de tal solicitação, tornam-se ainda mais tensas e, nesse estado, dirigem para o membro que deveria relaxar uma atenção ainda mais tensa. Por isso, nós preferimos provocar o relaxamento por meio de desvios possíveis — com a ressalva de que estes neurodoentes devem ser provocados de uma forma tanto quanto possível arritmica, pois do contrário o doente exerceria influência sobre nossas tentativas.

O relaxamento é também, como se sabe, uma condição indispensável para um correto exame dos reflexos, pois, de modo geral, precisamos levar em conta muito menos o valor absoluto do efeito do que a relativa desigualdade na diferença de um lado em relação ao outro. Esta é, porém, ainda que mínima, um sinal da existência de um estado orgânico, desde que, entretanto, seja um dado constante. No que toca particularmente ao exame do P. S. R. (reflexo patelar ou rotuliano) recomenda-se que ele seja feito com o doente sentado, não porém com as pernas cruzadas, mas assentando ambas as plantas do pés sobre o piso. Nós colocamos a mão esquerda sobre o correspondente quadríceps do examinando, enquanto a mão direita maneja o martelo de reflexos; com isso visamos um duplo objetivo: o de poder controlar o relaxamento do músculo, como nos casos de P. S. R. de difícil provocação, e que permanecem sem efeito motor, e o de observar a contração do músculo pelo menos por via palpatória. No caso de, por fim, não se conseguir despertar o reflexo de maneira segura, mandamos que o doente, com a ponta do pé para baixo, faça pressão sobre o piso, provocando, assim, uma inervação dos antagonistas e, portanto, indiretamente, de modo mais simples, o relaxamento do quadríceps. Pelo uso de tal processo, pode-se, na maioria dos casos, esperar mais do que pode dar a célebre manobra de Tendrassik. No exame da AVR (reflexo aquileano), por sua vez, nós tentamos obter o grau máximo de relaxamento, fazendo que o doente se ajoelhe sob uma base macia. Desta maneira, em 1.º lugar,

subtraímos de suas vistas o exame. Além disso, movemos o pé alternadamente para cima e para baixo, de forma não ritmada, pois com isso se obterá, de forma ainda mais segura, completo relaxamento.

No exame do importantíssimo reflexo de Babinski, visa-se despertar, sempre que possível, o sinal clássico que consiste na flexão dorsal tônica do grande artelho e, ao mesmo tempo, uma flexão plantar, nítida, dos demais artelhos. Para despertar um Babinski com tais características é muitas vezes necessário abrir-lhe o caminho, o que, com mais facilidade se consegue, quando se excita, repetidas vezes, de forma exclusiva o bordo externo do pé. De resto, cumpre acentuar que entre um Babinski duvidoso e um Babinski clínico, existem delimitações autênticas, embora amplas. Além disso, deve-se considerar, por fim, que raramente um Babinski surge de um dia para outro. Em casos duvidosos, como pode acontecer nas afecções orgânicas incipientes, devemos contentar-nos em registrar as reações motoras que pudermos encontrar pelo exame do reflexo de Babinski. Desta maneira, nos livraremos, nos casos limítrofes, de uma futura surpresa desagradável, o que é muito importante, tendo em vista o fato de que muitos casos de esclerose múltipla começam com distúrbios predominantemente subjetivos, aparentemente funcionais, enquanto outros aparentam excitação no início de um Babinski esboçado ou — o que ainda é mais típico — um Rossolimo também esboçado como único sintoma orgânico isolado.

Para concluir a pesquisa neurológica, examinemos a estática e a locomoção. Neste particular, é preciso pesquisar sobretudo o sinal de Romberg. Mas, também neste particular há sinais simples (*bequemé*) que permitem distinguir o Romberg orgânico, do funcional. É sabido que no Romberg genuíno, a insegurança aumenta com o fechamento dos olhos, estando o paciente de pés juntos. Costumamos, nestes casos, primeiro ordenar que o doente junte os pés e esperar que ele se acomode nessa posição; conseguido isso, ordenamos que feche os olhos. Naqueles casos em que se supõe encontrar apenas o Romberg funcional, nós fazemos, ao mesmo tempo, a advertência de que fechando os olhos o desequilíbrio aumentará. Efetivamente, consegue-se, por esta forma, na maioria dos casos, tornar evidente o Romberg funcional; é preciso, porém, nestes casos, que haja elementos indicativos de elevada sugestibilidade.

Para o exame da marcha dificilmente poderemos citar pontos de referência válidos para a diferenciação entre distúrbios orgânicos e funcionais. Aqui terá o neuropsiquiatra que se basear inteiramente na sua própria experiência e naquilo que mais impressiona, uma vez que se trata de distúrbio não característico da marcha ou carente de aspectos tipicamente funcionais. O critério usual de deixar cair no chão

o doente de abasia, presumivelmente histérico, para observar se ele não se machuca na queda, parece-nos por demais heróico. Contudo, naqueles casos em que se supõe existente uma paresia funcional de uma das extremidades inferiores, podemos descobrir a origem operacional da postura e da marcha, procedendo da seguinte forma: salienta-se ao doente em primeiro lugar que, estando de pé, levanta a perna supostamente doente, o mais que puder; em seguida, ordenamos que faça o mesmo com a perna sã, e o doente então “demonstrativamente” a eleva mais alto que a outra — sem notar que para isso necessitou da perna doente como ponto de apoio, apanhado que foi de surpresa.

Concluindo estas considerações sobre o exame neurológico, visando particularmente o diagnóstico diferencial entre quadros orgânicos e funcionais não queremos deixar de nos referir ao efeito psicoterápico sobre o paciente da realização de minucioso exame das condições orgânicas, não obstante se trate de distúrbio com aspecto funcional. Uma parte que não deve ser subestimada na Psicoterapia está relacionada, em primeiro lugar, com uma anamnese bem feita (o simples fato de que o doente pode manifestar-se à vontade se se lhe dá essa oportunidade, o alivia consideravelmente) e, em segundo lugar, uma boa parte da Psicoterapia reside no confronto que faz o paciente do seu estado com os lados negativos do exame, desde que assentados em boa base, condição para que o doente neles creia.

Vimos até aqui as possibilidades de um diagnóstico diferencial “orgânico-funcional” tendo por base, primeiro, a anamnese, e, em segundo lugar, o exame. Resta agora falar sobre a terceira possibilidade: o diagnóstico diferencial “*ex-iuvantibus*”, por conseguinte o diagnóstico diferencial tendo por base o resultado bom ou mau do tratamento. Assim, é claro que um efeito terapêutico positivo à administração de cálcio mesmo no caso em que não se pode verificar um sinal positivo de Clivostek ou Trousseau, nem um nível anormalmente baixo do cálcio sanguíneo, ou um K anormal, quociente de Ca no soro, pode ocorrer nos casos de neurose psicógena aparentemente pura, mas na realidade de base predominantemente vegetativa. Assim, também o resultado de um tratamento que exerça influência sobre o metabolismo basal pode, em casos isolados, lançar luz, do ponto de vista do diagnóstico diferencial, sobre sua origem endócrina e, como tal, orgânica. De modo semelhante, quando a pressão arterial se apresenta anormalmente alta ou baixa, o emprego de medidas que produzem queda ou elevação do tônus vascular mostra logo, nos casos duvidosos, se ou até que ponto os distúrbios do doente são simplesmente funcionais ou se estão em relação genética com a hiper ou hipotonia. Isto é importante, não somente pelas circunstâncias de que a arteriosclerose cerebral se manifesta muitas vezes por uma sin-

tomatologia puramente neurastênica, mas também pelo fato repetidamente observado de que alguns casos que, do ponto de vista clínico, se impõem como psicastênicos, em que se apresenta principalmente o quadro de uma neurose de despersonalização, respondem magnificamente aos preparados de córtex supra-renal, mesmo quando não acompanhado de acentuada hipotonia.

Por outro lado, são tidos como funcionais, distúrbios que podem desaparecer mediante uma terapêutica de orientação psicológica pura. Nesse particular, porém, toda cautela é pouca. De uma psicoterapia bem sucedida não se pode concluir diretamente pela psicogênese do distúrbio; assim como a negatividade de exame físico não significa que se trata de distúrbio neurótico, tampouco um efeito positivo do tratamento, considerado isoladamente, permite um diagnóstico de distúrbio psicogênico. Nós ainda veremos como é verdadeira a frase com a qual concluímos a parte diagnóstica: com relação à psicogênese, não há diagnóstico por exclusão, nem tampouco diagnóstico "*ex-iuvantibus*".

Parte Terapêutica

FARMACO E PSICOTERAPIA COMBINADAS

Este tema não é de grata abordagem; se o seu uso é popular (o consumo nos Estados Unidos da América do Norte, no ano de 1957, atingiu a casa dos 4 bilhões de *schillings* austríacos), impopular, ao contrário, é a atitude que se toma, não os ingerindo, mas defendendo o seu uso, como pretendo fazer agora. Pelo bem dos nossos pacientes, devemos aceitar a fama que pesa sobre a Psicofarmacologia, isto é, a fama do materialismo; uma fama análoga, não a de um pensamento materialista, mas sem dúvida, mecanicista, ainda pesa sobre um outro método psiquiátrico: o eletrochoque. No relatório preliminar sobre depressão e estados afins, feito por McGill, em Montreal, no ano de 1959, encontra-se o tópico seguinte: "Vários oradores referiram-se ao grande perigo inerente ao tratamento de choque e por meio de drogas, e isso porque a atividade do médico se torna mecanizada e o paciente deixa de ser olhado como pessoa". De minha parte, acho extremamente ingênua essa preocupação. Na minha opinião, um psiquiatra pode aplicar eletrochoques sem que, por isso, venha a ferir, por pouco que seja, a dignidade do paciente. Por outro lado, conheço casos em que adeptos da psicologia profunda, no afã aparente de descobrir relações inconscientes, agem, na verdade, em função de uma necessidade de desvalorizar o que o homem tem de mais elevado. Desconhecendo, por assim dizer, a psicologia das alturas, fazem da psicologia profunda um manto tutelar do cinismo que os domina.

Não devemos esquecer que a metodologia e a técnica fazem parte do tratamento médico e o erro de condená-las globalmente não é menor do que o de endossá-las. Devemos precaver-nos contra uma coisa e outra. O que se exige de nós é manter-nos no meio, isto é, entre materialismo e espiritualismo.

Seria cair no espiritualismo se, a priori, nos recusássemos a influir sobre o estado mental de um paciente, terapeuticamente, por meio de tranqüilizantes. Contra tal uso, a argumentação geralmente usada é

esta: neuroses são doenças psicógenas e por isso devem ser tratadas tão somente pela Psicoterapia. Contra uma concepção de tal ordem, sinto a necessidade de chamar a atenção para o fato de que a existência de psicogênese não equivale a indicação de Psicoterapia. Há estados que comportam psicoterapia e que nada têm de psicogênese — enquanto, de outro lado, há situações em que conscientemente abrimos mão de medidas psicoterápicas, não obstante se trate de quadros psicógenos. Não raramente, nesses casos, obtemos sucesso até mesmo duradouro, com o tratamento medicamentoso.

Além do mais, ocorre que o conceito neurose costuma ser indevidamente ampliado. Tende-se atualmente a interpretar as doenças humanas num sentido espiritualista unilateral, como sendo todas elas, em última análise, de origem psíquica. Isto, porém, é um espiritualismo flagrante. A ele se acrescenta desde logo um monismo segundo o qual somático e psíquico são uma e mesma coisa.

O erro que está na base de tudo isso se esclarece imediatamente através de um esquema em que o adoecer humano é dividido, de um lado, segundo a sua origem e, de outro, segundo a sua manifestação, em afecções somatógenas, psicógenas, fenossomáticas e fenopsíquicas (figura 1). Verifica-se, então, que o espiritualismo — o qual em última análise tem como válida apenas a psicogênese — renega a linha divisória horizontal, centro da figura em cruz, que assinala nossos dois princípios divisórios — enquanto o monismo ignora a linha vertical, pois renuncia a linha que separa o fenossomático do fenopsíquico. Ou, exprimindo-nos de outra forma: enquanto para o espiritualismo clínico tudo é psicógeno, para o monismo clínico, tudo é uma coisa só (somático e psíquico).

| | | |
|--------------|---------------------------|--------------|
| | fenossomático | fenopsíquico |
| psicogênico | organoneurose | psiconeurose |
| somatogênico | doenças em sentido vulgar | psicoses |

Figura 1

Ao que me parece, foram os escolásticos que disseram: “*qui bene distinguit, bene docet*” — e ao que me parece ainda, os modernos clínicos acertariam, variando aquelas palavras, se dissessem: “*qui bene distinguit, bene curat*”; mas isto não tem nada de novo: que só nos é

dado alcançar um sucesso terapêutico se nos empenhamos em conseguir um diagnóstico diferencial correto; o que, na verdade, se relaciona com a diferenciação entre "somatógeno e psicógeno". Quem a desprezar, vedará o acesso a uma terapia causal e específica: v. Baeyer (1) tem razão quando "considera duvidosa e somente em parte válida, no campo psiquiátrico, a oposição do tratamento causal ao sintomático"; foram, antes de mais nada, os detratores dos tranqüilizantes que consideraram o tratamento com aqueles medicamentos apenas sintomático, um mero paliativo e por isso a rejeitamos sem razão. Por coincidência, antecipando-se às nossas próprias experiências, v. Baeyer, perito na matéria, diz: "a somatoterapia de estados não psicóticos pode, por si mesma, acarretar uma mudança duradoura, resolvendo atitudes depressivas, ansiosas, hipocondríacas, alguns estados compulsivos, a ponto de libertar os pacientes dos distúrbios mais graves, voltando à vida mesmo sem uma psicoterapia aplicada".

No que se refere às minhas próprias experiências com tranqüilizantes, baseiam-se elas em conhecimentos adquiridos durante 9 anos. Ouso até dizer que se baseiam na intimidade com um preparado que foi o primeiro tranqüilizante tido como tal no solo continental europeu; quero me referir ao éter de Guajakolglicerina, o qual — com a designação comercial Mioscaína E — foi usado no início somente como meio relaxante e em menor dose como expectorante; era empregado, até que se viesse a descobrir, em janeiro de 1952, que tal preparado era precisamente um específico contra angústia. Ao contrário dos predecessores químicos afins, de origem anglo-americana, como o Mianesina e o Tolserol, a mioscaína austríaca não é um éter o-Kresylglicerinado, mas um éter o-retoxifenilglicerinado; mas, aos autores que haviam empregado o Mianesina e o Tolserol (4-6) não passa despercebida sua ação ansialítica. O preparado austríaco tinha ainda a vantagem de, praticamente, não agir como hemolítico. Quimicamente idênticos à Mioscaína E austríaca, são os preparados Reorganin e Neuroton, seus sucessores na Alemanha ocidental e oriental, respectivamente. Mas os tranqüilizantes que a essa altura se tornaram mais conhecidos pertencem a um outro grupo, o dos chamados meprobamatos, derivados dos dicarbamatos. O mais célebre deles, Miltaun, é quimicamente semelhante a uma série de outros preparados, como Biobamat, Cyrpon, Diveron, Epikur, Equanil, Pertranquil, Quaname, Restenil, Sedapon e Tranquisan. Um grupo à parte é constituído pelos derivados piperazimais, Atarax, Stoikon e Suavitil. Além desses, por fim, o Oblivon, quimicamente um Metilpentinol.

Todos estes preparados se caracterizam por um denominador comum, que é o poder que eles têm de interromper e bloquear as vias

condutoras polisinápticas. Na realidade, eles assim atuam sem influírem sobre os centros vegetativos, o que é próprio dos neurolépticos e timolépticos; ademais, não exercem uma inibição imediata sobre o mesencéfalo, o que é próprio dos hipnóticos.

Se damos preferência a um ou outro preparado é coisa secundária; o importante mesmo é saber como nós o empregamos, e se a medicação pode entrosar-se com uma psicoterapia simultânea.

Vivemos numa época em que começa a esboçar-se algo que eu gostaria de chamar *a volta da Psicoterapia à Medicina*, seu berço; caminha-se para uma aproximação cada vez maior da somatoterapia e da psicoterapia, e nesta fase de desenvolvimento médico-histórico agiríamos mal se desprezássemos a combinação de métodos somáticos e psíquicos (7, 8). Muito menos ainda podemos correr este risco, mas por mim (9) denominadas pseudoneuroses somatógenas. Entre elas encontramos três grupos, que merecem uma particular consideração: as pseudoneuroses basedovóides, as adisonóides e as tetanóides. O grupo adisonóide é acompanhado pela (10, 11) tríade psicodinâmica descrita: síndrome de despersonalização, incapacidade de concentração e distúrbio da "memória de fixação"; em tais casos, a medicação por barbitúricos não raramente usada produz em certas circunstâncias um efeito desastroso; ele agrava a "hipotonia da consciência" (J. Berze), existente em todos os casos. Enquanto o grupo basedovóide das pseudoneuroses, como pudemos demonstrar (12), conduz à agorafobia, como sintoma psíquico único, o grupo tetanóide se caracteriza por uma claustrofobia, isto é, exatamente o oposto de agorafobia: angústia ante espaços restritos. Ao lado disso, as queixas típicas dos pacientes giram em torno de distúrbios mal interpretados em geral como globo histórico, ou ainda como em distúrbios da chamada respiração profunda (*Durchatmen*). Verificou-se que são essas pseudoneuroses tetanóides aquelas que respondem bem às medicações por tranqüilizantes da série dos guajakolglicerizados.

Estas minhas observações não devem deixar a impressão de que no caso de pseudoneuroses somatógenas se trate de efeitos psíquicos imediatos da respectiva subestrutura somática. Ao contrário, nestas pseudoneuroses trata-se simplesmente de afecções somatógenas primárias, isto é, o somatógeno nada mais é do que simples predisposição à angústia; para o completo desenvolvimento de uma neurose, agorafobia ou claustrofobia, conforme o caso, é preciso que se acrescente um mecanismo patogênico muito conhecido dos médicos, no sentido de uma psicogênese de tipo secundário, isto é, o círculo vicioso da angústia de espera. Podemos tomar como exemplo o caso de um paciente que tenha crises de palpitação; após algumas crises, ele começa

a temer a próxima; este temor é suficiente por si só para desencadear a palpitação; em outras palavras, um sintoma produz uma fobia correspondente; a fobia, por sua vez, intensifica o sintoma e o próprio sintoma que reaparece intensifica a fobia (figura 2).

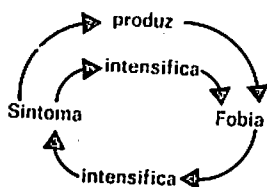


Figura 2

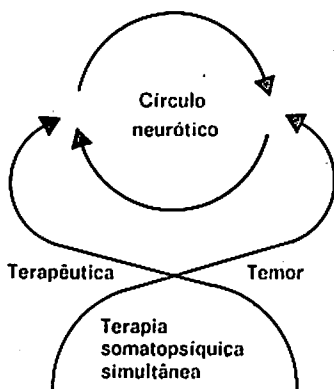


Figura 3

Assim que o paciente caia nesse círculo diabólico da angústia de espera e sua pseudoneurose somatogênica adquira, dessa forma, uma superestrutura, recomenda-se, se possível, interromper esse círculo tanto no seu pólo somático como no psíquico. Desse modo, o círculo neurótico fica preso num temor terapêutico (figura 3). Nossa terapia consistirá então num ataque simultâneo aos pólos somático e psíquico deste círculo, usando as alavancas. O primeiro se conseguirá logicamente por meio dos tranqüilizantes, os quais, em contraste com os

barbitúricos, não interferem na vigília do paciente e, destarte, não impedem o uso simultâneo de uma terapêutica psicológica, sendo a vigília condição e pressuposto para qualquer medida psicoterápica diferenciada. Devemos ainda acrescentar o seguinte: trata-se frequentemente de neuroses de angústia mais ou menos agudas, como medo de exame, medo de se apresentar em público, e nestes casos vigília de alto grau é condição indispensável para o desempenho das funções que lhe são atribuídas. Basta pensar nos pacientes que estão em véspera de exame ou de apresentação em cena, entre outros; casos estes em que a neurose resulta de situações atuais e que estão a exigir uma terapia urgente e exatamente por isso necessária num duplo sentido — somático e psíquico — simultaneamente.

Em casos de angústia de espera recomenda-se combinar a medicação tranqüilizante com a intuição paradoxal, por mim introduzida (7, 13). O paciente é induzido a desejar ou executar, por momentos apenas, aquilo que ele particularmente rejeita: “Hoje vou sair para sofrer um ataque cardíaco”, dirá, por exemplo, o paciente que sofre de agorafobia. Assim se frustra a angústia! O efeito terapêutico da intenção paradoxal está na dependência da atitude do médico, a quem não deve faltar coragem para indicar ao paciente o caminho a seguir. De início, o paciente sorrirá, em seguida reagirá ao aplicar a intenção paradoxal no caso concreto de um ataque de angústia e por fim ele aprenderá a ridicularizar a própria angústia, distanciando-se dela cada vez mais. G. W. Allport (14), o psicólogo de Harvard, disse uma vez que o neurótico que consegue rir-se de si mesmo já se encontra no caminho da cura. Tenho a impressão de ver no método da intenção paradoxal a confirmação clínica do que afirma Allport.

Além da conservação da vigília do paciente no caso da medicação por tranqüilizantes, justifica-se seu emprego em combinação com a psicoterapia quando se trata de tornar o paciente mais acessível, mudando-lhe o humor por meios medicamentosos e, destarte, preparando o caminho para a psicoterapia. Quando, entretanto, se trata de crises muito intensas, com as características de pânico, a intenção paradoxal será impraticável.

Como se passam as coisas, de forma concreta, poderemos ver em seguida, através de um caso:

O paciente José M., contador, com 41 anos de idade (Amb.-Notas 438, de 1959) esteve em tratamento durante meses, com uma série de médicos e clínicas, sem resultado algum. Foi então que ele nos procurou, em estado de extremo desespero, às portas do suicídio. Vinha ele sofrendo, há anos, de cãibra dos escrivães, a qual havia então piorado tanto que ele se viu ameaçado de perder o cargo, a não ser que no último instante, por um tratamento rápido, lhe fosse dado

obter a cura. O paciente foi encaminhado à assistente da seção, a qual lhe recomendou que tentasse fazer o contrário daquilo que fizera até agora, isto é, não tentar escrever legivelmente, mas, ao contrário, rabiscar tanto quanto possível. “Vou mostrar a eles como sei rabiscar”, era, então, o lema. Simultaneamente, o paciente ingeria 2 drágeas de Mioscaína E, 3 vezes ao dia. Decorridas apenas 48 horas, o paciente se viu, e se vê ainda hoje, livre da sua angústia de espera e, conseqüentemente, também das suas contrações espasmódicas. “Tentei rabiscar, mas não o consegui”, disse ele, “sei escrever de novo, posso trabalhar e sustentar minha família — estou tão feliz que nem sei como me manifestar”.¹

Devemos perguntar a nós mesmos em que extensão, em tais casos, seja consciente e intencionalmente, ou não, fatores negativos contribuem para o sucesso terapêutico. De antemão, nada haveria a objetar que nós, no caso de tratamento misto, psicoterápico e medicamentoso, recorrêssemos às medidas sugestivas, como sendo o melhor método. Um tal procedimento pode justificar-se em virtude da estrutura primitiva do caráter do paciente. Em tais casos, quando não podemos esperar que eles reajam, basta muitas vezes o emprego de uma sugestão verbal velada, observando, por exemplo, ao prescrever um tranqüilizante, no sentido de que a disposição à angústia poderá ser eliminada por via somática, concluindo: “mais não lhe digo, senão você pensa que estou sugerindo alguma coisa”. Com isso, a sugestão recebe o devido reforço.

A cada passo ouvimos dizer que os efeitos terapêuticos dos tranqüilizantes são apenas de natureza sugestiva. Que, porém, a sugestão seja a forma exclusiva de ação dos tranqüilizantes e não alguma coisa a mais, eu contesto decisivamente; quero, nesta oportunidade, apenas chamar a atenção para um fato, freqüentemente não percebido ou esquecido, o de que o somático, como o psíquico, se mostra acessível às sugestões veladas, tal como acontece nas experiências com placebo.

Já tive oportunidade de ver como dores causadas por metastases carcinomatosas podem ser mitigadas prontamente não só por injeções de morfina, como também por soro fisiológico. Isto não quer dizer que a injeção de morfina tenha uma ação simplesmente sugestiva, nem que as dores, como no caso observado, tenham sido apenas de natureza psicógena.

¹ Dois anos mais tarde, convidado para descrever seu estado, disse o paciente: “Eu estou contente. Sinto-me ainda mais capaz de produzir que antes da doença. Nestes dois anos não descansei um único dia, embora meu escritório seja um verdadeiro inferno”.

Não devemos esquecer que já se foi o tempo em que a sugestão era tida como algo deprimente. Bem sabemos hoje que a sugestão constitui um elo nas relações inter-humanas, como acontece na psicoterapia em geral. Por meio do encontro entre médico e doente se restabelece do lado deste último a primitiva confiança na existência (15), a qual está na base do sucesso alcançado pela psicoterapia, a despeito da multiplicidade das escolas e direções. Desde as publicações de Frank, Gliedmann, Imber, Stone e Nash (16), sabemos que a mudança para o positivo se esboça freqüentemente durante as primeiras sessões de um tratamento, mesmo quando se trata de psicanálise que se arrasta por muito tempo.

Sem dúvida, algo diverso ocorre quando alguém, querendo ser exato cientificamente, procura ver quando um efeito decorre de uma psicoterapia velada e quando de uma ação psicofarmacológica. A distinção nem sempre é fácil e os próprios limites por vezes não são precisos; o que precisamos ter em mente é que efeitos psicofarmacológicos autênticos existem. Os resultados concordantes da experimentação em animais falam nesse sentido. A tal propósito desejo mencionar o trabalho de D. Müller (17), que informa sobre a ação do "Guajakolglycerinado" sobre o modo de se comportar dos "siamesischen Kampffischen und Schwärmfischen", experiência que lhe permitiu concluir ser o preparado empregado um genuíno tranqüilizante ou atarácico. Experiência semelhante à de D. Müller foi feita por A. Müller-Settele (18), que observa o comportamento de dez "Kampffischen" machos, empregando soluções de diversos tranqüilizantes (Mioscaína E, Reorganin, Neuroton, Stoikon e Miltaun).

Gostaria que me fosse permitido dizer uma última palavra sobre os efeitos e o motivo da moda tão difundida do uso de tranqüilizantes que continua se alastrando. Com relação aos efeitos, considero, em geral, exagerado o perigo da dependência. A esse respeito, partilho da opinião de C. Riebeling (19), assim resumida: "Nós acreditamos que o uso de um tranqüilizante inofensivo que evita que se tome uma dose de aguardente, ante um susto, ou se fume apressadamente um cigarro, constitui um benefício maior do que o perigo que ele pudesse causar".

No que se refere à causa e aos motivos que estão por trás dessa moda, é certo ver nela não somente a tentativa de uma terapêutica, mas também o sintoma de uma neurose; não se deveria esquecer, porém, que não se trata de uma neurose individual, mas coletiva, coincidindo com aquilo que pode ser tido como uma característica de uma época, a incapacidade de conter as emoções, ou, como eu gostaria de chamar: uma intolerância emocional. Essa incapacidade neurótica de sofrer não pode, pois, ser combatida com os meios da tradicional psicoterapia; o que se faz necessário é antes uma superação

do interesse primário pelo prazer ou pelo desprazer, característicos da existência neurótica e na verdade uma superação desta, mediante uma nova orientação quanto ao sentido e valores, de modo que, na amplitude do horizonte, haja lugar também para o sentido de um sofrimento existencial imanente.

Referências

- (1) W. v. Baeyer *Derr Nervenarzt*, 30, 1, 1959.
- (2) W. v. Baeyer, In: v. V. E. Frankl, V. E. Gebssattel und J. H. Schutz, orgs. *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie*. München e Berlin, Urban & Schwarzenberg, v. 5.
- (3) V. E. Frankl, *Wien med. Wschr.*, 102, 535, 1952.
- (4) Schlan e Unna, *J. Amer. Med. Ass.*, 140, 672, 1949.
- (5) J. Wortis, *Americ., J. Psychiatr.*, 107, 519, 1951.
- (6) R. K. Freudenberg, *J. Ment. Sci.*, 96, 751, 1950.
- (7) V. E. Frankl, Zur medikamentösen Unterstützung der Psychotherapie bei Neurosen. *Schweizer Archiv für Pskchiatrie*, 43, 1, 1939.
- (8) K. Kocourek, Kombinierte medikamentöse und Logotherapie neurotischer Erkrankungen. *Aerztl. Prax.*, 7, 12, 1955.
- (9) V. E. Frank, Über somatogenese Pseudoneurosen. *Wien. Klin. Wschr.*, 68, 280, 1956.
- (10) V. E. Frankl, Über ein psychodynamisches Syndrom und seine Beziehungen zu Funktionsstörungen der Nebennierenrinde. *Schweiz. med. Wschr.*, 79, 105, 1959.
- (11) V. E. Frankl, Psychodynamie und Hypokortikose. *Wien. Wschr.*, 61, 735, 1949.
- (12) V. E. Frankl, Psychische, Symptome und neurotische Reaktionen bei Hyperthyreose. *Med. Klin.*, 51, 1139, 1956.
- (13) V. E. Frankl, Paradoxe Intention. *Zschr. f. Psychotherapie u. med. Psychologie*, 6, 189, 1956.
- (14) G. W. Allport, *The Individual and his Religion*, New York, 1956.
- (15) V. E. Frankl, Das Menschenbild der Seelenheilkunde. Drei Vorlesungen zur Kritik des dynamischen Psychologismus, Stuttgart, 1959.
- (16) Frank, Gliedmann, Imber, Stone e Nash, *Amer. J. Psychiatr.* 115, 961, 1959.
- (17) D. Müller, *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie*, 11, 52, 1959.
- (18) A. Müller-Settele, *Der praktische Arzt*, 14, 65, 1960.
- (19) C. Riebeling, *Aerztl. Mitt.*, 43, 245, 1958.

PSICOTERAPIA GERAL

Profilaxia de neuroses iatrógenas

A Psicoterapia “geral” se identifica com aquele setor da Psicoterapia que se exerce de fato na prática geral — “de fato”, isto é, proposital ou inconscientemente. Essa psicoterapia de médico prático, contudo, deve ser regida pela lei suprema do “*primum nil nocere*”. Os especialistas psicoterapeutas sabem muito bem quanto, nas neuroses a eles encaminhadas para o tratamento, se deve à falta de conhecimento ou a mal-entendidos. De fato, existem neuroses cuja etiologia deve ser levada a conta de observações irrefletidas de médicos. Para este tipo de neuroses cunhou-se um termo próprio: aqueles estados (predominantemente neuróticos) nos quais se evidenciou posteriormente que foi o médico — *ιατρος* — o momento patogênico, nós denominamos “iatrógenos”.

Essa patogênese oriunda do médico se baseia principalmente num “mecanismo” psíquico que o psicoterapeuta conhece muito bem que é a angústia de espera. No campo da etiologia de doenças psicogênicas observamos com freqüência quão fatal é este mecanismo, tratando-se aqui de um círculo vicioso genuíno. O sintoma provoca o medo, o medo por sua vez intensifica o sintoma que, por seu lado, aumenta os temores do paciente. As experiências de J. H. Schultz que serviram como base do seu método terapêutico, demonstraram até que ponto a atenção concentrada, isto é, a auto-observação forçada, é capaz de tornar conscientes sensações subliminares. Para isso, vejamos um exemplo muito simples:

Uma pessoa predisposta à labilidade vegetativa, sofre de repente de uma transpiração veemente e isto exatamente no momento menos propício, por exemplo, quando precisa apertar a mão de um seu superior: provavelmente devido ao estado de embaraço, tal transpiração gera novo embaraço. Assim se explica que numa próxima oportunidade análoga o paciente espere ansiosamente tal transpiração, e esta angústia de espera faz desta maneira o suor brotar (figura 4).

Vemos, assim, como o sintoma gera uma determinada fobia que novamente agrava o sintoma e este, por sua vez, prende ainda mais o paciente à sua fobia. Assim fecha-se o círculo vicioso, respectivamente tranca-se o paciente nele e, no caso de um desenvolvimento neurótico, ele se emaranha cada vez mais nele como num casulo.

Se é verdade que o *desejo é o pai do pensamento*, é também verdade que o medo gera os acontecimentos — no nosso caso, a doença. Quando existe porém a angústia, o fatal círculo vicioso do qual aca-

bamos de falar, se apodera dela e surge em seguida aquilo que denominamos “angústia da angústia” que é uma angústia à potência que gera sintomas somáticos à potência (com freqüência se trata duma hiperventilação desencadeada pela angústia que tanto intensifica o sintoma somático). Em última análise, portanto, é a angústia de espera que propicia o momento patogênico propriamente dito numa neurose; pelo menos tal afirmação é correta no sentido de que o referido sintoma começa a se fixar, originalmente, por força da angústia de espera.

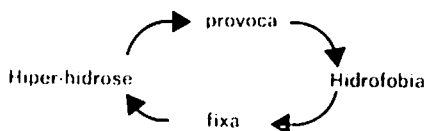


Figura 4

F. D. Roosevelt, embora num contexto diferente, assim se expressou: “Nada devemos temer tanto quanto o próprio medo”. Além disso, nada temos a temer tanto como aqueles médicos que chegaram a tal perfeição em neuroses iatrógenas com diagnósticos precipitados e superficiais para seus pacientes, que eu gostaria de chamá-los de verdadeiros “iatrogênicos”. Dirigindo, a seguir, a nossa atenção para o problema da possível profilaxia de neuroses iatrógenas, pretendemos apresentar, primeiro, aspectos, máximas e princípios gerais da psicoterapia, que resumem, de forma concisa, todas as conseqüências importantes para a prática que podem ser tiradas das explicações anteriores e posteriores desse nosso presente estudo.

O primeiro dever de cada médico, sob ponto de vista psicoterápico e psico-higiênico, seria o de deixar o paciente falar à vontade, dando-lhe a possibilidade de dizer tudo, seja importante ou não aos olhos do médico. O paciente se sentirá compreendido e aliviado e muitas vezes é a simples objetivação dos seus males, sucedida na conversa, que o deixará ganhar uma distância aliviadora deles. O diálogo em si já pode produzir alívio e diminuir a pressão psíquica. O sofrimento, pois, é reduzido pela metade, quando é extenuado e compartilhado com alguém. A melhor prova dessa verdade nos fornece o seguinte caso: Um dia me procurou uma estudante dos Estados Unidos para contar suas mágoas: aconteceu, porém, que ela falou uma gíria das piores e não entendi nem sequer uma só palavra. Disfarçando a situação em que me encontrei, enviei-a com uma recomendação a um colega americano solicitando um ECG, marcando ainda outra consulta para ela. Mas aconteceu que ela nem procurou o colega nem voltou

ao meu consultório. Num encontro fortuito na rua ela me explicou que a conversa que teve comigo a libertara do seu conflito, mas eu até hoje ignoro o motivo pelo qual ela me procurou.

O segundo dever consiste num exame orgânico minucioso, feito de um modo demonstrativo. No caso de um resultado negativo, deve-se deixar bem claro aos olhos do paciente que não há motivo para se temer que sua doença tenha qualquer base orgânica grave.

O terceiro dever — O médico deve evitar, no caso de um resultado negativo do exame orgânico, qualquer denominação diagnóstica, dando-lhe assim na mente do paciente um cunho de objetividade. Assim é possível que expressões como neurose cardíaca e “angina pectoris” provoquem ambas, de forma semelhante, um fantasma hipocondríaco. (É o escritor Karl Kraus não se engana quando afirma: “Uma das doenças mais difundidas é a diagnose”).

O quarto dever — Se falar demais é nocivo, calar pode ser, em determinadas circunstâncias, igualmente perigoso. Quero me referir aos casos em que o médico se envolve num manto de mistério não dando o valor exato ao resultado negativo ou querendo ocultá-lo, embora bem intencionado. O doente, não sabendo qual o seu estado orgânico verdadeiro, tende a admitir o pior. Por isso recomendamos usar a franqueza e levar o resultado negativo ao conhecimento do paciente, dando-lhe, porém, as explicações necessárias. Nunca se deve entregar o resultado de um exame ao paciente sem lhe prestar os devidos comentários. Os resultados, quaisquer que sejam, sempre devem ser comentados pelo menos com poucas palavras. (Conhecemos o caso de uma paciente à qual o médico tentou minimizar o seu mal, não o tomando muito a sério; ela retrucou que sabia muito bem tratar-se de uma doença grave, pois lera no parecer médico que ela sofria de um “Corpulmo”. Perguntada se atrás daquela palavra se encontrava a observação “o. B.” (= exame negativo), ela teve de confirmá-lo.)

O quinto dever — No caso de um resultado negativo do exame orgânico, não se deve incutir no doente a idéia de que tudo não passa de “nervosismo” ou de mera fantasia dele. Isto de nada adiantaria. Pelo contrário, assim provocaríamos apenas uma atitude de protesto da parte do paciente que o leva a agravar o seu mal — só para demonstrar que sua doença não é tão insignificante como nós a declaramos. Nestes casos costumamos dizer ao paciente que os exames minuciosos, felizmente, deram resultados normais, mas que as causas das suas queixas, aliás, perfeitamente compreensíveis, não são de ordem orgânica. Sua doença é sem dúvida desagradável, mas não perigosa, o que afinal é melhor do que seria se ele, por exemplo, sofresse de um mal insidioso e letal, ignorando-o por completo.

PSICOTERAPIA ESPECIAL

Distúrbios da potência

Por diversos motivos vamos iniciar o estudo de cada uma das neuroses e respectiva psicoterapia com as neuroses sexuais e dentre elas com os distúrbios da potência. Quem já se ocupou desses fenômenos do ponto de vista psicoterápico, há de convir que não há casos que se prestem tanto para um sucesso terapêutico como o desses homens que nos procuram em razão de tais distúrbios.

Antes, porém, de iniciarmos a psicoterapia dos distúrbios psicógenos da potência, teremos que nos certificar, no caso concreto, se realmente se trata de distúrbios de tal natureza, ou melhor: não só nós temos que nos certificar de que tal distúrbio é de origem psíquica, mas também o paciente. Pois o doente só se convencerá da psicogênese de seu distúrbio se tiver a impressão de que também nós estamos convencidos disso; e para isto como para sentir que o médico está convicto quanto ao diagnóstico e ao prognóstico estabelecidos no caso, dispõe o doente, em geral, de uma espécie de agudo instinto. O conhecimento por parte do paciente quanto à etiologia psíquica de seu mal é uma condição indispensável para o tratamento psicoterápico, pois a psicoterapia tem por base a confiança no médico encarregado do tratamento e esta confiança, por sua vez, está fundada na convicção de que o diagnóstico, como o prognóstico e o tratamento, se assentam sobre base sólida, visto que foram precedidos de rigoroso exame.

Um minucioso exame deve preocupar-se, em primeiro lugar, com a exclusão de momentos orgânicos, os quais — pelo menos no sentido de componentes somáticos — podem ter participação na patogênese do distúrbio da potência. Em todos os casos, mesmo naquele em que se supõe tratar-se de um distúrbio psicogênico da potência, se impõe, primeiro, a inspeção dos genitais, assim como a palpação dos testículos (dor fisiológica à pressão do testículo), segundo, o exame das reações pupilares e dos reflexos tendinosos (principalmente, o reflexo aquilino) e, terceiro, o exame da urina quanto à presença de açúcar. Com o exame mencionado em segundo lugar é nosso objetivo excluir, para todos os casos, um processo espinhal como base da doença e, com o último, a presença de diabete mellitus, em cujo decurso, como é sabido, não raro surgem distúrbios da potência; enquanto o exame dos genitais deve ser feito principalmente com o objetivo de impressionar. Pois somos nós quem menos espera que, pela inspeção, se possa tirar conclusões importantes no sentido de um eventual fator fisiógeno, ao contrário do que acontece com o doente. Ele está curioso para saber se

vamos “encontrar alguma coisa” ou constatar alguma anormalidade; mesmo que encontremos algo não muito dentro da normalidade, não iríamos atribuir-lhe grande importância e, em torno desse fato, fazer barulho. Sabemos muito bem de quão pouca relevância é o hipogonitalismo morfológico para a função regular do aparelho genital. Extraordinariamente instrutivo neste particular apraz-nos recordar um caso sobre o qual uma vez escreveu Oswald Schwarz: trata-se de um homem, cujo exame revelou testículos simplesmente do tamanho de grão de feijão. Mas o distúrbio da potência — que motivou por parte do doente o interesse pelo tratamento — somente apareceu quando ele ocasionalmente veio a notar, num banho coletivo, em que todos estavam despidos, que os outros homens tinham testículos maiores que os dele; até então tinha ele potência normal. Isso mostra que mesmo nos casos em que existe alguma particularidade organo-morfológica, desvio, e mesmo acentuada inferioridade, o médico não tem direito de desistir do tratamento psicoterápico planejado. Em todos os casos dessa espécie, devemos ter em mente o princípio heurístico estabelecido por Rudolf Allers, segundo o qual nós temos que proceder como se nada houvesse de orgânico e como se tudo fosse psicógeno; pois somente assim poderemos atingir os limites extremos da possibilidade terapêutica. Nós atingiremos esses limites somente se, por princípios heurísticos, os ignoramos. Na hipótese de tentarmos uma psicoterapia, nem sequer o fato de não sermos bem sucedidos indica de modo inequívoco a fisiogênese de estado do paciente.

Além de um minucioso exame somático dos pacientes, constitui uma condição indispensável para a psicoterapia (dos casos psicógenos), uma anamnese feita com habilidade. Uma anamnese é feita de maneira hábil, quando é bem orientada, isto é, quando as perguntas são dirigidas de tal modo que nós só temos que encaixar as respostas no conjunto da impressão (que adquirimos com relação ao paciente) para obter a imagem plástica da doença e da sua história. Torna-se evidente, a cada passo, que a via terapêutica que pretendemos seguir tem que ser ditada por um pormenor qualquer, fornecido pelo paciente, através da anamnese; se nós dirigimos as perguntas com regular habilidade, as respostas mostrarão o caminho. Muitas vezes, mesmo, tem-se a impressão de que o doente inconscientemente e de maneira não intencional, por si mesmo, sabe a solução para seu problema, assim como a direção necessária a ser dada ao tratamento. Como se nós tivéssemos apenas a necessidade de sermos atentos, para fazermos uso de uma parte do seu saber.

De outro lado, uma anamnese adequada nos mostrará quais os erros e mal-entendidos que respondem pelo aparecimento ou, no mínimo, pela fixação dos sintomas neuróticos. Aqui pensamos, acima

de tudo, nas superstições tão difundidas em matéria sexual. São atuantes, de um lado, antigas e falsas crenças ainda hoje bastante difundidas e, de outro, teorias expostas em brochuras explicativas vulgares. Em outros casos, o que se verifica é a assimilação por parte do leigo de afirmações inescrupulosas, ouvidas pelo paciente em conferências de divulgação científica. De tais sementes, logo que caem no terreno das disposições hipocondríacas, derivam, por vezes, as mais graves hipocondrias neuróticas, pois há, não somente, neuroses iatrógenas, como as que paradoxalmente se relacionam com atitudes impensadas do médico, como também uma iatrogênese coletiva — e esse é o perigo que existe em toda tentativa de esclarecimento coletivo. Por isso, não devemos esquecer nunca que toda tentativa de um esclarecimento coletivo está aprioristicamente fadada ao malogro, pois é esquematizado para todos os casos e conseqüentemente não poderá ser individualizado. Em toda conferência ilustrativa coletiva, o que se diz pode ser muito para um e pouco para outro. Enquanto nós trazemos trivialidades para uns e, com isso, tornamo-nos ridículos, criamos, para outros, problemas, fazendo deles hipocondríacos iatrógenos.

Os pensamentos hipocondríacos dos quais se trata aqui e aos quais voltaremos noutra oportunidade, giram, em geral, em torno da masturbação, poluição e coito interrompido. Sobre o problema da masturbação, voltaremos a falar mais detalhadamente. Quanto à poluição, é preciso indagar expressamente quando da exploração dos doentes com distúrbios da potência. E isso por duplo motivo, um positivo e outro negativo. O motivo negativo visa afastar os temores hipocondríacos relacionados com a poluição e exteriorizados pelo doente já na anamnese. Não é raro que o paciente diga que “sofre” de poluição e se refira de poluições noturnas ligadas a sonho, como sinais de doença. É aqui que devemos agir, que devemos intervir terapêuticamente, para explicar ao paciente que a poluição, de forma alguma — como crêem eles, muitas vezes, acarreta uma perda de forças e, portanto, “enfraquece”. Não receemos declarar, em tais casos, que pela libertação do esperma que está na vesícula seminal, o paciente não pode ser prejudicado, como não o é quando, por meio da micção, elimina a urina que se acumula na bexiga. Não queremos deixar de mencionar aqui as concepções, algo primitivas e um tanto fantasiosas, dos pacientes hipocondríacos sexuais: ordinariamente, eles consideram o esperma como uma substância portadora de uma misteriosa força vital (sua própria e não da sua descendência), tornando-se assim compreensível o fato de eles na puberdade manifestarem a crença de que através da poluição ou da masturbação “a medula espinhal se exaure”. Tais idéias hipocondríacas são fortemente enraizadas e rebeldes, fato esse que não se pode subestimar; e é exatamente o absurdo de tais

idéias que impede que os pacientes falem delas abertamente e em tempo oportuno.

A razão positiva que nos leva a combater energicamente, já no curso da anamnese, a hipocondria relacionada com a poluição, resulta do fato de que, tratando dela agora, já estaremos contribuindo para o sucesso da ulterior psicoterapia. Basta explicar que a poluição não é sinal de doença, mas, ao contrário, uma prova segura de saúde sexual. Devemos defender a idéia de que as poluições representam uma válvula de escape, onde um organismo, endócrino e genitalmente normal, dela necessita; as poluições devem ser vistas como uma prova desta normalidade, tanto assim que tal “válvula” não funcionará se o organismo não dispuser de qualquer excesso. As poluições provam que o organismo precisa, por assim dizer, funcionar; elas são, portanto, uma prova da capacidade funcional sexual, para não dizer tautologicamente, de potência facultativa. Mesmo prescindindo da intenção terapêutica que atribuímos às perguntas sobre poluições, a resposta é para nós importante, mesmo que obtida somente através da anamnese; pois, em geral, devemos supor que o aparecimento de poluições, com intervalos mais ou menos regulares, constitui uma prova da normalidade endócrina, pelo menos nos jovens que vivem em abstinência sexual.

No que se refere ao coito interrompido, caberia dizer que é falsa a antiga concepção, ainda hoje encontrada em alguns manuais, de que o coito interrompido provoca ou favorece o aparecimento de neuroses. Como possa exercer influência patógena, é coisa que não se pode compreender através de uma apreciação crítica. Sem dúvida, esse modo de ver se refere exclusivamente ao parceiro masculino. Pois, em relação à mulher, esta forma de coabitação, pelo menos quando praticada de forma prolongada, pode acarretar distúrbios funcionais. Não nos esqueçamos de que a mulher, em virtude de maior lentidão do processo orgástico, no momento da intensificação do coito, ordinariamente, ainda não atingiu o clímax da excitação; como, porém, esta fase de excitação é acompanhada seguramente de acentuado congestionamento dos órgãos da bacia, torna-se compreensível que aquela finalização não normal, não fisiológica do ato sexual, possa acarretar uma estase crônica — sem falar dos danos a que a mulher está exposta, pela repercussão que isso possa acarretar sobre a esfera psíquica. Voltemos, porém, aos homens que praticam o coito interrompido. De acordo com a nossa concepção minimizante, não costumamos levantar, na anamnese dos distúrbios da potência, a questão do coito interrompido, para só falarmos dele (ainda minimizando) se o doente abordar o problema.

Em seguida, devemos falar de um grupo de distúrbios funcionais, neurótico-sexuais, que nos parece pouco digno de atenção, por-

que deve sua origem a uma série de tipos de reação patógena, bem caracterizados, e se mostra acessível a um tratamento psicoterápico breve, orientado nesta direção etiológica.² O denominador comum destes padrões de reação é a angústia de espera. Como é do conhecimento do clínico, a angústia de espera representa, não raro, o fator patógeno propriamente dito, dentro da etiologia das neuroses, pois ela fixa um sintoma em si passageiro e inofensivo, fazendo com que a atenção do paciente para ele se volte. O sintoma provoca uma correspondente fobia, esta intensifica o sintoma e o sintoma assim reforçado leva o paciente, cada vez mais, a temer o reaparecimento do sintoma (ver pág. 77).

Mas, não há apenas uma angústia de espera neste sentido geral, mas também num sentido particular. Neste sentido particular nós distinguimos³, primeiro, o medo da angústia que nós encontramos, antes de tudo, nas neuroses de angústia — e, em segundo, a angústia diante de si mesmo, tal como aparece nas neuroses compulsivas. Também nas neuroses sexuais encontramos a angústia da espera, tanto na forma geral como na forma particular. No que diz respeito à primeira, tornaremos a ver como nosso paciente do sexo masculino se torna inseguro em relação à sua capacidade funcional sexual, em virtude de um fracasso sexual único, para não dizer casual — como acontece no homem são; uma vez tornados inseguros, deles se apodera a angústia de espera, quanto à repetição do distúrbio da potência. Não raro, é aí que começa a verdadeira neurose sexual, pois a angústia fixa o distúrbio da potência — ou, com outras palavras: um único fracasso se torna o primeiro fracasso. Cabe-nos então perguntar como é que a angústia de espera, em geral, que fixa um distúrbio da potência, é, por sua vez, provocada? Em relação a isso, seria de dizer-se: através da particular angústia de espera daquele que tem distúrbios da potência, que consiste no fato de que algo é esperado dele ou que algo é exigido dele. Na verdade, o que tanto teme é que nova atividade seja exigida dele — o coito — e exatamente este caráter de exigência⁴ é o que atua de forma patogênica.

² Cf. V. E. Frankl e L. Marksteiner, *Monatskurse für die ärztliche Fortbildung* (Cursos Mensais de Aperfeiçoamento Médico), 9, 547, 1959. Marksteiner encontrou nesta técnica, praticamente, um recurso para todos os casos de distúrbios da potência que se apresentaram em nossa policlínica.

³ Cf. V. E. Frankl. *Theorie und Therapie des Neurosen* (Teoria e Terapia das Neuroses). München, Uni-Taschenbücher 457, Ernst Reinhardt, 1975.

⁴ Que o caráter de exigência possa ser tão opressivo e conseqüentemente patógeno, e o fracasso para o paciente tão aflitivo, só poderá ser compreendido pela estrutura sociológica de um mundo em que muita coisa, inclusive o sucesso sexual, se torna condição de prestígio pessoal.

A exigência relacionada com o coito, para o neurótico sexual, costuma provir das três instâncias⁵:

1. da eventual parceira,
2. da situação,
3. do próprio paciente, que deseja praticar o coito — e, por último, exatamente porque é demasiado seu interesse nisso.

1. *A exigência por parte da parceira.* Face a uma parceira sexualmente exigente e temperamental, teme o neurótico sexual não estar à altura das exigências sexuais dela. Não é menos típico chegar-se a esta angústia, quando o paciente é mais velho que a sua parceira — então ele se sente supersolicitado, no que respeita à sua capacidade sexual funcional —, ou inferiorizado, quando ela é mais velha que ele, pois então ela admite que tem experiência sexual e ele teme que ela possa comparar a capacidade sexual dele com a de seu predecessor.⁶

2. *A exigência decorrente da situação.* O neurótico sexual não suporta encontrar-se em situações que envolvem uma exigência de ordem sexual e que, portanto, se me é permitido dizer, se parece com um “agora mostra o que sabes” (*Hic Rhodus, hic salta!*); assim, o neurótico sexual geralmente fracassa quando vai a um *rendez-vous* ou quando aceita um convite que implica a exigência de uma atividade sexual — enquanto o mesmo paciente, logo que se lhe oferece oportunidade para um coito improvisado, não apresenta o menor distúrbio funcional.

3. *A exigência da parte do próprio EU.* Não é somente aqui que importa: *Hic et nunc* tem importância — como já sugerimos quando se falava que é característico, para nossos pacientes com distúrbios da potência, o fato de que eles “se propõem” o coito, isto é, ele está no programa. Consideremos, por exemplo, a situação num bordel: A divisa lá é *carpe horam* e não *diem*. Para o tipo neurótico que estamos focalizando, o tempo é dinheiro; mas este dinheiro deve converter-se em prazer. Freud cunhou a expressão “economia do prazer”; então,

⁵ *Cf.* V. E. Frankl, *The International Journal of Sexology*, 5, 128, 1952.

⁶ Em alguns casos, a exigência da atividade sexual não provém da parceira, mas de uma terceira pessoa. Assim, é uso entre os iemenitas, em Israel, ficarem os pais da noiva numa antecâmara do quarto nupcial esperando que a noiva lhes entregue o pano manchado de sangue — prova do defloramento — o que é suficiente para tornar o noivo atrapalhado, fato que explica a frequência com que ocorre entre os noivos iemenitas a impotência nupcial, segundo o relato que nos fazem médicos israelitas.

voltamos a encontrar este tipo de neurótico, o qual, por assim dizer, quer tirar proveito do seu investimento; o que ele investe — por exemplo, no aluguel do quarto — deve render; apenas, ele se esquece de que não há renda; a conta não dá certo; pois quanto mais ele se concentra na procura do prazer, mais se desvanece e, finalmente, não o gozará nunca.

Na casuística seguinte poderá ser comprovado o que foi dito:

Caso 1. O doente, que tem 48 anos, foi-nos encaminhado por causa de impotência. Segundo ele informou, a ereção falhou pela primeira vez exatamente quando a parceira “esperava algo” dele. Não estaremos errados se supusermos ter-se juntado já à leve insegurança um momento psicógeno quando ele, em face da evidente atitude de exigência de sua parceira, se tornou consciente de sua insegurança. Pois um homem se torna inseguro em relação à sua capacidade funcional particularmente quando ela é bastante exigida. Não devemos pensar, porém, que esta “acentuação” deva ser imediata; ela pode até ser implícita — como, por exemplo, se o homem, a partir do comportamento, do caráter, do tipo ou do “temperamento” da parceira casual possa ser levado a crer que se venha a exigir dele uma grande capacidade sexual. E neste sentido pode-se compreender uma outra informação por ele prestada de que, após o primeiro fracasso, eliminou-se sua capacidade de reação, se tivesse que manter relações com a parceira “temperamental”.

Podemos, então, verificar por que uma insegurança geral, originada de um medo qualquer, é capaz de acarretar dificuldades quanto à potência: em primeiro lugar, mediante uma maneira atual de “exigência por parte do parceiro”, e, em seguida, ouviremos qual é o momento a atuar no mesmo sentido. Um paciente informa que o distúrbio da potência aparece sempre, qualquer que seja a parceira, se ele procura uma situação que, por si mesma, tem algo com o caráter de exigência, isto é, aparentemente sempre que ele procura por um *rendez-vous*.

Vemos, portanto, que a insegurança original com referência à atividade sexual passa a ser agravada neuroticamente não só pelo momento da pessoa exigente como da situação apresentada como tal. Mas ainda não tomamos em consideração o terceiro e último momento, que, na sua opinião, influi, de modo típico, na patogênese dos distúrbios psicógenos da potência: o momento da exigência por parte do próprio Eu!

Caso 2. O paciente, de 26 anos, se dirige a nós num estado de desespero: ele quer casar-se — até aqui ele não conseguiu praticar o

coito uma única vez. A anamnese revela que ele foi operado de fimose dolorosa há um ano. É claro que devemos ver neste fato aquele momento primário, que fez a atenção do jovem voltar-se para a função genital, no sentido de que poderia sobrevir uma certa insegurança em relação à capacidade funcional. Aqui, portanto, não é a situação, como no primeiro caso, mas um fato somático que ofereceu o ponto de cristalização do distúrbio da potência. Isto nos levou imediatamente a fazer um exame somático acurado e sobretudo pondo diante dos olhos do paciente o resultado negativo.

Contou-nos o paciente, então, que sua noiva é completamente inexperiente em matéria sexual; portanto, não parece estar sujeito a qualquer “pressão da parte dela” — o momento da exigência, que poderia existir da parte dela, está ausente. Destarte, o caso poderá ser tido, do ponto de vista da terapêutica, ou prognóstico, como favorável. Pois o doente, do ponto de vista de sua capacidade funcional, não parece impedido, de modo algum, por “angústia de espera”: sua noiva, não somente não espera dele atividade sexual, nem está em condições de julgá-lo, sob esse aspecto, pois ela nunca poderá comparar sua atitude sexual com a dos outros homens. É de se admitir, ao contrário, que ela, totalmente despreparada, somente poderá ter idéias técnicas e, portanto, absurdas, sobre o curso de uma normal coabitação. Assim, nada haverá a temer nesta direção — pelo menos não teria a angústia de espera qualquer objetivo. Mais do que isso: o doente diz que sua noiva não dá muito valor ao físico, mas sim ao anímico. Podemos pois, dizer que seu estado íntimo é de desafogo, dada a inexistência de uma atitude exigente da parte de sua parceira.

Mas ele próprio é que exige de si mesmo a capacidade sexual! É justamente este exigir de si, esta preocupação com ato sexual bem sucedido e o fato de que ele está sempre a exigir cada vez mais desta função, isto é, o que pode desde logo diminuir-lhe a capacidade nesse sentido. Como toda função que normalmente se processa automaticamente, a função sexual normal pode ser perturbada quando o que deve ser um ato natural se torna consciente e alvo de atenção. Todo ato, e assim também o ato sexual, quando alvo de atenção, fica ameaçado na sua execução: há em toda intencionalidade uma interferência na naturalidade de um ato! A capacidade normal, o sucesso ou insucesso no ato sexual, está na dependência da espontaneidade em que ele se realiza. Compreende-se assim que uma auto-observação forçada a dirigir-se a atenção para a execução do ato, naturalmente, poderá perturbá-lo. O homem não pode dar-se, amando, a outro, objeto do seu amor, e, ao mesmo tempo, voltar-se para si mesmo, ao sujeito, a própria execução do ato. Quanto mais o amante observa a si mesmo, tanto menos poderá ele dar-se ao objeto amado. De onde,

porém, um homem, na vida sexual humana — que é propriamente humana somente quando fundada no amor — deve prover a capacidade física de amar senão da intenção do amor?

O impulso de auto-observar-se, inclusive em estado de angústia, resulta sempre daquela insegurança primária e vaga de que se falou. Os três momentos da “exigência” citados são os que fazem a atenção desviar-se do parceiro no amor, para o próprio paciente. Quando, por qualquer motivo, começa a duvidar de sua capacidade funcional, o paciente, por um daqueles três momentos, se torna, com razão, ainda mais inseguro, pelo fato de que a capacidade funcional é posta em dúvida, justamente quando é exigida diretamente. Agora, porém, começa também o mecanismo da chamada angústia de espera. Assim que o parceiro na situação, ou o próprio doente, espera dele uma atividade sexual, deve fazer valer-se a angústia de espera, isto é, a espera ansiosa de um insucesso.

Como se verifica isto na prática? O doente, nos casos típicos, tem a esperança de que após o primeiro insucesso não aconteça o mesmo na segunda tentativa; no segundo insucesso, todavia, ele já teme que numa terceira tentativa ocorra, mesmo, um insucesso; e no terceiro fracasso, finalmente, ele já está convencido de que, no futuro, estará fadado ao insucesso, todas as vezes que ele tentar! Com isso, fechou-se o fatal círculo vicioso: o medo provoca o aparecimento do temido — e o aparecimento deste exagera ainda mais o medo. Assim, se origina no doente uma convicção fatalista de sua doença e todos os seus insucessos parecem reforçar esta convicção. Ao médico cabe a tarefa difícil, mas compensadora, de romper este círculo diabólico.

Isto pode acontecer de vários modos. Em princípio, está aberto o caminho para o orgânico, por processos medicamentosos — visando, mediante uma súbita elevação da apetência libidinosa, levar o doente a superar sua insegurança sexual, a fim de que mais tarde, liberto da angústia de espera, mesmo com o auxílio de medicamentos, ele possa chegar a uma atividade sexual normal —, ou seguiremos um outro caminho, que seria o rompimento do círculo vicioso, servindo-nos de medidas terapêuticas sugestivas. Enquanto podemos seguir a primeira via, quando se trata de homem mais primitivo, casos em que a anamnese não oferece momento psicogenético de algum valor, e com isso nenhum ponto de apoio para a psicoterapia, adotaremos sempre medidas sugestivas se a psicogênese estivesse em primeiro plano, mas nenhuma compreensão suficiente por parte do doente para que um processo psicoterápico possa pressupor-se. A terapia sugestiva poderá ser feita tanto sob a forma de sugestão verbal ou de hipnose como de forma larvada, isto é, com o auxílio das

chamadas sugestões armadas, as quais “acompanham” vários processos, inclusive a administração de medicamentos ou injeções indiferentes.

Em todos aqueles casos, porém, nos quais uma psicoterapia autêntica pode ser aplicável, devemos voltar nossa atenção totalmente para o rompimento daquela cadeia, a qual, como já foi dito acima, contém a angústia de espera como causa e efeito, ao mesmo tempo, sob a infeliz forma de um anel fechado. Como podemos e devemos destruir esse anel? A isso poderíamos responder: em primeiro lugar, temos que demonstrar ao doente a origem psicogênica e, com isso, a possibilidade de uma psicoterapia; sobre isso já falamos no começo, ao tratarmos de exame do físico. Em segundo lugar, temos que descobrir a origem de insegurança primária e mostrá-la ao doente. Em terceiro, temos não somente que tornar claro o mecanismo de sua angústia de espera, mas também apresentá-lo como uma manifestação humana compreensível, e não somente como manifestação doentia, compreensível. Isso será suficiente, na maioria dos casos, para libertar o paciente do sentimento de que um distúrbio corresponde a uma “fraqueza” ou inferioridade, tanto no sentido somático, como psíquico. Não há motivo para que ele se sinta propriamente doente; o que se impõe é que se esclareça que o homem inteiramente são, tanto física como psiquicamente, poderá adoecer da mesma forma que ele, desde que lhe tivesse acontecido o mesmo, antes, ou tivesse reagido a elas de igual maneira, isto é, com angústia de espera. Neste sentido, deve-se compreender também que, depois do exame e da anamnese, nós iniciamos a psicoterapia propriamente dita, declarando desde logo que ele não é propriamente “impotente”, mas perturbado em sua potência, mas de uma maneira absolutamente compreensível do ponto de vista humano, tendo por base as referidas vivências; não se deve crer que aqui se faz apenas um jogo de palavras; trata-se, sem dúvida, de nuances, de uma maneira de falar — mas a tais coisas se chega, em certas circunstâncias, no tratamento de neuroses. O resultado negativo desta diferenciação não é de se subestimar. Mas nós confessamos abertamente: não lutamos em permitir a inclusão de um ou outro momento sugestivo conscientemente, mesmo numa psicoterapia que nada tem de sugestiva. Pois nós sabemos que cada sugestão desse tipo não é insincera mas honestamente aplicada, uma vez que sua finalidade é compensar uma auto-sugestão existente. Este tipo de auto-sugestão é muito freqüente nos doentes em questão; a maioria está convicta da morbidez de seus distúrbios ou da própria inferioridade, pelo menos num grau que não corresponde à realidade.

Voltemos agora ao nosso caso. Que deveríamos fazer para eliminar por completo a angústia de espera do nosso paciente — aquela

angústia de espera que, em tais casos, de certo modo, se relaciona (pelo menos vivencialmente) com o fato de que o parceiro “espera alguma coisa” dele. Então, no caso concreto, aconselhamos o paciente a dizer à sua noiva o seguinte: o médico lhe disse que, do ponto de vista orgânico, tudo está em ordem (isto já a acalmaria um tanto). O primeiro ou o único fracasso ele poderia minimizar, atribuindo-o a uma intoxicação gastro-intestinal, que ele por acaso apresentava. Além disso, ele deveria dizer a ela que o distúrbio sexual, tido como funcional apenas, poderia ser eliminado mediante um tratamento. Agora, entretanto, o mais importante, ele deverá comunicar à sua noiva que lhe foi imposta pelo médico uma abstinência sexual completa, que deveria ser mantida “até nova ordem”. O que queremos atingir com esta medida em tais casos? Com isso queremos dizer que, por parte da parceira, nada poderá esperar do doente. Por esta forma, conseguiremos, em todos os casos análogos, afastar a idéia que o preocupa, isto é, a de que uma exigência da parte de sua noiva o aguarda. Com isto, ao mesmo tempo tornamos o caminho livre de inibições, isto é, da angústia de espera, desenvolvendo, assim, livremente, sua “potência facultativa”. Dessa forma, dar-se-lhe-ia tempo. Agora, nada mais faz pressão sobre ele. Além disso, pode deixar de se concentrar sobre a atividade sexual. Ao contrário, mostraremos ao doente que ele gradativamente se convencerá de que a ereção não estará ausente, nem se afrouxará, quando ele já estiver próximo do coito real.⁷ Chegado ao ponto em que já se considera confiante para a prática do coito, aconselhamo-lo a que espere mais um pouco, pois não deve programar o ato — que não deve ser intencional, mas espontâneo. O doente deve ser levado ao ponto de um dia, quando menos espera, ter diante de si já um ato consumado e sem nenhuma intenção prévia.

Em tais casos, conseguiremos convencer o paciente de que o consideramos “facultativamente potente”, já que somos de opinião de que somente sua inexperiência em questões sexuais foi o que o levou a sentir-se inibido. Esperamos, entretanto, um sucesso precisamente da proibição imposta, a qual, como foi descrito, não levamos a sério, mas como uma espécie de proteção ao doente. Pois assim que ele comunica à parceira a proibição do médico, a consequência é uma só:

⁷ É natural que esta mesma preparação gradativa para o ato sexual normal deve ser tentada também com a parceira e não com outra ou mais mulheres. O conselho dado por médicos antigos e muitas vezes referido, no sentido da procura de prostitutas para um ensaio ou mesmo, de certo modo, um curso, nenhum resultado terapêutico poderá dar, tendo em vista o que já foi dito e o que ainda está por dizer. Não se deve subestimar o perigo psico-higiênico a que se expõem os jovens através da prostituição, pois que ele adentra o homem para aquilo que queremos evitar: uma vida sexual puramente despida de amor!

que ela eventualmente o afastará, lembrando-o da proibição. Em hipótese alguma ela propenderá para a prática do coito. Tanto mais agradavelmente surpresos ficarão os parceiros, e isso nós já sabemos com base em muitos casos, se um dia, arrebatado pelas carícias, iniciadas por brincadeira, o paciente, como sua parceira, acabam se situando diante de um fato consumado, de um coito de excitação normal, sem que o doente tivesse pensado nisso, e menos ainda pretendido.

Caso 3. Paciente R., com 45 anos de idade. Enquanto ele se mostra potente diante da esposa, sua potência deixa a desejar diante de uma amiguinha. Perguntamos se sua amiguinha espera dele capacidade sexual. Ele responde afirmativamente. Com referência à situação, diz que a pousada, a que ele recorre algumas vezes, o oprime de antemão; e, com relação a ele próprio, confessa que a pousada custa-lhe uma fortuna. Finalmente, informa que durante uma semana de férias, na companhia de sua amiguinha, dispondo de tempo, ficou bem claro que o coito mais cedo ou mais tarde seria bem sucedido, o que realmente aconteceu do princípio ao fim — poderíamos comentar: quod erat demonstrandum.

Nós temos, então, ouvido repetidamente que o mecanismo da angústia de espera se inicia numa situação qualquer de insegurança sexual. Ela tem seu ponto de partida numa vivência qualquer, relacionada com um fracasso. Patogenicamente, é este insucesso absolutamente inespecífico: um momento intermitente qualquer leva uma vez — ou, dizendo melhor, pela primeira vez, a um insucesso; ele é inespecífico, pois que na sua base pode estar, etiologicamente, uma indisposição fisiológica (ver acima, intoxicação gastro-intestinal) ou pode existir, como uma “disposição” psicológica. Pode-se ter o primeiro insucesso como consequência de um estado somático passageiro como de uma atitude psíquica habitual. Em tais casos, devemos considerar a origem da neurose sexual como um processo secundário, cuja base primária já é uma neurose, isto é, uma atitude neurótica, em relação à vida em geral, e não simplesmente uma atitude neurótica em relação à função sexual como tal. Nos dois casos seguintes pode-se demonstrar como um hábito neurótico que existe desde longa data, em certas circunstâncias, pode dar motivo a um único ou primeiro fracasso, no qual se insere o mecanismo de espera ou sobre o qual se enxerta a neurose sexual propriamente dita. Aqui teríamos que considerar, já no começo, o fato de que dois tipos fundamentais de sintomas neuróticos se distinguem segundo o valor que eles têm na estrutura psíquica: o sintoma ou é expressão imediata de uma determinada atitude (neurótica) do indivíduo ou é um meio: meio para um fim — um

meio a serviço de uma tendência neurótica qualquer.* O caso seguinte deverá mostrar-nos, pela primeira vez, como o “casual”, primitivo, único ou primeiro fracasso, pode ser expressão de uma atitude neurótica geral; depois dessa verificação não mais será dado afirmar que daquele primitivo fracasso se tenha tratado de fracasso individual.

Caso 4. O oficial, de 32 anos, vai ao médico em virtude de um distúrbio de potência. Logo de início, diz ele ser bissexual, pelo menos em seus sonhos. Sem que atribuamos muita importância a este fato, o paciente nos informará de que aos 10 anos, não sem certo prazer, urinava num menino ainda mais jovem. Os sonhos acompanham-se de poluções (aproveitamos desde logo este fato para demonstrar ao doente, naturalmente, sua “potência facultativa”). Somente a partir dos 20 anos, assim descreve ele, vem se masturbando. Na idade de 22 anos teve, pela primeira vez, contato sexual, e isso com uma prostituta; e aqui ele fracassou: primeiro houve ejaculação precoce e depois completa impotência.

Que podemos concluir destes fatos? Que ele se esquivava da situação erótica autêntica e digna do ser humano, isto é, do contato com moças, procurando refúgio na prostituição. Na base deste comportamento, o que se verifica é uma profunda falta de contato humano — da qual o doente mesmo, em seguida e espontaneamente, começa a falar. Ele é, portanto, simplesmente incapaz de contato humano — e seu distúrbio da potência é expressão total desta incapacidade de contato; sexualmente, ele é, por isso, “incapaz”, porque ele não é capaz de amar. Não admira se sua atitude leva à perturbação da potência: não se trata, em toda a sua “vida amorosa”, de amor, mas somente de prazer, e na realidade, prazer no sentido de um desejo egoístico. “Sentimento” emprega ele muito pouco em suas relações — como ele expressamente admite. Com relação às prostitutas isso ainda se explica, mas também mais tarde isso aconteceu, mesmo quando já havia desistido das prostitutas e resolvera, por fim, entrar em contato com as jovens. Qual foi, porém, sua atitude? Ele próprio nos conta que costumava dormir com virgens; assim que elas começavam a chorar e a se recusar, ele se distanciava delas — e a partir desse momento não tinha mais ereção. Espontaneamente, explicou que em tal situação sentia medo de responsabilidade; ele sempre temia vir a ter que se casar. Responsabilidade é para ele sempre um peso. Por que, perguntamos nós, dava ele preferência às virgens? Simplesmente por um egoísmo profundo, um egoísmo que não “dá” nada

* Cf. V. E. Frankl, *Die Neurose als Ausdruck und Mittel* (A Neurose como Expressão e Meio). 3.º Congresso Internacional de Psicologia Individual, Düsseldorf, 1926.

ao parceiro, que não quer fazer nada, que só procura prazer e este somente para si; esta circunstância arrasta-o para as prostitutas! O fracasso junto a elas, porém, tornara-o tímido e inseguro e, por causa dessa insegurança, ousava aproximar-se das jovens inexperientes. Agora, porém, em relação a elas, de novo se manifesta a incapacidade de contato (que não lhe permite investir sentimento algum), assim como o medo de responsabilidade (que faz regredir qualquer sentimento, por pequeno que seja).

Em que, então, consiste a psicoterapia neste caso? Precisamos orientar o doente no sentido de superar com o tempo a incapacidade de contato através do conhecimento de si próprio e da autoeducação. Tivemos que mostrar-lhe que somente uma verdadeira vida de amor, no seu nível social, seria digna dele. Foi preciso, por fim, deixar claro que o restabelecimento de sua potência seria não somente impossível como desnecessário, enquanto ele não fosse capaz de amar (no sentido estrito do termo). Não cabe ao médico ensinar-lhe como praticar o ato sexual, mas apenas indicar-lhe o caminho para uma vida amorosa adequada — e, com isso, e somente com isso, inteiramente por si mesmo, também para uma vida sexual normal. Neste sentido, foi rejeitado por nós, estritamente, um tratamento por injeção, desejado pelo doente no início! O que ele precisava, antes de tudo: o conhecimento do contexto em que o distúrbio da potência era apenas uma parte; conhecimento das relações desta com sua atitude geral na vida. Era preciso que alguém ou um estranho lhe dissesse isso, mesmo que ele próprio já o tivesse admitido secretamente. E assim não deve ele esperar livrar-se do distúrbio da potência, antes de estar em condições de amar realmente uma parceira.

Agora queremos falar de um caso que também está ligado a um momento psíquico, não sendo este, porém, a expressão de uma atitude psíquica habitual, mas, antes, um meio à serviço de uma determinada atitude para com a parceira.

Caso 5. O engenheiro, de 24 anos de idade, queixa-se de falta de ereção, que existe há 9 meses. Está noivo há 2 anos. Até a época em que o distúrbio se tornou patente, ele pôde manter com sua noiva relações normais, assim como com outras mulheres. Ao lhe ser perguntado se ele próprio podia explicar o súbito distúrbio, respondeu que não. Então, perguntamo-lhe diretamente se ele realmente ama sua noiva. Sua resposta foi afirmativa. Se anteriormente seu amor por ela fora maior. Também aqui disse que sim. Agora começamos uma exploração baseada na informação de que ele traiu a noiva, mas nossa pergunta a respeito de remorso ou de sentimento de culpa é respondida negativamente. Em seguida, seguimos o caminho oposto,

perguntando-lhe se ele, imediatamente antes do aparecimento do distúrbio, já havia suspeitado de que sua noiva o traía. E como resposta tivemos um sim, resposta pronta e cheia de emoção! E se isso o oprime muito? “Oh, sim!” E, finalmente, se ele sente prazer em lembrar-se desse fato (de modo muito afetivo). “Não!” Na verdade, sua noiva há já 6 meses que não mais se encontra com tal homem, motivo pelo qual ele deixou de suspeitar dela; contudo, o fato antigo ainda o oprime “inconscientemente”, mas nem por isso com menor intensidade!

Esta seria, pois, nossa interpretação do primeiro fracasso: o distúrbio primário da potência, o primeiro fracasso da ereção, representa, por assim dizer, uma sabotagem da função sexual. Na sabotagem do simples “desejo” da parte de um mais profundo não “querer”. O “inconsciente” do doente está em greve e isso porque ele, ou melhor, a pessoa profunda do paciente, se recusa a testemunhar a esta moça, que preterira seu amor.

Vemos, assim, que no fundo deste primeiro fracasso sexual está um ressentimento; por um profundo, íntimo rancor não quis simplesmente participar, não quis dar ou dar-se, ainda que existisse uma exigência sexual no sentido de tomar para si a parceira, no sentido do gozo apenas sexual: nosso paciente desejou apenas o prazer sexual — mas se recusara à prática do ato. Seu fracasso sexual significa, assim, nada mais, nada menos, do que sua própria recusa amorosa em relação à noiva. Vemos, pois, razão para afirmar, em relação a este caso, que o primeiro insucesso, se de natureza psicógena, é (não somente a expressão de uma atitude neurótica habitual, mas pode ser também) um “meio” a serviço de uma tendência neurótica atual.

Vejamos agora, partindo deste único distúrbio da potência, como se verifica a sua fixação: como, portanto, o único distúrbio se transforma em primeiro. Nós esperamos que o distúrbio se fixe, pelo fato de o nosso já conhecido mecanismo de espera entrar em cena para fazer da neurose atual uma neurose crônica; à psicogênese primária, da qual poderia resultar o ressentimento atual, se junta uma outra, secundária. Efetivamente, o doente, respondendo a perguntas, reformou que, logo após o aparecimento do distúrbio, temeu o seu reaparecimento por ocasião de um novo encontro com a noiva. Ele admite que a simples idéia de ser ou poder ser impotente, poderia ter causado a impotência, enquanto nunca lhe passou pela mente a idéia de que um ressentimento em relação à noiva, por causa da suposta infidelidade dela, pudesse ter provocado o distúrbio.

Vejamos, agora, rapidamente, o tratamento no caso concreto: o doente é examinado do ponto de vista somático e com uma certa insistência nos referimos à negatividade do exame. Fazendo ver que

é "facultativamente potente", e que, porém, sua potência, por causa do rancor havido em época passada, não pode mais atualizar-se. Isto e também a ulterior fixação do distúrbio pela angústia de espera, então desencadeada, é um acontecimento absolutamente normal e não propriamente patológico, assim como perfeita e humanamente compreensível; isso pode acontecer por vezes a ele como ao homem mais normal e mais sensível emocionalmente. A angústia de espera, porém, nós a destruímos pela usual e estrita proibição do coito; mas não sem encarecer a necessidade de manter a proibição durante algum tempo, apenas com o objetivo de se convencer de que ereções não só se verificam, como também se mantêm. Mesmo que esteja convicto disso, não deve ele, desde logo, tentar a cópula, mas, ao contrário, adiá-la por mais tempo, até um momento em que ela venha a acontecer tão impulsivamente que sua tendência a uma exagerada auto-observação, e com isso o distúrbio de todos os automatismos, seja de uma vez por todas afastada.

Observamos, portanto, quão pouco conseguimos com a descoberta da etiologia "complexa" do primeiro fracasso, mesmo nos casos em que o distúrbio primitivo é de natureza psicógena (como nos dois casos citados por último). Mais uma vez, descobrimos que o distúrbio propriamente dito só se verifica onde surge a angústia de espera e seu mecanismo entra em ação; sem ela, na maioria dos casos, não haveria autêntica neurose sexual; ao contrário, o distúrbio, uma vez verificado na prática, pode ser superado por si mesmo. Somente o círculo vicioso da angústia de espera leva o homem a uma neurose sexual desenvolvida; somente este círculo diabólico encaminhará os pacientes, de maneira cada vez mais ampla e profunda, para aqueles distúrbios graves, dos quais mesmo um tratamento psicológico profundo, de longa duração, muito dificilmente conseguiria arrancá-los. Quando chegamos ao ponto em que o doente — à semelhança do que ocorre com os que sofrem de grave insônia — vem a padecer de acentuado "medo da cama"; quando ele, portanto (assim como o que não dorme, só permanece sonolento, enquanto não vai ao leito), só é capaz de ereção quando ainda não foi "tão longe" — então não adiantará mais uma simples descoberta da psicogênese primária; o que aqui se faz necessária e que muitas vezes atua prontamente é a descoberta do mecanismo de espera — particularmente quando se consegue tornar claro este mecanismo no que ele tem de humanamente compreensível. Uma vez ou outra se consegue, por esta via, um tratamento breve e eficaz de alguns casos de distúrbios da potência.

Exemplo de uma psicoterapia breve é o caso seguinte, o qual nos levará ao mesmo tempo a tratar do problema da masturbação.

Caso 6. O paciente, de 25 anos de idade, nos procura por causa de distúrbios da potência e dizendo também que se masturba desde a idade de 10 anos. Em resposta às perguntas que lhe foram dirigidas, informa que é desde criança muito tímido e inibido, principalmente diante das jovens. No momento tem uma amiguinha a quem ele ama verdadeiramente; com ela tentou uma relação, mas não foi bem sucedido. Um rápido exame nos indica que ele já leu há alguns anos um livro sobre “educação sexual”, em que se dizia que os onanistas, logo que iniciavam relações regulares, padeciam de distúrbios da potência, pelo menos nos primeiros encontros. Verifica-se, pois, que ele já estava preparado para a angústia de espera, cuja importância patogenética já nos é conhecida, um terreno propício. Deve-se acrescentar, porém, que o nosso paciente, além disso, por motivos íntimos, se encontra numa angústia de espera particularmente intensa, pois que duas semanas antes do ajuste do primeiro encontro com sua noiva, marcou com ela a data exata do encontro. Ele fez, portanto, exatamente aquilo que nós proibíamos aos neuróticos sexuais no curso do tratamento: um programa! A cópula era desejada de uma forma tal que poderia ser prejudicada pela timidez e insegurança do paciente, assim como pela angústia de espera, que viria depois. A base emocional de uma naturalidade autêntica foi assim subtraída a qualquer tipo de atividade sexual. Como se isto não bastasse, dentro das duas semanas de angústia de espera, voltou-lhe à memória aquela referência do já aludido livro. Depois de tudo que ouvimos até aqui, diremos: seria de todo surpreendente, mesmo em indivíduo que não padecesse de distúrbios neuróticos ou orgânicos, se reagisse em tais condições com uma potência normal — uma vez presentes os três elementos descritos: timidez, um medo vago, iatrógena angústia de espera, agravados pela espera relacionada com a fixação da data. Mais do que isso não precisamos dizer ao nosso paciente! Não precisamos esclarecer a ele mais que estes aspectos e, na verdade, tais como eles são, como algo humano compreensível e não patológico. Como consideração final deste caso, quero chamar a atenção para o fato de que o doente foi apresentado num serviço de psicoterapia, sem que nada fosse dito previamente sobre o mérito da questão; somente na apresentação, *coram publico*, foi iniciada a “psicoterapia” — e não mais que isto: pois após uma curta explanação, a qual pôs em evidência os momentos etiológicos já expostos, o paciente foi convidado, ainda no auditório, para início de tratamento psicoterápico propriamente dito, na semana seguinte, no ambulatório. Daí a seis dias ele apareceu e logo na entrada disse sorrindo: “Já superei tudo”. Interrogado sobre o que havia acontecido — pergunta essa que nunca deixamos de fazer, pois que de sua resposta muito se pode aprender — respondeu a essa pergunta

dizendo que o exame realizado diante de um auditório foi o que mais o beneficiou, circunstância esta que possibilitou a objetivação de seu estado no mais alto grau (efeito esse que nós naturalmente já antes havíamos previsto e sobre o qual, como contribuição à psicoterapia, já havíamos escrito).

Verifica-se, pois, que é necessário despir o coito do caráter de desafio no que tange à situação, configurá-la de modo a permitir uma retirada; em relação à exigência que parte dele próprio, levá-lo a não programar a cópula, mas a limitar-se a carícias. O coito virá em seguida, por si, para mais tarde vir a ser apenas um ato acabado. Quanto à parceira, finalmente, e à exigência que dela possa advir, pode auxiliar-nos a segunda medida. Aconselhamos o paciente a se justificar perante a parceira, dizendo que o médico proibiu terminantemente o coito, o que na verdade não deve ser tomado ao pé da letra, pois é por tempo limitado e visando apenas livrá-lo da exigência sexual até agora feita pela parceira. Na medida, então, em que ele insiste na realização do ato e ela se recusa à vista da proibição médica, o paciente se aproxima cada vez mais do objeto do seu desejo. Levado até esse ponto, o paciente alcança o objetivo: quanto mais ele é recusado, tanto maior será a probabilidade de alcançá-lo.

Masturbação

Qual é, então, nosso ponto de vista quanto à masturbação (pura e simples e não a prolongada no adulto, como no caso anterior)? Devemos, antes de tudo, chamar a atenção dos pacientes sobre o fato de que todos aqueles receios tipicamente hipocondríacos, que tais pacientes têm ou costumam manifestar, são infundados. Masturbação não é doença nem sintoma de uma doença; não é a conseqüência nem a causa de uma doença. Ela é assim uma manifestação natural, que encontramos também nos animais; contudo um fato muito importante: o de que não encontramos nos animais atos de autodestruição (ao contrário do que muitas vezes se afirma), mas sim os de auto-satisfação sexual. Com esse objetivo, de reduzir ao máximo a importância da masturbação, costumamos citar aos pacientes a palavra de um grande médico vienense, que disse: "Todo homem se masturba pelo menos uma vez na vida e quem não o confessa é porque se masturba ainda hoje". É inútil querer saber qual a porcentagem de moços que se masturbam na puberdade; é, porém, admissível, e os dados estatísticos o confirmam, que ela está entre 90 e 99%. Também não devemos esquecer que nem todo ato masturbatório, que visto de fora, isto é, de forma puramente descritiva, se impõe como tal, do ponto de vista fenomenológico, portanto, quanto à intenção psíquica-

mente vivida, representa realmente um ato de "auto-satisfação". Oswald Schwarz mostrou a este respeito que a qualificação psicológica de um ato de masturbação se funda em que o objeto de excitação não é idêntico ao da satisfação. Por isso, recusamos, com este autor, rotular como onanismo a excitação recíproca entre dois parceiros; enquanto, de outro lado, o coito externamente normal de um homem com sua esposa pode se qualificar, com todo direito, ato masturbatório, uma vez que ele seja praticado sem que a esposa se torne o alvo de seu amor, sem que ela esteja em seu pensamento, mas simplesmente faça uso dela apenas para sua satisfação, pensando em outra mulher durante o ato! Esta outra é, portanto, aquela que, embora em sua fantasia, o excita; na esposa, entretanto, é que ele se satisfaz. Com isso, estaríamos já muito próximos da raiz psíquica profunda do ato masturbatório, isto é, da sua essência, tanto do ponto de vista espiritual, como existencial. Pois que é a masturbação, em última análise, senão uma sexualidade despida de qualquer intenção e amor (tal como na prostituição)? No ato masturbatório a vida sexual humana é privada não somente de intencionalidade em relação ao objeto de impulso normal, mas também de sua intencionalidade em relação à finalidade normal do impulso, pois na sexualidade plenamente amadurecida o objeto adequado ao impulso seria o ente amado. Na falta disto, ela deveria subordinar-se, pelo menos, ao fim próprio do impulso, da coabitação normal, isto é, tomando uma direção inespecífica, impessoal.

A vida sexual deixa então de se orientar num determinado sentido, escolhendo conforme suas inclinações amorosas, um parceiro do outro sexo; ela carece, então, daquilo que é verdadeiramente humano, isto é, de um impulso sexual à altura do homem, como uma tendência orientada no sentido de uma determinada pessoa (precisamente a pessoa amada); o que restará, então, será apenas o impulso propriamente sexual — no sentido de uma necessidade instintiva de satisfação sexual, sob a forma de coito normal, mas destituído de qualquer aspecto pessoal, independente do amor e sem nenhuma consideração pela outra parte. Isto seria a sexualidade humana despida de seu verdadeiro sentido e privada de uma intenção que transcende o próprio ser — como infelizmente se verifica em relação à vida sexual média, pelo menos nas massas mal formadas das grandes cidades.

No caso de masturbação, verificou-se algo mais. Deixando de lado a chamada *Notonanie*, à qual os encarcerados por longo tempo se sentem obrigados a recorrer como simples válvula ou sucedâneo, vemos que no ato da masturbação, dois dos componentes sexuais grosseiramente esquematizados e cujo sentido foi introduzido em sexologia por A. Moll, isto é, o impulso de "kontrektation" (impulso ao

contato corporal) e o de detumescência — somente o último se supõe ou logra satisfazer-se. Enquanto o primeiro exige um contato íntimo, a “fusão” com um parceiro de outro sexo, o segundo leva à descarga de energia sexual e de esperma excedentes. Renuncia-se aqui não somente à intenção ao parceiro sexual (parceiro amado), mas também ao parcerismo em geral e, portanto, também àquela tendência para um fim instintivo próprio da espécie, mas ainda impessoal que, em geral, nasce com o animal.

Vemos, assim, até que ponto o ato masturbatório contradiz o sentido e o espírito de toda sexualidade; antes de tudo, porém, o sentido e o espírito da sexualidade propriamente humana. Constitui o ato masturbatório um “pecado contra o espírito” da vida humana no que diz respeito ao amor.

É, pois, de se admirar que a má consciência daqueles que praticam a masturbação tenha raízes profundas? Ela não é determinada somente psicologicamente, mas tem raízes numa camada ainda mais profunda do ser humano: a camada existencial. O mal-estar que se apodera caracteristicamente dos onanistas típicos não simplesmente da falência de sua boa vontade, no sentido de abandonar o hábito, mas do fato de que essas pessoas, no seu foro mais íntimo, sabem que em cada ato masturbatório matam a vida amorosa que, como seres humanos, elas têm diante de si. Pois se aquele mal-estar decorresse de fracasso recidivante na luta entre os bons propósitos para desabituar-se e às tentações, deveria ele aparecer também e com a mesma intensidade nos processos análogos, como aqueles dos fumantes que tentam abandonar o vício. Quem, porém, negaria que o estado afetivo do mal-estar do masturbador seria muito diferente, maior e mais profundo?

A despeito disso, devemos minimizar, frente ao doente, no caso de tratamento psicoterápico, todo esse complexo de questões referentes à masturbação. Pois, como veremos ao tratar dos impulsos neurótico-compulsivos, a luta forçada, o investir contra aquilo que se procura combater, conduz sempre a uma confusão cada vez maior. A isso se deve acrescentar o fato de que lutas prolongadas de consciência e os contínuos fracassos só servem para aprofundar o sentimento exuberante de inferioridade dos masturbadores típicos; neste sentido, costumamos dizer aos nossos pacientes que eles devem desabituar-se da masturbação, o que não precisa ser feito de imediato, pois ainda há tempo. No intervalo, nós tentamos diminuir a preocupação do doente com referência ao problema da masturbação; nós enfrentamos decididamente os temores hipocondríacos, levamo-los à compreensão de que a masturbação é o sinal externo de um isolamento interior, profundo, como a forma da vida sexual do homem solitário,

para, finalmente, ajudá-lo a sair desse isolamento. Isso, porém, quer dizer que nós temos desviado seu interesse do erótico grosseiro para o erótico no sentido estrito — no qual ele aparece sem uma relativa oposição à sexualidade. Temos restabelecido o primado do erotismo contra a sexualidade, temos deslocado o acento da exigência de uma simples saturação ou descarga instintiva para a exigência de um parceiro amado, do outro sexo. Devemos levar o paciente ao ponto de efetuar ele próprio essa troca de dominância.⁹ Veremos sempre que um jovem masturbador, introduzido num grupo promíscuo, no momento em que se “apaixona” por uma jovem supera de súbito todo o conflito sexual. Esse conflito, pois, não é, de forma alguma, fatal, uma vez que a abstinência sexual do jovem sempre é acompanhada por um sentimento de carência; seria, antes, mais correto ver a causa do conflito sexual apenas no pensamento permanente, obsessivo do psiquicamente (e não somente sexualmente) isolado, no impulso sexual (não satisfeito) que o mantém, então, num isolamento quase que total.

Uma vez conseguido que o acento se desloque do sexual grosseiro para o erótico propriamente dito, ouviremos dos jovens que eles nem em sonhos, nem mesmo em devaneios, se aproximam da moça eleita, numa atitude sexual no sentido estrito do termo; mas eles dirão também que um dia eles se esqueceram de se masturbar. Sem dúvida, uma vez ou outra, o impulso sexual reaparece, mas até lá terá sido alcançada aquela síntese, que constitui o anseio de toda higiene sexual psíquica consciente de sua responsabilidade, em particular de toda pedagogia sexual, isto é, a síntese do erotismo e da sexualidade. A nosso ver, tais elementos não estão ligados entre si, de antemão; ao contrário, estão separados no início do desenvolvimento psicosexual e somente este desenvolvimento permitirá, com o tempo, que ambos convirjam — isto é, o objeto do amor e a aspiração sexual (esta, em si, inespecífica e, por isso, impessoal), e que, no ponto final do desenvolvimento normal ou ideal, esta complacência seja congruente. Consegue-se, então, aquilo que estava por alcançar-se: que o ser humano tenha desejo sexual tão-somente quando ele ama. Apenas isto garante uma vida sexual digna do ser humano. Tornar isto possível, onde o desenvolvimento e a maturação não se completavam, isto é, nos casos de inibição neurótica do desenvolvimento sexual, é objeto da psicoterapia.

⁹ Quão é errado, até pernicioso e perigoso — segundo a nossa impressão —, quando ouvimos de um jovem paciente que seus pais lhe proibiram o namoro com uma moça pobre, e que a própria mãe lhe deu dinheiro para que ele pudesse procurar uma meretriz.

Uma vez que, como se demonstrou, a neurose sexual atual tem por base concepções e atitudes neuróticas gerais e habituais, de que são não apenas a expressão mas o meio, é claro que nesta atitude geral neurótica entram também elementos que, primariamente, não podem ser tidos como psicopatológicos; trata-se, então, mais de atitude espiritual geral que psíquica propriamente dita, pois depende, entre outras coisas, de moralidade etc. No sentido moral, porém, o homem não é simplesmente são ou doente — estas categorias devem falhar no terreno moral.¹⁰ Numa coisa, porém, também nós, médicos, temos de recuar — por exemplo, se quisermos demonstrar ao doente que ele não pode perder sua neurose sexual, em particular nos casos de impotência, antes que tenha conseguido uma espécie de transformação de sua moral sexual. Em tais situações, atingem-se os limites da possibilidade de atuação médica; contudo, resta ao médico a possibilidade de mostrar ao paciente um caminho, no qual ele poderá pôr em execução, por iniciativa própria e em si mesmo, por assim dizer, “a terapêutica de eleição” (causal): no melhor sentido da palavra, o tratamento radical do seu mal — atuando sobre a sua raiz, que, sem dúvida, se situa não mais na camada simplesmente psicológica, mas mais profundamente, no núcleo espiritual — moral da pessoa.

A cultura é a verdadeira natureza do homem; enquanto o animal tem seu mundo circundante (*Umwelt*), variável segundo a espécie, o homem tem acesso ao seu próprio mundo dos sentidos e dos valores, penetrando, assim, na dimensão espiritual.

Deduz-se daí que uma natureza humana “pura”, “isenta de culpa”, não existe. Ou, como diz Novalis, no caminho do seu desenvolvimento para cima a escada pela qual a humanidade subiu, caiu — não há mais recuo a uma existência puramente animal. Em outras palavras, o natural, “puro”, seria para o homem, conseqüentemente, o menos natural! (*das Unnatürlichste!*)

Daí resulta que tudo que não é espiritual, tudo que é imoral, está em flagrante contradição com o existir humano. Assim, e tão-somente assim, é que se pode compreender que tudo aquilo que é contra a moral e contra o espírito, sob forma neurótica, se vinga no próprio homem.

Com isso, naturalmente, não se está afirmando que toda moralidade ou incredulidade seja atribuível a uma doença (como uma teoria psicologizada apregoa); tampouco queremos dizer com isso

¹⁰ V. E. Frankl, *Das Menschenbild der Seelenheilkunde* (A Imagem do Homem na Psicoterapia). Stuttgart, Hippokrates-Verlag, 1959.

que a espiritualidade está "a priori" em oposição à natureza humana¹¹ — ao contrário: a natureza humana é "a priori" espiritualidade, e onde isso não acontece, é porque ela regrediu posteriormente à não espiritualidade que, como ficou dito, não deve confundir-se com a não espiritualidade do animal.

Vejam, no caso seguinte como isto se nos apresenta na prática:

Caso 7. O doente, de 34 anos, nos apresenta sua autobiografia de muitas páginas, escrita a mão. Nela, ele nos narra não só seu grave estado depressivo atual e o desespero que o levou a pensar em suicídio, mas também a causa de tudo isso: grave distúrbio da potência. Quanto ao seu passado, ficamos sabendo que sua educação foi severa, ele sempre ouviu dizer que isto ou aquilo era proibido. Sua mãe tinha um amante que saía para passear com ela, diante de seus olhos, fato que o pai deveria ignorar; assim, ele se tornou sabedor, cedo, de um segredo relacionado de algum modo com coisas eróticas ou sexuais. Já na infância, quando brincava, era patente sua preferência pelos papéis passivos. Menos ainda nos admiraremos se mais tarde viermos a saber que, na puberdade, seus contatos sexuais se limitavam a apalpar as meninas assim como a brincar com os órgãos genitais delas, enquanto se esquivava sempre da prática de um ato sexual verdadeiro. Medo de uma ligação mais íntima era a causa disso. Por isso, aquele tipo de atividade sexual degenerou progressivamente. A seguir, descreve com muitos detalhes as diversas aventuras de então; e com um orgulho evidente, embora inconsciente, ele descreve como, um dia, na plataforma de um bonde, ele se aproximou de uma jovem não conhecida, mas que regularmente viajava com ele, e como ele, vangloriando-se disso, chamava a atenção dos colegas; ou como ele, de outra feita, no escuro, tocou nos órgãos genitais de uma jovem sentada ao seu lado no cinema, sem que o acompanhante dela o notasse.

Sua impotência foi sempre total; conforme espontaneamente refere, não só quando sentia a mais leve pressão por parte da moça, como, tipicamente, quando ele procurava um hotel, levando-a em sua companhia (ambos os momentos — tanto o da exigência da parceira como o da exigência relacionada com a situação — nós já encontra-

¹¹ O poder da inteligência que distingue o ser humano — além das suas condições biológicas, psicológicas e sociológicas — é "facultativo", isto é, ele pode, mas não precisa ser sempre ativado. Entretanto, tal poder pode ser avaliado adequadamente apenas quando é necessário superar resistências — em forma análoga à afirmação de Scheler de que a realidade se manifesta na resistência à qual ela se opõe, poderíamos também dizer: A moralidade se torna existente quando ela está experimentada ou tentada — mas ela é ainda mais do que isso.

mos reiteradas vezes). Após um tratamento por injeções e também um tratamento psicoterápico feito por especialistas, sem resultado, resolveu se casar imediatamente com aquela mulher, junto da qual, pela primeira vez, se encontrasse potente. Assim aconteceu realmente. Mas, logo depois, a potência diminuiu de novo e atualmente ele se sente apenas discretamente potente, se durante a cópula com a esposa pensa nas brincadeiras havidas com outras mulheres.

O paciente refere-se, vez por outra, a "impulsos, hábitos, fraqueza de vontade" e, por isto, precisamos recorrer com empenho a todos os meios psicoterápicos para deixar bem claro que não se trata de outra coisa senão de construções fatalistas, as quais fazem com que ele se veja à luz dos seus próprios olhos, de uma forma trágica. Nada de trágico, porém, existe. O que ele precisa é se decidir claramente: ou por sua mulher — a quem ele diz amar ou pretende amar "apenas humanamente" — ou a favor de suas "brincadeiras sexuais"! Assim que ele optasse pela primeira, deveria manter-se firme nela e em tais condições não deveria dar sua adesão à esposa apenas por palavras, mas também mostrando-se pronto até ao sacrifício ou renúncia, em face de suas tendências polígamas. Ame ele de fato e logo se sentirá impellido a fazer tal sacrifício como até mesmo a procurar situação tentadora para aprender a enfrentá-la.

O que nós pretendemos com isso é exatamente vencer a atitude psíquica geral (e não somente sexual) errada do doente, principalmente em sua maneira passiva de ser ou de ficar a meio caminho, assim como no seu medo de responsabilidade e de ligações, a qual tem por base a angústia de perder-se; o desenvolvimento psíquico e sexual do paciente se apresenta, porém, tão "confuso" que o distúrbio sexual existente somente poderia ser curado por uma nova *atitude espiritual*, uma mudança do homem total, no que ele tem de mais profundo, e na plenitude de suas relações pessoais. Somente pela reconstrução de sua capacidade humana de entregar-se poder-se-ia esperar um restabelecimento de sua capacidade de entregar-se sexualmente. Enquanto ele permanecesse incapaz de enfrentar sua esposa numa atitude de pessoa para pessoa, seria também incapaz de enfrentá-la como marido e mulher; assim que, porém, ele reconhecesse plenamente a indignidade de suas "brincadeiras sexuais" — e passasse a ter relações pessoais com sua esposa, a potência normal mais cedo ou mais tarde haveria de surgir por si mesma.

Ejaculação precoce

Nos casos até aqui expostos de distúrbios da potência, temos considerado apenas aqueles em que há uma debilidade de ereção.

Falaremos agora de distúrbios nos quais o mecanismo de ereção se processa normalmente, ao contrário do de ejaculação que está perturbado. Queremos referir-nos aos casos da assim chamada ejaculação precoce, cujo tratamento (não somente psicoterápico) de modo geral é mais difícil de orientar do que o da ereção defeituosa. Parece haver aqui um fator predisponente, cujo papel consiste, no mínimo, em facilitar o desencadeamento do reflexo de ejaculação. Não devemos esquecer, tampouco, que por vezes se trata de um fenômeno psicológico e passageiro, mesmo no homem normal e, em geral, quando depois de uma abstinência prolongada se volta à cópula. A ejaculação precoce em tais casos não é nada de incomum, nem deve ser considerada como de prognóstico desfavorável, pelo menos, quando não interfere um mecanismo de angústia de espera. Quando se trata de distúrbios isolados, é preciso que se tome precauções contra um diagnóstico apressado de doença. A carga excessiva, de um lado, leva normalmente à ejaculação precoce e, de outro lado, é necessário que haja uma adaptação rítmica de ambos os parceiros, como acontece em condições normais e particularmente em dança. O homem normal, pelo menos quando relativamente jovem, saberá vencer a situação. Com sua capacidade para coito repetido (a que ele eventualmente precisaria chegar) readquirirá ele imediatamente a confiança na própria capacidade sexual.

Bem diverso é o caso do homem que, por qualquer motivo, se tornou inseguro sexualmente! Aqui interfere não raro a angústia de espera, que transforma um ato sexual falho, de per si não neurótico, em fracasso sexual neurótico. Chega-se, então, ao já conhecido círculo vicioso da angústia de espera a que vem juntar-se, então, a progressiva facilitação do mecanismo reflexo. Não é de se admirar e ouve-se, da parte de psicoterapeutas, que a ejaculação precoce constitui muitas vezes uma "crux" verdadeira. Nós mesmos só consideramos de prognóstico desfavorável e tratamento difícil o caso em que por causa da idade do doente ou outro motivo, não é possível o coito repetido, ou a ejaculação, mesmo assim, continua precoce.

Recomenda-se, em tais casos, sob o aspecto terapêutico, forçar o coito repetido, mesmo que seja necessário o emprego de estimulantes (seria, pois, errado prescrever sedativos em tais casos). Assim que se obtenha uma ejaculação pelo menos relativamente retardada, seja por sugestão verbal, seja à custa de medicamentos, deixa de ser possibilitada a aceleração do fenômeno reflexo e destarte a angústia de espera perde o seu objeto. Além disso, deveríamos citar aquelas medidas que recomendamos aos nossos pacientes no sentido "técnico". Pensamos antes de tudo nas diversas possibilidades de reprimir o impulso à ejaculação reduzindo a intensidade ou amortecendo os estí-

mulos sexuais. Neste sentido, é muitas vezes suficiente (principalmente nos casos simples e em seres primitivos) a recomendação de um coito "condomatus" para eliminar prontamente o distúrbio, e, com isso, para afastar qualquer base para a angústia de espera no curso de um ato sexual comum. Não queremos falar daquelas recomendações vulgares que visam desviar a atenção, no momento crítico, da pessoa do parceiro para coisas afetivamente sem nenhuma importância. Se o paciente, desta forma, consegue, ainda que uma só vez, refrear sua tendência à ejaculação precoce, haverá de notar, desde logo, que ele poderá, exercitando-se, ampliar tal domínio, permitindo que a ereção perdure, sem chegar à ejaculação.

Na maioria dos casos, porém, precisamos aprofundar-nos mais e descobrir a verdadeira psicogênese da ejaculação precoce. Verifica-se então que na maioria dos casos desta espécie, o distúrbio deve ser atribuído ao fato de que, servindo-nos de uma distinção conceitual de A. Moll, o homem se interessa mais pela detumescência do que pela "contractação". Notaremos, então, que o paciente se mostra muito mais interessado em livrar-se de seu esperma em excesso. Muitas vezes mesmo nos confessam tais doentes que a coabitação tentada não passa de um "onanismo praticado numa mulher" — segundo a expressão que por vezes usam. Não nos causará admiração, entretanto, se nós, na ejaculação precoce, verificarmos o predomínio do impulso da detumescência sobre o da "contractação", tal como na masturbação.

Característica da situação interna assim esboçada e da qual algo como a ejaculação precoce deve decorrer necessariamente, é também a situação externa, tal como se vê através da anamnese, isto é, a situação típica para esses doentes, ou seja, a da tentativa de coabitação a toda pressa. Pois, o que estes doentes procuram, de conformidade com a sua atitude sexual (atrás da qual se encontra sua atitude humana) não é a situação comum de entrega sexual: eles não querem dar-se por inteiro, não querem mesmo dar coisa alguma; o que eles querem é apenas a detumescência, a descarga de sua tensão e repressão sexual. Assim, é típico o que nos descreve um doente, isto é, que sua parceira exerce-lhe apenas uma pequena excitação corporal (não se poderia falar, em absoluto, de amor), e em segundo lugar, que por determinados motivos foi preciso "fazer tudo às pressas". Outro paciente afirma haver tentado em vão o coito depois de haver saído com sua parceira num bote a remo, primeiro no próprio bote (!) e, após os primeiros fracassos, numa pequena ilha, onde, entre os arbustos já havia outros casais. É evidente também, aqui, que somente um exame retrospectivo do distúrbio pode levar-nos ao fim, lá onde mais do que uma questão de potência sexual existe uma atitude humana. Não hesitamos em confessar, tendo por base nossa casuística,

que tocamos nesse assunto no diálogo com os nossos pacientes. Nas neuroses sexuais, tanto do ponto de vista patogênico como psicoterápico, e, em particular, nos distúrbios da potência, o exame deve ir até os fundamentos espirituais, ou seja, até à noogênese e, portanto, além da psicogênese, o que se deve ao simples fato de que a capacidade sexual somática tem por base a capacidade anímeo-espiritual de amar.

Amar significa saber dizer “tu” a alguém; amar é, porém, ainda mais que isso: é poder dizer *sim* para esse alguém; não somente agrará-lo como um ser singular, mas aceitá-lo como um valor real. Não o ver, portanto, somente como ele é, mas ao mesmo tempo também o que ele pode ou deve vir a ser. Amor verdadeiro torna o homem clarividente, torna-o adivinho; pois ver o valor do seu amado significa ver o que ainda não é realidade, mas possibilidades de realização.

A capacidade de amar orienta o impulso não somente no sentido da sua finalidade, mas também no do seu objeto, isto é, da pessoa, do parceiro amado. Somente na medida em que o impulso se orienta desta maneira e se subordina à pessoa do outro, do ser amado, é dado ao impulso enquadrar-se na própria pessoa. Somente um Eu que procura um Tu é capaz de integrar o ID!

Perversões (homossexualidade)

Com a *Psychopathia sexualis* de Kraft Ebing começa o interesse científico pelas perversões; e maior ainda ele se tornou com o advento da Psicanálise de Freud, que no início do seu desenvolvimento dirigiu a atenção à tendência perversa latente até mesmo no homem normal. Freud chegou a falar da criança como um ser “perverso-poli-morfo”. Sem dúvida, a Psicanálise considera como sexualidade infantil algo diverso daquilo que nós comumente entendemos por sexualidade, ou seja, a do adulto; pois, para servir-nos de uma tese psicanalítica, a sexualidade do homem adulto está normalmente sob o domínio genital, domínio esse que se estabelece na época da puberdade, quando normal é o desenvolvimento. Que as observações da escola freudiana a respeito da sexualidade infantil são corretas, não pode mais haver dúvida; outra questão, porém, é saber se tais observações também foram interpretadas corretamente.

Seria um lugar comum dizer que os limites entre normal e anormal no terreno da sexualidade e, portanto, a respeito das perversões, não são precisos. E o critério segundo o qual seria lícito falar do ainda normal ou ao contrário do anormal, é em si arbitrário e apenas baseado na aparência. O mais simples é ater-nos a tal respeito à opinião de Oswald Schwarz, que assim formula seu ponto de vista: um

ato libidinoso "anormal" deve ser tido como perverso se um homem não está em condições de chegar a um orgasmo autêntico, a não ser dando livre curso às suas tendências e desejos. Assim, só podemos falar de sua perversão se a satisfação de impulsos anormalmente orientados (falando naturalmente apenas dos impulsos anormais quanto ao fim e não quanto ao objeto) em relação ao orgasmo constituem uma "conditio sine qua non", tudo o mais nós devemos considerar como matriz pessoal da sexualidade. É claro que o homem diferenciado, sobretudo homens dotados de uma natureza refinada, ou na vida afetiva muito apurada, tipos intelectuais, acima de tudo os chamados estetas com inclinações artísticas e maior sensibilidade, estão inclinados a dar vazão aos seus impulsos sexuais não de todo normais, e como tal também percebidos; em parte pela preocupação de originalidade, sensacionalismo ou esnobismo, em parte também pela tendência a apurar o instinto sexual, todos estes homens dão aos seus instintos livre curso, em maior escala que o bom burguês do tipo comum.

Mas, mesmo nestes tipos burgueses "virtuosos" e "prosaicos" verificamos inclinações anormais e até perversões. Isto se dá, especialmente, em idade avançada, quando o chamado gozador quer manter através das suas inclinações perversas uma já débil potência.

Enquadramos neste grupo os ávidos leitores de *Casamento perfeito* e que tanto se interessam pela *Tabula com as decem positiones*. Em todos estes casos, não se trata propriamente de perversões, mas de casos de queda de potência ou falta de libido, seja por distúrbios funcionais psicogênicos (neuróticos, portanto) ou então de simples esnobismo de origem reativa.

Na maioria dos casos são os homossexuais que pedem auxílio e conselho ao médico, tomados de um grande desespero, que até pode culminar num tédio pela própria existência. Devemos distinguir aqui a homossexualidade originária da homossexualidade neurótica. Esta diferenciação, naturalmente, não é fácil em todos os casos; justamente porque, nos casos limítrofes, a demarcação carece de nitidez. Devemos recorrer, então, a uma anamnese meticolosa para saber se o paciente alguma vez se sentiu heterossexual, seja na infância, seja na puberdade, inclusive nos sonhos. Se a resposta for afirmativa, podemos falar com toda razão de uma homossexualidade neurótica, para a qual não é obrigatória uma disposição hereditária. Ao contrário, poderíamos considerar o fato sob o aspecto patogenético, como segue: não somente no sentido biológico, mas também no de uma psicologia do desenvolvimento antogenético, isto é, o homem bissexual. Enquanto, normalmente, no indivíduo normal, em cujo desenvolvimento no mais tardar na fase de maturação, portanto no momento em que se inicia a fase genital, o componente do impulso homossexual regride comple-

tamente, pode o desenvolvimento, em outros casos, perturbar-se, e, então, a homossexualidade, prepubertária, até então latente, passar para o primeiro plano da consciência.

O homem, até então normal, em certas circunstâncias, pode fixar-se neste homoerotismo. Esta fixação numa atitude instintiva homoerótica se verifica, segundo a experiência, especialmente se um "trauma psíquico" desvia a atenção do homem — ou, como também poderíamos dizer, a direção do impulso sexual para um parceiro do mesmo sexo. Efeitos traumatizantes neste sentido podem ser causados sobretudo por situações nas quais ocorre sedução de jovens por homossexuais adultos. Pode acontecer também, principalmente em pensamentos de meninos, ou situações semelhantes, que a masturbação mútua, tão freqüente, force o encaminhamento da sexualidade na direção homossexual — sem que os atos masturbatórios na primitiva intenção tenham sido de base homossexual! Contudo, poderá estabelecer-se, nestes casos, uma certa fixação num parceiro do mesmo sexo — ou, mais precisamente, no órgão sexual do mesmo sexo, como possível fonte de prazer libidinoso.

Mas, nós podemos ir além, seguindo a Psicanálise, sendo de se convir que, ao lado do momento da fixação, também o momento da regressão desempenha um papel, onde haja fatores capazes de provocar uma evolução no desenvolvimento no sentido homossexual. Ensina-nos a experiência que também nas fases mais avançadas do desenvolvimento, pode ocorrer um retorno à direção homossexual do impulso, já há muito tempo esquecida. Vêm-nos à mente aqueles casos de jovens, isto é, seres ainda psicicamente plasmáveis, que por força das circunstâncias (impossibilidade de satisfação sexual normal) são levados a um relacionamento homossexual. Basta lembrar da situação em que vivem os encarcerados, os grumetes, etc.

Com relação ao tratamento dos casos de homossexualidade neurótica, são válidas também as considerações que sob outros aspectos já foram feitas. Procurar-se-á mostrar ao doente que suas "perversões", somente na aparência, podem ser tidas como de origem disposicional ou ditadas pelo destino — e que na realidade elas estão ligadas a momentos etiológicos absolutamente compreensíveis e de modo algum como decorrência de uma doença. Conseguir-se-á, assim, libertar o paciente da idéia opressora de que suas inclinações perversas sejam ditadas pelo destino, como forças demoníacas, a que ele, impotente, tenha de enfrentar. Não devemos ocultar ao paciente, mas, ao contrário, repetir sempre a ênfase de que cada homem, mesmo o mais normal de todos, é dotado de tendências perversas polimorfas no sentido freudiano e que no caso da disposição bissexual, que é mais ou menos accentuada, conforme os casos, somente mais tarde, na

puberdade, poderá ser superada, se as circunstâncias forem normais; assim sendo, mesmo aquele que tiver um desenvolvimento anormal, por força das circunstâncias, não deve considerar-se, por isso, indivíduo estigmatizado.

Em seguida, trataremos de um caso concreto, em que se vê, de maneira particularmente instintiva, a problemática da questão, pois mostra, na coincidência de vários momentos genéticos, como uma série de acasos ocorridos na vida do paciente, cuja perversão pode ser tida não apenas como determinada, mas, exatamente no sentido de Freud, como superdeterminada.

Caso 8. Trata-se de um universitário de 22 anos que nos procurou por causa de sua “homossexualidade” e impotência. A anamnese mostrou os seguintes fatos: Na idade de 4 anos, o paciente observou casualmente, quando estava deitado ao lado da sua madrasta relativamente moça, que durante o sono descobriu a região glútea, pondo-a à mostra. Ele se lembra ainda nitidamente que começou a mexer com os seus dedos no ânus dela, o que fez que ela acordasse e lhe desse uma tapinha na mão.

Nenhum dos dois atribuiu então grande importância ao fato, pelo menos aparentemente. Bastou, entretanto, concentrar a atenção do paciente sobre a região anal, como objeto de satisfação instintiva-lúdica. Mais tarde foram-lhe aplicados freqüentemente clisteres, e isto justamente pela mesma madrasta. Não estamos enganados na suposição de ver neste fato outro momento favorável à fixação da “erótica anal”. Observa-se entretanto que o prazer não é mais procurado na região anal de um “parceiro”, mas na do seu próprio ânus.

E a anamnese continua: no início da puberdade o paciente começou a praticar a masturbação anal. Uma vez descoberta como fonte de prazer, a região anal se encontrava predisposta para servir a impulsos sexuais na puberdade, ainda amorfos (senão, polimorfos). Para nós é evidente que esta terceira etapa, a masturbação anal, depois do episódio com a madrasta e a aplicação de clisteres, deveria levar à uma fixação no mesmo sentido. Um dia o paciente ouviu falar que os homossexuais praticavam atos de pederastia. Desde aquele instante, diz ele, surgiram nas suas fantasias que acompanharam seus atos de masturbação (anal) imagens de conteúdo homossexual. Após ter deixado a onania, seus interesses pelo ânus como escopo dos seus impulsos sexuais triplicaram e além disso voltou-se também para objetos homossexuais (embora somente na fantasia). Por fim, o paciente informou o seguinte:

Desesperado por sentir-se completamente perverso, ele “examina-se” continuamente para descobrir se sente realmente prazer ao imaginar que tem um homem atrás de si. Vemos aqui como o medo

de ser anormal o impele a uma espécie de auto-sedução, pondo constantemente a prova as suas reações instintivas e sempre temendo a comprovação da sua perversão "perdida e incurável". Não se admira que também aqui se interponha o mecanismo da angústia de espera que produz experimentalmente o tão temido resultado positivo das experiências do nosso paciente. Com isso, consumou-se outro passo que contribuiu para a fixação completa do homocerotismo. Em vista da intensidade de tais "experiências" tivemos de esclarecer ao paciente que fatos iguais àqueles que ocorreram na sua infância e aos quais seguiu um procedimento como o seu (o de pôr-se em prova), levariam até o mais normal dos homens, sob o ponto de vista de tendência, ao mesmo estado de uma homossexualidade, cuja aparência parece indicar que se trata de algo insuperável, uma vez que na sua formação colaboraram intimamente fatores externos e internos.

No que concerne à patogênese da perversão homossexual do caso em apreço, parece ela clara, à luz dos fatos expostos; é preciso agora explicar ao paciente, com finalidade terapêutica, que, teoricamente falando, qualquer pessoa e portanto até a mais sã, vivendo nas mesmas condições, ter-se-ia comportado em sentido idêntico. Com este esclarecimento conseguimos livrar o paciente de uma preocupação considerável: e não precisa mais encarar sua perversão como ditada pelo destino ou como algo que o estigmatize. Cabe, além disso, outro dever positivo à terapia. Não queremos apenas libertar o paciente do seu pesadelo, mas também conduzi-lo para uma sexualidade normal que lhe seja própria. A sexualidade humana normal — a vida sexual adequada, em forma exclusiva, à sua dignidade humana, é apenas aquela que é expressiva, que é sempre manifestação de amor. Sob este aspecto devemos educar o paciente não tanto para a potência sexual como para a capacidade de amar. Recomendamos, portanto, que procure uma parceira que ele seja capaz de amar. Tal conselho se tornou possível por causa de constelações favoráveis que existiam, felizmente, neste nosso caso. Assim o paciente nos contou sonhos com conteúdos sexuais normais e, além disso, percebeu ele também no estado acordado, de vez em quando, seu interesse por moças. Entretanto, todas as suas tentativas nesse sentido fracassaram sempre por motivos de impotência. Convém ressaltar, porém, que estas tentativas foram feitas principalmente com prostitutas. Foi exatamente este motivo que nos levou a proibir ao paciente qualquer tentativa sexual, a não ser que a mesma surgisse espontaneamente como expressão concreta de amor.

Ao libertarmos assim o paciente da pressão psíquica, conseguimos outra coisa importante: ganhamos tempo. Pois o doente, além do desespero e da conseqüente extrema inibição em suas atitudes,

queixa-se de sua incapacidade atual de dedicar-se aos estudos; seus pensamentos giraram sempre em redor do "Fatum" de ser um indivíduo completamente pervertido. E agora exige-se dele que espere até encontrar uma jovem que ele possa amar — isto não requer tempo? Livre da obsessão de ser um pervertido "condenado", ele não terá tempo para concentrar-se "com consciência tranqüila" e "calmamente" no seu estudo?

Mas, além disso, temos que oferecer ao nosso paciente ainda outra forma de ajuda. Não devemos esquecer que se trata de um homem completamente inseguro quanto à sua sexualidade. Já lhe demos o conselho de esperar, de estudar e de procurar uma companheira, e a isto devemos acrescentar o conselho de escolher uma parceira que não tenha nenhuma experiência sexual. Destarte ele conseguirá reduzir o mais possível sua insegurança que eventualmente se transformará em timidez. A parceira não deverá exigir dele nenhuma atividade sexual nem qualquer iniciativa neste sentido, exigência essa que inibiria se não o amor nascente, ao menos o impulso sexual que o acompanha. Se ele conseguir criar as condições favoráveis necessárias, asseguramos ao paciente que o amor o levará automaticamente à potência normal e daí a uma vida sexual sã, que até agora não pudera ser alcançada em virtude da ausência do amor verdadeiro e da inoperância da sua vontade perturbada.

Dissemos de início que precisamos diferenciar entre o homossexualismo neurótico e o originário. Perguntamos então qual deve ser a nossa atitude como psicoterapeutas nos casos em que o homossexualismo é originário, ou seja, por tendência e conseqüentemente ligado ao destino. Além da relativamente pouca incidência dessa homossexualidade, observamos que seus portadores raras vezes consultam o médico, ou até o especialista. Estes indivíduos em geral não sentem necessidade de tratamento, eles não concebem seu distúrbio como algo de doentio — ao contrário, de maneira análoga à dos toxicômanos, tendem a fazer alarde da "beleza" das suas atividades sexuais e até mesmo do valor cultural delas e, o que é perigoso no sentido psico-higiênico-coletivo (!), criar uma espécie de "proselitos". Apesar disso incluímos aqui um caso desta categoria, para demonstrar como o psicoterapeuta deve proceder num caso desse tipo.

Caso 9. O paciente de 50 anos ocupa na vida profissional uma posição de destaque. Segundo as suas informações ele se submetera, há vinte anos, a um tratamento psicanalítico que se estendeu durante dois anos e não surtiu efeito nenhum. Interessante é que ele naquela época — assim como agora — não procurou o médico, não por causa da homossexualidade, mas sim por dificuldades que tinha encontrado no trabalho. Sempre se sentira como homossexual e nunca como

heterossexual, nem em sonhos de que se recorde. Também nas suas fantasias que o acompanhavam durante a puberdade, em seus atos masturbatórios, nunca havia outros conteúdos que não homossexuais. Quando mais jovem mantivera relações sexuais com dois rapazes, a cada um deles se prendera por vários anos. Na idade que hoje tem, a sexualidade não apresenta problema nenhum para ele. Ele procurou o médico apenas por causa da sua distração e incapacidade de concentração. Essa distração, conforme ficou provado, data da infância, sem observar nela diferenças correspondentes a fases. Podemos pois dizer com toda razão que esta distraibilidade está ligada à homossexualidade do paciente no sentido de que ambos os fenômenos doentios devem ser interpretados como dois aspectos de uma constituição psicopática idêntica. Temos que aceitar essa psicopatia comum a ambos os fenômenos como realidade ditada pelo destino e levá-la como tal ao conhecimento do paciente; a esse porém cabe a tarefa de reduzir esta realidade para um mínimo inevitável, desistindo de combatê-la de modo cego e contrafeito. O caso concreto provou que sua distração, a sua improdutividade profissional em geral, não podem ser interpretados como sintomas neuróticos, mas fenômenos parciais da sua psicopatia. A redução da sua capacidade profissional não é, pois, como no caso de outros neuróticos, sinal de uma insatisfação existencial na qual a profissão exercida, sob o ponto de vista do sentido da vida, não consegue transmitir nenhuma satisfação ou realização. Podemos dizer que a profissão nunca dará ao nosso paciente plena satisfação, porque, devido à sua constituição psicopática, ele é simplesmente incapaz de entregar-se de todo à sua vida profissional ou de encontrar realização nessa parte da sua existência.

Mas o outro lado essencial da realidade humana, que é o amor, também lhe é inacessível; como a profissão, o amor não lhe dá satisfação verdadeira. Percebemos como as possibilidades existenciais de tal pessoa estão reduzidas. Mas a psicoterapia em todas as suas formas deve encontrar uma saída para o paciente, mormente quando este tem que enfrentar um fato a que está destinado, mostrando-lhe o caminho que lhe traz sentido à sua vida individual e com isso a realização existencial. Improvisando, perguntamos de repente ao nosso paciente: "O que lhe causa mais alegria na vida?" A resposta imediata foi: "Arte, literatura, relações amistosas (assexuais) com outros homens". Daqui resulta o ponto de partida para a psicoterapia, a qual então só poderá indagar: se não é na vida profissional ou amorosa que podemos mostrar o sentido da existência deste homem concreto, onde então? O ponto de partida surgiu do seguinte fato: o paciente alegou que a distração não o incomoda de forma alguma, *conquanto* ele satisfaça suas tendências culturais. O que nos restou a

fazer não foi outra coisa que conseguir uma conciliação entre o doente e o fato da sua psicopatia. Já que ele aceitava tacitamente sua homossexualidade, restava apenas que ele também se conformasse com a diminuição da sua capacidade profissional. Visando à conciliação destes dois fatores, não pretendemos prestigiar seu fatalismo neurótico. Antes, baseados em nossas experiências, concluímos que o paciente conseguiria minimizar a sua inibição face ao trabalho somente se desistisse de se opor a ele. Pois também aqui, como em outros casos semelhantes, a oposição gera um círculo vicioso em que o doente se concentra exatamente sobre aquilo que a todo custo pretende evitar. Trata-se de uma transformação tipicamente neurótica que pode ser denominada subjetivista e, para não dizer, psicologista. No caso do nosso paciente que sofre, como vimos, de uma distração psicopática e incapacidade de concentração, acontece então (o que ele confirma ou quando lhe mostramos o engano) que ele se concentra durante o expediente não no trabalho, mas na sua própria capacidade de concentração. Indagamos: "Não é fato que o sr. sempre pensa que precisa concentrar-se repetindo constantemente as palavras: "Eu preciso concentrar-me", esquecendo assim o assunto no que pretendia pensar?" Como se esta revelação do seu engano fundamental que cometeu durante toda a sua vida, o aliviasse e lhe trouxesse salvação, o doente consentiu espontaneamente. Agora, porém, este engano não pode ser mais considerado expressão de um destino que nunca poderá ser superado. E agora entendemos também que o engano poderá ser eliminado apenas quando o paciente começar a conscientizar-se da verdade que tais dificuldades de concentração são típicas para ele, desistindo então da luta contra o seu destino. A conciliação desejada com o destino — no sentido de reduzi-lo para um mínimo inevitável — foi facilitada pelo fato de que, como vimos, o nosso paciente procurou o sentido e a realização da sua vida num campo que não foi afetado pela incapacidade de concentração.

Embora tenhamos plena compreensão, sob ponto de vista humano, do círculo vicioso como uma reação humana perfeitamente compreensível e não, a priori, como mecanismo doentio, achamos interessante analisar, no caso em apreço, a base emocional que levou o nosso paciente à supervalorização excessiva do seu problema da incapacidade de concentração (pois é evidente que apenas uma supervalorização desproporcionada dos seus problemas profissionais o levou a combatê-los durante toda a sua vida, com tanto exagero). Quando tentamos explicar a ele que deveria reduzir as suas atividades profissionais (bem como amorosas), de tal forma que mantenha apenas um padrão de vida adequado à sua posição, e procure a realização pessoal, em primeiro lugar na cultura, o paciente opôs inespe-

radamente e em forma muito ressentida, resistência dizendo: "Mas pessoas muito mais primitivas do que eu estão bem à altura de tudo aquilo que o sr. acaba de classificar, com razão, como meramente funcional". Fica assim provado como a luta permanente e exagerada do nosso paciente pela capacidade de concentração — uma luta que por causa do seu exagero tinha de exagerar também a incapacidade de concentração —, como esta luta tinha realmente uma raiz afetiva, revelando-se como base emocional o ciúme. Tivemos de esclarecer ao paciente que tal ciúme não se justifica, uma vez que não tinha necessidade nenhuma de invejar o sucesso profissional de outros, principalmente por alguma coisa que estava tão distante da sua realização existencial.

As neuroses sexuais nas mulheres

Tendo falado dos distúrbios de potência devemos tratar paralelamente das neuroses sexuais análogas no sexo feminino. Seria necessário, pois, abordar os problemas da frigidez ou desapareunia.¹² Mas, as analogias psicológicas são tão evidentes que torna-se supérfluo tratar a fundo do correspondente feminino do distúrbio da potência. A psicologia da frigidez já é mais branda por não se tratar de um distúrbio patente no decorrer de uma função orgânica, mas de distúrbios da capacidade vivencial sexual no decorrer psíquico da coabitação até a satisfação plena pelo orgasmo.

O paciente que sofre de ejaculação precoce visa tão-somente livrar-se de um excesso de esperma para descarregar sua tensão. Em outras palavras, fugindo do desprazer ele procura o prazer negativo de tal fuga. No caso porém dos distúrbios de potência dá-se o contrário: a busca do prazer positivo. Neste último caso entretanto acontece que este prazer nunca será alcançado porque é pretendido de forma obsessiva. Assim podemos dizer que o princípio do prazer se destrói a si mesmo e leva necessariamente ao fracasso. O prazer é um daqueles fenômenos que deve ser sempre um efeito e não algo planejado, assim como o sono, do qual Dubois disse: "que é uma pomba, que, quando se quer pegar, foge". O prazer também é um efeito que não se deixa captar. Kierkegaard diz que a porta para a felicidade se abre para fora, ela se fecha quanto mais se quer pene-

¹² Neste contexto devemos mencionar brevemente que neuroses sexuais da parte do homem podem redundar em neuroses na parte da mulher. Por isto falamos de neuroses andróginas. A ejaculação precoce de um lado pode provocar a desapareunia da parte da mulher ou a masturbação mútua com fixação na chamada erética clitorica.

trar nela. A busca da sorte a afugenta, a do prazer o aniquila. Acima de tudo, é o neurótico sexual aquele que mais corre atrás do prazer — da felicidade. A luta pelo prazer é o característico da reação neurótico-sexual. Consiste na procura forçada do prazer sexual e do orgasmo. A intenção forçada junta-se à reflexão forçada — ambas são patogênicas: um excesso tanto de atenção como de intenção.

Caso 10. A srta. S. nos consulta por causa da sua frigidez. Na infância o próprio pai abusara dela. Heuristicamente nós procedemos como se não tivesse existido algo como um trauma psico-sexual. Perguntamos a nossa paciente se ela pensava ter sido prejudicada pelo incesto, o que ela respondeu afirmativamente, confirmando nossa suspeita. Estava então sob a influência de uma literatura popular que interpretava de modo vulgar a psicanálise. Deve haver “consequências nefastas”, diz a paciente com convicção. Estabeleceu-se daí uma expectativa ansiosa bibliogênica. Nesse estado a paciente ficava de “atalaia” quando havia encontros íntimos com o seu parceiro, dividindo assim sua atenção entre ela e ele. Tudo isso frustrava necessariamente o orgasmo, pois na medida em que se presta a atenção ao ato sexual, mais perturbada se torna a capacidade de entrega. Em lugar do objeto amado, a atenção se concentra no ato. No caso da nossa paciente houve, sob a influência da angústia de espera bibliogênica, não somente uma reflexão forçada do ato sexual, mas antes de mais nada a intenção forçada do orgasmo que se traduziu no desejo de obter finalmente a prova e confirmação da sua feminilidade. A psicoterapia portanto tinha de concentrar-se em intenção forçada e reflexão forçada. Partindo da já citada parábola de Dubois, explicamos à paciente e seguinte: “Como o sono, a felicidade amorosa foge também, quando é procurada em forma obsessiva; ela foge como um passarinho ante a mão que o quer pegar. Desista do prazer sexual para ganhá-lo depois como presente gratuito. Não pense no seu prazer, nem pense na sua própria pessoa — e quanto menos esteja preocupada com o orgasmo, tanto mais cedo ele se dará”.

É bem sabido que um número elevado de “mulheres bem casadas”, visto mais de perto, se consideram, pelo menos parcialmente, frígidas. As mais diversas causas psíquicas respondem por esse fato. Em primeiro lugar deve ser citada aqui uma educação moral-sexual que prega de um lado um ideal muito rígido da castidade e, por outro lado, projeta, nos outros, recalques e frustrações, vingando-se assim de erros cometidos na sua própria educação. Assim cultivam-se em moças e mulheres jovens a tendência para atitudes erradas, tais como a masturbação mútua que influi muito na patogênese de determinadas formas da frigidez. Esta masturbação mútua praticada muitas

vezes em "relações" extramatrimoniais ou durante o noivado para evitar a gravidez, favorece na parceira a fixação do orgasmo à clitóris. É necessário então que na vida conjugal haja muita paciência da parte de ambos os cônjuges para conseguir que se desloque da clitóris para o fundo da vagina o ponto desencadeante fisiológico do orgasmo.

É evidente que na anamnese da psicologia profunda pode-se constatar muitos casos de traumas psíquicos. Aqui poder-se-ia mencionar em primeiro lugar violações tentadas ou consumadas e deflo-rações brutais e violentas. Naturalmente ocorre, também nestes casos, a angústia de espera do trauma ocorrido no passado, impondo aquele círculo vicioso que encontramos freqüentemente em homens com distúrbios de potência. É uma verdade indiscutível que a defesa instintiva reflexiva, originada por tais traumas primários, não é um simples ato de recordação, mas a causa de sintomas somáticos. A mais marcante entre estas manifestações físicas é o vaginismo. É fácil de compreender que este distúrbio sexual como sintoma psicossomático pode acionar com facilidade o mecanismo da angústia de espera.

A atitude básica da qual surge o vaginismo, podemos caracterizar como medo da violação sexual. A psicoterapia que tais distúrbios exigem, pode ser deduzida da seguinte experiência: uma paciente que há muitos anos sofria de um vaginismo grave, foi instruída pelo médico a executar, a partir de agora, a "immissio membris" com as suas próprias mãos. Com isso pretendia-se eliminar simbolicamente o medo de ser violentada e encontrar também um gesto simbólico da iniciativa própria, para possibilitar assim uma entrega total e espontânea ao marido. Chorando de felicidade contou a paciente alguns dias depois o pleno sucesso que essa providência em si tão simples produziu.

Um capítulo à parte é constituído na psicoterapia pelos casos nos quais uma violentação consumada significa muito mais que uma possível base para inibições sexuais futuras, ganhando assim a importância de um abalo existencial. Em casos desse tipo, a psicoterapia terá de descobrir se, e até que ponto, um fato como esse ligado ao destino poderá ser integrado naquela vida cujo sentido, valor e dignidade parecem estar em jogo.

Caso 11. Uma estudante de 21 anos nos é encaminhada pelo diretor da sua escola por ter intenções suicidas. A nossa conversa revela então uma dupla tragédia: no ano anterior a moça fora violentada e no ano em curso fora assassinado o seu noivo. Ela é incapaz de se conformar com estes dois fatos. O rigor religioso no que fora educada a dominava ainda de tal forma, que condenava qualquer relação sexual com o seu noivo ou com outra pessoa fora do casa-

mento. Mesmo que ela superasse a dor por causa da morte do noivo e se ligasse a outro homem, este nunca acreditaria que ela de fato tivesse sido vítima de um estupro. De outro lado, ela rejeita a idéia de casar-se sob a falsa alegação de que ainda é virgem.

Explica a moça que essa violação fora perpetrada sem o seu consentimento. Foi esse um fato que de forma alguma lhe afetou a alma ou a personalidade, tanto sob o aspecto da intenção como do efeito — a sua personalidade portanto não foi atingida e como tal continua íntegra. É apenas isto que importa, quanto ao ocorrido ela deveria aceitá-lo como um infortúnio vindo de fora, como um simples acidente, como algo puramente mecânico, ou seja, uma lesão anatômica da qual não lhe cabia nenhuma culpa. Por conseguinte, ela deveria encarar o fato da violação sofrida da mesma forma que aquela pessoa que perdeu num acidente um membro. Também essa vítima que não desejara nem procurara num sentido anatômico perder um membro, teria apenas que aceitar a tragédia e conformar-se com o acontecido. Para ela seria tanto mais fácil conformar-se com o fato, porque neste acidente corporal sua pessoa não fora atingida, tratando-se antes de um ato da providência divina que deve ser aceito como provação. Em vista do exposto ela não somente poderia superar esta crise mas era obrigada a tal, devido à sua fé. No que concernia a seu futuro esposo, ele seria capaz de compreender a situação, pois do contrário nem seria digno dela. No sentido anatômico o fato de não ser o primeiro, não deveria significar nada, importante seria apenas ser ele o primeiro homem a lhe proporcionar uma verdadeira realização sexual. Somente essa união com o futuro marido seria um ato sexual autêntico, portanto o seu primeiro que mereceria ser chamado assim, porque surgiria da sua própria personalidade como “centro do ato” (M. Scheler), enquanto no passado se tratava de uma paixão sexual — tomando o termo paixão aqui como sofrimento, e não como paixão amorosa.

Não cabia evidentemente ao médico focalizar o fato da violação sob um prisma religioso deixando à paciente o direito de julgá-lo; isto seria tarefa do sacerdote. O médico como tal, não tem nem o direito nem a obrigação de proceder desta forma. Mas quando a atitude religiosa positiva da paciente se tornou evidente, nada impedia que essa fosse aproveitada na psicoterapia como um fato dado.

Na margem das neuroses sexuais encontramos os casos de doenças neuróticas que não levam a distúrbios sexuais mas a atitudes neuróticas generalizadas em relação à vida sexual como um todo mesmo que a neurose se manifeste secundariamente num sintoma isolado, o que é ilustrado pelo seguinte caso:

Caso 12. Um especialista em doenças pulmonares nos encaminhou uma paciente de 27 anos. Ela sofreu de tuberculose pulmonar tendo-lhe sido aplicado por diversas vezes um pneumotórax. A paciente vomitou com freqüência, fato que não pode ser relacionado com seu mal e o que o especialista em doenças pulmonares atribuiu a uma neurose gástrica. A doente então imediatamente comunicou que tem sofrido ultimamente de muitas decepções ligadas mais ao problema atual do seu casamento do que à doença pulmonar: seu noivo parecia de início querer adiar o casamento, provavelmente porque soubera da doença pulmonar. Dominada por essa suspeita, assim informa a paciente, ela usava o mesmo método protelando, por sua parte, o casamento com a intenção de se vingar do noivo. À nossa pergunta se ela o ama, respondeu: "Pensando bem, nem tanto assim, acho que na minha situação de doente crônica, ele seria muito útil para mim, me trataria bem — e o amor virá, talvez, mais tarde por si". Para não perdê-lo, ela não quis revelar-lhe seu verdadeiro estado, pois não tinha certeza se ele a amava o suficiente ou, como suspeitava, apenas o seu dinheiro.

Vemos aqui como vários problemas nesta questão de casamento se entrelaçam, os quais, porém, têm pouco a ver com amor. Não é certo se ele quer casar por causa do dinheiro, e ela para ter um enfermeiro ao seu lado. Assim ela se dispõe a iniciar seu casamento com uma mentira. Além disso, ela pouco se importa em "forçar" o casamento somente para provar a si mesma, ao noivo e aos outros que apesar da relutância do noivo, ela conseguirá o pedido de casamento dele; parece até que ela vê no casamento o castigo preparado para o noivo hesitante.

Em vista destes fatos temos que explicar à paciente a sua obrigação de contar ao noivo toda a verdade sobre a sua doença, e, no que se refere a ela própria, de decidir de uma vez se se casará ou não com ele; ela terá de entender que não teria nenhum sentido basear o seu casamento numa mentira, respectivamente em motivos inadequados ao casamento, pois mais cedo ou mais tarde o fracasso seria inevitável. Caso ela o ame realmente, o próprio amor lhe daria a coragem para dizer a verdade, uma vez que amor verdadeiro sempre visa à felicidade e não à destruição do noivo. Se o amor dele for tão pequeno que não casaria por causa da doença, ou se suportar a sua doença exclusivamente por interesses materiais, o casamento com toda a certeza não daria certo.

Neste sentido, será pois preciso que a paciente enfrente todos os problemas, medite bem sobre o conflito e pare de fugir para a doença só para evitar, como até agora, uma decisão, pois a sua neurose gástrica nada mais é do que fruto de sua indecisão a respeito do

problema do casamento. É como se esta problemática de casar ou não fosse retida em seu estômago como algo que não pode ser digerido. O problema não pode, pois, ser superado, porque não foi solucionado "com a cabeça".¹³ Essa nossa opinião foi confirmada pela própria paciente quando ela disse: "Tudo isto me torna doente, tudo isto me passa sempre pela cabeça e basta começar a falar neste assunto que já sinto tonturas e dores no estômago".

Tais decisões, ou a fuga delas, nem sempre levam a uma neurose; o conflito pode ser vivido e tornar-se consciente na sua aparente insuperabilidade. Tratar-se-ia então de uma psiconeurose. Não cabe e nunca caberá ao médico tomar as decisões que cabem ao doente; ao contrário, o médico tem o dever de levar o paciente tão longe quanto necessário para que ele próprio decida com plena consciência de sua responsabilidade.

Neuroses climatéricas

No terreno das doenças climatéricas neuróticas o momento psicogênico se manifesta antes de tudo pelo "pânico da última hora". Foi dito que todo o medo não é senão um medo da morte. Gostaríamos de acrescentar à esta tese que todo medo da morte é um medo da consciência. Pelo menos em relação à psicogênese das neuroses climatéricas, o medo é em geral de ordem negativa. O ditado anglo-saxônico "commission is better than omission" é válido, e esta angústia subjetiva se referia então às omissões, isto é, às oportunidades perdidas ou não aproveitadas, às possibilidades que não foram realizadas e ao Ego (*Selbst*) que permanece inexistente. Em outras palavras, aquilo que a psiquiatria inglesa denomina de "frustration". Entretanto, a frustração não é somente, como essa psiquiatria admite, uma frustração de ordem sexual, isto é, apenas insatisfação sexual, mas nós próprios entendemos sob esta denominação uma frustração existencial, a insatisfação do homem no que se refere ao sentido da sua vida.

Uma das possibilidades de dar sentido à existência feminina está em ser esposa e mãe. Contudo, não devemos ver na maternidade o único sentido da vida e esta valorização não deve perder sua relatividade para endeusar-se. Como todo endeusamento ele se vingará e leva diretamente ao desespero.

¹³ Segundo von Weizsäcker, o paciente neurótico trata de solucionar seu problema existencial num nível mais baixo do que aquele no qual está posto. Aplicar em distúrbios genuinamente psicogênicos uma simples terapia medicamentosa significaria que o terapeuta descesse como o paciente para o nível mais baixo e inadequado do meramente somático.

A mulher solteira e sem filhos somente escapa ao desespero fazendo conscientemente um ato de renúncia. A explicação etimológica da palavra “renúncia” já dá a entender que ela se fundamenta num esforço. Assim Goethe tem razão quando diz: “Para a resignação é preciso caráter”.

A renúncia, esse esforço que é exigido de tais mulheres e que é também, como já foi dito, imprescindível à terapia, será possível apenas se o endeusamento for superado e se conseguirmos convencer as respectivas mulheres de que a felicidade do amor e da maternidade não são seu único meio de dar à vida um sentido. Um velho provérbio chinês diz: “Cada homem deve, no correr da existência, plantar uma árvore, escrever um livro e ter gerado um filho”. Mas, se assim fosse, a maioria dos homens deveria desesperar e suicidar-se por não terem dado a ela um sentido. O mesmo acontece quando endeusamos a maternidade: como seria pobre a vida se ao lado da maternidade não existissem outros valores! Que vida seria esta cujo sentido se esgota em casar, ter filhos, plantar árvores e escrever livros? Na realidade, tal restrição desvaloriza a vida e ofende a dignidade da mulher.

Entretanto, não é só a maternidade que é indevidamente endeusada, mas também a mocidade. Hoje, por exemplo, ouvimos com tanta freqüência o slogan que diz: “Aspecto jovem a todo custo”. É evidente que um esforço anormal nessa direção se traduzirá logo por manifestações também anormais.

Não menos patogênico que tais endeusamentos são, ao climatório, dois outros mal-entendidos. Primeiro deve ser citada a confusão que se faz entre “amadurecer” e “envelhecer”. Aqui esquece-se que, como as pesquisas da psicóloga Charlotte Bühler mostram, o homem já se encontra biologicamente na decadência quando ele atinge biograficamente o ápice da sua existência.

Não saber que amadurecer não é sinônimo de envelhecer, é um dos motivos do chamado pânico da última hora (*Torschlusspanik*). A pessoa afetada por tal pânico na idade madura somente vê que uma porta está se fechando, mas esquece que outra está se abrindo para ela mostrando novas perspectivas.

Mas, o que acontece com as perspectivas “antigas” e já realizadas? A ignorância neste sentido é outro motivo do pânico sobre o qual teremos de falar. Tudo o que já foi realizado, mesmo aquilo que pareça passageiro, é guardado na memória e perde assim o caráter de inconsistência. Nada é irremediavelmente perdido, tudo é conser-

vado e inextinguível. Ninguém falou sobre isso de forma mais bela do que Laotse: "Quem cumpre uma missão se torna eterno". Isto não se aplica somente àquilo que nós criamos, que colocamos dentro do mundo e que não mais pode ser apagado do mundo, mas vale também a tudo o que vivemos, amamos e sofremos. O poeta diz: "Nenhuma força do mundo nos rouba aquilo que já vivemos". Podemos perceber o que isto significa, quando explicamos, por exemplo, a uma viúva que os, talvez, poucos dias de felicidade vividos ao lado do marido nunca mais podem ser apagados, pois continuam guardados na memória e portanto existentes.

A pessoa climatérica é dominada por aquela concepção de Rilke que fala de uma necessidade de despedir-se constantemente. Agora sabemos que seu desespero por causa do caráter passageiro da existência humana não é justificado, pois se baseia numa ilusão ótica: vê-se apenas o campo ceifado do passageiro, mas não o celeiro repleto do passado. Aquele que se sente preso pelo pânico, esquece que a porta que ameaça fechar-se é exatamente a porta de um celeiro repleto. E ele não escuta o consolo e a sabedoria que ressoam das seguintes palavras: "Na velhice caminhas para o túmulo como os feixes de trigo recolhidos em seu tempo" (Job, 5,26).

As neuroses de angústia

Ao tratar das neuroses de angústia e compulsiva, assim como das fobias que ocupam entre as duas uma posição intermediária, penetramos no terreno das formas mais freqüentes de neuroses, isto é, ao terreno de cuja sintomática a existência neurótica se serve mais tipicamente. Isto não nos pode surpreender, quando pensamos nos componentes constitucionais nos quais se funda a maioria das neuroses. Se abstraímos as graves neuroses compulsivas ou as histerias graves que têm como base constitucional uma forma especial de psicopatia, podemos dizer que as neuroses de angústia mais acentuadas têm como base certa constituição neuropática. Segundo as pesquisas fundamentais de Wexberg sobre este fundo neuropático, trata-se de uma suspensão à angústia ligada ao sistema vegetativo. A angústia — esse sentimento primário que surge das raízes da "pessoa profunda" (Kraus) vegetativa, se caracteriza em pessoas "vegetativamente estigmatizadas" (v. Bergmann) por uma predisposição natural típica, isto é, já possuem uma predisposição inata. Todavia, ao lado dessa angústia constitucional existe também uma angústia adquirida que podemos denominar de

“acidental”.¹⁴ Casos dessa espécie encontramos, por exemplo, em doenças cardíacas de ordem orgânica, até nas mais insignificantes, que produzem o “sentimento orgânico” específico do coração — como define Ludwig Braun, com muita razão, a angústia — provocando desarte o estado típico de alarme. Daí se explica que a neurose de angústia acompanhe e como sintoma secundário, por exemplo, doenças miocárdicas, ou que ela figure no sentido clínico-sintomatológico em primeiro plano no caso de doenças cardíacas leves e incipientes, como por exemplo da fase inicial da doença estenocárdica. Assim sendo, parece-nos muito importante insistir, antes de começar o tratamento psicoterápico, num exame cardíaco minucioso, mesmo quando o nosso diagnóstico se baseia apenas em suspeitas leves. Tal providência é necessária não somente para tranqüilizar a nossa consciência tendo certeza de que não existe atrás do quadro funcional qualquer problema orgânico ao qual a angústia esteja ligada, mas também para poder fundamentar a psicoterapia, caso o resultado do exame seja negativo. A seguinte frase, tirada do “Fausto”, vale também para os nossos pacientes: “O que está escrito no papel, conforta e pode ser levado para casa”. Caso os pacientes, denominados pela neurose de angústia de característica hipocondríaca, tenham — o que acontece com freqüência — principalmente defeitos ou ataques cardíacos, levarão então o resultado “normal”, para casa, “confortados”, pois sabem que foram examinados minuciosamente e não apenas acalmados com palavras insignificantes.

Em vista do entrelaçamento íntimo entre os sistemas vegetativo e endócrínicos que nós observamos a cada passo na fisiologia e na clínica, é facilmente compreensível que encontramos também distúrbios de secreção interna, hipo e hiperfunções como base somática, isto é, como momento constitucional ou disposicional, na subestrutura orgânica da neurose de angústia. Aqui deve ser mencionada primeiramente a hiperfunção da tireóide, uma vez que especialmente na agorafobia que é uma forma muito comum da neurose da angústia, pudemos constatar repetidamente que além de outras manifestações, também de ordem clínica, de hipertireose, aparece ainda uma função mais elevada da mesma. Tudo isso não nos pode surpreender tendo em vista o entrelaçamento, de um lado, entre o aumento do tônus simpático e a hipertireose, e do outro lado, entre o aumento do tônus simpático e a angústia. Não precisamos explicar que em todos estes casos, nos quais convivem sentimento de angústia, suscetibilidade muito acentuada

¹⁴ As relações íntimas entre as esferas psíquica e vegetativa foram pesquisadas especialmente por Kauders, quando analisou o aumento de doenças vegetativas durante a guerra e nos anos seguintes.

dentro da esfera vegetativa (onde efetua-se conhecidamente o contato entre soma e psique) e estigmas endocrínicos, também a psicoterapia deve seguir trilhas diversas. Recomenda-se por isso que seja iniciada junto com o tratamento psicoterápico uma medicação vegetativo-sedativa. — Mas dirijamos a nossa atenção para a casuística:

Caso 13. A paciente de 38 anos procura o médico por apresentar agorafobia. Ela diz sofrer de palpitações freqüentes do coração quando anda na rua e especialmente quando é obrigada a andar sozinha sendo exatamente este fato que a deixa angustiada. Ela tem grande receio de cair um dia em plena rua, vítima de um colapso. Segundo a sua informação já foi feito um eletrocardiograma cujo resultado fora normal, o que porém não foi suficiente para acalmá-la de todo, pois ela leu em romances que também pessoas sãs são suscetíveis de colapso quando se excitam, e ela sem dúvida na sua angústia está excitada. Iniciamos de nossa parte logo com uma simples tentativa de persuasão explicando que o referido trecho do romance deve falar de uma pessoa que só aparentemente tinha o coração perfeito, mas que na realidade apresentou algum defeito cardíaco, desconhecido ainda, o qual acrescido à excitação pode ter provocado a morte. Tal defeito, entretanto, poderá facilmente ser constatado com bastante antecedência por um eletrocardiograma, mas tendo em vista o resultado completamente negativo do exame de coração, este perigo não existe no seu caso.

Assim levamos a paciente ao ponto de convencer-se de que não há motivo racional para temer a angústia. O que ganhamos com isso não é pouco. O papel principal em tais casos não é da angústia em si, mas sim do tão temido medo da angústia, o que demonstra claramente o caso da nossa paciente, cujas “informações” colhidas em romances, deixaram-na convencida de que morreria um dia, numa crise de angústia. Assim podemos ver, também nesse setor da patologia das neuroses, como um círculo vicioso começa sua ação diabólica: a angústia produz palpitações — como natural expressão orgânica — e as palpitações por seu lado aumentam a angústia, pois levam o homem a temer a existência ou as conseqüências de uma doença cardíaca. Também aqui se faz necessário interromper este círculo vicioso em algum lugar e de algum modo. De antemão, a terapia poderia conseguir a abertura nos pontos mais diversos do círculo. Já uma simples medicação, por exemplo o emprego de tranqüilizantes vegetativos, poderia interromper o lado somático desse mecanismo. O efeito seria, porém, apenas temporário. Por isto tentamos romper o círculo da angústia de espera, de forma mais ou menos complementar, pelo lado psíquico, procurando esclarecer à paciente que sua expectativa ansiosa é totalmente infundada.

Existe um método muito simples para eliminar nos pacientes com neuroses de angústia a tendência de exagerar o efeito ansioso, fechando assim o círculo cada vez mais (Rudolf Dreikurs).⁵ Educa-mo-los, pois, no sentido de tentarem exatamente aquilo que temem. Uma vez demonstrado objetivamente que o medo não tem nenhuma razão de ser, podemos pôr em uso, sem riscos, esse tratamento paradoxal. Como porém agimos na prática? Sugerimos à nossa paciente agorafóbica que procedesse da seguinte maneira: no seu próximo passeio num dia em que se sentisse melhor e mais bem disposta, deveria dizer intimamente: "Como, eu estou com medo, tenho medo de ter um colapso? Bem, hoje vou sair com a intenção de tê-lo de novo, o que já me aconteceu, cada vez que saí, uma ou duas vezes — hoje o ataque se repetirá três vezes. Eu sei que meu eletrocardiograma é normal e que por isto não preciso ter receios, mas eu não tenho somente um eletrocardiograma normal, mas também a ambição de ser o primeiro caso na história que morre de um colapso, simplesmente de puro medo, de violenta emoção". Enquanto explicamos isto à nossa paciente de um modo um tanto irônico, insinuando a ela o que deveria falar em tais situações, ela começou a rir, o que aproveitamos para recomendar-lhe que também risse de si mesma, da sua situação, dos seus medos, ao mesmo momento em que tentaria combater sua neurose do modo recomendado, e prometemos, então, de boa fé que ela se encontraria livre da sua angústia e da sua doença cardíaca no dia em que conseguisse sorrir, como estava sorrindo naquela hora.

Não há nada na existência humana que possa distanciar tanto um indivíduo dos seus problemas, como o humor. Por isso não devemos esquecer-nos nunca de introduzi-lo conscientemente e num sentido metódico, de modo que levemos os pacientes ao ponto em que consigam enfrentar seus sintomas, principalmente os seus temores hipocondríacos, com formulações interiores capazes de criar tal distanciamento humorístico. Ninguém pode rir de temores que uma vez foram refutados com argumentos objetivos e ao mesmo tempo tomá-los a sério, isto é, identificar-se com eles. O humor permite ao paciente ganhar exatamente aquela distância que lhe dá condições para objetivar o sintoma e, até, toda a neurose.

Essa objetivação é de máxima importância na terapia da neurose de angústia, senão na neurose de um modo geral. Enquanto o doente não consegue objetivar a angústia ao ponto de falar da "angústia" ou

⁵ A Rudolf Dreikurs deve-se — durante a preparação da segunda edição — a indicação de um "truque" análogo que foi descrito por ele já em 1932 em: *Das nervöse Symptom*, Wien e Leipzig, Verlag Moritz Perles, e também por Erwin Wexberg que o denominou de "anti-sugestão".

da “neurose”, mas continua se referindo a si mesmo como a alguém que teme alguma coisa, permanecendo assim na identificação com a angústia neurótica, nenhuma persuasão racional poderá conseguir um efeito terapêutico. Com este nosso método que visa, após um esclarecimento objetivo, à criação de fórmulas humorísticas, deixamos o paciente ganhar, em relativamente pouco tempo, a tão necessária distância e objetivação do seu sintoma, desde que ele seja suficientemente inteligente (do contrário, ele nem seria capaz de reagir ao nosso tratamento).

Este método pelo qual combatemos a angústia e o círculo vicioso imposto pelo mecanismo da angústia de espera, deixando o paciente fazer exatamente aquilo que teme, é reforçado ainda pelos dois seguintes momentos: mostrar ao doente, de um lado, o absurdo da sua angústia e eliminar, do outro lado, as forças que o acionam. Isto pode ser muito bem explicado em casos nos quais a angústia, originalmente vaga e indeterminada, se concentra (numa fase secundária) num objeto concreto (e que não afasta a possibilidade de provar que o seu respectivo objeto possui certo significado simbólico-representativo), ou nos quais a angústia gera formas concretas, isto é, fobias. Sobre tal caso queremos falar a seguir:

Caso 14. O paciente de 33 anos, diretor de escola, diz sofrer de uns meses para cá de erupções de suor. Já chegou ao ponto de temê-los de antemão. Primeiramente sente uma sensação de calor no rosto. Foi neste ponto, já na tomada da anamnese, que se iniciou o esclarecimento psicoterápico do paciente: chamamos a sua atenção sobre o fato de que as erupções de suor não chegam a ser notadas pelos outros, de modo que se trata originalmente de algo mais subjetivo que objetivo, um fato neurótico, portanto; sobre este fato é que se precipita logo a angústia de espera e é exatamente o medo da crise de suor que por sua vez faz brotar o suor nos poros. A situação tão típica para a sua doença e tão temida por ele é a seguinte: ele entra na sala de aula e apresenta-se diante dos alunos e neste mesmo instante começa a suar, pelo menos crê que isso aconteça; em todo caso, o importante é que ele tem medo neste momento, e até antes de entrar na sala, isso já acontece. O que devemos recomendar ao paciente? Tratamos de convencê-lo de não mais comportar-se, na situação descrita, como até agora, quando tentou sugerir a si mesmo: “Por amor de Deus, não deve começar a suar de novo” (ele nos confirma que é isto o que ele pensa nesta situação); o que ele deve sugerir a si próprio é o seguinte: “Vou entrar na classe, não para ensinar, mas sim para suar, pois o que é que me pode acontecer, vão me prender? provavelmente não! O paciente sorri e deixa perceber que entendera

de que forma ele deve distanciar-se do sintoma, minimizando-o e interrompendo assim o círculo vicioso da angústia de espera. Depois desta entrevista ele parece estar convencido que conseguirá livrar-se do seu mal dentro em breve. Aqui porém é de grande utilidade a sua experiência anterior. Muitos anos atrás, pois, ele já se submetera em nossa clínica a um tratamento psicoterápico rápido por causa de uma neurose compulsiva em cujo primeiro plano sintomatológico estava o medo compulsivo de cair repentinamente na rua, e pior ainda de enlouquecer. Naquela época ele se convencera da “imunidade” que os neuróticos compulsivos possuem contra doenças psicóticas. (Falaremos ainda da tão característica “Psicotofobia” em pacientes com neuroses de angústia e compulsiva.)

No caso em apreço, porém, tentamos tratar essa tendência ao suor não só com base no mecanismo patogênico da angústia de espera, mas também pelo lado somático, prescrevendo ao paciente um preparado de *Salvia*, mesmo correndo o risco de que essa tentativa duvidosa de tratamento somático, feita paralelamente com a psicoterapia, tenha apenas um efeito sugestivo, tornando-se assim apenas um componente da terapia exclusivamente psíquica.

Alguns meses depois desta consulta o paciente reaparece e nos informa que ficara livre de qualquer distúrbio durante várias semanas. Na ocasião de uma pequena recaída, ele próprio tentara se “psicoanalisar”, lembrando-se então do seguinte: no ano anterior ele visitara uma jovem dama doente, entrando com a temperatura já bastante alta no quarto superaquecido dela. A jovem então observou: “Parece-me que o sr. está resfriado. Está suando!” (O paciente confessa também que essa dama desempenhara naquela época certo papel crótico em sua vida.) O paciente deseja então saber, porque ele, mesmo conhecendo a “origem” da sua fobia — ele se referia, pela primeira vez, à situação que acabamos de descrever —, não conseguiu nenhum efeito terapêutico; isto o deixava bastante admirado, pois estava convencido de que a revelação do início inconsciente do seu medo excessivo de suar (que, por sua vez, exagerou ainda mais o sintoma) automaticamente eliminaria sua fobia. Explicamos então ao paciente, porque o círculo vicioso como o verdadeiro momento patogênico — apesar da explicabilidade do seu medo de suar — tinha de perdurar. Nunca, pois, se deve esperar demais das explicações do mecanismo de origem, pelo menos não mais do que uma compreensão da neurose em si como algo humano e sem base patológica especial. A verdadeira terapia deveria ser feita depois do mero descobrimento das relações em questão, pois então poderá ser rompido o círculo vicioso da angústia de espera e iniciada assim a verdadeira terapia. Para romper o mecanismo da expectativa ansiosa como verdadeiro fa-

tor patogênico que é o elemento fixador do sintoma, devemos usar aquele método que tentamos descrever nos dois casos anteriores e que é o da intenção paradoxal.

Quando fica comprovado de que modo geral não é a situação original, ou sua recordação vivida que age patogenicamente, mas sim a fixação da reação neurótica singular através do mecanismo propriamente patogênico da expectativa ansiosa, então fica evidente que a simples descoberta da causalidade primária não representa necessariamente a verdadeira terapia causal. Resta-nos perguntar como é que o método do tratamento psicanalítico, cujo princípio consiste em desvendar tais relações, pode ser coroado de êxito. Somos da opinião de que nem uma psicanálise regular (e não somente aquela que o paciente, como no nosso caso, aplica em si mesmo) age como análise através da conscientização e explicação dos fatores genéticos, mas que também ela se torna ativa provavelmente por causa de uma mudança na atitude em relação a estes fatores. Sua ação portanto não é restrita ao conhecimento, ou à conscientização, mas deve ser humana, ou melhor, inter-humana, isto é educativa. O que torna a psicanálise eficiente é provavelmente o homem, o médico que pratica a psicanálise como homem. Se um método terapêutico tem efeito exclusiva ou, ao menos, principalmente graças à qualidade humana e à personalidade do terapeuta, o fato depõe até certo ponto contra o método, mas depõe de qualquer maneira a favor do terapeuta.¹⁶

¹⁶ Um dos psicólogos mais eminentes, Carl R. Rogers, segue o mesmo pensamento ao declarar "personality change is initiated by attitudes which exist in the therapist, rather than primarily by his... techniques" "...it may be a new way of experiencing, ...which is the essential characteristic of therapeutic change, rather than, for example, ...the working through of the transference relationship..." "To the extent that he (the Therapist) can be a person..., he can relate to the person, and the potential person, in his client. This I believe is the healing, growth-promoting essence of psychotherapy". ("Uma mudança da personalidade se inicia essencialmente pela influência do terapeuta e não primariamente pela técnica aplicada. O que constitui a essência da mudança terapêutica é por exemplo uma nova experiência vivencial e não tanto o exercício das relações de transferência. Somente na medida em que o terapeuta age humanamente atinge o humano no cliente. É nisto, a meu ver, que devemos ver a substância de cura e educação psicoterápica") (Process Equation of Psychotherapy, *American Journal of Psychotherapy*, 15: 27-45, 1961). Quanto ao "exercício das relações de transferência", Rudolf Dreikurs assume uma posição ainda mais clara, dizendo: "The assumption of transference as the basic therapeutic agent puts the therapist in a superior position, manipulating the patient according to his training and therapeutic schemes". ("A opinião de que a transferência seja o verdadeiro agente de toda a psicoterapia coloca o terapeuta numa posição superior, na qual ele de acordo com a sua formação e seu esquema terapêutico manipula o paciente a vontade") (The Current Dilemma in Psychotherapy, *Journal of Existential Psychiatry*, 1:187-206, 1960).

Aquilo que dissemos a respeito da insignificância relativa da origem da neurose em comparação com o seu desenvolvimento, pode ser focalizado ainda de outra maneira: como é sabido, podemos considerar a neurose num certo sentido, e com alguma razão, também como um mecanismo de reflexo condicionado. Todos os métodos de tratamento psíquico, orientados principalmente pela análise, tratam em primeiro lugar de esclarecer pela conscientização as condições primárias do “reflexo condicionado”, ou seja, a situação externa e interna da primeira manifestação de um sintoma neurótico. Nós, entretanto, somos da opinião que a neurose em si — já manifesta e fixada — não é causada pela condição primária, mas pela sua evolução posterior (secundária). Todavia, o reflexo condicionado, e é nesse sentido que tentamos conceber agora o sintoma, evolui sob a direção do círculo vicioso da angústia de espera. Para dar ao reflexo uma nova direção, é sempre necessário eliminar a angústia de espera, o que se torna possível, como já dissemos, por meio da intenção paradoxal, como princípio técnico básico.

Então o paciente nos faz outra pergunta à qual devemos atribuir, da mesma forma como à sua pergunta referente às últimas causas do fracasso terapêutico destes seus esforços “auto-analíticos”, certa relevância teórica. Ele, quer saber, pois, mostrando assim bastante ingenuidade, se não seria possível eliminar o distúrbio, simplesmente não lhe dando nenhuma atenção, uma vez que a mera descoberta da origem se revelou como insuficiente. Na ocasião do seu primeiro tratamento por outros sintomas neuróticos, ele foi orientado por nós no sentido de não perturbar processos normalmente automáticos querendo observá-los e dando-lhes uma atenção descabida. Já apresentamos esse conselho no nosso capítulo sobre distúrbios sexuais. Naquele contexto dissemos, de fato, que o ato sexual, que normalmente decorre de maneira irrefletida, é perturbado sob o aspecto da potência sexual, se nela se concentra toda a atenção, em consequência da insegurança íntima. É, pois, necessário nestes casos eliminar a intenção consciente desviando a atenção e permitindo assim que o processo decorra normalmente. No nosso caso em apreço, porém, é preciso uma “derreflexão”. Numa fobia trata-se de algo totalmente diferente, de algo que é em certo sentido até oposto. Temos nela não um processo normal, mas o contrário: um processo anormal. Ela não recai sobre algo que o doente deseja, mas, ao contrário, sobre aquilo que ele teme. Não precisamos aqui de derreflexão, mas temos de provocar exatamente o oposto, isto é, o processo anormal, não desejado. No nosso caso, o suor involuntário deveria ser produzido intencionalmente, se quiséssemos eliminar o temor excessivo; e uma vez eliminado esse temor, haveria de cessar também o próprio suor.

Compreendemos agora perfeitamente qual a primeira intenção na qual se baseiam todas as nossas recomendações: Levar o temor "ad absurdum", tirar-lhe a força, provocar intencionalmente exatamente aquilo que se receia, e isto num sentido absolutamente paradoxal. Sempre pretendemos aproveitar na psicoterapia a influência nociva da intenção sobre a função, isto em casos de funções anormais neuróticas, da mesma forma que tentamos eliminar tal influência prejudicial em casos de funções normais. E agora se torna clara a diferença fundamental — que é, no fundo, também característica comum — das neuroses sexuais e as fobias, e que consiste no efeito patogênico num caso, e no efeito terapêutico no outro caso, da intenção sobre o ato! Quando eu "quero", por exemplo, o ato sexual, eu o torno impossível exatamente por "querê-lo"; mas quando eu "quero", como no caso de uma agorafobia, "ter um colapso", ou se faço esforços — como no caso do último paciente — para "dar aos outros o meu suor", então eu tiro a minha agorafobia ou ao meu medo de suar o vento das velas, por assim dizer, exatamente por este aparente desejo do temido, isto é, pela intenção paradoxal da função não desejada, e a "perturbo" a tal ponto que ela já deixa de se produzir.¹⁷

Voltando então à consideração clínica do nosso caso, observamos ainda que os mecanismos que nele atuam se manifestam sobretudo naquela neurose de fobia, que em vista da sua incidência muito grande, só raras vezes chega a ser tratada, principalmente porque o paciente a supera espontaneamente e isto se dá na chamada eritrofobia. As pessoas atacadas por esse mal temem o enrubescer de maneira absolutamente anormal e esse temor exagerado é que as faz enrubescerem. Em tais casos constata-se de um modo geral que numa ocasião qualquer alguém gracejou por causa do seu enrubescer, despertando assim sua atenção para um fato que até então não tinha se tornado plenamente consciente. É evidente que em tais casos entra também em ação uma labilidade vasovegetativa (constitucional) como "predisposição somática" (Freud). Na terapia teremos de proceder, também aqui, no sentido acima descrito, chamando a atenção do

¹⁷ Um dia meu assistente me apresentou um paciente em cuja anamnese um detalhe interessante lhe chamara a atenção. Tratava-se de um grave caso de gagueira e o paciente observava com tristeza: "Uma só vez na minha vida não precisei gaguejar: como colegial eu viajava num bonde como clandestino. De repente surge um cobrador e me surpreende. Neste momento só havia uma saída, provocar sua compaixão. Precisava mostrar-lhe como eu era miserável, um "menino gago". Mas, no momento em que me esforçava por gaguejar de verdade, já não pude mais gaguejar..."

paciente para o fato de que seu enrubescer é notado por ele (sensação de calor na face, ou algo semelhante) muito antes que se tivesse tornado objetivamente perceptível e que objetivamente o rubor aparecerá somente em virtude de uma ação prolongada anterior da angústia de espera.

Reproduzimos em seguida um caso que foi tratado pelo Dr. Kurt Kocourek, Assistente da Divisão Neurológica da Policlínica Municipal de Viena.

Oscar S. (Protocolo n.º 943 ex 1960) sofre de graves crises de angústia e nos últimos meses já não foi mais capaz de sair à rua desacompanhado da esposa. Tampouco ousava viajar de bonde, sempre receoso de vir a ter um colapso e morrer. Quando o Dr. Kocourek o examinou pela primeira vez, o paciente se encontrava num estado de intensa angústia, acompanhada de abundante suor. Foi-lhe prescrito um tranqüilizante para mantê-lo calmo, até a sua entrada na clínica. O tempo de espera é aproveitado para algumas sessões terapêuticas de ambulatório de 10 minutos de duração cada uma, durante as quais ele é introduzido no método da intenção paradoxal. Por ocasião da terceira sessão, o paciente conta que já consegue tomar o bonde e que de um modo geral seu estado atual nem pode ser comparado com o anterior. É de se notar que a medicação tranqüilizante não agiu sozinha: ao contrário, o efeito terapêutico era devido sobretudo à intenção paradoxal. Quando o paciente se apresentou para a quarta sessão eu mesmo perguntei pelo seu estado de saúde e ele respondeu: "A conselho do Dr. Kacourek comecei a falar para mim mesmo agora saio para a rua para ter um colapso. Depois da segunda sessão já pude assistir a um jogo de futebol pela TV, entre a seleção nacional e a da Hungria, que foi muito emocionante, e eu estava num café superlotado, imagine só que coisa! No primeiro tempo senti de novo um pouco de angústia, mas eu disse a mim mesmo: "Agora vou ter um colapso", e nada aconteceu. No segundo tempo não senti mais nada. Estou mais do que satisfeito de ter procurado o Dr. Kocourek. Venci todos os obstáculos". Na quarta sessão (12 dias depois da primeira), o paciente conta que já se "esquece" de aplicar a intenção paradoxal — tão pouca é a angústia que ainda existe. Dez dias mais tarde ele foi a uma conferência na escola: "a coisa mais horrível que conheci, a excitação, a longa espera, os salões superaquecidos, a multidão. . ." Antes ele já se sentia mal quando pensava nela. Desta vez porém, ele se sentiu inteiramente normal. Pela manhã, sentindo uma leve angústia, disse a si mesmo: "Vou à escola para morrer, vou deixar todo mundo em pânico — vai ser um belo enterro" —, mas quando entrou na escola ele se sentiu completamente à vontade. Neste mesmo

dia ainda esteve no banco “para que eu morra de calor, ou sufocado, envenenado por nicotina”, porque o ar lá é sempre viciado”. Mas a intenção paradoxal o salvou outra vez — “é um efeito formidável, que maravilhoso”, rematou ele rindo.

Desistimos de interná-lo na clínica, pois durante o tratamento de ambulatório o paciente fora curado por completo.

Ao encerrarmos nossa exposição sobre fobias queremos citar um caso no qual o “superdeterminismo” (Freud) do sintoma se evidencia muito bem; trata-se, porém, de um “superdeterminismo” não idêntico ao da psicanálise e que descobrimos apenas através da análise estrutural que considera, além do fator somático e do componente psíquico também o fator genético: o espiritual.

Caso 15. Depois de prolongada ausência da sua cidade natal, o paciente volta da Ásia. Uns dias antes, por ocasião da visita a uma repartição que estava instalada num andar superior, cujo acesso se fazia por uma escada em caracol, ele foi tomado de indizível angústia, sensação de opressão e de tontura. Por este motivo, isto é, de medo de novas crises que poderiam prejudicar as suas atividades profissionais, ele foi procurar um especialista. A anamnese verifica inicialmente uma predisposição somática para ataques de tontura, predisposição essa que no sentido clássico da psicologia individual pode ser postulada de “inferioridade orgânica”. O paciente informa que recebera anos atrás uma pancada no ouvido direito, passando a sofrer, em seguida, de tonturas e dores no ouvido. A esta predisposição orgânica (adquirida) juntou-se mais tarde, secundariamente, e no sentido de um componente psíquico, aquele momento que abria o caminho para a reação vertiginosa, fixando-a no terreno da angústia de espera.

Um dia, alguns anos depois, aconteceu ao doente o seguinte: absorto em seus pensamentos, ele sobe uma escada em caracol para visitar um amigo, quando se assusta vivamente, ouvindo de repente o amigo chamá-lo pelo nome, sentindo, então, um ataque de tontura. Desde aquele dia, ficou com medo de usar escada em caracol, evitando-a sempre que possível, ou usando-a somente quando acompanhado por outra pessoa. Como esportista que era, ele tentou livrar-se do seu medo com força de vontade e treinamento. Estes exercícios, porém, não levaram praticamente a nada, porque no lugar onde ficava na Ásia, somente existem casinhas de barro e não havia nenhuma escada em caracol. Quando de repente deparou, depois de tanto tempo, com uma escada dessas, o velho medo voltou no mesmo instante junto com a sensação de vertigem.

Até aqui vimos a etiologia primária, somática, e a secundária, psíquica, do caso. Mas deve-se acrescentar ainda uma terceira: o paciente conta-nos que ao voltar para casa recebeu notícias muito más da sua família e desde então ele dorme mal. Sobre sonhos nada tem a dizer, mas à pergunta “como descreveria sua situação espiritual atual”, ele responde imediatamente: “no momento sinto-me um tanto confuso por causa destes acontecimentos”. O que resulta disto? Podemos com razão aventurar-nos a afirmar que no sentido de uma análise estrutural completa aparece aqui, além dos elementos orgânico e psíquico que acabamos de focalizar, também um elemento espiritual, respectivamente existencial. A neurose fóbica do paciente é aproveitada, em última instância, como uma expressão psicofísica de sua atual situação espiritual. A tontura em si, como distúrbio de equilíbrio auditivo, já existe desde aquela pancada que recebeu na orelha. Sob o ponto de vista psiconeurótico, a tontura se intensifica após o acontecimento casual na escada da casa dos amigos, o que o precipitou em uma angústia de espera e contribuiu assim para a fixação da fobia. A tontura, por fim, tem de dominar totalmente o doente a partir do momento em que o drama familiar o atinge de tal forma que consegue descrever a sua situação interior, existencial, apenas em palavras como essas: “Os problemas me deixam confuso, transtornado”. Na terapia, essa “tontura”, essa “entrega ao destino”, podem ser superadas menos facilmente com um treinamento ambicioso, ou pela simples vontade de “ser mais forte” (Kronfeld), uma vez que a tontura psicofísica pode ser curada somente através de um treinamento psicofísico. Como médicos não devemos ter medo, em vista dessa verdade, de interferir na luta espiritual que esse homem tem de travar com o seu destino, com a mesma coragem que geralmente mostramos em casos com sintomas exclusivamente psicossomáticos.

Neuroses compulsivas

Não tanto pelos acontecimentos patogênicos, mas tendo em vista, em primeiro lugar, os princípios necessários a uma possível psicoterapia, podemos prosseguir, imediatamente, a discussão de casos de neuroses de angústia, em sua apresentação fóbica, através de uma casuística selecionada das neuroses compulsivas. Entretanto, não devemos esquecer que, sob o aspecto clínico — ou melhor nosológico —, não existem delimitações fixas entre fobias e neuroses compulsivas típicas. Certas fobias, aproximam-se, pois, através de neurose da angústia, da sintomatologia das neuroses compulsivas,

enquanto, ao contrário, as formas mais acentuadas das chamadas angústias compulsivas se afiliam imediatamente, através das neuroses compulsivas, à sintomatologia das fobias.¹⁸

Que outras formas de neuroses compulsivas se afastam das neuroses de angústia, se evidencia pelo fato de que muitas neuroses compulsivas e entre elas as mais graves, não representam neuroses genuínas no sentido estrito da palavra. Devem ser subclassificadas em formas especiais de psicopatia e principalmente da psicopatia chamada "anancástica". Casos desse tipo, que encontramos na nossa prática, ainda serão abordados. Deixamos deliberadamente de lado o fato de que certas neuroses compulsivas não representam uma psicopatia original, nem uma neurose legítima, mas sim uma forma larvada de uma depressão endógena a qual é desmascarada pelo seu próprio curso que mostra fases mais ou menos independentes dos acontecimentos externos, bem como pelo conteúdo das idéias compulsivas de teor verdadeiramente escrupuloso. Entre as manifestações graves há ainda aquelas que não se deixam classificar nosologicamente, mas que apresentam uma evolução manifestamente processual; desde que não se trate de esquizofrenia cujos sintomas não-manifestos levarão a um diagnóstico errado, é preferível falar apenas de "doenças compulsivas". Veremos a seguir um caso concreto:

Caso 16. A paciente de 43 anos diz que sua mãe fora meticulosa — da mesma forma o seu irmão mais velho (que, ao que tudo indica, sofre de uma nítida compulsão de repetição). Poderíamos deduzir disto um mal herdado que excluiria de antemão uma neurose compulsiva e falaria a favor da origem constitucional do tipo "anancástico-psicopático". A paciente já teve em sua infância alguns sintomas compulsivos que comprovam o momento constitucional. Atualmente ela apresenta uns sintomas do tipo da repetição compulsiva, particularmente da mania de se lavar. Apesar de repetidos tratamentos psicoterapêuticos seu estado piorou sensivelmente, a ponto de chegar a ter idéias de suicídio. Está sempre atormentada pela sensação de

¹⁸ Nada mais ridículo do que a classificação exagerada e a delimitação de subgrupos dentro das formas principais da neurose, o que acontece quando há preocupações em descobrir unidades nosológicas independentes. Assim, por exemplo, a agorafobia e seu equivalente (não contrário), claustrofobia, acrofobia, medo de bacilos, contagem compulsiva, etc., não representam doenças, mas sintomas, parecendo-nos, por isto, ingenuidade querer inventar um nome específico para cada um deles, ou até usar para cada doença uma designação grega, como por exemplo a denominação monstruosa de "Siderodromofobia", para o medo de viajar de trem.

ter deixado de concluir algo totalmente: “preciso fazê-lo de novo, embora tenha consciência de tê-lo feito bem”. Sempre lhe fica aquela idéia de “inacabado”.

Nessa primeira tentativa visava ensinar a paciente a diferenciar seus impulsos compulsivo-neuróticos de todas suas demais intenções sadias para que assim se distanciasse primeiramente das compulsões neuróticas propriamente ditas. As neuroses de angústia fóbicas já nos mostraram que a distância, assim criada entre o doente e seu sintoma, facilita ao paciente objetivá-lo e, dessa forma, acabar com ele. Neste caso é preciso aplicar também o método da intenção paradoxal, orientando a paciente no sentido de aproveitar a distância conseguida do sintoma, para levar as idéias compulsivo-neuróticas “ad absurdum”, tirando-lhes, por assim dizer, “o vento das velas”. Na prática ela teria de proceder da seguinte maneira: no momento em que seu temor compulsivo a faz crer que está com as mãos sujas, deverá reagir assim: “Como? temo que as mãos ainda não estejam limpas depois de lavá-las tantas vezes. Bem então eu acho que elas são mesmo muito sujas; pois bem, que fiquem mais sujas ainda”. Aconselhamos também à paciente a não combater em hipótese alguma seus impulsos compulsivos, pois é sabido que a pressão provoca apenas a contra-pressão, e freqüentemente é exatamente essa luta contra as representações compulsivas que as deixa tornar-se tão insuportáveis. Assim instruímos a doente a exagerar conscientemente os seus temores compulsivo-neuróticos, ridicularizando-os o mais possível, para, deste modo, superá-los. De fato, ela consegue em pouco tempo “superlavar-se”, como ela mesma se expressa. E ela continua: “Parei de julgar minha neurose como algo superior, e consigo vê-la agora, como algo inferior a mim. Antes eu a enfrentava como se ela fosse uma pessoa de respeito, agora ousa até provocá-la”. Como vemos, a paciente já conseguiu ganhar uma “distância através do humor”. Em resposta à nossa pergunta — nesse ponto queremos confessar que uma inquirição franca de nossos pacientes, a respeito de como chegaram ao sucesso, sempre nos ajudou a aprender mais alguma coisa sobre o que ela pensava ao querer distanciar-se do seu sintoma — ela disse simplesmente: “Eu estou aqui e minha idéia compulsiva está lá; ela me manda ordens — mas eu não preciso acatá-las. A idéia compulsiva, assim eu penso, não pode lavar as mãos por si mesma — caberia a mim fazê-lo; mas eu simplesmente não o faço”. Assim a paciente conseguiu no decorrer do tratamento explorar a liberdade que lhe era concedida, e que existe mesmo num caso como o dela que tem por base a hereditariedade e é, por isso, ditado pelo destino. O verdadeiro objetivo da psicoterapia consiste, em tais casos, em reduzir as manifestações da neurose compulsiva

a um mínimo insuperável, isto é, apenas ao resto imposto pelo destino que talvez nem chegue a ser notado em distúrbios sintomatológicos. Se conseguirmos que o paciente sofra apenas por causa desta espécie de defeito herdado, o tornaremos, no mínimo, capaz de exercer uma profissão. Mais do que isto: aquela disposição inata, latente do caráter, aquele tipo constitucional psíquico do qual surge a neurose compulsiva manifesta, não constituiu em si, necessariamente, uma variante negativa, pelo menos, não sob o ponto de vista social. Ao contrário, este tipo de caráter (a psicanálise o denomina de “caráter anal”) apresenta do ponto de vista ético-social alguns traços positivos como por exemplo: escrupulosidade, procedimento metódico, senso de limpeza, etc. Cada um desses tipos caraterológicos tem, no mínimo, a propriedade de evitar tais exageros graças à sua educação, auto-educação ou educação posterior, ou se estes já se desenvolveram, ele poderá corrigir tais excessos. No nosso contato com o paciente acentuamos sempre esta possibilidade de assumir ou de se adaptar em face da neurose compulsiva, a uma ou outra atitude. Costumamos dizer ao paciente que ele não é responsável pelas suas idéias compulsivo-neuróticas, mas sim pelo modo como ele se comporta diante delas, isto é, se ele as desenvolve ainda mais pela imaginação, ou se ele, de acordo com a nossa orientação terapêutica, as objetiva e se distancia delas com humor.

Devemos ainda considerar aqui a atitude espiritual específica do neurótico compulsivo, isto é, o modo como ele concebe o mundo. Este conceito sempre é determinado por uma tendência ao absoluto, “aos 100%”. O que o neurótico compulsivo procura é a certeza absoluta em tudo: tanto no discernimento quanto na decisão. É uma espécie de impetuosidade “fáustica” que o invade e anima; o neurótico compulsivo luta com toda a sua força para eliminar aquela qualidade acidental e provisória que caracteriza toda a percepção e decisão do homem como ser criado. Ele não dá importância à condição fragmentária que é própria à natureza humana — e tenta fugir dela, embora ela o acompanhe como sua própria sombra. Sabemos que o homem não é capaz de saber e decidir algo em caráter absoluto, pois não pode *esse sicut Deus*. Em vez de confirmar e aceitar essa verdade, o neurótico compulsivo se revolta contra ela; ele se rebela contra a imperfeição, contra a incerteza de todas as decisões da consciência humana, e contra a incerteza profunda que envolve todo o conhecimento humano. Perguntando o porque de exatamente reagir com tanta sensibilidade a estas qualidades tipicamente humanas da incerteza existencial, encontramos indícios para a resposta na estrutura caraterológica de pacientes compulsivo-neuróticos. Encontramos nela uma tendência ao absoluto que caracteriza os seus atos

cognitivos e volitivos, uma intolerância para com o resto irracional inerente a todos esses atos (e que eles tentam compensar pelo excesso de racionalismo). Todas estas atitudes são motivadas por uma insuficiência específica da percepção inata — no que se refere aos atos cognitivos — e uma insegurança instintiva específica, no que se refere aos atos volitivos. A base — provavelmente fisiológica — desta “visão perfeccionista do mundo dos neuróticos compulsivos” se situa, assim, na “timopsiqué” (Stransky) e consiste no abalo ou soterramento daquelas fontes essencialmente inconscientes que alimentam, no homem normal, os atos cognitivos e volitivos: de um lado a percepção inata, e do outro lado a segurança instintiva que funciona, no sentido moral, como consciência. Ambos, percepção inata e instinto moral, agem de forma que surgem de uma camada inconsciente (isto é, irrefletida), embora espiritual, que fica fora do alcance de qualquer racionalização posterior, reconstrutiva e “secundária”. A tentativa de alcançar esta camada, apesar dessa impossibilidade, é exatamente a tragédia do homem neurótico compulsivo: a sua “impetuosidade fáustica” fracassa, porque quer racionalizar de qualquer forma aquilo que é essencialmente irracional.

Junta-se a este momento trágico ainda um aspecto cômico-trágico que deixa-nos perceber a diferença evidente entre o espírito verdadeiramente “fáustico” e o mero neurótico compulsivo. O que, pois, o neurótico compulsivo faz ao compreender que “o homem nada consegue de perfeito”? Porque não alcança os tão desejados 100% da sua realização, ele a procura, pelo menos, em algumas áreas parciais da sua existência; já que não existe certeza absoluta e total em sua vida, já que lhe é negada a possibilidade de conhecimentos e decisões absolutamente corretos, verídicos e bons, então ele precisa conservar ou salvar, pelo menos, em uma área parcial o caráter absoluto e perfeito. Assim se explica que a nossa paciente, como boa dona-de-casa restrinja tal exigência à totalidade a uma das suas tarefas domésticas na qual quer ser “perfeita”: à sua casa 100% limpa, às suas mãos 100% limpas. O que é necessário aqui é uma mudança radical da atitude existencial que teria de culminar na aceitação de “caráter fragmentário da vida” (Simmel), isto é, naquela “coragem de ser imperfeito” que Sofie Lazarsfeld pôs como exigência terapêutica em contraposição à vontade do neurótico de ser “semelhante a Deus” (Alfred Adler).

Este caso nos ilustra de forma exemplar como é importante na psicoterapia tornar conscientes não somente complexos inconscientes (no sentido da Psicanálise), mas também atitudes espirituais inconscientes. Patogênica no sentido de criar neuroses não é apenas aquela

vida instintiva inconsciente que Freud denomina de "Id", mas também a espiritualidade inconsciente pode originar atitudes neuróticas primárias (por exemplo, distúrbios sexuais como distúrbios da capacidade de amar verdadeiramente), ou secundárias (como no caso de um neurótico compulsivo constitucional-anancástico). Desde que a base da existência espiritual do homem se constitua sempre de atos irrefletidos, ou, em outras palavras, seja um "acontecimento" inconsciente, então também a vida espiritual do homem deve ser, necessariamente, inconsciente. Em vista do fato de que essa espiritualidade irrefletida, que aparece em todos os atos da percepção original e das decisões tomadas perante a consciência, se denomina existência, podemos dizer que uma análise dela, isto é, uma Análise Existencial difere da Psicanálise pelo fato de trazer à consciência não a vida instintiva inconsciente (como faz a Psicanálise) mas a espiritualidade inconsciente. No que se refere à terapia, ela se preocupa menos em atuar dentro da esfera psíquica (como por exemplo à Psicanálise dentro do dinamismo afetivo), mas pretende opor-se à existência neurótica recorrendo a meios espirituais — as armas do logos: por isso ela se chama Logoterapia.

Voltando à descrição do caso da nossa paciente, temos de acrescentar o seguinte episódio do seu tratamento psicoterapêutico: um dia ela nos declara espontaneamente desconfiar de que faz uso de sua neurose como desculpa e em certas circunstâncias como arma contra seu marido. De fato, foi fácil comprovar que os mecanismos compulsivo-neuróticos foram utilizados para esta finalidade, mas — o que é importante — essencialmente num passo secundário. Tal procedimento tem que ser interpretado no sentido da concepção psicanalítica muito conhecida do "motivo secundário da doença", ou do chamado lucro que se pudesse tirar da doença. Essas motivações secundárias que se juntam ao quadro original da doença, não são nunca os verdadeiros motivos de sintomas compulsivos, mas, sim, apenas causa da fixação intensiva destes sintomas. Quando, porém, esses motivos secundários que fixam ou aumentam a neurose, possuem num caso concreto, de fato uma relevância patogênica, julgamos o aparecimento espontâneo da referida suspeita, isto é, a conscientização espontânea dos referidos motivos, muito mais importante do que a imposição forçada da interpretação analítica. A terapia pode combater a neurose, devido à multiplicidade dos seus momentos estruturais, partindo de diversos pontos e camadas. É possível tratá-la por meio de medicamentos ou psicologicamente e, dentro dessa possibilidade, interpretar o conteúdo do caso em particular segundo Freud, ou os motivos da fixação, sem levar em conta o con-

teúdo concreto, segundo Adler; ou nós podemos finalmente, como já temos visto, elucidar e tratar a neurose, uma ou outra vez, sob o aspecto espiritual em vez de fazê-lo pelo lado somático ou psíquico. Por motivos evidentes, a logoterapia é mais adequada para tipos intelectuais que simplórios dando-se, no último caso, preferência ao método sugestivo. Além da individualidade do paciente, devemos levar em consideração, na escolha de um determinado método, essa própria personalidade. Na prática, pois, temos inúmeros exemplos de médicos que não conseguem nenhum êxito com um determinado método que trouxe tanto sucesso a outros. Daí, a conclusão de que a psicoterapia, isto é, a forma concreta em que ela está sendo aplicada, representa em todos os casos uma função que depende de dois momentos variáveis e, além disso, irracionais: a individualidade do paciente, bem como a do médico (sendo que a primeira deve ser percebida pela intuição). Tal dependência nos mostra claramente os limites que enfrentamos ao ensinar ou aprender a psicoterapia.¹⁹ Devem, portanto, ser sempre conhecidas (embora este conhecimento não precise ser explícito) as capacidades individuais do médico, bem como as possibilidades próprias do doente. Assim sendo, se torna evidente que a psicoterapia não é apenas uma simples aplicação de técnicas aprendidas, mas que ela é sempre, em grande parte — arte. Em vista da variabilidade dos dois momentos irracionais nos quais toda a criatividade artística da psicoterapia se baseia, não nos surpreende o fato de que toda a psicoterapia depende, essencialmente, da compreensão momentânea da personalidade e situação concreta do paciente, isto é, da improvisação. Aqui nada pode ser esquematizado e nunca é possível seguir cegamente um determinado esquema; cada caso requer o seu próprio método que deve ser improvisado e reinventado sempre de acordo com o referido caso.

Pretendemos apresentar, a seguir, alguns casos de doentes que mostram outras particularidades psicoterápicas que o tratamento de neuroses compulsivas deve respeitar. Começemos então com o seguinte caso concreto:

Caso 17. O paciente de 48 anos, engenheiro, nos consulta por causa das suas graves reflexões compulsivas: “Tudo neste mundo”, diz ele, “me parece extremamente estranho, as pessoas em si e o próprio fato de eu ser um ente humano — tudo é uma loucura: que um homem por exemplo tem duas pernas, que o homem exista e

¹⁹ Não resta a menor dúvida de que o conteúdo total da psicoterapia não pode ser ensinado no sentido próprio da palavra. Mas, o processo da individualização, cuja necessidade se dá em virtude desse fato, talvez possa ser ensinado.

ainda numa figura tão estranha. O que significa tudo isto? Por que o homem tem esta aparência e não outra? Para que existe o homem, etc.? — Acho que estou a ponto de enlouquecer.”

Estamos diante de um quadro bastante comum entre neuróticos compulsivos: o do medo de ser vítima de uma doença mental, o temor de psicose. Este medo pode assumir proporções tamanhas e tornar-se um sintoma tão dominante que coloca num segundo plano todos os demais sintomas que o motivarem. Temos aqui um sintoma *sui generis* de neurose compulsiva, a chamada psicotofobia. Esta auto-observação forçada dos neuróticos compulsivos os precipita cada vez mais a um estado de terrível ansiedade, pois que não constata algo de anormal em si mesmo, observando-se longa e intensivamente?²⁰ Logo ele encontrará um “cabelo na sopa” e qualquer desvio do padrão é um fato natural em cada pessoa, pois o padrão ideal apenas existe estabelecido no papel. Aquilo, porém, que não só é descoberto, mas também fixado pela auto-observação, costuma apresentar-se de forma distorcida e exagerada. Acontece que qualidades sem importância da caracterologia e que, sob ponto de vista psicológico, não passam de pequenos “defeitos estéticos” são logo considerados como sintomas ou precursores de loucura. Entra em cena, então, o já bastante conhecido fenômeno da angústia de espera, criando-se, assim, de novo um círculo vicioso: aquilo que o paciente neurótico constata pela observação, e em seguida exagera por um reforço da auto-observação, passa então, devido à sua psicotofobia a ser temido, e aquilo que é temido deve ser combatido. Este combater, este ataque contra os sintomas supostamente psicóticos, ou simplesmente neuróticos, faz com que estes se intensifiquem e se tornem cada vez mais presentes. Sua atenção se concentra, movida pelo medo da psicose, cada vez mais sobre suas manifestações doentias, e seus pensamentos giram quase que exclusivamente em torno delas.

Basta porém um simples trabalho de esclarecimento para interromper este círculo diabólico. É suficiente em geral chamar a atenção do doente sobre o fato bastante conhecido em psiquiatria de que os tipos genuínos de caráter neurótico-compulsivo muito raramente padecem de psicoses propriamente ditas, e que exatamente o neuró-

²⁰ A tendência à auto-observação e a autocontemplação é considerada pelo paciente — ou por aqueles que entram na puberdade — (na puberdade esta tendência é julgada como fisiológica) como algo patológico e até mesmo uma cisão da consciência, já como fato de se pensar logo em esquizofrenia. A tradução dessa palavra como “loucura” — que, aliás, é explicável pelo erro histórico de misturar o conceito da esquizofrenia com elementos da antiga psicologia associativa — fez com que muitas pessoas até sem qualquer característica esquizóide levassem um susto muito grande.

tico compulsivo — mesmo em relação aos seres normais (que não têm nenhuma ou têm apenas mínima propensão à psicose) — é o que menos motivos tem para temores psicofóbicos. Não precisamos fazer mais do que colocar no seu devido lugar a paradoxia: que o psicofóbico (neurótico compulsivo) tema exatamente aquilo que ele, como neurótico compulsivo que é, não deveria temer, uma vez que não existe fundamento para tal.²¹

Após esta breve excursão, podemos reportar, em relação ao nosso caso, o seguinte: à nossa primeira pergunta, se ele ultimamente, isto é, na época em que a reflexão compulsiva se intensificou, dispunha de muito tempo, o paciente respondeu com um “infelizmente”. Desde que estava desempregado, seu estado piorou sensivelmente. Naturalmente não explicamos seu impulso meditativo por uma espécie de vácuo do pensamento. Mas, não há dúvida de que algo semelhante o tenha influenciado, uma vez que existem muitos outros casos nos quais também neuroses compulsivas graves, de repente, são vencidas por um afeto que abala profundamente toda a personalidade, ou nos quais toda a sistemática da neurose compulsiva é posta de lado no mesmo momento em que o paciente se vê frente a uma grande tarefa que o ocupa totalmente. Parece de fato existir uma relação estranha e contraditória entre o reino fictício das representações compulsivo-neuróticas de um lado e a realidade do outro lado. Na medida em que esta última é aceita, a neurose compulsiva se retrai. Conhecemos um caso em que um homem vinha sofrendo há anos de uma forma grave de tanatofobia. Não se podia pronunciar na sua presença a palavra “morte” ou “morrer” ou a mais leve insinuação neste sentido sem que se desencadeasse nele um cerimonial muito complicado para eliminar da sua consciência o pensamento na morte. Um dia, e por mera coincidência, constatou-se nele uma atrofia oligosintomática e o paciente teve que submeter-se a um tratamento para a malária. Isto naturalmente lhe causou grandes preocupações. Depois de alguns ataques de febre, apareceram, infelizmente, algumas complicações e apesar da interrupção imediata do tratamento da malária (para o qual não

²¹ O paciente, entretanto, não deve cair no erro de pensar que perde junto com o seu medo de psicoses também a proteção, a “imunidade” de psicoses que o medo lhe tinha garantido até então — como por exemplo no caso de uma fobia de paralisia que desaparece assim que a paralisia progressiva surja, sendo o fim da neurose, ao mesmo tempo, sintoma para o começo da psicose. No caso da psicofobia compulsivo-neurótica, porém, a situação é diferente. Aqui, se trata de uma imunidade fundada na esfera caraterológica e por este motivo não se tem nada a temer mesmo se o medo neurótico, isto é, a psicofobia, parar. Tal indivíduo não é, pois, apenas protegido contra a psicose, mas também curado da sua neurose.

havia antes contra-indicação de qualquer espécie) desenvolveu-se um quadro séptico grave acompanhado de repentina perda de forças. contra a qual nada se pode fazer. Imagine a surpresa para nós, médicos, quando verificamos que no momento exato do maior perigo para a vida do paciente, começava a desaparecer pela primeira vez o medo da morte que o acompanhara durante quase toda a sua vida, dando lugar a uma disposição amena e a uma calma serena que não se podia explicar simplesmente pela euforia séptica.

Voltamos mais uma vez ao caso da meditação compulsiva, cuja descrição havíamos iniciado. Quanto às meditações, o paciente confessa que se “defende” delas por temer que elas venham a motivar, um dia, sua retenção num manicômio. Mas assim que tomou conhecimento de fato da relativa imunidade dos neuróticos compulsivos contra as psicoses, ele se sentiu aliviado e disse: “E eu que as combati tanto”. Assim conseguimos eliminar a resistência contra o sintoma que apenas o aumenta — afastando o motivo dessa luta contra ele, ou seja a psicofobia.

A respeito da técnica especial usada no tratamento das neuroses compulsivas devemos acrescentar ainda algumas explicações. O tratamento deve ser orientado principalmente no sentido de levar em conta a estrutura caracterológica do paciente — aquela estrutura básica que permaneceu intacta. Já falamos nela anteriormente, sublinhando seu aspecto racional. O neurótico compulsivo gosta de prender-se às fórmulas estritas e nada nos impede de aproveitar essa tendência no tratamento psicoterapêutico. Isto se dá, simplesmente, da seguinte forma: 1.º — elaborar uma verdade bem formulada que, no sentido da logoterapia exigida, possa constituir um contra-peso espiritual contra aquela “concepção dos 100%”. 2.º — usar a argumentação mais precisa possível, isto é, apresentar nossos contra-argumentos em relação às objeções do paciente de um modo completo, sem omitir nada. Devemos ouvir o paciente, deixando-o falar tranquilamente, e permitir que ele exteriorize seus escrúpulos, dúvidas e receios, dos quais ele nos apresenta muitas vezes durante a consulta uma linha extensa, fazendo-nos lembrar, assim, o tipo que os franceses descrevem como “*homme à petit papier*”. Com isto já chegamos ao 3.º ponto — na sua ânsia de encontrar argumentos comprovados e bem formulados, o neurótico compulsivo se deixa impressionar por tudo que recebe por escrito (“preto no branco”), podendo “levá-lo confiante para casa”, como diz o discípulo no “Fausto”. Em vista desta peculiaridade caracterológica não hesitamos em dar ao paciente por escrito e resumidamente aquilo de que, em nossa opinião, ele se deve lembrar constantemente. O seguinte caso serve como exemp'o.

Caso 18. A paciente de 45 anos de idade sente-se perseguida há 13 anos pelo medo de molestar seus semelhantes; na realidade pensa poder fazê-lo por meio de agulhas, cacos de vidro, etc. displicentemente esquecidos. Já na idade de 5 ou 6 anos, ela sofria anormalmente de escrúpulos. Daí depreendemos a componente constitucional da anomalia anancástica do caráter. Interrogada sobre sentimentos de culpa, responde que eles a atormentam constantemente. Mas, o medo de ter machucado alguém com um caco de vidro, ou outro objeto desta espécie, se deu pela primeira vez depois de um excesso de esforço físico. Temos aqui um fato que não é raro: a exacerbação das neuroses está ligada a estados de fraqueza corporal ou de esgotamento psicofísico por excessos de trabalho ou outro qualquer. Isto reforça a nossa convicção de ordem prática de que a psicoterapia, especialmente na neurose compulsiva, pode ser acelerada por um tratamento medicamentoso. (Compare-se: "O reforço medicamentoso no tratamento psicoterapêutico de neuroses" — *Arquivo Suíço de Neurologia*, etc., publicado pelo autor em 1939). Também na síndrome de despersonalização, que no quadro das psicopatias é próximo ao tipo anancástico, ficou demonstrado que medidas de ordem medicamentosa dão às vezes resultados surpreendentes (principalmente quando são usados preparados que elevam a pressão sanguínea e em especial os de córtex supra-renal). No tocante a esta dependência psicofisiológica, a doente declara que se sente relativamente bem, se está descansada. Caso contrário, seu estado é verdadeiramente insuportável. Assim, aconteceu há pouco tempo que ela, temendo atormentada que uma carta remetida para o estrangeiro pudesse conter um caco de vidro, lutou desesperadamente para tê-la de volta, o que conseguiu somente no correio central.

Depois de uma conversa demorada na qual todos os aspectos do mal foram discutidos, entregou-se à paciente, por escrito, um relatório que resumiu tudo aquilo que ela deveria sempre ter em mente: "Meus receios são tipicamente compulsivo-neuróticos, portanto, doentios e, conseqüentemente, infundados". Assim, não só conseguimos o distanciamento, como também a objetivação da neurose, como algo irracional, pela paciente. "Como neurótica compulsiva típica que sou não devo temer a degeneração em psicose. Por isto não preciso ir contra o meu temor, pois, combatendo-o, ele aumenta". Essas recomendações, segundo o que já foi dito sobre o círculo vicioso, são compreensíveis. "Devo brincar de gato e rato com as minhas idéias doentias, devo exagerá-las ainda mais a ponto de eu poder rir delas gostosamente. Neste sentido devo dizer a mim mesma que tenho a intenção de causar danos a esta ou àquela pessoa, desta ou daquela forma. Assim, ao menos, perderei o medo de prejudicá-la". Esta su-

gestão feita à paciente corresponde àquilo que já dissemos repetidas vezes sobre a intenção paradoxal e sua influência salutar sobre as manifestações da neurose de angústia e da neurose compulsiva. Neste “lembrete”, porém, temos de levar em consideração a possibilidade de que a doente, totalmente dominada por seus escrúpulos, pudesse usar as diretrizes que lhe entregamos para aumentar ainda mais as suas atitudes neuróticas. Este perigo deve ser evitado a todo custo. Assim, ela tem de compreender que não há perigo nenhum de que ela, seguindo as nossas instruções, de fato prejudique a alguém, pois tal exigência é apenas “ad hoc” e nada mais do que uma brincadeira. Mas, quem conhece os neuróticos compulsivos, sabe que eles não podem ser totalmente tranqüilizados com tais palavras. O especialista entenderá por isso o sentido da seguinte sugestão: “Para não sentir por causa deste perigo puramente teórico (de prejudicar a alguém um dia devido à intenção paradoxal) nova carga de responsabilidade, eu declaro estar de acordo com que o meu médico assumira toda a responsabilidade no caso de eu prejudicar, seriamente, a alguém por ironizar meus temores compulsivos”. Isto, porém, ainda não basta: o excesso anormal de responsabilidade que caracteriza o neurótico compulsivo típico, nos obriga — para convencê-la totalmente da sua obrigação moral de brincar com o “perigo”, embora ela o julgue “leviano” — a acrescentar às nossas instruções “ad usum” de uma escrupulosa, ainda a seguinte fórmula: “Esta responsabilidade (por brincar com os receios compulsivos que ela julga tão perigoso) deve ficar com o médico, porque só assim eu posso me livrar das representações compulsivas e porque devo aos meus parentes esta recuperação”.

À primeira vista, o risco de descer assim ao nível da neurose pode parecer muito grande. Mas a prática comprova a eficácia de tal método. Em última análise isto não significa outra coisa que combater a neurose, por assim dizer, com as suas próprias armas. Dado ao racionalismo acentuado que temos pela frente principalmente em neuróticos compulsivos mais inteligentes, são os argumentos racionais os únicos meios adequados ao seu combate. Trata-se apenas da adaptação específica da Logoterapia para a neurose compulsiva.²²

²² Mesmo o conhecido psicanalista Emil A. Gutheil, editor do *American Journal of Psychotherapy*, até morrer, declara no seu último trabalho, “Problems of Therapy in obsessive-compulsive Neurosis”: “Deve-se introduzir meios terapêuticos novos. Um apelo à razão, por inútil que possa ser em outros casos, pode ser aplicado com vantagem em casos de neuroses obsessivo-compulsivas nas quais a racionalização e a intelectualização desempenham papel muito importante” (“New therapeutic means must be introduced. Appeal to reason, fruitless though it may be in other cases, holds promise in cases of obsessive-compulsive neurosis, in which rationalization and intellectualization plays a great part.”) *Am. J. Psychotherapy*, 13: 793, 1959).

As blasfêmias compulsivas exigem ainda uma referência especial. Sob o aspecto terapêutico enfrentamos o fenômeno da melhor maneira chamando a atenção do paciente para o fato de que ele realmente comete blasfêmias, porque ousa temer que não cometeu, pois o fato de considerar a Deus um tão mal diagnosticador que não saiba distinguir entre blasfêmia e neurose obsessiva, representa já em si uma blasfêmia. Devemos assegurar ao paciente que, na verdade, Deus não o culpa por ter uma idéia compulsiva blasfêmica. A psicopatia anancástica — substrato de uma neurose compulsiva — não pode ser atribuída à sua pessoa espiritual, mas sim ao seu caráter psíquico (anímico). Neste sentido o paciente não é nem livre, nem responsável — mas, o é muito mais em relação à sua atitude em face da idéia compulsiva. O verdadeiro objetivo do método consiste por isto em dilatar a amplitude dessa liberdade, criando um espaço entre o humano no doente e o doente no humano.

Mas este método pode também ser aplicado em outras formas de neuroses e até mesmo em certos casos de psicoses, desde que tratáveis pela psicoterapia. Assim, lembramos do caso de um jurista célebre que sofria de uma melancolia endógena larvada, cujo quadro clínico em muito se parecia com o do escrúpulo do neurótico compulsivo. Esse escrúpulo se referia em tal caso ao fato puramente hipotético de que ele se afiliou a um certo partido político e porque, esquecendo disso, seu silêncio a respeito o teria tornado culpado em face da lei. Este estado se agravou, levando o paciente a tentar o suicídio e ele não encontrou mais nem sono, nem tranqüilidade. Não só por isso ficou ameaçada a sua carreira profissional, mas também pelas suas tentativas repetidas de se entregar à justiça por causa das idéias imaginárias referentes ao ingresso naquele partido político; na realidade porém, e isto é digno de menção, ele tinha se projetado sempre, e em qualquer lugar, como adversário feroz exatamente daquele partido. Apesar da base endógena e por conseguinte persistente do seu mal, foi-nos possível conseguir uma melhora repentina e decisiva do paciente, afastando dele, principalmente, o perigo de autodestruição seja da sua vida (suicídio) ou seja da sua carreira profissional, quando entregamos a ele uma declaração escrita que (levando em consideração a formação jurídica do paciente) culminou na afirmação do médico psiquiatra de que todas as referidas auto-acusações do doente carecem de qualquer fundamento real. A partir deste momento, o seu estado depressivo regrediu de tal forma que permaneceu apenas o resto inextinguível que caracteriza uma neurose endógena.

Já falamos uma vez dessa redução do quadro psicopatológico à sua base imposta pelo destino. Em seguida queremos mostrar, mais

uma vez, mediante um caso de grave neurose compulsiva, a eficiência da terapia, que leva o doente a aceitar simplesmente como determinado pelo destino o núcleo da sua neurose compulsiva, em vez de combatê-la de um modo errado, aumentando assim desnecessariamente os seus sintomas.

Caso 19. Um industrial, de 41 anos, voltou alguns meses atrás do exterior e se encontra agora na cidade para submeter-se a um tratamento psicanalítico. O que mais se destaca entre os seus sintomas compulsivo-neuróticos, é uma “blasfêmia compulsiva” que o vem atormentando já há 15 anos, uma vez que se trata de uma pessoa profundamente religiosa. Embora a Psicanálise lhe tenha proporcionado, no início, certo alívio, ela, no fundo, não o ajudou em nada (o que, em vista do pouco tempo disponível — o período de férias especiais —, não surpreende). Após uma grave recaída, sofrida poucos dias atrás, o paciente se sentiu totalmente desesperado e pensou seriamente em suicidar-se; até já tinha escrito a carta de despedida à sua esposa, mas não a tinha mandado ainda. Amigos seus que perceberam a sua depressão muito profunda conseguiram dele a promessa de fazer uma última tentativa. Nesta situação ele entrou em contato conosco dispondo, porém, somente de poucos dias para o tratamento.

Muito significativo é o motivo diretamente responsável pelo seu desespero atual: numa das sessões psicanalíticas ele tinha dito alegremente: “Graças à Deus, hoje estou me sentindo melhor”. A reação do médico que o tratou foi a de tentar convencê-lo no sentido de que esta melhora não se devia a Deus, mas apenas a esta ou àquela modificação ou reestruturação do seu inconsciente. Tais palavras abalaram profundamente o paciente, principalmente porque contrariaram totalmente a sua fé religiosa. Aqui temos a obrigação de esclarecer que ninguém, e muito menos o médico como tal, tem o direito de polemizar contra a fé do doente que acredita numa causa supranatural da sua doença ou cura. O médico tem a obrigação de respeitar totalmente tais convicções. Nós, médicos, não temos o direito de criticar o paciente que enquadra doença ou cura num aspecto superior. Independente da nossa opinião pessoal, não temos, agindo como médicos, o direito de impor ao doente as nossas próprias convicções religiosas, sejam elas positivas ou negativas, e nem temos competência para criticar qualquer convicção religiosa positiva ou negativa do paciente.

E mais ainda: não só temos que respeitar a atitude religiosa do doente, mas também temos de aproveitá-la como fator positivo na psicoterapia. No caso em pauta, por exemplo, não só foi possível, mas até necessário basear toda a terapia na fé religiosa do paciente.

Portanto, a falta de tempo, que não permitiu uma psicoterapia propriamente dita, isto é, uma análise pormenorizada das representações compulsivas, nos obrigou a começar, em vez de um tratamento de sintomas (que se preocupa demoradamente com todos os sintomas e a gênese dos seus conteúdos), um tratamento sintomático, isto é, paliativo que se concentra em primeiro lugar na atitude do paciente perante a doença. Tal qual essa atitude foi até agora toda a luta do doente contra a doença compulsiva totalmente frustrada: combatendo, permanentemente as suas idéias blasfêmicas, ele conseguiu apenas que elas se intensificassem e aumentassem, assim, a sua tormenta. O que lhe faltava era liberar-se dessa frustração, da sua pressão psíquica e relaxar-se. O doente tinha de aprender a, por assim dizer, “soltar as rédeas”. Como em outros casos já apresentados, nos quais a liquidação da psicotofobia que tinha desencadeado uma luta desesperada e cega contra as idéias compulsivas, já trouxe uma melhora considerável ao paciente, assim era necessário, no caso em apreço, usar a religião para conseguir que o doente aceitasse o seu mal serena e objetivamente. Por conseguinte era nossa a tarefa de levar o paciente a uma espécie de conciliação com a sua neurose compulsiva — a uma conciliação, porém, que não tem nada a ver com niilismo terapêutico ou fatalismo. Antes: a conciliação com o destino, isto é, com a idéia de que sua doença é a vontade de Deus, acabará de uma vez com a luta desesperada contra as representações compulsivas — com aquela luta que tem frustrado tanto a vida do doente. “Aqui está a minha neurose compulsiva”, aprende a dizer o nosso paciente, “e ela está em mim, na minha vida, da mesma forma como a minha felicidade familiar ou a minha carreira ou sucesso profissional: tudo isso me foi mandado por Deus. É por isso que tenho de aceitá-lo e parar de revoltar-me contra Deus. Muito mais do que eu, Ele sabe que as idéias compulsivas que surgem em mim e me incomodam não têm nada a ver com a minha verdadeira convicção religiosa; Ele, com certeza, não me condenará por causa delas; e assim também devo parar de fazê-lo a partir de agora. Quero marginalizar as idéias compulsivas, viver com a minha neurose, simplesmente ignorando-a. Vou tratá-la como um cachorro que pára de latir quando é ignorado, em vez de provocá-lo ainda mais, dando-lhe pontapés. Se eu não reparo desde o início no latir do cão, então nem vou percebê-lo conscientemente (como também não escuto o tique-taque do relógio ao qual estou acostumado)”. Já no dia seguinte, o paciente nos contou que pela primeira vez em 10 anos se sentira totalmente livre, durante uma hora, das suas idéias compulsivas. Em seguida ele voltou para a cidade onde morava. Algumas semanas depois, nos mandou uma carta dizendo que

se sentia relativamente bem, embora as circunstâncias externas tivessem piorado. “De vez em quando surge ainda uma idéia compulsivo-neurótica, mas eu a enfrento com serenidade e humor — como aprendi. Quando por exemplo, de manhã, ao acordar, tal idéia me ameaça, penso comigo mesmo: “Bom dia, neurose compulsiva — já está aqui? Rindo, no meu íntimo destas palavras e de toda a neurose, consigo concentrar-me logo nas minhas obrigações diárias que realizo por amor a Deus e a minha família”. Essas palavras do paciente nos ajudam a definir melhor a finalidade última de toda a psicoterapia: ela não tem apenas um lado ou uma fase negativa — a de desviar a atenção do paciente da sua doença (de-reflexão, intenção paradoxal, etc.) — toda a psicoterapia deve ter, também, um lado ou uma fase, positiva: ela tem que levar o doente a ver tudo aquilo que está além da sua doença, isto é, conscientizá-lo da responsabilidade de que precisa para aceitar a forma concreta da sua existência pessoal.

Embora já tenhamos falado neste capítulo sobre o princípio da logoterapia, torna-se agora mais claro quando e onde terá de começar a análise existencial — como análise da existência humana e da responsabilidade que a determina, ou seja, como análise do uso da responsabilidade. Vemos também que a análise existencial tem por objetivo tornar conscientes atitudes espirituais (e não a vida instintiva, como acontece na psicanálise). A última razão espiritual, pois, da existência humana é a responsabilidade. Ao mesmo tempo o último caso nos mostra quando e onde a psicoterapia se transforma naquilo que nós denominamos de pastoral médica (*ärztliche Seelsorge*); nos casos em que a psicoterapia propriamente dita se tornou impossível, quando não pode mais haver um tratamento do sintoma neurótico, mas apenas uma correção da atitude do doente face à doença como imposição de destino — nestes casos, e apenas nestes, indicamos a pastoral médica. Até não ficar claramente comprovado que a doença, ou um dos seus componentes básicos, provenha realmente do destino, até existir uma só possibilidade de eliminar o sintoma neurótico, deve ser tentado o tratamento psicoterapêutico. Somente em casos nos quais temos certeza absoluta de que a doença é expressão do destino e portanto um fato inalterável, insuperável e inalcançável, por qualquer tratamento psicoterapêutico, temos que tentar a conciliação com este destino; e somente nestes casos existe a possibilidade de levar o doente a enfrentar o seu destino, aceitando-o pacientemente e a realizar, apesar do seu sofrimento, que o acompanhará sempre, valores positivos. Mas, a realização desses valores que dependem da atitude (*Einstellungswerte*) é uma das possibilidades mais altas da ética e moral humanas.

Para finalizar este capítulo queremos apresentar ainda dois casos que foram tratados pelo meu assistente Dr. Kocourek e cujo histórico foi anotado por ele.

Caso 20. Anton R. (número de inscrição 4600/60) tem 21 anos de idade. Cinco anos atrás manifestaram-se nele estados de angústia, de forma que, temendo que pudesse ferir a si mesmo ou a alguém, começou a evitar o contato com objetos pontiagudos. É de se notar que este seu receio de machucar alguém não se limitava apenas aos seres humanos, mas incluía também animais, como por exemplo os cavalos da cocheira da granja de seu pai, aos quais dava o feno com forcado. Não se trata aqui de um caso típico de pensamento suicida ou homicida, mas "sit venia verbo", de obsessão "zoocida". Diversas outras compulsões surgiram em seguida, como por exemplo repetir e controlar todos os seus atos. Em primeiro plano, porém, estava o medo de se atirar de escadas ou pontes. Finalmente, nas refeições não podia mais fazer uso de faca e esses temores aumentaram tanto que chegaram a afetar o seu rendimento no trabalho. A mãe contou ao médico (que mandou internar o paciente temporariamente) que este, por vezes e subitamente, ficava parado num lugar e por uma hora inteira não saía dali. Na clínica, aplicou-se o tratamento de choque. Segundo as anotações ali feitas, apurou-se "debilidade mental" (QI de 80, pelo teste Wehler-Bellevue), e um "distúrbio mental hebefrênico". Mais tarde, quando ele foi internado na seção neurológica da policlínica vienense, o doente se mostrou excessivamente angustiado, deprimido, incapaz de pronunciar uma frase com nexos, permanecendo sentado e trêmulo, banhado de suor e olhando só para frente, e ao ser interrogado respondia sempre que tinha medo e nem ousava deixar o quarto ante a possibilidade de vir a cometer algum erro. Não se mostrou acessível a nenhuma sugestão. Tentativas de intenção paradoxal falharam, fenotiazinas em nada beneficiaram, Tofranil provocou inquietude de mais alto grau e os preparados placebo não surtiram efeito nenhum. O mesmo se deu com R 1647, H 610 e Librium. Com a aplicação de Marplan finalmente o paciente se tornou mais acessível o que lhe permitiu também o uso da intenção paradoxal. Quando ele tinha que subir a escada que leva da clínica para o ambulatório, o assistente, Dr. Kocourek, pronunciava no caminho as seguintes palavras: "Agora caminho junto ao corrimão e posto haja pulado ontem umas 60 vezes, pularei hoje 160 vezes". Pela primeira vez, o paciente sorri por ter conseguido a aplicação da intenção paradoxal. Numa outra ocasião, o médico o encorajou a usar com frequência os diversos talheres de mesa, repetindo para si mesmo: "Ontem machuquei-me 10 vezes com o garfo, hoje provavelmente o

farei mais vezes ainda". O doente se sentiu completamente mudado, ficou alegre, otimista e satisfeito. Estabeleceu contato com seus companheiros, ajudou-os e tornou-se querido por todos. Fez piadas e, o que mais nos interessa, empregou por iniciativa própria a intenção paradoxal. E para compensar o efeito exagerado do Marplan, tomou então Melleril. No Natal obteve licença para sair. De volta à clínica, assim se manifestou o pai do paciente: "É um verdadeiro milagre, meu filho teve um comportamento totalmente normal. Usou os talheres como antes, manipulou os diversos utensílios como no tempo em que era absolutamente normal. Não se notou nada de anormal nele. Toda a família ficou perplexa e chorou de alegria. Agora posso enfrentar o futuro tranqüilamente, pois meu filho tomará conta da nossa propriedade". O próprio paciente declarou que ainda tinha suas idéias compulsivas, quando voltou para casa, mas ele sempre repetiu suas máximas e às vezes as idéias compulsivas desapareciam por completo. Se ele receava incendiar a casa ao fumar, ele repetia: "Se ontem incendiei a casa 100 vezes, hoje ela deverá ser incendiada pela 101.^a vez e queimar-se toda". Assim, com o auxílio da intenção paradoxal, ele conseguiu dominar suas obsessões. Somente o forçado ainda lhe provocou mal-estar. Algumas semanas mais tarde, ele teve alta com um parecer favorável. Seguiram-se controles regulares de ambulatório. Os parentes contaram que ele executava seus trabalhos normalmente. Pela primeira vez depois de muitos anos, participou de um desfile. Se os pensamentos compulsivos voltam, ele facilmente consegue superá-los com a intenção paradoxal. Apenas piquetes e facas muito grandes lhe causam ainda dificuldades, mas em tais ocasiões ele diz: "Que venham utensílios maiores para que eu possa destruir tudo, aqueles que tenho na mão são pequenos demais, será uma grande farra causar tamanho prejuízo." Agora ele frequenta a igreja de novo, ao passo que ele tinha de fugir dela por causa dos seus pensamentos pecaminosos e blasfêmicos. As compulsões, que se repetem em intervalos cada vez maiores, não o assustam e preocupam mais, pois sabe como dominá-las. "Estes pensamentos aparecem agora com menor freqüência."

Caso 21. Elfriede G., de 35 anos, gozara de plena saúde até 3 anos atrás. Na entrevista revelou-se que já em criança ela fora muito meticulosa. Três anos atrás, durante a terceira gravidez, se manifestaram as primeiras idéias obsessivas. Ela tinha que lavar o chão por várias vezes para que seus filhos não se contaminassem. A sintomatologia da sua neurose compulsiva aumentou de tal modo ao longo dos anos que a paciente não mais saía de casa nem recebia visitas temendo que lhe trouxessem doenças para casa. Não contratava os

serviços de nenhuma empregada, pois, na sua opinião, nenhuma delas era limpa o necessário. Por fim, a paciente sentia-se obrigada a lavar as mãos umas centenas de vezes por dia. Em casa, ela se recolhia em um cômodo, onde ninguém era admitido, pois era o único lugar limpo para ela. Seu marido era proibido de tocar nela ou nas crianças, pois poderia contagiá-las. Durante algum tempo ela ficou internada numa clínica de doenças nervosas e mais tarde num hospital psiquiátrico, por ter tentado o suicídio atirando-se diante de um trem e, no dia seguinte, abrindo o pulso. No hospital psiquiátrico fez um tratamento por insulina, sem grande proveito.

No primeiro dia da sua estadia na seção neurológica da policlínica de Viena, a paciente foi apresentada durante a aula — assim continua o relatório do Dr. Kocourek — e pelo professor F. convidada a não ter medo dos bacilos “para variar”, mas ao contrário a desejar contaminar-se por eles, devendo pensar: “Não há bactérias que cheguem hoje para mim”. “Quero me sujar o mais possível, pois as adoro.” Neste tom de brincadeira prosseguiu a aula até que o professor, para concluir, pegou a paciente pela mão conduzindo-a para perto do auditório e convidou-a a imitá-lo, ao mesmo tempo esfregou as mãos no chão e passou-as em seguida no rosto — o que ela de fato fez, deixando os estudantes, e a si própria, perplexos. Depois da aula e de volta ao quarto ela lavou as mãos uma só vez antes do jantar e de improviso no sentido da intenção paradoxal, ela pergunta às suas colegas “se alguém não podia fornecer-lhe bacilos”.

No dia seguinte ela estava como que mudada. Por falta de leitos em nossa seção ela foi internada na seção de otorrinolaringologia onde havia muitos pacientes recém-operados, com cânulas traqueais, etc., e apesar da sua antiga bacteriofobia, ela cuidava voluntariamente dos doentes, lavava-os e os alimentava; e com as bactérias ela havia se reconciliado.

Cinco dias depois do seu internamento, ela disse sentir-se 90% melhor, cuidava com dedicação dos recém-operados, sem lavar as mãos mais que três vezes ao dia. A respeito das bactérias ela disse: “Quero entrar freqüentemente em contato com elas — não lavo mais as mãos para me livrar delas, pois as coitadas também merecem viver”. E rindo dessa observação cômica, batia com as mãos nas coxas.

No sexto dia a paciente deixou o hospital por algumas horas. Irradiava alegria e gratidão. Primeiro foi à igreja num gesto de agradecimento, em seguida comprou lã para fazer um pulôver para sua filha mais nova “no meio contaminado do Hospital”, e “nele deverá haver um bacilo em cada malha”, disse ela. No 12.º dia, seguindo uma recomendação do médico, ela recebeu a visita dos seus filhos sem ter lavado as mãos e dizendo numa intenção paradoxal para si mesma:

“Agora vou transferir este ninho de bactérias para os meus filhos: que se infeccionem bem, assim, ao menos a minha permanência no hospital terá valido a pena e eles até ficarão imunes contra infecções”. A paciente abraçou os filhos, acariciou-lhes o rosto e saiu com eles para fazer compras numa loja bem movimentada. Durante o tempo todo ela levou a caçula nos braços através “deste ambiente infeccionado”, diz ela, expressando-se no sentido da intenção paradoxal. De volta ao hospital, ela confessou ter vivido o primeiro dia normal após muitos anos, livre da angústia e de manifestação compulsiva. “Tudo era tão normal e me sentia a criatura mais feliz.” Nos dias seguintes a paciente se comportou discretamente. Confessou ter pensado em divórcio para que seu marido e os filhos pudessem viver tranqüilos sem ter que sofrer da neurose compulsiva da mãe que ela considerava como castigo para toda a família. Na segunda semana a paciente recebeu alta e voltou para casa onde reinava, segundo ela, “uma terrível desordem”, mas ela, ao contrário do que faria no passado, soube dominar, lavando as mãos apenas uma ou outra vez. Tudo se deu como nos dias que precederam a sua doença. Ela nem explicava mais a intenção paradoxal. No correr dos meses seguintes ela visitava a clínica de vez em quando para contar que estava passando muito bem. Os parentes contaram que ela se comportava normalmente e que a família respirava aliviada, sentindo-se feliz como antes da doença. Interrogada a respeito da necessidade de lavar as mãos continuamente, ela respondeu: “Tenho que rir disso. Parece-me impossível que eu tenha feito isso”. Às 10 horas da manhã ela termina a arrumação da casa e vai em seguida passear com as crianças — embora ela agora só se levante às 6 horas da manhã tem tempo para tudo, enquanto antes, apesar de se levantar às 3 horas, quando chegava a noite tinha ainda diante de si tudo para fazer, perdendo seu tempo com a contínua lavagem das mãos.

Um dia a paciente levou a caçula ao ambulatório e esta, de tanto engatinhar no chão, sujou-se completamente. A paciente contemplou a filha sorrindo e só se lembrou de lavá-la quando advertida pelo Dr. Kocourek, pois ela nem havia pensado nisso.

Sono e perturbações do sono

Um daqueles distúrbios que pelas suas características pertencem ao domínio da psicoterapia, mas são tratados com grande freqüência por médicos de clínica geral, é a insônia. Nós preferimos denominá-la de perturbação do sono, pois sabemos que o organismo suportaria uma verdadeira insônia, isto é, total, apenas durante poucos dias, ou

melhor, noites. Por outro lado, conhecemos também o perigo de autoenganar-se, que é muito grande para todos aqueles que sofrem de insônia ou perturbação do sono; assim, não temos motivo para julgar o paciente subjetivamente exagerado ou até histérico, quando ele se queixa de uma ausência total do sono. Tais queixas, pois, são apresentadas de boa fé. Um fenômeno semelhante e igualmente freqüente enfrentamos em pacientes que afirmam nunca terem sonhado (o que impossibilitaria às vezes até um tratamento psicoterápico que precise da análise dos sonhos). Existe, de fato, um sono completamente livre de sonhos, como por exemplo no estado de exaustão causada por esforços físicos muito grandes; mas, geralmente as pessoas que alegam a ausência de sonhos, esquecem-se imediatamente ao acordarem, o que se pode evitar com facilidade após certo treinamento. É apenas necessário recomendar aos pacientes que recapitem, permanecendo, se for possível, de olhos fechados, logo após o acordar os restos do sonho e os anotem em seguida.

Perturbações do sono podem ter, em primeiro lugar, causas muito naturais, tais como dores físicas. Mas não queremos falar aqui sobre estes casos nem sobre os que são provocados por processos encefalíticos ou resíduos pós-encefalíticos. São conhecidos também os distúrbios do sono provenientes da arteriosclerose cerebral. Mencionamo-lo aqui em particular somente porque ainda nem todos sabem que sobre eles atuam magnificamente o ácido acetilsalicílico, enquanto os derivados barbitúricos comuns produzem neles, paradoxalmente, até mesmo estados de excitação. (Decerto, cremos ter observado que, em condições normais, o ácido acetilsalicílico tem influência euforizante nítida sobre o conteúdo do sonho.)

Por motivos didáticos estudaremos um caso concreto de perturbação grave do sono, caso em que se pode com facilidade demonstrar paradigmaticamente as medidas psicoterapêuticas necessárias.

Caso 22. A paciente dotada de alta inteligência, de meia idade, se dedica intensivamente a um trabalho intelectual (ela é escritora filosófica e professora particular). Suas declarações dignas de crédito revelam que ela dorme apenas poucas horas por noite. Isto representa para ela, como intelectual, uma grande desvantagem. Assim, precisa recorrer, durante o dia, a várias doses de Pervitin. De noite, para poder dormir pelo menos umas poucas horas, ela toma no mínimo dois comprimidos de Phanodorm.

O primeiro dever do médico, em tais casos, consiste em interromper bruscamente o uso de hipnóticos em razão da dependência da paciente em relação a eles. Não é que tenhamos objeções a fazer contra o uso de hipnóticos em limites razoáveis; ao contrário, nos

casos de perturbações leves do sono, ou seja, na insônia em estado nascente recomendamos o uso de hipnóticos leves por pouco tempo para sufocar o possível surgimento da angústia de espera. Se tal tratamento medicamentoso produz pelo menos efeito sugestivo, já constitui por si uma forma larvada de psicoterapia de curta duração. Depois de alguns dias de uso do soporífico costumamos recomendar aos nossos pacientes que mantenham o medicamento ao alcance de sua mão no criado-mudo, para dar a eles certa segurança se realmente precisarem dos comprimidos. O efeito tranqüilizante desta providência é geralmente conhecido; e este fato é por nós aproveitado, sugerindo que a mera disponibilidade do soporífero é um truque que produzirá efeito sugestivo. No caso presente, porém, tínhamos que suspender de modo absoluto o uso do soporífero, por causa de seu caráter crônico. Exigimos simultaneamente da paciente que se levantasse bem cedo todos os dias e deixasse a cama sistematicamente à mesma hora todos os dias. Sabíamos que este regime seria bastante duro para ela, especialmente nos primeiros dias, mas seria necessário até se conseguir restabelecer o ritmo normal do sono. Este ritmo, este automatismo normal, estava, por assim dizer, apenas soterrado, em virtude de um estilo de vida errôneo, assim como por uma superestrutura neurótica de expectativa ansiosa. Para reconduzir a doente ao ritmo de sono soterrado seria necessário um bom preparo psicoterápico: ela deveria readquirir a confiança no automatismo “adormecido” do sono. Deveríamos infundir-lhe confiança no próprio organismo, na medida necessária para que ela se convencesse de que o organismo saberia procurar por si mesmo o sono do qual ele precisa incondicionalmente.

Mas esta quantidade mínima de sono imprescindível varia de acordo com fatores individuais. Isto já se sabe, como sabe-se também que não importa em primeiro lugar a duração do sono, mas sim o chamado “quantum” do sono. Esta quantidade do sono depende tanto da duração como da profundidade do sono. A profundidade, porém, como é sabido, alcança seu máximo em tempos diferentes para cada pessoa. Sob este aspecto conhecemos dois tipos principais de “curva do sono”: o tipo normal que alcança a maior profundidade antes da meia-noite e o outro tipo que é representada pela “curva de dromedário” com um máximo ao adormecer e o outro na madrugada, mostrando assim um ápice duplo, ou aquela curva que encontramos especialmente nas pessoas que se dedicam a trabalhos mentais: este último tipo alcança seu verdadeiro sono somente pela manhã. Isto se faz notar como é especialmente desagradável, ao serem acordados muito cedo: para eles, um déficit de 2 ou 3 horas de sono pela manhã equivale a uma falta total de sono — enquanto que para o

primeiro tipo a perda é mínima. Neste tipo, o sono pela manhã já é leve e começa a desvanecer, já que teve seu ponto culminante antes da meia-noite.

A confiança, por assim dizer teórica, na nossa afirmação de que o organismo é capaz de assegurar o mínimo necessário de sono não é suficiente, de modo algum, para tranquilizar o paciente com sono perturbado, a ponto de não surgirem complicações do distúrbio do sono pela angústia de espera, que constitui a verdadeira perturbação neurótica do sono. Recomendamos aos pacientes que se comportem adequadamente durante o período em que não podem dormir, procurando relaxar o mais possível, pois o simples relaxamento produz o efeito de um sono (mesmo que superficial e de curta duração). Dessa forma eliminamos o receio de que a insônia provocada pela abstinência total e repentina dos soporíficos possa constituir perigo para o paciente.

Conforme foi dito anteriormente, a angústia de espera desempenha um papel dominante na origem das perturbações do sono. Em alguns casos esta angústia pode crescer e transformar-se em típico "medo da cama". Durante o dia todo o paciente que não dorme à noite se sente cansado, mas quando chega a hora de dormir, ele se torna intranquilo na expectativa da sua próxima noite de insônia, dificultando, assim, ainda mais o sono. Devemos de início combater este medo por meios psicoterápicos. O medo faz com que o paciente se esforce para dormir, e este esforço consciente, por sua vez, afugenta o sono. O paciente comete então o maior erro possível: ele fica à espreita do sono. Com a atenção concentrada e tensa, procura descobrir o que se passa nele mesmo; mas quanto mais ele força a atenção, tanto é menos capaz de relaxar para que possa conciliar o sono. "Dormir" não significa outra coisa senão relaxamento completo. Entretanto, conscientemente luta pelo sono. Adormecer não é outra coisa senão submergir no fundo inconsciente. Todavia, o que é inconsciente não pode ser pretendido conscientemente. A intenção consciente e proposital tem sempre, pois, um efeito contrário, o efeito não desejado. Ela leva a uma tensão interna que em si já basta para afugentar o sono. Todo o pensamento concreto de sono e todo querer dormir por força, só servem para impedir que o indivíduo durma.

Conhecemos um caso em que alguém desejava conciliar o sono com tamanha ansiedade que de súbito acordou por sentir que desejava algo, lembrando-se logo a seguir daquilo que tanto almejava: dormir.

Comparou-se poeticamente o sono com uma pomba que foge quando a queremos pegar, mas que vem pousar em nossas mãos se não ameaçarmos pegá-la. Também o sono não se deixa "agarrar",

nem provocar consciente e intencionalmente. Esperar por ele impaciientemente ou observar em si mesmo ansiosamente os sintomas do seu começo, significa automaticamente expulsá-lo. Devemos por isto educar os nossos pacientes no sentido de pensarem em tudo menos no sono, menos no problema da sua ausência. Esta verdade representa também uma forma de de-reflexão, sobre cuja importância psicoterapêutica já tivemos, várias vezes, ocasião de falar. A sabedoria do povo conhece há muito estes fatos: é conhecida aquela fábula da centopéia à qual outro animal perguntou um dia, maliciosamente, em que seqüência ela movia os seus "mil pés"; a centopéia então querendo observar o processo do seu movimento, não foi capaz de mover um só pé e morreu miseravelmente.

Nós já exigimos de forma expressa que o paciente pense em tudo, menos no sono. Deve-se entender com isso que não exigimos do paciente que não pense no sono, mas que concentre a sua atenção em outros assuntos. Isto é importante porque a simples intenção negativa de não pensar no sono o levaria automaticamente a pensar positivamente nele. Seu caso seria semelhante ao daquele homem da piada ao qual prometeram que poderia fabricar ouro sob determinadas condições, sendo uma das importantes não pensar durante 10 minutos num camaleão; mas ele não pôde pensar em outra coisa a não ser nesse animal, o que antes nunca havia acontecido.

Já encontramos várias vezes a influência perturbadora da vontade de fazer, do observar e do provocar conscientemente processos mais ou menos automáticos. Assim chamamos a atenção para isso particularmente, na explicação da psicogênese, respectivamente, do tratamento psicoterapêutico dos distúrbios de potência. O coito, porém, mais que o adormecer, admite a interferência de reflexão e intenção. Aqui e a respeito de qualquer outro motivo das neuroses vale o que Jaspers uma vez disse: "Transformar algo em objeto é um meio para perdê-lo; tencionar algo é condição para não atingi-lo".

Também na psicoterapia dos distúrbios de sono é preciso antes de tudo romper o círculo vicioso da angústia de espera e da intenção consciente que dele resulta. Conseguiremos isto de modo mais simples por meio da intenção paradoxal, diminuindo assim o efeito da angústia de espera específica da pessoa que sofre de insônia, tirando, por assim dizer, ao seu medo da cama "o vento da popa". Para isto é necessário somente que o doente, em vez de voltar suas vistas para o sono, não se proponha a dormir, mas apenas a fazer algum exercício de relaxamento ou iniciar um colóquio consigo mesmo sobre coisas belas do seu passado. Quando ele não se força a dormir, quando ele quer aparentemente a insônia e pára, no mínimo, de temê-la está no melhor caminho para adormecer.

Teríamos agora de indicar mais alguns princípios ou regras de comportamento que costumamos recomendar aos pacientes que sofrem de insônia. Sobretudo não devemos aconselhar, como acontece com muita freqüência, aos nossos pacientes que eles antes de dormir não mais se preocupem com aquelas coisas que os excitaram durante o dia. Não podemos concordar com isso; ao contrário, achamos mais correto que o paciente pense nos seus problemas que não conseguiu resolver durante o dia e que o incomodam, a fim de que possa encontrar uma solução para eles. Sabemos, pois, que a repressão se vinga, produzindo de um lado sonhos (se por ventura se consegue sonhar) dominados pela angústia e do outro lado um sono intranquilo e não repousante; daí a recomendação que fazemos no sentido de passar em revista os acontecimentos mais opressivos do dia e de se dispor a dormir somente depois de ter achado para tais problemas uma fórmula de certo modo tranqüilizante.

O que foi dito até agora referiu-se ao adormecer; agora queremos acrescentar alguns conselhos relativos ao re-adormecer depois de um sono interrompido. É decididamente errado aquele comportamento típico e tão comum destes doentes que costumam acender a luz, ver as horas, começar a ler, ou refletir sobre qualquer problema. Aqui só há uma coisa a fazer: tentar lembrar-se de algo do último sonho e pensar sobre ele. Assim conseguimos permanecer no ambiente do sonho e, ao que tudo indica, a concentração nos referidos conteúdos do sonho faz com que a condição do sono volte a funcionar.

Resta-nos ainda fazer algumas observações sobre o comportamento correto de doentes, cujo sono é interrompido, de forma desagradável, por influências externas, tais como ruídos fortes ou barulhos de vizinhos, etc. Normalmente os pacientes se irritam de tal forma que não conseguem mais dormir. Nós porém aconselhamos a eles o contrário, isto é, que não liguem para esta interrupção involuntária, que não se irrite com ela, pois é exatamente isto que os impede de adormecer de novo. Também não se deve cair no outro extremo de não querer irritar-se propositalmente, pois isso acabará por irritar ainda mais. Um homem zangado se irrita ainda mais se lhe damos o conselho de não se zangar. O que ajuda neste caso é um simples pensamento num trabalho muito desagradável que deverá ser feito logo de manhã cedo. . . pensando intensivamente nisso, o paciente começa a sentir uma preguiça enorme à qual segue um cansaço muito grande que fará com que adormeça de novo.

Exigimos da doente, como já dissemos, que cortasse de imediato qualquer uso de soporíferos. Se a paciente tomava Pervitin em quantidade relativamente grande e bastante cafeína para manter o nível

da sua produção mental durante o dia, não podíamos proibir este consumo à vista da diminuição da quantidade do sono que é de se esperar no início. Mas também por outro motivo chegamos até a recomendar-lhe esse *doping*: em tais casos, ele não só ajuda ao paciente superar os primeiros dias de abstenção, nos quais ele sentirá um sono ainda maior se observa fielmente as nossas instruções rígidas, mas produz também durante o dia certo estado de excitação artificial ao qual corresponde durante a noite um aumento da necessidade natural de dormir. É como se crescesse a amplitude sono-vigília, mas não como nos soporíficos comuns pelo aprofundamento da sua parte negativa, isto é, do sono, mas sim principalmente pelo aumento da sua parte positiva. Consegue-se assim, pela medicação paradoxal à custa de estimulantes, que o sono noturno se torne mais profundo. (É evidente que de noite os pacientes não devem tomar soporífico de qualquer espécie, pois deste modo o organismo se veria açoitado em duas direções.)

O princípio da medicação paradoxal foi progressivamente aprovado pela prática.²³ Para avaliarmos melhor a novidade desse princípio de tratamento, basta lembrar em que consistia até agora a terapia medicamentosa de distúrbios de sono. Vejamos como a curva sono-vigília normal (figura 5) se diferencia da do sono perturbado (figura 6). A figura 10 mostra que a pessoa que tem perturbação do sono — para dizê-lo em forma muito simplificada e esquemática — não somente tem um sono mais leve durante a noite, como é na mesma proporção durante o dia menos alegre e animado. A terapia rotineira das perturbações do sono, pelo menos no que se refere ao tratamento medicamentoso, recorre na maioria das vezes ao uso de

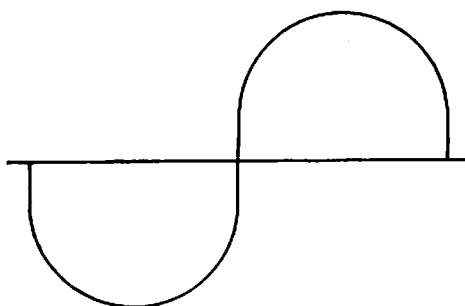


Figura 5
Sono normal.

²³ Compare-se J. Stenger, *Med. Klin*, 55, 1693/1694, 1960.

soporíferos da série dos barbitúricos. Além de se tratar de um procedimento não-fisiológico, o sono provocado desta forma é acompanhado de efeitos secundários bastante acentuados. Em virtude da acumulação a que são propensos os hipnóticos, torna-se ainda mais perturbador durante o dia o entorpecimento (figura 7).

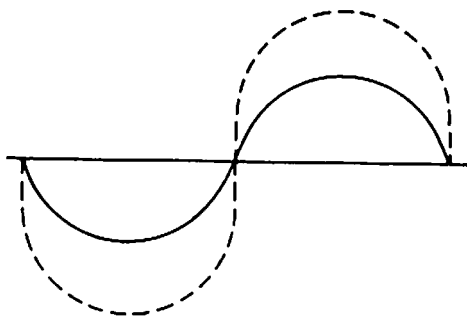


Figura 6
Perturbação do sono.

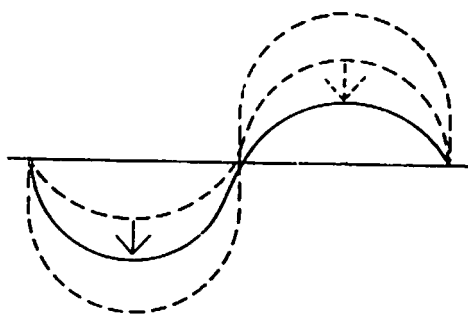


Figura 7
Medicação de rotina.

O “paradoxal” do novo princípio terapêutico reside no fato de que o soporífero é substituído por um agente despertador, estimulante, analéptico, ou, como se costuma dizer atualmente, por um “energizante”. Em vez de nos limitarmos a baixar a parte noturna da curva sono-vigília, tratamos de elevar a parte diurna; pois não aprofundamos o sono noturno na forma não-fisiológica do soporífero, mas, em vez disso, aumentamos o estado de alerta do paciente durante o dia, aprofundando, assim, fisiologicamente o sono noturno,

sem recorrer aos agentes químicos. É evidente que o desejo de dormir após uma noite de relativa insônia será ainda maior se o estado de alerta, durante o dia, for intensificado; por conseguinte, a curva do sono aumenta automaticamente, ou, em outras palavras, a amplitude sono-vigília está sendo simultaneamente aumentada e aprofundada (figura 8).

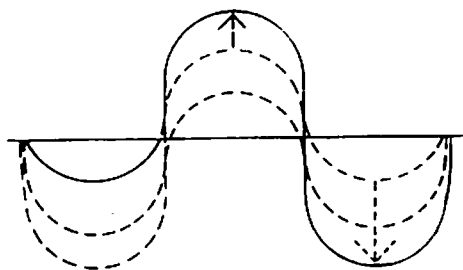


Figura 8
Medicação paradoxal.

A vantagem deste procedimento reside no seguinte: 1.^o: volta-se ao ritmo espontâneo sem o uso de soporíferos; 2.^o: as conseqüências desagradáveis de uma noite mal dormida podem ser superadas por estimulantes tomados durante o dia; 3.^o: não se chega dessa forma a criar um hábito em relação à droga, cuja dose pode ser logo diminuída, pois, uma vez restabelecido o ritmo espontâneo, torna-se desnecessária uma medicação compensatória da falta de sono; 4.^o: a tão difamada *drug therapy* não é incompatível com uma psicoterapia simultânea — a qual, evidentemente, continua sendo absolutamente indicada — procurando-se convencer o paciente, através da psicoterapia, de que é capaz de dormir mesmo sem o uso de soporíferos e, além disso, que é infundado o seu temor quanto às conseqüências nocivas de uma noite mal dormida. Se o paciente, graças a estimulantes bem dosados, pode vencer seu dia, uma noite de insônia não significa mais um distúrbio de maior gravidade.

Assim sendo, nosso procedimento medicamentoso paradoxal concorda com os princípios daquela psicoterapia dos distúrbios do sono que pretende convencer o paciente de que a quantidade de sono de que o organismo necessita é conseguida pelo próprio organismo. Como medida auxiliar, recomenda-se ao paciente que se levante em horas regulares, preferencialmente cedo, e que deixe de dormir após o almoço, o que não é difícil, dada a ação excitante dos medicamentos

que fazem parte da medicação paradoxal. Assim se compreende também que a paciente foi capaz, de um momento para o outro, de desistir dos soporíferos que ela até então tomava.

Os resultados terapêuticos da medicação paradoxal em casos de perturbações crônicas do sono²⁴, evidenciam que os efeitos da terapia de curta duração podem ser “rápidos e bons”. Devemos acrescentar ainda que o processo não gera um mecanismo circular, mas o rompe sem violentar ou reduzir o jogo de forças da auto-regulação normal, mas leva-as em conta e as põe em ação.

Sonhos e interpretação do sonho

Depois da psicoterapia das perturbações do sono teremos de tratar também do significado diagnóstico dos sonhos. Já se falou tanto dessa questão desde Freud que nós podemos focalizá-la aqui, apenas para complementar os nossos pensamentos anteriormente expostos. Segundo a doutrina psicanalítica, as tendências inconscientes se manifestam no consciente quase que exclusivamente em forma simbólica, porque o sonho deve ser entendido como um compromisso entre as exigências instintivas do inconsciente, e o consciente que “censura” o conteúdo sexual infantil destas tendências, produzindo assim o “conteúdo manifesto do sonho”. Desta forma, Freud atribuiu ao sonho a função basicamente biológica de “guardião do sono”. Também a neurose, vista ou interpretada sob o ponto de vista psicanalítico, representa um compromisso entre o Ego e o Id. A Análise Existencial entretanto tem suas dúvidas a respeito desse conceito: segundo a nossa opinião, os antagonistas Ego e Id são apenas uma construção teórica²⁵ que favorece muito a atitude fatalista do neuró-

²⁴ Infelizmente fiquei sabendo apenas em 1960 (após a publicação do meu artigo sobre a medicação paradoxal — *Med.Klin.*, 55, 19/20 e 25/26, 1960) que W. Ernst já tinha recomendado, em 1941 (*Wien.Klin.Wschr.*, 54, 615), um método muito semelhante.

²⁵ Em sentido análogo, Medard Boss (O Ego?, A Motivação?, *Schweizerische Zeitschrift für Psychologie und ihre Anwendungen*, 19: 299-305, 1960.) diz: “A psicologia, recorrendo às instâncias do Ego, Id, Inconsciente e do Superego, se utiliza, no fundo, da antiga técnica das fábulas infantis. Pois também essas costumam excluir do comportamento da mãe todas as outras reações possíveis, não desejadas, transformando então a atitude esperada da mãe numa instância autônoma, por exemplo numa fada bondosa, enquanto as outras possibilidades que a criança não deseja ou mesmo teme, estão personificadas na figura da bruxa”. E Boss continua: “Como não é possível manter a fé nestas figuras da fábula, pode-se supor que no futuro próximo seja superada também a teoria psicológica das instâncias. Será necessário abandonar a teoria psicológica do Ego e do Id”. Boss ainda afirma que ninguém foi capaz até

tico típico trazendo por isso certos perigos do ponto de vista psicoterápico; neste sentido, a Psicanálise apenas apóia o fatalismo neurótico, confirmando a fé do indivíduo na supremacia de poderes “demoníacos” dos instintos. A Análise Existencial, ao contrário, insiste em contrapor a autonomia de toda existência espiritual àquele suposto automatismo do aparelho psíquico que a Psicanálise admite. Na nossa opinião, esta espécie de sistema bipartidário, que segundo a doutrina freudiana domina a vida psíquica, já parte de um princípio errado, uma vez que o pretense Id, isto é, toda a vida instintiva, já é formado e determinado, ou seja, pré-avaliado (*vorbegurachtet*) pelo Ego. Neste sentido, todos aqueles “complexos” dos quais o paciente nos fala espontaneamente, já são o resultado de uma hipostasia fatalista. Sob este aspecto, porém, muitos dos problemas que a Psicanálise procura solucionar se revelam como problemas fictícios.

A Psicanálise tem razão quando aceita conflitos entre várias tendências intrapsíquicas. A grande incidência dos conflitos de tendência dentro do campo que Freud denominou de “psicopatologia do cotidiano”, nos mostra a interpretação psicanalítica dos chamados atos falhos. Tomemos, para a ilustração destes fatos, um exemplo: um jovem médico conversa com a sua noiva sobre uma enfermeira do hospital em que ele trabalha. Ele declara que por motivo qualquer, insuspeito, gostaria que ela o convidasse (*einladen*) um dia para um encontro amistoso, pois desejava manter com ela uma conversa de aspecto prático, sem ter a intenção de aproximar-se dela sexualmente (coabitar = *einlassen*). Entretanto, encerrando a conversa com a sua noiva, ele comete o ato falho, dizendo: “Então gostaria que a enfermeira coabitasse comigo (*einlassen*), não, quero dizer, me convidasse (*einladen*)”. Neste caso é clara a situação conflitante que leva exatamente ao ato falho, isto é, entre o conteúdo suposto das intenções do médico e o conteúdo verdadeiro.

Como os atos falhos, também os sonhos são tidos pela Psicanálise como formações de compromisso. Sem suspeitar que, por trás do véu simbólico, haja sempre e em todos os casos apenas impulsos e complexos sexuais infantis, podemos admitir como válido que há no sonho um processo de regressão em que o pensamento se expressa

agora “de perceber imediatamente a existência de qualquer instinto”. No fundo, acha o autor, “mesmo se aceitássemos a existência do “Inconsciente”, não poderíamos compreender melhor as possibilidades do comportamento humano” (Medard Boss, Observações da análise existencial sobre o conceito de “Inconsciente” de Freud, *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin*, 7: 130-141, 1961). Segundo Boss, Freud parte de pressupostos “filosóficos”, como se estes fossem verdades absolutas, dando assim a todas as perguntas e respostas da sua ciência uma direção já preconceituada (l.c.).

por uma linguagem figurada e de simbolismos primitivos. Embora as leis psicológicas que regem o pensamento de quem adormece não sejam idênticas às do pensamento onírico, mostra-se melhor durante o adormecer quais são os meios de expressão simbólicos a que o nível reduzido do consciente recorre; isto podemos ilustrar, especialmente mediante aqueles sonhos que Silberer denomina de “funcionais”. O conteúdo de tais sonhos é, pois, idêntico à função do processo de adormecer.²⁶ Desejamos citar aqui um exemplo pessoal: o paciente acordou de manhã para em seguida adormecer de novo; ele sonha então que dirigindo um carro precisa breicar — logo em seguida, porém, pode avançar de novo e engata a segunda marcha. Com o braço ele executa o movimento correspondente e acorda abruptamente. A análise deste sonho funcional revela o seguinte: o paciente dá muito valor ao sono matinal e também a um segundo sono, de curta duração, quando consegue adormecer de novo. Este segundo sono é representado no sonho pela segunda marcha que ele mal consegue engatar — depois de o sono já ter sido interrompido (no sono: o dirigir, o movimento). O sonhador (o motorista) “continua a rodar”, isto é, continua a dormir. Não devemos, porém, esquecer que toda interpretação de sonhos é inacabada pois sempre acharemos um ou outro detalhe cuja interpretação seria teoricamente possível, ainda que supérflua na prática.

Um sonho comum, mas não funcional que nos apresentasse a linguagem figurada do sonhador em simplicidade clássica, seria o seguinte: depois da cerimônia religiosa, nas vésperas do Dia do Perdão, o maior feriado judaico, quando se reza para que os pecados sejam apagados das almas “manchadas de culpa”, alguém sonha que está tentando tirar manchas de alguma peça do seu vestuário. Nesta interpretação não precisamos fazer outra coisa senão retraduzir a linguagem concreta do sonho para uma linguagem mais abstrata, para desvendar-lhe o sentido. A que se refere o conteúdo abstrato

²⁶ A nosso ver, os sonhos funcionais podem ser interpretados da seguinte maneira: ao adormecer sucede-se uma regressão para um nível mais baixo da consciência; durante o sonho, por assim dizer, elimina-se o “ramo” reflexivo da inteligência (compare-se *Artzliche Seelsorge*, pág. 178 e subsequente). — é como se pensamento parasse de pensar em si mesmo. Tal eliminação faz com que os elementos plásticos das “representações liberadas” comecem, livres de qualquer correção reflexiva, seu jogo alucinatório. Mas o que ocorre no caso dos sonhos funcionais? Aqui o resto de atividades reflexivas dos pensamentos, que continua presente ao adormecer, se traduz em linguagem simbólica do sonho: o ato de sonhar está sendo refletido, mas esta reflexão já está sendo sonhada. O pensamento não está mais pensando em si mesmo — enquanto o sonho pode tornar-se objeto do sonho.

do sonho assim conseguido, não será difícil adivinhar. Também será fácil deduzir a que detalhes concretos da situação existencial do sonhador (embora sob outra forma) o sonho se refere. Citemos ainda a interpretação de um sonho que demonstra o trabalho de condensação já mencionado por Freud que torna o conteúdo manifesto do sonho superdeterminado: uma pessoa sonha com um aparelho de filmagem e somente ao acordar sabe que essa máquina representa para ele “seu filho”. Uma curta análise revela então o seguinte: primeiro, sua mulher está grávida; segundo, que ele próprio deseja ter uma máquina cinematográfica especialmente para filmar o filho que nascerá; terceiro, que na véspera visitara em companhia da sua mulher uma exposição cinematográfica na qual foi projetado um filme com o título “Nascimento do cinema”.

Um dos nossos pacientes nos conta que sonhara o seguinte: numa escalada nas montanhas ele leva somente os seus sapatos e corda na sua mochila. A excursão é dirigida por um célebre guia, e sua irmã o acompanha, enquanto que sua mãe fica para trás. Associação e fatos do dia: uma semana antes, o paciente empreendera de fato uma excursão, guiada pelo famoso alpinista e participante da expedição ao Himalaia, Peter Aschenbrenner. De fato, nessa excursão eles levaram apenas os sapatos especiais, deixando, contudo, a corda em casa. Por outro lado, essa corda foi encontrada anos atrás entre os poucos bens restantes em sua casa, quando da sua volta do campo de concentração — enquanto todos os seus familiares, com exceção da sua irmã, não tinham voltado. Os sapatos representam, portanto, “aquilo que ele tem consigo” e a corda “aquilo que ainda lhe restará”. E a excursão em si? Representa a vida: a mãe (que não voltara na época) não vive mais, deixando assim de figurar entre os sobreviventes. (No sonho a irmã o acompanha, enquanto a mãe fica para trás.) O que significa o guia? Quando somente o paciente e sua irmã haviam sobrevivido no campo de concentração, um rabino lhe disse à guisa de consolo: “Não se esqueçam, em última instância somos sempre guiados” (referindo-se à providência divina). O guia é Deus. Esta interpretação baseada em tal associação nos parece superdeterminada, em face de estar Aschenbrenner nessa expedição ao Himalaia, que significa “trono de Deus”, sendo ainda Deus quem faz os homens voltarem à cinza e tendo a mãe se acabado no crematório de Auschwitz, portanto como cinza. Na véspera do mencionado sonho, o paciente lera antes de dormir o Salmo n.º 120, que diz: “Levanto meus olhos para as montanhas; de onde virá a minha salvação? A salvação vem do Senhor. . .”. No sonho o paciente levantou seu olhar espiritual para as montanhas, pensando na salvação que viera do Senhor para ele e sua irmã. Sem

querer superestimar a análise dos sonhos no seu significado para a Psicoterapia, podemos dizer que ela tem seu lugar em qualquer tratamento psicoterápico, especialmente para servir como teste da evolução de uma terapia orientada pela psicologia profunda, ou como índice dos resíduos das neuroses que ainda devem ser tratados. Devemos, porém, nos libertar do preconceito tradicional de ouvir no sonho somente a voz velada do inconsciente no sentido de impulsividade inconsciente. Defendemos, antes, o ponto de vista de que os sonhos podem revelar a nós a sabedoria do inconsciente, tanto no sentido da espiritualidade inconsciente como no da instintividade. E sob essa espiritualidade não entendemos apenas as funções intelectuais — já que sob esse aspecto o inconsciente se mostra frequentemente mais capaz do que a consciência.²⁷ A tais funções devem os sonhos a fama de que podem ser “proféticos”. Tal função dos sonhos decorre da capacidade que tem o inconsciente em si de conservar sob o limiar do consciente resíduos de percepções ou propostas, e também de reproduzir e elaborá-los sob a forma de sonhos, em determinadas situações. Exemplo: alguém sonha que um par de sapatos lhe fora roubado. Na manhã seguinte ele começa a procurá-lo sem vontade. Nesta ocasião ele descobre que o par de sapatos não fora roubado mas que lhe falta um outro par que não voltara ainda do conserto e que devia ser reclamado, tanto mais que a empregada levava os sapatos a uma sapataria que só ela conhecia e que isto aconteceu no dia em que foi despedida do emprego, tentando levar o assunto ao esquecimento, já que ninguém conhecia o seu paradeiro. O sonho era um aviso.

Até aqui falamos apenas da espiritualidade inconsciente — em contraposição ao impulso inconsciente. Tal espiritualidade inconsciente existe de fato e não hesitamos em declarar que, assim como uma sexualidade inconsciente, existe também uma religiosidade inconsciente.²⁸ O sonho da excursão nos mostrou até que ponto ela pode

²⁷ Assim conhecemos um filósofo contemporâneo que conseguiu formular, após muita procura, a versão definitiva do seu “Imperativo Categórico” — no sonho.

²⁸ Como outros conteúdos que eram inconscientes, também podem se tornar conscientes, especialmente na psicose e através dela, conteúdos no sentido de uma religiosidade inconsciente. Conhecemos um caso em que uma jovem no decorrer do seu grave estado maniaco recidivo de excitação e perturbação mental, demonstrou uma transformação profunda da sua personalidade no sentido de manifestar subitamente afeição e ternura comoventes, embora ela se tenha comportado até então na sua vida erótica de maneira extremamente superficial e até como prostituta. Além disso, ela foi encontrada um dia de joelhos, rezando devotamente — o que aconteceu poucas horas antes do enfraquecimento que antecedeu a sua morte. Assim é possível que na psicose se

penetrar nos sonhos. Devemos pois contar com o fato de que o inconsciente deve ser considerado também neste sentido na interpretação dos sonhos (veja o Salmo XV, V. 7 "... (Quod) vel per noctem me monet cor meum"). Isto nos leva a pensar novamente na espiritualidade inconsciente a que se refere a "pessoa profunda" existencial, isto é, aquela camada profunda da pessoa espiritual e fundamento de existência, a qual — segundo já o asseveramos — consiste essencialmente em atos inconscientes ou não refletidos. As grandes e essenciais decisões e experiências ao alcance do homem têm suas raízes neste estado básico da existência humana. Enquanto concebemos em nossa análise existencial o ser humano como ser responsável, a raiz não refletida e não racionalisável dessa responsabilidade será representada por aquela instância que chamamos consciência (*Gewissen*). Não é claro, porém, para nós, como médicos e psicoterapeutas, se essa consciência básica representa de fato a última causa ou somente a penúltima. A verdadeira última causa seria então algo diferente, algo que já se encontra fora do ser humano e que fala através da consciência.²⁹ A afirmação de que a consciência "tenha" uma voz — a linguagem comum fala de uma "voz da consciência" — merece uma correção aparentemente insignificante, embora profunda: a consciência não "tem" voz, mas ela mesma é voz, voz de alguém superior.

Neuroses orgânicas

Que existe ou pode existir algo como neuroses orgânicas, não é de forma alguma evidente, pelo contrário, a sua mera existência já é um problema em si. A problemática patogênica das neuroses orgânicas leva diretamente à problemática psicofísica que parece ilimitada.

tornem manifestos também conteúdos autênticos e originais que no estado normal permaneceram latentes, cobertos e escondidos por mediocridade e hábitos costumeiros. Com razão diz a linguagem popular: "Crianças e loucos falam a verdade". O fundamento em que se baseia a "verdade", pode aparecer uma ou outra vez em virtude de um acontecimento psicótico. Tudo isso também pode explicar que os povos primitivos encaram o doente mental com um santo respeito, enquanto o homem moderno — desde que seja leigo na matéria — é dominado neste sentido por uma mistura estranha de medo e curiosidade: o medo o deixa ver no doente mental um animal perigoso e a curiosidade o deixa juntar pessoas psicóticas como animais em jaulas ou, como aconteceu ainda no século passado, expô-las realmente em jaulas.

²⁹ Compare-se aqui as palavras que antecedem ao versículo citado do salmo: "Benedico Domino, quod dedit mihi consilium...".

Não pretendemos entrar aqui na discussão dessa questão complexa. Um problema, porém — que é importante na escolha da terapia —, deve ser abordado: o problema da escolha dos sintomas. Esta pergunta pode ser compreendida num duplo sentido: ela se refere, em primeiro lugar, ao problema de quando, em que casos e por qual motivo um doente sofre de uma psiconeurose e o outro de uma neurose orgânica; e em segundo lugar, devemos procurar a causa pela qual na neurose orgânica este ou aquele órgão é afetado.

A “escolha” de uma psiconeurose, conforme já pudemos deduzir dos capítulos correspondentes deste livro, deve ser atribuída preferencialmente a causas constitucionais. Nas neuroses compulsivas já falamos do tipo hereditário e anormal, e especialmente da psicopatia anancástica; nas neuroses de angústia nos foi dado a conhecer aquela forma especial de neuropatia que denominamos estigmatização vegetativa. É claro, pois, por exemplo que uma pessoa com labilidade neurovegetativa trouxe consigo desde a sua origem a disposição para uma neurose de angústia, enquanto que um anancasta, em situações externas e conflitos internos idênticos, estará mais propenso a sofrer uma neurose compulsiva.

Voltemos então para a segunda pergunta, a da escolha específica do órgão, ou seja, da escolha do sintoma dentro do campo das neuroses orgânicas. Aqui temos as seguintes possibilidades teóricas: primeiro devemos levar em consideração aquele fenômeno que Alfred Adler descreveu como inferioridade orgânica e cuja importância na formação de organo-neuroses ele destacou (isto, depois de Freud ter mostrado a importância da “disposição somática” na etiologia das neuroses). Em segundo lugar, devemos lembrar-nos daquilo que sabemos também de Adler sobre o chamado “dialeto orgânico”: cabe a certos órgãos, além daquela “disposição somática” de natureza orgânica, ainda outra qualidade específica; visto que tal qualidade já pertence à esfera psicológica, parece-nos melhor caracterizarmos essa “disposição somática” como uma disposição simbólica. Sabemos, por exemplo, quão grande é a representação simbólica do aparelho digestivo para determinadas atitudes básicas da vida psíquica. Lembremos o que foi apontado pela Psicanálise, e, mais tarde, por linhas psicoterápicas mais recentes: as relações entre constipação de um lado, e avareza, isto é, a atitude de não querer dar nada de si próprio (como qualificação antropológica, por assim dizer, de um determinado modo de relacionar-se com o mundo). Em terceiro lugar devemos aproveitar o nosso conhecimento sobre o sentimento orgânico específico, que se baseia principalmente nas pesquisas de Ludwig Braun. Como é sabido, este autor definiu a angústia como o sentimento orgânico do órgão “coração”; da mesma forma poderíamos

conceber, por motivos óbvios, o aborrecimento como um sentimento orgânico do estômago. A linguagem popular com razão diz: “Tenho um peso no coração” ou “Algo está preso no meu estômago”. As relações muito estreitas entre um determinado órgão como o coração, e uma determinada sensação como a angústia, tornam-se muito claras no caso de melancólicos de angústia que sofrem de uma angústia precordial típica, da mesma forma que os estenocárdiacos sofrem do sentimento típico de destruição. Resta-nos mencionar a quarta possibilidade de escolha em neuroses orgânicas: é claro que em todos aqueles casos nos quais certa finalidade determina a escolha do órgão, a neurose orgânica afetará o órgão cuja doença oferece as maiores possibilidades para alcançar a finalidade neurótica. O que a neurose numa determinada constelação das circunstâncias possa conseguir, por exemplo, apenas através de um distúrbio da vesícula, levará conseqüentemente à uma doença neuro-orgânica da vesícula, caso uma “disposição somática”, neste caso urológica, não seja favorecida por uma inferioridade orgânica.

Fecharíamos o círculo das nossas ponderações apenas se decidíssemos aceitar o sistema nervoso autônomo, vegetativo, como uma espécie de órgão independente. Aquelas propriedades constitucionais de alguns indivíduos considerados como verdadeiros ou possíveis estigmatizados vegetativos representariam então uma inferioridade orgânica “sui generis” — ou, com outras palavras: uma forma especial da disposição somática. Não é difícil definir aquelas sensações que são relacionadas à “inferioridade orgânica” do sistema nervoso: são aquelas sensações básicas que dominam, no sentido de uma estrutura biológica profunda, toda a vida emocional — em primeiro lugar deve ser mencionada a sensação da angústia e nela incluídas as diversas “reações de emergência” de várias áreas de funções, que necessariamente estão ligadas a ele. Uma importância especial desse “órgão” — isto é, do vegetativo — para todas as neuroses orgânicas resulta do simples fato de que o sistema nervoso autônomo (inclusive os centros cerebrais intermediários) representa a ponte entre a vida psíquica e a vida orgânica. Em virtude da proximidade entre o órgão “coração” e o aparelho circulatório de um lado e o sistema simpático-parassimpático do outro lado, parece compreensível que a neurose cardíaca é uma das neuroses orgânicas de maior incidência.

O que em princípio resulta de tudo isto, em relação às possibilidades de uma terapia, é o direito de iniciar o tratamento das neuroses orgânicas por via medicamentosa ou psicológica, ou ambas simultaneamente. Em um caso daremos preferência, no que se refere ao primeiro tipo de tratamento, à medicação que acalme o vegetativo e, em outro caso, recorreremos a uma opoterapia que inclui a parte

endócrina (queremos lembrar a tal respeito a íntima relação entre a simpaticotonia e a hipertireose, bem como as ligações íntimas entre as neuroses de angústia e a simpaticotonia), por fim, o fato de que em casos de agorafobia, especialmente, se constata freqüentemente, segundo as nossas experiências, um aumento do metabolismo basal.

Se em determinados casos temos razões para atacar o problema pelo lado psíquico, vários caminhos nos são abertos para o alcance da mesma meta, desde a psicoterapia de qualquer origem até a logoterapia ou análise existencial, e em certos casos até mesmo a pastoral médica. Este último recurso se aplica quando o doente e seu médico enfrentam o inevitável, uma doença crônica incurável ou mal que se arrasta por muito tempo. Neste, e somente neste caso e até as últimas conseqüências, o médico, na sua qualidade de conselheiro e se for possível junto ao sacerdote, poupará ao paciente o último desespero já que doença e morte são irreparáveis. O homem porém não atinge o supremo desespero porque sofre de um mal irreparável, mas, sim, quando o sofrimento carece de sentido. Contudo, em todos os casos nos quais se pode descobrir, até no sofrimento verdadeiro e corajoso, sentido e valor, o médico tem a obrigação de ajudar o paciente, a fim de que este possa encarar o seu destino grave não somente como fato consumado, mas até como tarefa. Assim o destino dos nossos doentes incuráveis ganha um sentido: um sentido humano. Embora tenhamos de admitir que na função de médicos nada mais poderemos fazer, resta-nos a possibilidade de ajudarmos como "sacerdotes médicos". É verdade que, num sentido banal, tais casos não passam de "casos ingratos", pois não se pode esperar mais nenhum efeito terapêutico. Tanto mais gratos serão em tais casos os pacientes; eles que talvez não consigam procurar o sacerdote, agradecerão ao médico que lhes ajudou a conservar a fé no sentido da vida — e do sofrimento, embora ele não tenha conseguido salvar sua saúde e vida.

Voltemos então novamente a um caso individual e concreto:

Caso 23. Trata-se de uma paciente de 29 anos que fora internada na clínica por sofrer do coração. Na semana anterior fora vítima de uma "crise cardíaca" que se repetira depois, duas vezes. Os achados orgânicos, inclusive um EKG, foram negativos. A cada ataque seguiu-se um fluxo de urina. Este fato em si já nos faz pensar numa gênese vegetativa. Além disto, a paciente relata que sentia "um fluxo quente lhe correr pelas costas" durante os ataques, além disso acompanhavam-na sensações de aniquilamento, opressão e angústia. Sabemos também que o filho da paciente falecera meio ano atrás. Depois disso, ela se tornara totalmente "fria", sentimentalmente falando. Temos razões para supor que a reação afetiva adequada se desviara

para o vegetativo. Seis semanas depois do falecimento da criança, a paciente teve que se submeter a uma operação de panarício sob narcose com éter. Sob a influência da narcose ela reviveu outra vez o enterro. Não seria de todo impossível que a recapitulação do acontecimento traumatizante levasse àquele tipo de reação, à qual se atribui na síntese narcótica um efeito saneador. Já que no caso em apreço tentou-se, sem resultado, aplicar várias vezes sedativos vegetativos, começamos a tratar a paciente com exercícios de relaxamento pelo método de J. H. Schultz.

Terapia de relaxamento

Os métodos e a finalidade do tratamento moderno de relaxamento já foram suficientemente elaborados por Schultz. Trata-se, em última análise, de aumentar a esfera de influência do Ego sobre o organismo, uma vez que regulações inconscientes e, sobretudo, involuntárias, podem submeter-se à vontade consciente. Isto significa nada menos que uma subordinação da atividade dirigida pelo sistema nervoso vegetativo ou autônomo à vontade, e conseqüentemente, certa limitação do sistema nervoso "autônomo".

O importante neste método parece ser que a esfera do poder voluntário, a esfera do Ego consciente e responsável, aumenta de uma forma que, por seu lado, não diminui a responsabilidade (ou seja, colaboração) própria. É nisto que o método de relaxamento se diferencia essencialmente do método sugestivo. Na sugestão, e mais ainda, na hipnose, a responsabilidade própria, a atividade do paciente é diminuída em certo grau e de forma sistemática. A hipnose especialmente representa uma "condenação" do paciente, se bem que temporária, a uma verdadeira passividade. Nos exercícios de relaxamento estão conservados, necessariamente, como veremos, tanto a consciência da responsabilidade, como a própria atividade; se a hipnose apenas em certo sentido é obra do hipnotizado, podemos de antemão declarar ao paciente quando tratado com exercícios de relaxamento, que todos os efeitos obtidos não representam outra coisa senão sua própria realização.

Schultz denomina seu método de tratamento como exercício de relaxamento e concentração, auto-relaxamento concentrativo ou treinamento autógeno. Métodos semelhantes surgiram nos países anglo-saxônicos. A extraordinária importância da terapia de Schultz reside na nítida e experimentalmente bem comprovada delimitação entre ela e os métodos sugestivos, inclusive a auto-sugestão. Devemos insistir nisso perante o paciente, mostrando-lhe que no treinamento

à moda de Schultz, ao contrário do que acontece no tratamento sugestivo, ele conserva sua independência e aprende a ver no efeito curativo do treinamento sua própria obra, por crescer nele o ânimo que o consolida e fundamenta.

O procedimento de Schultz é o seguinte: no início do tratamento ele manda o paciente assumir uma atitude que ele chama de "posição de cocheiro". Costumamos recomendar ao paciente que se sente ou deite da maneira mais cômoda, feche os olhos e imagine estar descansando num banco de jardim em um dia quente de verão. Os braços relaxados repousam levemente sobre as coxas abertas, sem que as mãos se toquem. Os músculos da nuca devem ficar relaxados deixando a cabeça inclinar-se para a frente, sobre o peito, segundo o próprio peso (se não se consegue isto desde o início, fazemos com que o paciente somente feche os olhos). É importante um completo relaxamento, pelo menos da musculatura dos braços. Julgamos necessário que o médico se sente em frente do paciente, mostrando-lhe a atitude correta de relaxamento. Levantamos ao mesmo tempo levemente as mãos, deixando-as cair frouxas sobre as coxas. O paciente levanta pela manga um dos nossos braços, soltando-o em seguida subitamente, demonstrando assim como, havendo relaxamento correto, o outro braço e a mão caem de novo sobre as coxas, obedecendo ao próprio peso, tão frouxos, que a mão, por uns instantes, ainda cambaleia. Somente então, permitimos que o paciente faça a sua própria tentativa e controlamos o relaxamento não somente pela palpação, através da qual, simultaneamente, diminuimos a tensão, mas também pela manobra já conhecida de levantar e deixar cair seus braços.

Segue então o exercício preliminar. Deixamos o paciente concentrar-se por dois minutos aproximadamente sobre um braço ou melhor sobre um antebraço e uma mão, no lado direito para o destro e no lado esquerdo para o canhoto. Exigimos apenas que o paciente, durante aquele tempo, concentre toda a sua atenção nessa parte do corpo e não se deixe distrair quer por estímulos exteriores, quer por pensamentos quaisquer e simplesmente observe o que sente; isto ele deve gravar inteiramente para vir a contar-nos, mas não antes de decorridos aqueles dois minutos.

As experiências coletivas são, neste particular, as mais instrutivas. A maioria dos pacientes diz ter tido uma sensação de peso no membro correspondente, uma minoria sentiu também calor e alguns alegam ter sentido dores ou abalos. (Durante tais processos de relaxamento, segundo temos visto, podem aparecer, por exemplo, em casos de artrite crônica, leves sensações dolorosas, até então

subliminares; abalos e câibras, por outro lado, observamos apenas em casos de neuroses profissionais em que há esforço exagerado da musculatura correspondente.)

É notável que estas informações análogas ocorrem livres de qualquer influência. Mais importante ainda é a sua explicação dada posteriormente ao paciente no sentido de convencê-lo de que ele não imaginou coisa alguma nem foi influenciado. Fazemos questão de esclarecer aos nossos pacientes que tudo isto acontece na ausência de qualquer influência estranha ou auto-sugestiva. Assim, explicamos que por meio do relaxamento da musculatura voluntária ou do esqueleto, e na ausência de uma ação contrária, a força de atração da terra age livremente, de modo que o próprio peso do membro relaxado se torna plenamente consciente sob a forma de sensação de peso. Este relaxamento não intencional, mas espontâneo da musculatura lisa (involuntária) das paredes dos vasos leva simultaneamente a um relaxamento dos vasos, à dilatação de seu diâmetro e, por conseguinte, a um aumento da circulação sanguínea — e à sensação de calor.

Neste ponto é interessante observar que especialmente aqueles pacientes que enfrentam no início grandes dificuldades para relaxar-se, são geralmente muito inseguros: assim, podemos dizer que o relaxamento é tanto mais difícil quanto mais necessário. (Ao contrário, pessoas que praticam ginástica ou muita dança rítmica têm muita facilidade para relaxar-se completamente.)

Quando o paciente chega a sentir peso e calor num braço recomendamos que ele nos exercícios diários que deverá fazer várias vezes, com a duração de alguns minutos cada um, procure generalizar o relaxamento muscular, estendendo-o ao corpo todo. No fim, deve sentir um relaxamento completo em todos os membros ou articulações e um calor agradável penetrando seu organismo. Deve-se insistir no treino até que se consiga um certo grau de relaxamento no mais curto tempo possível, e não só quando se está deitado ou sentado, mas também de pé, parado ou andando. (Schultz recomenda aos pacientes que deixem cair os ombros relaxados.) O doente deve estar em condições de eliminar instantaneamente toda a tensão — se não está deitado, pelo menos desligar de uma vez toda a tensão supérflua, portanto transpor-se para um relaxamento total — tão subitamente como com um golpe de alavanca. Antes, porém, de levarmos o paciente a esse ponto, precisamos fazê-lo utilizar-se, por assim dizer, do equivalente psicológico do relaxamento muscular: ao mesmo tempo que este, deve ser sentido o relaxamento psíquico. Neste sentido, recomendamos aos nossos pacientes desde logo que se entreguem à sensação de calma e equilíbrio internos, ou seja, ao rela-

xamento psíquico; que atualizem de maneira total o afrouxamento e que gozem, de forma também total, a liberdade e a tranqüilidade.

Para facilitar o aprofundamento de tais sensações é aconselhável apelar para a fantasia. Assim, por exemplo, a representação visual de um mar revolto, cujas ondas se acalmam aos poucos até que — no ponto mais alto do relaxamento psicofísico — o mar se transforme num espelho imenso como uma superfície horizontal sem limites, de ação sedativa do mais alto grau. É aconselhável, porém, dar liberdade total aos pacientes para escolherem as imagens prediletas, animando-os mesmo a procurar livremente tais imagens. A imagem livremente escolhida é sempre a mais ativa de todas; e quanto mais fantástica ela é, tanto maior será sua ação. Deu-nos bom resultado a fantasia de uma paciente que se viu deitada na grama entre flores, olhando para o céu azul sobre o qual as nuvens seguem o seu caminho.

Logo em seguida devemos tentar treinar os exercícios de relaxamento, tendo em vista nosso objetivo terapêutico. No caso de uma neurose cardíaca, por exemplo, representamos a ação rítmica e automática do coração, seguindo a fórmula: “o coração bate tranqüila e regularmente, automaticamente; não preciso, nem devo preocupar-me com ele”. No caso de uma neurose do trato digestivo, trataremos de visualizar, na fantasia, as manifestações convulsivas para, em seguida, transformar a supressão do espasmo numa imagem visual. Lembramo-nos de um caso em que a paciente sofria de contrações graves da “Platisma” sob a forma de tique e adestramo-lhe uns exercícios de relaxamento da região “pescoço” no sentido de cancelá-la do esquema corporal, escamoteando-a, portanto, o que ela conseguiu depressa, de modo que os distúrbios acabaram por completo. Um escritor dotado de alta inteligência que sofria de uma contratura pós-ciática com superestrutura psicogênica, foi treinado no sentido de imaginar intensivamente como “inexistente” o tronco ciático da perna lesada, que, por assim dizer, teria “derretido” no decorrer dos exercícios de relaxamento e concentração, em virtude do “calor” sentido. O resultado foi o desaparecimento completo da dor e o restabelecimento da capacidade funcional. (No início do tratamento mostramos ao paciente as respectivas representações de um atlas anatómico, permitindo-lhe assim criar as mais vivas fantasias neste terreno.)

Vemos aqui que o método indicado por Schultz permite ao doente seguir uma direção, na qual lhe é possível executar, por si mesmo, “operações no esquema corporal”. A eliminação parcial de certas regiões do corpo, em relação ao esquema corporal, seja como meio terapêutico para eliminar tanto distúrbios neuróticos como estados dolorosos de origem orgânica, nos faz lembrar, de certo modo,

o que foi descrito por Pötlz nas anosognosias, em cujo mecanismo de origem o citado autor, indubitavelmente sem espírito preconcebido e mesmo consciente, usou como tentativa de explicação, como é sabido, a anatomia da autotomia como modelo biológico.

É sabido que exercícios de relaxamento também podem ser usados por pessoas sãs, portanto num sentido profilático, por assim dizer. Eles podem ser aproveitados em curtos intervalos de repouso. Mas isto somente acontece quando se observa fielmente os conselhos de Schultz em dois sentidos:

1.º A utilização dos exercícios de relaxamento mediante um propósito bem formulado. Por exemplo: "Estou totalmente calmo", "eu continuarei calmo apesar de tudo", "não me deixo perturbar por nada", etc. Abre-se aqui um vasto campo para a individualização. Mas quando se trata de eliminar ou combater hábitos nocivos ou impulsos aflitivos no sentido de uma dependência, então recomendamos, de acordo com o método sugerido por Emil Fröschels, que se leve em consideração até na procura da fórmula, o fatalismo neurótico. Fröschels tinha a idéia de que a fórmula mais eficiente para um tabagista seria esta: "Eu sou o não-fumante". Fröschels prefere aplicar o particípio presente, por assim dizer, como contrapeso gramatical da atitude fatalista. Nós, ao contrário, recomendamos constituir a fórmula de um modo impessoal usando então para o exemplo de Fröschels a seguinte versão: "Não se fuma", mas não sem acrescentar "...e isto nem se discute". Assim, conseguimos, segundo nossas experiências, da melhor forma possível matar na origem qualquer contra-argumento como: "Não quero fumar, mas tenho que fumar, não posso agir de modo diferente, minha vontade não serve para nada, e além do mais, fumar me dá prazer e os poucos anos de vida que iria ganhar a mim não me importam", etc.

Queremos mencionar neste ponto como deve ser formulada a psicoterapia do abuso de nicotina com base no que foi dito. O que mais importa é verificar se o paciente está mesmo seriamente interessado em deixar o vício de fumar, se está realmente com propósitos sinceros, ou se trata-se apenas de mais uma tentativa com a qual deseja provar a si mesmo que nada pode fazer contra tal hábito. Num caso, trata-se de uma vontade firme e genuína, num outro, de um simples desejo: neste caso a psicoterapia é inútil. A existência de uma vontade firme ou de um simples desejo é demonstrada respectivamente pelo êxito ou fracasso de uma tentativa não só psicoterápica mas também auto-educativa. Quando pretendemos lutar contra o excesso de fumar por meio da psicoterapia, devemos partir do fato de que o nicotinismo não constitui, no sentido estrito do termo, um vício em si. Manifestações de abstinência, como aparecem, por exemplo, na eliminação brusca do

alcalóide nos morfinistas, não surgem em tabagista. O que encontramos neles não são manifestações nocivas à saúde. Elas podem ser facilmente dominadas por tranqüilizantes, usados durante o período de desintoxicação. (Devemos sempre levar em consideração tal possibilidade, porque fumantes inveterados não fumam por prazer, mas para “tranqüilizar seus nervos”, estabelecendo-se assim um círculo vicioso.) No que concerne ao procedimento durante o período de abstinência, recomendamos aos nossos pacientes que anotem num papel as fórmulas “Não se fumará mais — e sobre isso não se discute” e o coloquem na cigarreira. Assim ele terá a oportunidade de lembrar-se da fórmula no momento em que mais precisa dela e não poderá alegar que a esquecera exatamente no momento decisivo. Recomendamos ainda ao paciente que diminua todos os dias um cigarro na cigarreira até alcançar o número que combinamos previamente (por exemplo um cigarro após cada refeição, etc., se o EKG for normal, não havendo a necessidade de uma abstinência absoluta). O paciente deve estar ciente de que a cada recaída ele põe a perder, de um só golpe, todo o sacrifício de autodominar-se feito até então. Queremos por fim, neste particular, referir que a idéia de combater algo como o vício de fumar por meio da grande hipnose, deve, no nosso entender, ser rejeitada decididamente, pois não admitimos que o paciente se prive da vivência do triunfo da sua própria vontade, pois é exatamente este triunfo que ele deve alcançar como compensação por sua renúncia ao prazer de fumar.

2.º Ao lado da formulação do propósito acima referido, cuja importância não pode passar despercebida na terapia de relaxamento, coloca-se o que Schultz denomina de “retomada” da tensão. Deixar o paciente relaxado depois dos exercícios de relaxamento não deixa de ter seus momentos críticos. Ao contrário, devemos incitar os pacientes mediante novas formulações a que reativem suas energias, acumuladas nos intervalos dos exercícios de relaxamento, tornando-se assim mais disponíveis. Ordenamos: 1.º cerrar os punhos; 2.º movimento de extensão do antebraço sobre o braço; 3.º levar o tórax para frente, endireitando assim a coluna vertebral; 4.º primeiro expirar e depois respirar para eliminar primeiro o ar residual e em seguida aspirar o ar rico em oxigênio, e finalmente 5.º abrir os olhos. Somente então poderemos ter certeza de que o paciente não apresenta distúrbios ulteriores como: tontura, cintilação nos olhos, lassidão.

Após esta digressão sobre a técnica do relaxamento, voltamos à nossa casuística. O caso da paciente, sob o qual havíamos começado a falar, foi submetido apenas uma vez ao treinamento de Schultz. Depois disso ela passou a treinar regularmente sozinha. Em breve ela se sentia bem disposta e bem descansada e com menos palpitações.

Sentiu-se logo no seu estado geral muito mais animada. Desde que iniciou seus exercícios teve apenas um leve "ataque" cardíaco, depois de ter-se alimentado fartamente à noite (possivelmente desencadeado pela elevação do diafragma).

Para ilustrar aquilo que dissemos sobre valor e as várias possibilidades dos exercícios de relaxamento, acrescentamos aqui um caso que se refere aos importantes distúrbios neuróticos da fala e principalmente à gagueira.

Caso 24. O paciente gagueja desde sua infância. Dois dos seus parentes apresentam a mesma anomalia. Nosso tratamento consiste em explicar inicialmente ao paciente que falar não é outra coisa senão "pensar em voz alta". Basta que ele se concentre somente no pensamento, que a boca se incumba automaticamente do falar. O paciente não se deve concentrar sobre o "como", mas, somente, sobre o "quê" da fala (isto é, sobre o conteúdo do pensamento). Do contrário, o dirigir a atenção para o modo de falar em vez de para o conteúdo do pensamento criaria embaraço ao falar e falta de concentração no pensar. A disposição para o distúrbio da fala, que até certo grau sem dúvida existe, pode e deve ser primeiro compensada por meio de um treino adequado que deve ser-lhe ensinado. De início ele tem que fazer exercícios de relaxamento segundo o método de Schultz; numa segunda fase do tratamento ele deverá — durante o relaxamento — executar exercícios simples de respiração para sentir-se menos inibido, principalmente na expiração. Numa fase seguinte ele deve expirar de forma audível, como recomenda Fröschels, para tentar, numa penúltima fase, aquilo que Fröschels denomina "comer a respiração" ("Atemessen") — produção de sílabas sem sentido, escolhidas voluntariamente e enfileiradas durante a expiração, sem que sobre esta "fala" solta se concentre em qualquer momento a atenção. E é somente na última fase do tratamento que o paciente poderá fazer exercícios de linguagem durante cada um dos exercícios de relaxamento. Nesta seqüência, o paciente se exercita também em casa com empenho. Não tardará a informar-nos sobre os resultados: já lhe foi possível tomar a atitude correta para o ato de falar. "Sem eu querer, alguma coisa falou", disse ele. Ele deixa apenas o pensamento tornar-se audível e quanto à boca deixa que fale "como por si mesma". Agora o tratamento psicoterápico deve enfrentar a timidez do paciente em todos os seus aspectos, a qual naturalmente ainda persiste como conseqüência da longa permanência do distúrbio da fala. Insistimos então em que o paciente, apesar do seu medo de falar, e conseqüentemente de reuniões sociais, freqüente a sociedade e participe tanto quanto possível da conversa. Este componente parcial da psicoterapia segue a orientação que já conhecemos no tratamento das neuroses de

angústia: "Onde existe uma proibição de falar com angústia?" Era esta a pergunta que o paciente aprendeu a fazer a si mesmo sempre que o medo de um possível fracasso ameaçava impedir o sucesso, afinal alcançado graças ao tratamento. Se não estivesse disposto a correr o risco do malogro, nunca poderia ter sucesso e os primeiros que alcançasse fariam com que perdesse imediatamente o medo que antes de tudo devia ser superado. Tudo isto não é possível sem correr o risco de insucessos iniciais; também no jogo é necessário arriscar-se primeiro, para poder ganhar depois.

Nas vezes seguintes o paciente se queixa, nas sessões psicoterápicas, de sentimentos de angústia que ele curiosamente somente consegue superar depois de ter alcançado um sucesso na sociedade. O paciente começa a temer as conseqüências do seu contato com a vida, o que ele agora começa a conseguir; ele teme a perda da sua *splendid isolation*, da sua proteção na qual a neurose o escondeu até então da vida "tão perigosa".

No sentido da Psicanálise, trata-se aqui de um lucro secundário da doença. Este motivo secundário que — ao contrário da respectiva teoria da Psicologia Individual — não é responsável pela origem da neurose, mas sim pela persistência dos sintomas neuróticos, motivo esse que, no nosso caso, levou à fixação posterior do distúrbio da fala, e deve ser levado em consideração pela Psicoterapia. É por isso que, após a eliminação da gagueira, deve ser superada a angústia existencial que foi descoberta no decorrer do tratamento.

Histeria e um apêndice sobre sugestão e hipnose

No terreno da psicopatologia existem dois termos que comumente, em especial entre leigos, são usados com mais de um sentido e de forma equívoca. São eles: "esgotamento nervoso" e "histeria". Com o primeiro não vamos nos ocupar, pois ele pertence antes de tudo à neurologia. Coisas como paralisia progressiva, ataques cardíacos, crises de epilepsia, etc. são considerados idênticos aos estados de exaustão. Mas o caso da histeria é outro: muito se abusa desta designação que chega a ser empregada inadvertida e impensadamente por médicos, o que significa então, para o paciente, uma estigmatização caraterológica e moral não muito pequena.

De início, teríamos de distinguir entre mecanismos e reações hísticas de um lado, e do outro lado, o caráter histérico. No que concerne aos mecanismos é recomendável evitar a todo custo o termo "histérico". O que ele significa pode ser dito de uma maneira mais clara e inequívoca. O que se quer dizer é simplesmente "psicogênese", não sem uma certa acentuação da tendência finalista a qual pode

servir de base a um determinado sintoma. Como mecanismos histéricos poderíamos classificar aqueles que, no sentido da psicologia individual, têm um caráter de arranjo (arrangement), representando portanto um meio a serviço de uma meta neurótica. Surge então a pergunta sobre porque se deveria chamar estes mecanismos de histéricos — já que a histeria autêntica atribuiu a este termo em relação à caraterologia um sentido muito negativo e além disso tal expressão leva o leigo automaticamente a uma condenação moral (mais ainda do que a relativa simulação “sincera”). Tudo isto se aplica em grau maior à “reação histérica”, enquanto ela não se limita a certas formas de transição da neurose de acidente para a histeria de renda.

Uma vez que a grande histeria “clássica” com todos os seus sintomas estudados por Charcot (ataques, paralisias, etc.) praticamente não mais existe, fica seu conceito reduzido a uma forma especial de psicopatia, servindo apenas para indicar, em particular, um traço caraterológico dentre as várias formas de psicopatia, entrelaçadas entre si. Já se escreveu tanto e tão exaustivamente sobre as características deste desvio caraterológico que basta mencioná-lo apenas por alto. Os traços mais típicos do caráter histérico são sem dúvida os seguintes: falsidade, egoísmo e cálculo. A falsidade corresponde à compensação ou hipercompensação daquele vazio íntimo sobre o qual sobretudo Kretschmer chamou a atenção; ela tem por finalidade preencher este vazio interior mediante “produções” das mais variadas. É evidente que isto pode levar a exageros e até mesmo à extravagância no modo do ser total do paciente. Assim se explica também a particular sugestibilidade posta em evidência pela velha doutrina da histeria, nos pacientes histéricos, os quais por sua natureza estão sempre propensos a apropriar-se da vivência alheia, o que em grau mais elevado pode levar à conhecida “conversão” da vivência em fenômeno somático.

Se a neurose, em geral, pode ser interpretada sob o duplo aspecto, tanto de um meio como de uma expressão, poderíamos então, levando em conta as particularidades da histeria, dizer que o sintoma pode assumir uma função representativa. Chegaríamos, assim, a uma certa analogia com o esquema da psicologia da linguagem de Buehler, segundo o qual a linguagem tem tríplice finalidade: expressão, apelo e representação. O paciente histérico apela de fato com sua sintomática para a atenção geral do seu ambiente. Um ou outro dos seus sintomas, porém, e especialmente quando se trata de “conversão”, pode ser interpretado como uma expressão somática de acontecimentos psíquicos.

Assim, a neurose se apresenta em certo sentido como “linguagem”. É sem dúvida uma linguagem num sentido diverso da lingua-

gem comum, pois a neurose é linguagem num outro plano existencial. Assim se compreende que as línguas diferentes em camadas diferentes se contradigam às vezes. Já no homem normal notamos a contradição entre aquilo que diz e aquilo que faz; o neurótico e especialmente o genuíno “histérico” acusam uma espécie de “deicência” entre o que dizem e fazem de um lado e sua verdadeira atitude íntima de outro lado.

A possibilidade de todas estas contradições íntimas no homem, contradições entre as “linguagens” das camadas mais superficiais e mais profundas — esta possibilidade constitui a base para a necessidade de se adivinhar o verdadeiro. Aqui está o fundamento para a possibilidade, a princípio, daquilo que em psicoterapia entendemos por “interpretação”. Para poder interpretar, para poder “adivinhar” o sentido de um sintoma, é preciso que o sintoma revele alguma coisa e essencialmente aquilo que o neurótico não contou.

Um pequeno exemplo: um menino foge de casa e desaparece. A polícia é avisada e ninguém conhece o paradeiro do menino. Pedimos então à mãe que nos mostre os cadernos escolares do garoto. Ao folhear observamos os rabiscos do aluno aparentemente distraído durante a aula. Esperamos poder adivinhar por meio deles o conteúdo das suas fantasias e anseios. E, de fato, os rabiscos — que não foram representações, nem apelo, mas simplesmente expressão — revelam o conteúdo daquele anseio que motivou o garoto a fugir e o impeliu pelo mundo afora: ele desenhou, na maioria das vezes, pequenos navios. Providenciamos, em seguida, que especialmente os guardas da fronteira sulina do país fossem avisados — e de fato prende-se o menino poucos dias depois nesta fronteira.

O segundo e o terceiro traço do caráter histérico não representam outra coisa senão o momento idêntico da artificialidade nas duas categorias “meio e fim”. Quando consideramos o “falso” no histérico como meio para um fim, ele nos parece como calculado, tudo que não é legítimo nos causará a impressão de “teatral”, representado, premeditado e afetado, visando sempre impressionar o espectador (nem que seja o próprio Ego, ávido de sensação e de aventuras). O doente mesmo permanece impassível. Ao estudarmos a vida íntima deste tipo de pessoa, notaremos não só o vazio como também a frieza íntima. Esta constatação faz com que o círculo das características históricas se feche por completo: pois esta frieza afetiva nos leva diretamente à completa falta de consideração com que o egoísmo histérico se impõe. Este egoísmo representa a essência do caráter histérico quando tentamos apreendê-lo através dos seus últimos objetivos: eles se caracterizam por um absoluto egocentrismo, por sua vez atribuído à pobreza vivencial.

Enquanto no sentido exposto a histeria constitui uma psicopatia legítima, ela só será acessível a uma psicoterapia de forma relativa e somente como paliativo. Já que não podemos subordinar a histeria a uma categoria clínica³⁰ mas a uma espécie de categoria existencial, surge a pergunta se não é exatamente nesta camada básica da "pessoa profunda" existencial, na qual deveria começar a análise existencial. A Psicoterapia deve, em todo caso, preocupar-se mais, longe de todo o niilismo e fatalismo, com os sintomas isolados, e acima de tudo com os assim chamados mecanismos histéricos. A finalidade do tratamento é tirar aos sintomas a sua utilidade, privá-los do efeito que o doente pretende tornando-os assim sem sentido. Já que o histérico gosta de representar um papel teatral, e já que nós percebemos a sua "direção", então devemos fazer tudo para deixá-lo "pagar pela direção". Como exemplo citamos aqui o modo de agir de um leigo, surpreendentemente acertado: um dia, uma mulher excitada, fazendo fila diante de um guichê, se dirige a um guarda presente, dizendo em tom de ameaça: "Eu preciso ser atendida imediatamente porque sofro do coração. Se tiver de esperar mais tempo, vou ter já um ataque cardíaco. Isto causará ao senhor muitos aborrecimentos. . . O sr. vai ver, logo desmaiarei". Ao que o guarda retruca: "É a senhora que vai cair, não eu".

Não obstante, duas coisas não podemos esquecer: primeiro que existe também uma histeria que pode levar à morte. Já aconteceu que uma falsidade tipicamente histérica, isto é, um ato, cuja finalidade era exatamente o contrário, obteve o êxito do papel representado que no fundo não fora pretendido — basta pensar nas tentativas de suicídio que os histéricos encenam em forma teatral perfeita mas cujo efeito eles nunca conseguem calcular totalmente. A obstinação dos histéricos vai às vezes tão longe — como aconteceu num caso já publicado — que uma greve de fome, começada por motivos histéricos, de fato levou à morte.

Em segundo lugar temos que protestar contra o procedimento de certos médicos que, ante um sintoma tipicamente histérico, o estigmatizam como tal, na frente do doente ou de outras pessoas. Com isto, o que se consegue é o entrincheiramento do paciente numa atitude de protesto, empenhado em provar a todo custo a autenticidade da sua doença. Quer nos parecer que a mera suspeita de uma origem

³⁰ Até que ponto o caráter histérico foge a uma qualificação exclusivamente clínica, se deduz de um caso descrito por Kogerer: "Uma pessoa histérica, caracterizada como tal por um parecer psiquiátrico, e por isto ameaçada de divórcio, se mostra de repente livre de qualquer sintoma, ou seja, "sã" sob aspecto clínico — mas tudo exatamente em obediência ao plano histérico; a completa ausência de sintoma era, no momento, seu único sintoma".

histérica ou simplesmente psicogênica impressiona o médico às vezes a tal ponto que ele se mostra mal humorado e se esquece do seu papel de médico. Ele procede então como se fosse um juiz da moral, submetendo as qualidades de caráter do paciente a um julgamento ético. Tem-se, às vezes, a impressão de que o médico, receoso por ter que examinar o paciente longa e cuidadosamente para comprovar a origem psicogênica da doença, descarrega sobre o paciente uma parte da sua raiva, querendo como que vingar-se dele pelo grande esforço que lhe custou o diagnóstico. É cheio de ressentimento castiga ele o doente, rotulando, em desprezo, o distúrbio ou o paciente como histérico.

Ao contrário, o ponto de vista que defendemos é que, em se tratando de distúrbios histéricos ou simplesmente psicogênicos, deve o médico proceder com especial cautela sem ter de comentar o caso *coram público* ou *coram aegroto*. Somente assim evitará oferecer ao paciente pelo seu procedimento, novas bases para a atitude de protesto. Se um sintoma é psicogênico sem ser histérico no sentido estrito, devemos precaver-nos no sentido de não classificá-lo de "somente nervoso". Um distúrbio psicogênico em si já é doentio, e por isto devemos evitar que o paciente pense que nós o temos no conceito de um farsante que simplesmente "imagina tudo". Por isto insistimos com o paciente: você certamente não imagina nada, aquilo que sente, sente de fato mas por felicidade, seus males não têm base orgânica, conforme ficou provado pelo exame metuculoso. Por isto impõe-se que o paciente desvie sua atenção dos seus sintomas, pois a atenção concentrada sobre um órgão ou parte do corpo já é suficiente para que ele venha a observar algo de anormal. Com os pacientes mais inteligentes realizamos, após esta informação, se for necessário, a primeira etapa do treinamento segundo o método de Schultz, para demonstrar-lhes as nossas afirmações.

Voltemo-nos para um caso concreto (*Caso 25*), o qual pode ser instrutivo sob múltiplos aspectos. Trata-se de uma moça de 21 anos que nos foi encaminhada para tratamento pela hipnose, porque apresentou retenção urinária tida, do ponto de vista do médico, como histeria. Uma anamnese superficial parecia dar razão ao médico que a encaminhou e segundo o qual se tratava de um distúrbio psicogênico puro: a paciente fora deflorada 6 semanas antes. Esse ato fora física e psiquicamente traumatizante. Pouco depois deu-se a absoluta impossibilidade de urinar, motivo pelo qual a paciente foi cateterizada diariamente várias vezes. Repetidos exames urológicos tiveram um resultado negativo bem como algumas tentativas de uma terapia tanto de base medicamentosa (injeções, etc.) como hidriática.

O primeiro motivo do resultado deste caso está no fato de que a paciente não foi informada do resultado negativo dos primeiros

exames; nem lhe foi dada a informação de que se tratava apenas de um "distúrbio nervoso". Embora ela tivesse indagado a causa do distúrbio, as respostas foram sempre vagas. Este procedimento prova que é importante levar ao conhecimento do paciente o resultado do exame, mesmo quando negativo. O silêncio do médico ou o mistério em que o assunto é tratado pelo médico, alimenta temores hipocondríacos dos quais resulta uma superestrutura neurótica ou psicogênica, tipicamente iatrogênica.

O segundo motivo pelo qual consideramos o caso valioso do ponto de vista didático, está no fato de que a hipnose aplicada deu o resultado desejado (no mesmo dia, ela começou a urinar livremente, sem precisar mais ser cateterizada). Apesar disso, tivemos a impressão de que não se tratou de um distúrbio puramente psicogênico. E de fato, depois de vários outros exames urológicos, por nós exigidos, constatou-se, por fim, que havia uma afeção orgânica na base dos distúrbios aparentemente funcionais. Eis, pois, a dupla verdade: a primeira, que o resultado negativo do exame de um órgão não permite por si só uma conclusão no sentido de psicogênese; e a segunda, que tampouco um efeito positivo do tratamento psicoterapêutico nos dá o direito de concluir a origem neurótica do distúrbio. Em outras palavras: o diagnóstico "Neurose" não pode ser feito por exclusão, nem *ex juvantibus*.

Tratemos agora com brevidade do tema da sugestão e da hipnose como métodos psicoterapêuticos. A Psicoterapia não poderá nunca abrir mão de todos os métodos sugestivos de tratamento. Inconsciente ou involuntariamente, a sugestão também entra em jogo, mesmo em empreendimentos tidos como não-psicoterápicos. Desprezar seu efeito a ponto de excluí-la consciente e propositalmente significa na nossa opinião perder de vista a meta pragmática de toda ação médica. Excluindo as situações nas quais o pesquisador deve eliminar o fator da sugestão, como no caso de experiências em série com um processo novo, ela será sempre bem-vinda, mesmo quando se torna duvidoso, se, e até que ponto, a doença em questão é primária ou secundariamente psicogênica. Assim, não se sabe ao certo, ainda hoje, o que há de orgânico e funcional na base da anurese noturna. Apesar disso, na maioria dos casos deste distúrbio a terapia sugestiva dá bom resultado. Preferimos nestes casos o método da sugestão larvada sob forma de injeções de sais fisiológicos, as quais classificamos perante os pacientes (não somente perante as crianças, mas também perante os pais para não pôr em perigo o efeito de tal providência) como soro muito raro, de origem estrangeira e de difícil aquisição do qual temos à disposição uma só ampola — uma só injeção é suficiente, conforme ensina a experiência que já temos, etc.

É sabido que a ação sugestiva pode ser útil mesmo no tratamento de doenças orgânicas. Em pequenas intervenções cirúrgicas, nas quais por qualquer motivo a narcose como a anestesia local não são indicadas, o emprego da hipnose pode dar bom resultado. Nós mesmos costumamos proceder nas punções lombares de pacientes medrosos, de forma a fazê-los crer que ao perfurar a pele estamos apenas injetando o anestésico local. Mesmo a perfuração da Dura não é percebida, em parte por efeito da sugestão, em parte já devido ao efeito da distração do paciente daquilo que o deixa ansiosamente tenso.

Não discutiremos, aqui, a técnica da hipnose. Em certo sentido, ela se patenteia por si mesma, quando temos diante dos olhos apenas a essência da hipnose: a hipnose é um estado psíquico anormal de origem sugestiva e que tem como característica o fato de oferecer a base mais favorável que se possa imaginar para ulteriores e mais ousadas sugestões. Não posso sugerir a ninguém o perfume de uma rosa quando ponho sob o nariz dele um frasquinho de benzina, mas posso facilmente sugerir a alguém que ele se sente cansado, cada vez mais cansado, que seus membros se tornam cada vez mais pesados — até que ele caia num estado semelhante ao do sono. Uma vez posto neste estado, posso eu sugerir-lhe muito bem que o frasco de benzina seja uma rosa.

O exame analítico-existencial da sugestão parte de uma análise fenomenológica, isto é, da análise daquilo que propriamente constitui a sugestão. Então se alguém me sugere que meus membros estão cansados e minhas pálpebras pesadas, isto significa que abro mão da pergunta que normalmente haveria de surgir em mim: é possível que meus membros se tornem pesados — eles devem mesmo tornar-se pesados —, eu quero que eles estejam pesados, mas será que isto de fato acontece? Tudo isto não entra em cogitação, não se duvida mais, como normalmente deveria acontecer, que esta sensação de peso existe de fato, o que constitui em si o processo de sugestão. Quando alguém me sugere alguma coisa, isto significa que eu me abstenho de pôr em dúvida o sugerido, que eu deixo de tomar posição frente a tal sugestão, e além disso, que eu simplesmente me limito a tomar conhecimento do fato. E se o importante, segundo S. Freud, usando as suas próprias expressões, está em que o Id deve transformar-se em Ego e portanto — na secagem do "Zuydersee psíquico" — o processo de sugestão, em sentido não-psicanalítico, consiste no fato de que há, onde havia Ego, de novo o Id — o Ego abdica. Abre mão da sua própria personalidade e da sua existencialidade a favor da pura facticidade. Abre mão do ato existencial. Pois a essência do ato existencial consiste em duvidar de tudo antes de tomar posição, e não tão-somente em tomar conhecimento.

Sabemos desde Heidegger que a existência humana é um ser em potencial, ou, como nós mesmos o formulamos: o ser humano é essencialmente facultativo e não um ser factual. Na sugestão, ao contrário, o Ser do homem é um ser na realidade — uma realidade pura — e sob a influência dela. Mas, ao mesmo tempo, lembramo-nos que, ainda, segundo Heidegger, a existência é

também e sempre um estar com o semelhante, nunca uma simples possibilidade de coexistência, mas sempre coexistência real na realidade e interação com os semelhantes.

A menos que seja concebida como transcendental a volta à pergunta pela condição da possibilidade de algo, temos de respondê-la com a sugestão, no sentido de que a sugestão é um momento isolado da coexistência humana, porém sempre implícita; e uma análise estrutural transcendental da sugestão articula e acentua a sugestão como forma destacada de coexistir. Se falamos da sugestão como um meio de influência recíproca, devemos acrescentar que se trata igualmente de uma influência eminentemente terapêutica. Deve chamar-nos, porém, a atenção que a terapia sugestiva atualiza, ou reativa algo que constitui a essência da neurose: a abdicação do Ego em favor de um Id, a abdicação da personalidade e da existencialidade a favor da facticidade — a “époukē” (εποχή) do ato existencial! Ou será que não definimos o neurótico como alguém que interpreta a sua existência em vez de uma possibilidade permanente de tornar-se diferente, como necessidade de ser assim e não de outra forma? Acontece então o surpreendente: a sugestão terapêutica imita a neurose. A diferença entre a má e a correta terapia sugestiva consiste em que a terapia má, simplesmente imita a neurose em vez de combatê-la, enquanto a terapia sugestiva certa imita a neurose para poder combatê-la.

Isto, porém, não é de admirar, pois recentemente Edith Joelson, da Universidade Purdue, chamou a atenção para o fato de que — na sua opinião, fortemente influenciada num sentido psicodinâmico — a eficiência do método da intenção paradoxal consiste no fato de que um mecanismo pré-formado do neurótico compulsivo é imitado por este método tão-somente para derrubar a neurose.

O leigo se preocupa com a velha questão: quem pode hipnotizar e quem pode ser hipnotizado? Basicamente todo aquele que domina a técnica necessária e tenha um pouco de experiência de vida, conhecimento dos homens e tato psicológico (para não perder a calma vendo-se em apuro face a situações inesperadas, e poder improvisar). Toda pessoa pode ser hipnotizada, excetuando crianças e doentes mentais; mas também aqui exige-se certo interesse por parte de quem se deixa hipnotizar, condição esta que no mínimo é necessária para a hipnose terapêutica. É completamente errônea a crença muito divulgada de que para poder ser hipnotizado é preciso ter “uma vontade fraca”: ao contrário, a vontade, pelo menos a de se recuperar por meio da hipnose, é uma das condições. Do outro lado, um exagero nesta direção especialmente nos neuróticos compulsivos, só pode prejudicar, porque eles, na objetivação dos conteúdos vivenciais, são muitas vezes molestados por “representações contrastantes”, se é que ainda não foram influenciados antes por uma tendência especial de reflexão. Também há uma curiosidade exagerada em relação ao que vai acontecer durante a hipnose na fonte perpétua de distúrbios, pois também ela diminui a entrega passiva íntima e aumenta a observação reflexiva.

Naturalmente, varia de indivíduo para indivíduo o grau de hipnotizabilidade ou de sugestibilidade. Isto me faz lembrar um caso por nós presenciado: uma tentativa de hipnotizar, num quarto de duas camas, um dos doentes ali acamados por muito tempo, malogrou, mas o outro paciente caiu prontamente num sono pesado. Em outro caso, em que a hipnose bem sucedida substituiu a anestesia narcótica, a instrumentista teve que lutar para concentrar-se no seu papel de auxiliar e não adormecer. O seguinte episódio demonstra até que ponto, num caso individual, pode ir a sugestibilidade; durante um curso destinado a médicos tivemos que falar também sobre a técnica da hipnose. Na falta de um paciente adequado pedimos a uma das enfermeiras que fizesse uma demonstração de hipnose, "fazendo de conta" que estivesse sendo hipnotizada. Somente mais tarde através de uma completa anamnese verificamos que ela fora de fato hipnotizada. A legitimidade da hipnose ficou provada numa outra experiência, quando se enfiava uma agulha grossa de injeção na zona de anestesia e, como tivesse sido dada uma ordem especial, o local da introdução da agulha somente começou a sangrar quando a pessoa foi acordada.

Também a sugestibilidade tem seus limites. A tentativa de um hipnotizador leigo é conhecida, no sentido de demonstrar a possibilidade da execução de um crime sob influência hipnótica. Ele enviou seu "Medium" ao consultório do seu adversário, depois de ter lhe dado a ordem pós-hipnótica de eliminá-lo a tiro. O efeito foi que, no último momento, a referida senhora deixou cair a arma, ainda que se tratasse de uma arma de brinquedo. Assim, esta senhora se desincumbiu parcialmente da sua tarefa, desaprovando (*desavouient*) a teoria do seu instrutor. Hoje em dia somos da opinião de que a hipnose pode eliminar certas inibições, como na embriaguez alcoólica, mas ainda que, sob a influência da hipnose, o homem somente executa aquilo que corresponde ao seu próprio caráter.

Existem contra-indicações ao tratamento pela hipnose? Sim, ela é contra-indicada em primeiro lugar nos esquizofrênicos e até mesmo nos esquizóides, pois poderia facilmente provocar um sentimento de influência que poderia chegar até o "delírio da hipnose". Tampouco recomenda-se a aplicação da hipnose em mulheres histéricas sem a presença de uma testemunha, pois as pacientes poderiam acusar o médico de uma agressão erótica ou até sexual, quando na fantasia existir algum desejo nesse sentido. Quanto à indicação da hipnose admite-se o seguinte: não existe distúrbio que não possa ser tratado por outro método, além do da hipnose; e há distúrbios que poderão ser mais fácil e duradouramente eliminados sem ela. Apesar disso, o psicoterapeuta experimentado não deixará de incluir a hipnose entre os vários recursos de que dispõe. Especialmente quando se trata de

conseguir dentro de um espaço mínimo de tempo, pelo menos, um efeito sintomático em neuroses monossintomáticas, uma ou outra vez poderá a hipnose ser o método a escolher.

Algumas observações analítico-existenciais sobre a dialética de destino e liberdade

Tivemos que assinalar repetidas vezes — sobretudo no capítulo sobre a hipnose — que à Psicoterapia e especialmente à Logoterapia cabe restituir ao doente a sua responsabilidade, fortalecendo neste sentido sua própria consciência. A liberdade humana fundamental face ao destino, a possibilidade permanente de aceitar o seu próprio destino como um problema a resolver e a liberdade inalienável de tomar em relação a ele tal ou qual posição — tudo isso deve ser posto em relevo pelo psicoterapeuta, pois somente assim ele poderá ajudar o doente a realizar o máximo das suas possibilidades externas como internas.

Liberdade e responsabilidade não são, porém, asseguradas, se a independência do doente, mesmo face ao seu médico, não for garantida. Por conseguinte, é necessário desde o início não levá-lo a uma relação de dependência do psicoterapeuta, ou, se ela parece inevitável — como acontece no chamado “rapport” característico para os processos sugestivos —, acrescentar ao tratamento uma reeducação para a independência.

Pode-se ver até que ponto a perda da independência acompanha, como um perigo, toda a psicoterapia, no seguinte caso:

Caso 26. A paciente de 40 anos procura o médico por estar muito “abatida psiquicamente”: ela se sente extremamente angustiada, especialmente após o confisco de todos os seus bens e, além disso, em consequência do perigo ameaçador de uma terceira guerra mundial da qual tanto lhe falam. Sente-se deprimida e não consegue reagir, tão fraca é a sua vontade: “infelizmente sou assim mesmo”, comenta ela. Explica-se, então, à doente que essa fraqueza de vontade, como ela imagina, não existe; ao contrário, consoante o ditado que diz “Onde há uma vontade, também há um caminho”, podemos afirmar também que “Onde há uma meta, há também uma vontade”. A todas as objeções que os neuróticos em geral costumam fazer, enfrentamos com o seguinte conselho: caso ela não consiga realizar alguma coisa graças à sua vontade, que o faça então, mesmo sem vontade! Assim, pois, tiramos aos doentes a base sobre a qual poderia assentar-se a sua suposta fraqueza de vontade, assim como a tendência a continuar se desculpando dessa forma.

A paciente informa que esteve ou ainda está em tratamento psicoterápico com mais dois médicos. Este tratamento, porém, não a satisfaz, porque os médicos insistem em que ela "escreva alguma coisa e lhes apresente". As composições tratam do sentido da vida, da existência ou não de Deus, e de outros assuntos semelhantes; "Mas o médico nunca diz sim nem não. . ." Perguntamos então o que ela considera ser o sentido da sua vida e o que tem dito aos médicos a este respeito; ela respondeu: dar provas de haver cometido todos os dias uma boa ação em favor de alguém. A isso, porém, retrucou o médico dizendo que só uma coisa é válida: manter Deus diante dos seus olhos. Mas com isso ela ficou sem saber como começar.

Patenteia-se aqui toda a ambigüidade da situação em que o médico pode cair desde que procure agir como sacerdote. Quando se trata de um paciente que comunga da mesma fé e acredita na mesma religião que o médico, o problema é praticamente inexistente. O caso muda de figura quando o médico é religioso e o paciente não, ou o contrário. Surge aqui uma questão básica: o médico não pode ir tão longe quanto o padre. Se os direitos do médico são mais restritos, seus deveres, porém, são mais amplos criando-se assim para ele uma situação verdadeiramente trágica como cura de almas. Exige-se mais do médico como cura de almas do que do padre, porque o médico deve estar "à disposição de todos", enquanto o padre somente trata dos fiéis da sua religião. Assim um médico religioso ao tratar um paciente não religioso, não poderá dizer tudo o que pensa.

Mas nossa paciente, apesar das suas experiências frustradas, insiste em que precisa de um psiquiatra. Já na sua infância ela sempre precisava de alguém que lhe dissesse: "Você deve. . .". Agora que ela está sozinha, ela necessita de um médico de almas. Contra essa situação de dependência, deve pois, antes de tudo, agir nossa psicoterapia.

O psicoterapeuta deve sempre estar pronto a combater as hipóteses fatalísticas, que o fatalismo neurótico tende a produzir. Tal hipótese, acabamos de conhecer: é a "fraqueza de vontade" . . . , como se a vontade e sua força fossem passíveis de serem medidas. Como se a vontade humana, na sua liberdade essencial, não dependesse apenas do esforço sincero de cada um e, além disto, da clareza da intenção e da paciência para um certo treino. Assim como o neurótico fica às vezes na dependência do psicoterapeuta, pode também ficar na dependência de si mesmo, do seu íntimo. Vemos então como hipostasia o seu íntimo e como aceita simplesmente a condição de "ser assim e não diferente". Aceita como uma fatalidade aquilo que deveria ser uma missão da sua própria existência. "Infelizmente sou assim", disse a paciente há pouco citada; e sempre verificaremos que a tal aceitação

fatalista de um “ser assim”, corresponde a uma atitude que pode ser descrita da seguinte forma: “assim sou e assim permanecerei”. Trata-se aqui da tese do fatalismo neurótico que simplesmente admite o formalismo (*Gesetzmaessigkeit*) psicológico que meramente aceita os fatos psíquicos em sua factualidade e que acredita cegamente na factualidade da existência humana. Mas, ser homem não significa nunca ser “factível”, mas sempre ser “facultativo”. E isto significa, por sua vez, ser dentro das suas próprias possibilidades — ser “por antecipação” (*sich vorweg sein* — Heidegger). Tal modo de ser que é próprio do homem, e somente a ele pertence, chama-se existência. Existência, porém (ou: ser aqui e agora = *Dasein*), é segundo Jaspers não apenas algo que simplesmente “é”, mas um “ser decisivo” que sempre se decide por aquilo que é. Tal característica e propriedade do ser humano deve ser respeitada, necessariamente, por uma Análise Existencial que se propõe ver o homem como ele é, isto é, como um todo e livre de qualquer deformação, e que também não é influenciado por preconceitos unilaterais, como, por exemplo, de cunho naturalista. Contrária, assim, as correntes naturalistas do século XIX, tais como ao biologismo, sociologismo e psicologismo. Este último se infiltrou na psicoterapia, especialmente, desde o aparecimento da Psicanálise. A interpretação errônea e a vulgarização leiga das teorias de Freud favorecem a tendência para a hipóstase que tanto distingue o neurótico, impedindo que o homem se conscientize no sentido de decidir livremente sobre a sua maneira de ser. “Tenho estes ou aqueles complexos, sou feito assim e não de outra maneira, nem posso ser diferente...”, são os argumentos de doentes desta forma impressionados e influenciados. Isto nos faz lembrar a piada na qual um padre, justificando os “preços” dos seus elogios fúnebres elaborados de acordo com a qualidade e o efeito que o interessado deseja, explica que a oração de terceira classe, que é a mais barata, “nem pode ser recomendada por possuir um leve toque de humorismo”. Este homem se comporta como se não pudesse dispor livremente dos diversos esquemas dos seus elogios fúnebres, como se não se tratasse dos seus próprios sermões e como se não fosse, ele mesmo, o orador. Mas, não se comporta também o neurótico como se estivesse preso a algo que na realidade não passa de uma simples disposição, como se ele estivesse privado da sua liberdade e entregue à uma força demoníaca da qual ele depende? Não age também o neurótico como se um esquema, isto é, o esquema da sua constituição caraterológica ou das suas disposições neuróticas, tivesse determinado, definitivamente, o seu destino de modo que ele sempre será aquele que é e nunca poderá ser “diferente”, portanto nunca poderá ser como quer ou deve ser?

Esta tendência para a hipóstase também não pára diante da orientação ideológica do neurótico. Assim ele tenta justificar também no tratamento logoterápico sua teimosia com argumentos fatalísticos. Uma paciente, por exemplo, nos disse o seguinte: “Como neurótica eu “sou forçada” a protestar, pois um neurótico não pode (!) compreender que lhe seja dado reparar pelo remorso algo que já aconteceu”. Sua explicação sobre o próprio modo de existir neurótico é posta de imediato a serviço dela. Cabe-nos, pois, perguntar à paciente: “Porque é que um neurótico não vê isto? Ele não deixa de ver por ser neurótico, mas é neurótico porque não vê, e permanecerá como tal, enquanto não for capaz de ver! É exatamente a compreensão que pode vencer a neurose; o homem é um ser histórico e não um ser acabado, ele assume uma atitude diante dos fatos e nesta sua atitude ele pode superar-se a si mesmo e aos fatos”.

Aquí surge novamente o ponto que vem de encontro ao que chamamos valores de atitude. Segundo o modo pelo qual cada um se situa face ao destino — ao qual pertence também o passado, imutável como tal — isto é, de conformidade com o modo pelo qual ele configura, controla ou se reconcilia com o destino, terá ele a possibilidade da realização de valores ou de perder-se. Vejamos a este respeito o seguinte caso:

Caso 27. Fomos procurados por um paciente do interior que veio ao nosso consultório com um livro na mão “por causa dos valores de atitude”, segundo ele próprio declarou. Trata-se de um funcionário da ferrovia encaminhado pelo médico do seu setor que tinha diagnosticado uma “Laesio auris interna”. Além da afecção do oitavo nervo encontra-se um enfraquecimento do facial direito (região da boca), tendo sido, porém, negativo o resultado no sentido de um tumor de ângulo-ponto-cerebelar. O paciente disse que atribuía sua surdez a uma causa psíquica e esperava que nós o libertássemos deste distúrbio também por um meio psíquico (como médicos de almas). Começamos então por explicar-lhe que ele estava enganado quanto à finalidade e ao método da pastoral médica; ao mesmo tempo, porém, procuramos combater sua decepção, mostrando-lhe que justamente agora, dada a incurabilidade do seu mal, seria necessário realizar valores de atitude. Independentemente do fato de que a vista é mais importante do que o ouvido, ele não deveria esquecer-se de que ele havia supercompensado durante muito tempo o defeito: numa atitude certa, fizera ele da fraqueza de ouvido algo fecundo, pois do contrário nunca teria lido tanto e de tal forma se instruído, como ele próprio referiu. Apesar disso, o paciente deu vazão à sua tristeza, de forma comvente, pois ele não poderia mais, como em outros tempos, trabalhar como maquinista. Em contraposição procuramos mostrar-lhe que para a satisfação

íntima no trabalho mais que o “onde” importa o “como”. O paciente, porém, objeta que o único desejo que ainda nutre é o de ser maquinista. Fazemos ver-lhe que ele já atingiu esse ponto na sua vida e esse título ninguém poderá tirar-lhe. Agora, porém, trata-se de conseguir outra coisa. Ele que ponha à prova, numa tentativa de adaptação à meta ideal, com base na realidade, sua energia espiritual.

Fica outra vez comprovado que a cura da alma pela medicina se torna necessária apenas onde é impossível a psicoterapia no sentido estrito. Tratando-se de um distúrbio da audição, tal psicoterapia estaria indicada apenas no caso desse distúrbio ser exclusivamente psicogênico. No caso do nosso paciente, que quer acreditar o contrário, trata-se de um mal orgânico. Não ficou provado, inclusive neste último caso, que uma atitude intransigente em face de um determinado destino exige uma certa psicoterapia? É exigida uma psicoterapia justamente no sentido mais amplo, no da cura da alma pelo médico. O que se impõe é, então, transmitir ao paciente a capacidade de aceitar o que é necessário e não passível de qualquer tratamento, tanto somático como psíquico; que aprenda a aceitar o destino verdadeiro como algo inevitável, perante o qual não pode haver outra atitude que a de dar um sentido ao sofrimento.

Quando falamos sobre o destino como o núcleo de graves neuroses compulsivas, salientamos que a própria luta desesperada contra um mal inevitável constitui o problema psíquico mais sério de tais doentes. Por conseguinte, é necessário que a Psicoterapia, em primeiro lugar, procure acabar com esta luta, com este combate aos sintomas que os torna tão insuportáveis. Nem sempre é preciso que se trate de um acontecimento ou fato claramente doentio, contra o qual se dirige este combate neuroticamente exagerado (de modo que teremos que concentrar a terapia neste combate); pelo contrário, pode-se tratar apenas de uma característica isolada ou de um tipo caraterológico situado ainda dentro dos limites da normalidade, ou de uma particularidade puramente individual. O paciente, uma vez hipersensibilizado por qualquer motivo a esse respeito, luta então desesperadamente contra tal característica. Podemos citar aqui a palavra de Kierkegaard que diz: “O homem luta desesperadamente para não ser ele mesmo”. Mas, quando alguém desiste da luta inútil contra aquilo que é infundado na sua natureza e, portanto, de fato, inevitável, tanto melhor e mais facilmente poderá lutar contra aquilo que pode e deve ser realmente combatido. Um exemplo tornará isto claro:

Caso 28. O paciente, de 26 anos de idade, nos consulta por causa do exagerado isolamento em que vive. Não consegue entrar em contato com o sexo oposto, queixa-se de ser um homem de todo intelectual,

destituído de sentimentos, enfim, um solitário. Ele insiste em nos contar que seu pai fora assim também e que somente se casara na idade de 45 anos.

A Psicoterapia (no sentido mais estrito) deve preocupar-se neste caso, antes de mais nada, com a masturbação que o paciente coloca em primeiro plano, motivado por uma correspondente supervalorização hipocondríaca. Fazemo-lo ver que o ato masturbatório, do ponto de vista somático, equivale ao coito e por isso não pode prejudicar ninguém sob o aspecto físico, e que, em relação ao aspecto psíquico, pode apenas não satisfazer de todo; a incapacidade de concentração e outros distúrbios semelhantes de que o paciente se queixa, não são efeitos diretos da masturbação sobre o psiquismo, mas se prendem simplesmente à acentuada preocupação de natureza hipocondríaca. Cabe-nos, neste caso, levar o paciente a desistir de lutar com tanta veemência contra seu destino caraterológico, pois é exatamente esta luta que o transforma em (então, sem dúvida, aparente) destino. Nós lhe recomendamos, portanto, que se conforme com seu destino de homem "solitário", de "intelectual", tipos estes, aliás, dos mais valiosos do ponto de vista cultural. Na verdade, naturalmente, também ele tem sentimentos, pelo menos vestígios; sem dúvida, quanto mais ele os observa, com o objetivo de agarrá-los, tanto mais eles se subtraem ao seu alcance. O observar, intencionalmente, tem como consequência sempre uma perturbação ou inibição do germe em seu desenvolvimento. Neste sentido, dizemos ao paciente que, se ele está pronto a reconciliar-se com o seu destino no sentido do isolamento, decerto encontrará logo uma parceira. Mais uma vez se comprova a multiplicidade da aplicação daquilo que chamamos de intenção paradoxal e quanto é necessário combater a crença do neurótico no destino, ou seja, sua tendência para a hipostasia, bem como sua luta obstinada e cega contra o destino, da qual nasce a neurose em si.

Existem, do outro lado, também casos nos quais o fator psicopático não é tanto, como nos casos citados, objeto da luta intensiva contra o destino, mas nos quais a própria estrutura básica psicopática do sujeito é a causa de tal luta. Isto ocorre, por exemplo, com indivíduos do tipo queixoso, como mostra o seguinte caso:

Caso 29. Logo ao se apresentar ao médico, o paciente se refere a uma série de fatos ocorridos em sua vida: 10 operações nas quais foi "vivi-seccionado"; os médicos o usaram como cobaia (que se tivesse tentado ajudá-lo não lhe entrava na cabeça); além disso, mencionou outros golpes do destino: seu único filho fora gravemente ferido na guerra, as mulheres o enganavam sempre, etc. E agora é totalmente esgotado: "Faltam-me forças, suporte apenas 100 kg e tenho que carre-

gar 110. Explicamos então ao paciente que “força”, isto é, possibilidade interna de um homem, não são coisas que se possam medir, mas são a expressão de ânimo; quanto cada um suporta, ele o saberá somente no carregar. Tudo que o destino nos impõe é sempre algo que nos impede a suportá-lo. É disso que o nosso paciente sempre se esquece e este esquecimento, desta consciência falha da sua própria liberdade face ao destino é fortalecida por uma tendência a ver tanto em si quanto nos outros somente o negativo, pois o paciente afirma nunca ter visto um cristão que agisse como tal, nenhum político disposto a defender seu programa nas barricadas. Isto demonstra a tendência desvalorizante que se apodera desses homens queixosos. Devemos então convencê-los de que o positivo, por mais raro que seja, justifica o negativo. Finalmente, que ele mesmo poderá melhorar o que há de mal no mundo, num pequeno círculo, frente à sua própria porta, no pequeno círculo de sua própria vida. Segundo os seus próprios relatos, ele já realizou muita coisa, e muita coisa boa. Ele deve orgulhar-se disto e, com base neste orgulho, encontrar ânimo para valorizar as coisas em vez de desvalorizá-las, e em vez de dizer “não”, ele deverá dizer “sim”, “sim”, para si e para outros, para amigos e para as mulheres e talvez para um ou outro político deste ou daquele partido.

Da parte do psicoterapeuta exige-se uma boa dose de coragem para ministrar estes ensinamentos, por mais banais que lhe pareçam, pois só poderemos orientar positivamente os homens simples, se cuidarmos discretamente e sem petulância da sua problemática humana, evitando que se mantenha a todo custo uma “distância cínica”, aparentemente tão necessária quanto automática. Frequentemente será necessário fundamentar filosoficamente essa problemática inerente à natureza humana, a qual está além de qualquer critério psicopatológico — especialmente quando se tratar de intelectuais altamente dotados. Mas, o psicoterapeuta e assim também o logoterapeuta não devem atender apenas uma camada social intelectualmente superior para rebater sua sutil argumentação. Ele serve também ao homem simples, de cujos problemas ele deve tratar numa linguagem acessível, sejam eles de origem neurótica ou, ao contrário, eles o tenham levado a uma atitude neurótica.³¹

Isto também é possível e, enquanto o homem não encontrou nessas crises “logogênicas” o caminho do crente que procura seu sacerdote, nós, os médicos, devemos ajudá-lo na sua luta espiritual em busca do sentido da vida, na sua luta espiritual pelo conteúdo da sua existência.

³¹ Cfr. V. E. Frankl, *Psychotherapie und Weltanschauung*, *Internationale Zeitschrift für Individualpsychologie*, 1925.

Já se mencionou uma vez que o intelectual, quando neurótico, tende a pôr seus conhecimentos psicológicos a serviço de tendências neuróticas. Vejamos no caso seguinte com que obstinação isso acontece:

Caso 30. Trata-se de um médico que nos procura por sofrer de inibições em todos os campos da vida. Verifica-se desde logo que ele é dominado pela tendência a descobrir tais inibições em toda parte. Logo de manhã ele pergunta a si mesmo: “Tenho hoje inibições ou não?” Em vez disso, segundo o conselho que lhe demos, deveria ele perguntar: “O que eu gostaria de fazer hoje?” E se ele tropeçar em inibições, então, e somente neste caso, ele deverá tratar de executar seu programa, apesar das inibições. Se ele tenciona, por exemplo, visitar a biblioteca da sociedade dos médicos para dedicar-se a qualquer estudo, deverá então perguntar simplesmente: “Onde está escrito que entrar na biblioteca com inibições é proibido? (No regulamento da sociedade, por exemplo?)” O colega sorri e acha que falar é fácil. Contra essa freqüente objeção temos que usar o argumento de que nós não podemos desempenhar o papel que cabe a outrem, assim como ninguém o faz por nós. O paciente pergunta então finalmente se ele deve combater as inibições. Mas aquilo que ele deve fazer não é combater suas inibições, mas sim, ignorá-las. Ele deve tentar e aprender a deixá-las de lado e não as admitir. Seu modo de agir, porém, é completamente errado. Com seu esforço em constatar a existência de inibições em toda parte ele apenas objetiva, não só constata as inibições como, ao mesmo tempo, se prende a elas. Fascinado pela facticidade psíquica da sua inibição, pela sua filiação tipológica ao “caráter inibido”, ele perde de vista sua liberdade existencial em face da facticidade psíquica, ou como se pode dizer também do caráter “inteligível”³².

Quão acentuada pode ser a tendência à objetivação de traços do caráter neurótico e, ao mesmo tempo, à fixação dessas qualidades, é demonstrada pelo caso deste colega: conta ele haver uma vez tentado combater suas próprias inibições com o uso de morfina. Como, porém, fracassou, concluiu ele que a sua inibição era tamanha que ele não conseguiu ficar dependente da droga. Como se vê, mesmo um fato natural e feliz, ele considera como “inibição”. Essa é a medida em que ele violenta os fatos psíquicos! Mas, como se isto não bastasse, ele diz que até hoje não chegou a decidir-se se ao lado da esposa ele deveria ter uma amante ou não, considerando também isto sinal de uma “inibição”. Finalmente chegamos a levá-lo a confessar: “parece que sou de-

³² Sobre este caráter inteligível, no sentido que lhe dá Kant, não pode haver naturalmente um saber explícito, mas, no máximo, uma consciência imediata. Finalmente, por não ser mediata, esta consciência não é passível de comunicação, ela é somente “aclarável” (Jaspers).

pendente de mim mesmo". Aí convém, desde logo, retrucar como segue: "Por que nos diz isto? Diga-o a si mesmo". De um modo geral, devemos chamar a atenção do paciente para o fato de que ele, em vez de falar tanto, deve agir mais de acordo com a sua vontade; não sendo doente mental, poderá fazer o que quer, desde que o queira realmente.

No *Diário de um Vigário de Aldeia* de Bernanos encontramos a bela frase: "É mais fácil do que se pensa odiar-se a si mesmo; a remissão consiste em se esquecer de si mesmo". Podemos parodiar esta frase e dizer o que alguns neuróticos não têm observado suficientemente, isto é: muito mais importante do que desprezar a si próprio ou então observar-se, seria esquecer completamente de si, ou seja, não pensar mais em si e em fatos íntimos, mas entregar-se a uma missão concreta, cuja execução é reservada a alguém pessoalmente e dele exigido. Não é pela auto-contemplação ou pelo girar do pensamento em torno de nós mesmos que nos libertamos das nossas necessidades, mas pela nossa dedicação, nossa entrega total e uma causa digna desse empenho.

A psicoterapia nas psicoses endógenas

Quando se fala da psicoterapia nas psicoses endógenas e não de psicoterapia das psicoses endógenas, não é, naturalmente, sem motivo; pois uma psicoterapia das psicoses endógenas não nos parece viável, porque as psicoses endógenas não são psicogênicas, mas sim somatogênicas.³³

Não hesitamos em defender, em princípio, uma somatogênese em relação às psicoses endógenas. Somente temos que levar em consideração que ao falarmos, neste contexto, da somatogênese inicial de psicoses endógenas, aceitamo-la como somatogênese primária, sendo evidente que tal somatogênese apenas primária deixa, ainda, um espaço suficientemente amplo para aquela patoplástica psíquica que enrosca a patogênese somática completando, destarte, o quadro clínico do caso concreto. E exatamente neste espaço que continua excluído perante a somatogênese, deve inserir-se a psicoterapia.

³³ H. J. Weitbrecht declara: "Não nos deve irritar o fato de que a essência das raízes somáticas das psicoses endógenas continua desconhecida. São exatamente as psicoses endógenas fásicas que ao nosso ver manifestam o caráter orgânico da doença de forma tão clara que qualquer tentativa de enquadrar as psicoses endógenas entre as neuroses deve ser considerada como um erro grave, cometido em virtude da aderência a tendências modernas, cujas raízes histórico-científicas facilmente podem ser demonstradas. Seria necessário ter a coragem de aceitar a qualidade radicalmente desconhecida da esfera orgânica que também faz parte de nós e que nos constitui e destrói e que não podemos analisar e manipular mediante a intenção em si já absurda de querer compreender e analisar" (*Endogene phasische Psychosen, Ftschr. Neur.* 29: 129-144, 1961).

A psicoterapia em depressões endógenas

Antes de tratar da psicoterapia nas depressões endógenas cabe-nos lembrar que um dos mais importantes critérios no julgamento diagnóstico de estados de depressões é o fato de o paciente mostrar uma hereditariedade no mesmo sentido, se já passou por fases distintas, se sofre de angústias vagas e sem conteúdo, se existem as oscilações diárias típicas da sua disposição (com as exacerbações matinais características), se há sinais de inibições psicomotoras e se (em casos pouco claros) se produzem auto-acusações. No que concerne às auto-acusações, devemos diferenciar entre estas e os simples sentimentos neuróticos de inferioridade.

Conforme procuramos demonstrar³⁴ o homem experimenta e vive, nos casos de melancolia, uma particular tensão entre o ser e o dever. Tudo aquilo que o paciente fica devendo no seu ser ao seu dever é posto sob o vidro de aumento da sua melancolia e assim distorcido. A distância entre o ser e o dever é vivida e percebida como se fosse um abismo. No fundo, porém, tal tensão entre ser e dever — a tensão existencial, como também podemos chamá-la — é necessária e não pode ser eliminada: enquanto o homem for consciente de si mesmo, seu ser sempre fica devendo algo ao seu dever. Mas, de nenhuma forma, essa tensão existencial acentuada, essa distância do dever, em proporções de um abismo, cria a melancolia (no sentido da patogênese). Pelo contrário, é a melancolia que torna o abismo visível (no sentido de patognomia). Não é a tensão existencial que faz o homem adoecer, mas é a doença melancólica que leva o homem a perceber esta tensão de um modo distorcido e aumentado.

A melancolia pode ser caracterizada, da melhor forma, como “baixa organísmica”.³⁵ Poderíamos também falar de uma maré baixa do *Biotonus* (Ewald). O que acontece, porém, quando um recife se torna visível durante a maré baixa? Ninguém dirá, em sã consciência, que foi o recife que provocou a maré, pois é o contrário que se dá: a maré faz com que ele apareça. Mas, como o abismo entre ser e dever é diferente, o que acontece? Também ele não se torna visível tão-somente pela melancolia, por esta maré vital? O que é válido é o seguinte: assim como a maré não é causada pelo recife que aparece, tampouco a psicose é causada por um trauma psíquico.

Assim, uma baixa vital por si causaria apenas um sentimento de uma vaga insuficiência; mas, o fato de o homem atacado por esta doença se esconder como um animal ferido vivendo sua insuficiência

³⁴ V. E. Frankl, *Aerztliche Seelsorge*, 1.^a ed., Wien, 1946.

³⁵ V. E. Frankl, l.c.

como uma culpa face à sua consciência ou ao seu Deus, não tem nada a ver com a doença melancólica, mas é apenas a contribuição do homem para a doença; corresponde e resulta do conflito entre o lado humano no doente e o lado doente no homem. Isto vai além duma simples baixa vital, ou de uma psicossomatose; trata-se, antes, de uma contribuição da pessoa, de algo pessoal e como tal de algo transmórbido.

Partindo da premissa de que os estados depressivos endógenos são de origem somatogênica primária, resulta que sua psicoterapia não deve ser causal. Se na verdade a psicoterapia das depressões endógenas não é e nunca poderá ser uma terapia causal, assim nada nos impede que tenhamos motivos para praticar uma terapia que, se não é causal, poderia ser ativa. No sentido de uma real atividade recomenda-se uma terapia simultânea somato-psíquica. Contra a propensão à angústia prescrevemos aquele medicamento em que cremos haver descoberto um específico contra a ansiedade na melancolia: (veja V. E. Frankl, *Wiener Med. Wochenschrift*, CII, 535, 1952) isto é, o éter o-Motofenil-Glicerinado um "substituto glicerinado". Vemos nesta substância um remédio que em casos leves é superior ao ópio para combater a angústia melancólica, tendo ainda a vantagem de ser isento de qualquer efeito hipnótico indesejado e não provocando o perigo de um colapso, como acontece com neuroplégicos, timolépticos ou com os preparados de *Rauwolfia*, o que limita de muito sua aplicação na policlínica.

Em face da somatogênese primária das depressões endógenas, entende-se perfeitamente que apenas casos mais leves se adequem a uma psicoterapia. Não queremos dizer com isto que a psicoterapia deve limitar-se a um tratamento de ambulatório dentro do terreno policlínico. Em outras palavras: não se deve proceder como se os casos a considerar fossem idênticos aos da espécie policlínica, como se a indicação para a psicoterapia excluísse "ipso facto" uma indicação para hospitalização. Conhecemos como tais: a) Indicação para hospitalização para fim terapêutico e b) indicação para hospitalização fundamentada na doença em si.

a) Tanto o tratamento clássico de choques como os métodos modernos de hibernação — esses últimos se empregados em doses muito elevadas — exigem para serem aplicados "lege artis", geralmente uma internação sem precisar necessariamente de psicoterapia paralela.

b) Quanto à doença em si, são dois motivos que exigem a internação: 1. porque justamente os estados de depressão endógena vêm acompanhados da tendência típica à auto-acusação; 2. porque provocam uma não menos característica tendência ao suicídio.

Ad 1 — O sentido da hospitalização em tais casos reside no fato de que dessa forma se dá o afastamento do paciente de um ambiente que traz consigo uma série de obrigações quer de ordem familiar, quer profissional. Trata-se de compromissos que o põem em face daquilo que chamamos tríade de frustrações; são três insuficiências que o fazem sofrer: sua incapacidade para o trabalho, sua incapacidade de gozo e, nos casos da chamada melancolia anestética, sua incapacidade de sofrer. Sua incapacidade para o trabalho faz com que ele se recrimine e sinta que o ambiente também o censura, o que agrava ainda mais a situação. Observações como “o paciente deveria dominar-se um pouco mais”, podem provocar efeito contrário, pois favorecem igualmente suas auto-acusações e produzem um efeito paradoxal indesejado, porque qualquer insucesso vai por conta de uma insuficiência pessoal, agravando mais ainda seu débito subjetivo de culpa. O mesmo se aplica à recomendação ingênua de “se distrair” um pouco, a propósito não da incapacidade para o trabalho, mas de gozo.

Ad 2 — Em vista do perigo que decorre da tendência suicida do paciente, não é apenas a hospitalização, mas sim o isolamento que está indicado. Em casos de melancolia grave e especialmente num “raptus” ansioso, o perigo de suicídio é enorme porque as capacidades intelectuais ficam intactas, o que permite ao paciente tentar o suicídio mesmo quando estiver sob vigilância apropriada.

Sabe-se que na fase de regressão da melancolia, isto é, no momento em que a inibição psicomotora retrocede, o perigo de suicídio aumenta. Por isto alta prematura é contra-indicada. Acrescente-se a isto o fato de que os melancólicos, como se sabe, possuem uma tendência manifesta para a dissimulação. Quando se trata de julgar até que ponto o perigo existente de suicídio impõe sua demissão, ou ao contrário torna necessário sua internação numa instituição fechada, nós mesmos elaboramos um método padrão que provou sua eficiência não somente nos casos por nós tratados, mas que nos permite constatar o diagnóstico de um perigo latente de suicídio e de diagnosticar a dissimulação da tendência suicida como tal. De início perguntamos ao paciente se ele continua com sua intenção de suicídio. O paciente negará a pergunta quer fale a verdade, quer recorra à dissimulação. Fazemos então a segunda pergunta embora ela possa parecer brutal: porque ele não quer ou não quer mais suicidar-se. Acontece então regularmente que aquele que de fato não pretende suicidar-se apresenta uma série de argumentos em favor da sua atitude negativa, que ele considera sua doença como curável, que deve pensar na família, pensar nas suas obrigações quer sociais ou profissionais, que a religião não o permite, etc. Aquele porém que dissimulou apenas suas in-

tenções suicidas se trai ao não responder a nossa segunda pergunta, reagindo com um embaraço característico, por não ter argumentos contra, não podendo por isto apresentar nenhum motivo que pudesse fazê-lo desistir da idéia. Quando se trata de um paciente já internado, ele começa a pedir alta, o que é muito típico, e jura que não existe nenhuma razão para negá-la já que desistiu da sua idéia suicida. Devemos frisar que se trata aqui de comprovar as intenções suicidas dissimuladas ou manifestas mas não simplesmente da idéia de suicídio, pois ao contrário do pensamento em suicídio, a intenção de suicidar-se já implica a tomada de posição do paciente em relação ao pensamento em suicídio. Os pensamentos em si, antes da tomada de posição, são irrelevantes; o que nos interessa é receber uma resposta à nossa pergunta: qual a consequência que o paciente tira da idéia do suicídio, se ele se identifica ou distancia dela.

Que este distanciamento — como modo e possibilidade de uma atitude pessoal face a uma doença organísmica — possa vir a ser realidade que se atualize na terapia, é um empirismo clínico que infelizmente tende a ser esquecido. Nós mesmos tentamos barrar a transformação do pensamento para a intenção, ou mesmo para um ato de suicídio, jogando uma das tendências contra a outra, conforme já falamos ao tratar das depressões endógenas. Assim contrapomos a tendência da auto-recriminação à do suicídio. Em alguns casos mostramos ao paciente o risco que corremos ao tratá-lo apenas no ambulatório e tentamos levá-lo a imaginar como ficaria sua consciência se, apesar de tudo, ele cedesse à vontade de suicidar. Dizemos que a enfermeira e o médico responsável seriam levados à justiça, etc., como já o fizemos nos casos da psicoterapia em depressões endógenas.

Não queremos dizer com isto que o nosso procedimento seja uma terapia causal. Nem por isso, entretanto, ela deixa de ser uma terapia especificamente orientada. E ela assim é quando se dirige à pessoa espiritual do paciente. Nos casos de depressões endógenas, efetivamente, a psicoterapia se concentra sobre a atitude pessoal do paciente em face da doença organísmica, pois não é doença que se procura influenciar por via da psicoterapia, mas sim a atitude do paciente em face da sua doença, a mudança dessa atitude, ou seja, a mudança da própria pessoa do doente.

Trata-se nessa mudança pura e simplesmente de uma profilaxia de uma depressão secundária ulterior, adicional à primeira depressão original. Em muitos casos os pacientes não estariam tão aflitos e sofrendo tanto por motivos endógenos — caso não estivessem tão abatidos (psicogênico) por causa da sua depressão (endógena).

Conhecemos casos nos quais os pacientes choram por estarem “chorosos”, não em consequência de um nexos causal, no sentido de

causa e efeito — mas no sentido de causa e conseqüência. Essas pessoas — assim como certos casos de choro compulsivo ou de incontinência emocional na arterioesclerose cerebral percebem a sua propensão ao choro, mas não sem se apavorar e, em vez de aceitá-la pura e simplesmente, reagem com um choro agora psicogênico. Enquanto o choro primário correspondia a uma necessidade orgânica, o segundo provém de tristeza supérflua.

Vamos então à questão propriamente psicoterápica: devemos evitar antes de tudo que a terapia tentada se transforme num “dano iatrogênico”, o que facilmente poderá acontecer. Como um paradigma e exemplo pode-se falar da melancolia e, portanto, bem entendido, da depressão endógena não psicogênica mas somatogênica, como uma doença que tem por base a culpa existencial. Uma coisa, porém, é tomar o paciente a sério, e outra, tomar a doença ao pé da letra. Que o paciente melancólico se julgue culpado existencialmente ou de outra forma — no que se refere à sua melancolia — isto é patognômico, mas não patogênico; é algo que pertence à sintomatologia da melancolia mas não à sua etiologia. E mais ainda, se o médico vai além, atribuindo à culpa existencial um papel patogênico e não hesita em considerar o doente melancólico como existencialmente culpado mostrando-lhe a suposta origem da doença, agravar-se-á de forma absurda a auto-acusação tão típica em casos da doença melancólica. Detenhamo-nos ainda na seguinte analogia: quando é instilado em mim um midriático e em conseqüência a luz do dia me ofusca, não foi esta a causa da midríase; quando por causa de uma paresia facial se manifesta uma hiperacusia, e o barulho da rua me perturba, não foi a hiperacusia provocada pelo ruído. O mesmo acontece no caso da doença melancólica que apenas revela uma culpa que está presente em toda a existência. Essa culpa não é a causa da melancolia mas sim o efeito de uma “hiperacusia da consciência” que se manifesta na absurdidade das auto-acusações, ou seja, na intensidade da “voz” da consciência. Qualquer apelo feito ao paciente no sentido de reagir, é errado. Argumentos e apelos à razão ou inteligência não surtem efeitos em casos de uma melancolia grave. Contra-argumentos de nada servem, eles não desanuviavam a alma do nosso paciente, pela simples razão de que o estado depressivo é motivado. A melancolia começa onde todos os motivos cessam, onde não há nenhuma razão externa ou interna que possa tornar compreensível a tristeza do melancólico. Um fato qualquer pode desencadear uma fase melancólica isolada, mas um fato desencadeante não é o mesmo que uma causa real.

- Uma tentativa de terapia segundo o padrão da psicologia individual é contra-indicada porque a insinuação de que o paciente depri-

mido quer somente tiranizar os membros de sua família, poderá levá-lo a tentar suicídio. Semelhante fenômeno encontramos também nos casos das esquizofrenias que em virtude de um diagnóstico errado estão sendo consideradas como neuroses e tratadas com hipnose, pois poderão surgir da maneira florida, idéias delirantes de influências. A direção a seguir na psicoterapia das depressões endógenas é, preferencialmente, a seguinte:

Temos que levar o paciente a não fazer esforços, mas, ao contrário, que se conforme com a sua depressão, aceitando-a como algo endógeno, em uma palavra, que ele a objective, distanciando-se assim dela — até onde for possível, como acontece em casos de gravidade leve ou média. Se em condições semelhantes uma pessoa se distancia e outra se entrega à sua depressão, isso não tem nada a ver com a depressão endógena mas com a pessoa espiritual, pois é a pessoa que sempre está em jogo; a cada instante ela contribui para a configuração da doença, pois ela ocorre num ser humano. Se fosse um animal, ele se entregaria ao afeto mórbido e se deixaria levar pelos impulsos. O homem, porém, e somente o homem, pode — e deve — confrontar-se com tudo isso.

Entre outras coisas devemos convencer o paciente energicamente e com insistência de que ele está de fato doente. Assim contrariamos as suas tendências para auto-acusações, já que de início ele tende a considerar seu estado não como uma doença, mas como uma “simples histeria”, ou, acusando-se moralmente, ele declara que “simplesmente se entrega”. Então, exigimos do doente, antes de tudo, que ele e sua família não exijam nada de si: como doente legítimo ele deve desligar-se dos seus compromissos; recomenda-se ao mesmo tempo, para dar maior força a esta concepção, que o paciente se interne, mesmo que seja em hospital aberto, pois assim conseguiremos convencê-lo de que ele é doente de fato. Explicaremos, em seguida, que não se trata de doente mental no sentido estrito, mas de uma doença afetiva, com que eliminamos eventuais temores psicotofóbicos. Sua doença afetiva, acrescentamos, tem um caráter excepcional, pois manifesta um diagnóstico muito favorável; além disso, expliquemos: enquanto nós, nem mesmo numa doença tão banal como uma simples angina, podemos prever com 100% de segurança que ela será curada sem complicações por mínimas que sejam (pois seria sempre possível que restasse uma poliartritis ou endocardite) no caso dele podemos dizer-lhe que uma doença como a dele, e somente nela, podemos prever, com certeza absoluta, até mesmo uma cura espontânea. Não será ele, por conseguinte, que fará ruir por terra este dogma que é conhecido e reconhecido desde que existe uma psicopatologia, vindo a

representar, destarte, o primeiro caso de tal tipo na história da medicina. Esta é a verdade e não será a nossa culpa se ela lhe soar como um consolo; nem por isso vamos escondê-la dele. Até o dia de tal cura completa o tratamento visará apenas mitigar seu estado, combater ou suavizar distúrbios especialmente incômodos. Ordinariamente, tal fase entrará em regressão e acabará por extinguir-se, mesmo sem tratamento, por si mesma; pois não seremos nós que o curaremos mas ele que ficará bom por si mesmo. Tão são como antes, nem mais, nem menos, o que significa que ele continuará com a mesma disposição que antes. Asseverando que ele sairá desta sua doença nem melhor, nem pior do que era antes, queremos somente tentar demonstrar a seriedade do nosso prognóstico. Temos que assegurar-lhe que nunca escondemos nada dele, que sempre falamos abertamente dos seus sintomas. (Recomenda-se, por isso, que já no primeiro exame, depois de termos obtido o diagnóstico com base nos primeiros sintomas, falemos também dos outros que vierem depois.)

Para finalizar insistiremos que, apesar do seu cepticismo tão sintomático, ele ficará bom, por mais que ele duvide e mesmo que ele não colabore e se ponha "de pernas para o ar". De antemão, o paciente não acreditará em nosso prognóstico assim favorável, e nem poderá acreditar, pois o cepticismo faz parte dos sintomas de sua melancolia assim como seu pessimismo. Ele saberá encontrar sempre algo de mau e nunca algo de bom, em si próprio ou nos outros. Ele se recriminará sempre por colaborar pouco. O paciente poderá até achar que não está verdadeiramente doente, mas corrompido, de acordo com suas auto-acusações doentias ou então ele cairá no outro extremo, considerando-se doente incurável. De um modo ou do outro, ele se agarrará nas palavras do médico e na esperança que delas decorre. Devemos, porém, esforçar-nos por criar psicoterapeuticamente uma idéia sobre a doença, além do sentimento de estar doente que a acompanha. Sabemos perfeitamente que o depressivo endógeno não é capaz de admitir em si ou nos outros, no mundo, valor ou sentido algum. Devemos então convencê-los de que sua cegueira para valores, sua incapacidade de encontrar um valor em si e um sentido na vida fazem parte da sua doença e, mais do que isto, o fato de que ele duvida prova que ele sofre de uma depressão endógena e que o prognóstico favorável se justifica plenamente.

O paciente deve ser exortado a não emitir opinião, através de sua tristeza, seu medo e sua aversão à vida, sobre o valor ou desvalor, sentido ou a falta de sentido em sua existência. Tais julgamentos, portanto, sempre são ditados pela vida emotiva perturbada e, por conseguinte, os seus pensamentos (catatímicos) de forma alguma podem ser certos. Por isto o paciente nem deve começar a meditar e muito

menos ainda aprofundar-se nessas reflexões, mas tentar pôr um parapeito a isto. Em todos os seus julgamentos de valores ele se deixa arrastar pela corrente da sua disposição afetiva, mas ele deve ao menos manter a cabeça acima da corrente, e quanto mais afetada pela doença sua vida sentimental, tanto mais ele deve agarrar-se àquilo que os médicos lhe possam dizer, diagnóstica e prognosticamente. E o que temos nós a dizer ao doente é em primeiro lugar que na situação atual em que ele se encontra não poderá ver o mundo de outra forma senão cinza sobre fundo cinza, como se usasse óculos escuros. Que nós tampouco podemos esperar que ele acredite na sua própria inocência e que seja a doença a causa dos seus males e dificuldades. Não nos devemos cansar de repetir que seu cepticismo, suas dúvidas no acerto da nossa diagnose e da nossa prognose final favorável fazem parte do seu estado como o seu fatalismo e pessimismo. Sua desconfiança doentia, seu cepticismo para com a própria pessoa, sua falta de confiança em si e no seu futuro confirmam apenas a nossa diagnose e prognose.

Além disso devemos explicar ao paciente que ele é doente e em que sentido ele o é. Com isto nós tentamos, com objetivo terapêutico, obter não só uma simples sensação patognomônica, mas uma noção mais clara da doença, alertar sua consciência e mantê-la nesse estado, demonstrando até que ponto ele está livre de qualquer compromisso ou obrigação. Por isto, pleiteamos, mesmo em casos de leve depressão endógena, que o trabalho profissional seja reduzido pela metade, mas não interrompido. Esta medida se justifica porque, como a experiência ensina, uma ocupação regular constitui o único meio de desviar o paciente das suas meditações doentias. Em vista disso, propomos um trabalho na parte da tarde e, indicamos ao paciente, se possível, permanecer na cama na parte da manhã. A remissão vespertina espontânea é tão característica da depressão endógena, ou da exacerbação da ansiedade na parte da manhã são razões que justificam tal procedimento; ao trabalho matutino, pois, o paciente reagiria com sentimentos de insuficiências maiores, enquanto no período da tarde ele se mostra disposto a ver no trabalho aquilo que ele deveria ser para ele: um passatempo que, em caso positivo, lhe permitirá mitigar seus sentimentos de insuficiência profissional.

Devemos exigir duas coisas do paciente: confiança no médico e paciência consigo mesmo. Confiança quer dizer confiança na prognose 100% favorável que o médico garante; ele precisa somente ter em mente que talvez seu caso seja o único de que ele tem conhecimento enquanto nós médicos conhecemos milhares de casos análogos, acompanhando-lhes a evolução. Em quem, por conseguinte, deve ele confiar, perguntamos: em si próprio ou no especialista? E se o doente, apoiado

em nossa diagnose e prognose ganha novas esperanças, nós, os profissionais, podemos ter não só esperança mas estar convictos quanto ao prognóstico tão favorável para ele. Paciência quer dizer: paciência em face do prognóstico favorável de sua doença, na espera da cura espontânea e da dissipação da nuvem que escurece o seu horizonte de valores, a fim de que ele possa enxergar novamente o valor e o sentido da vida. E assim, ele estará em condições de deixar passar a sua melancolia como uma nuvem, que pode até obscurecer o sol, mas não o deixa esquecer que, apesar disso, o sol existe. Assim também o melancólico sabe que sua doença é capaz de obscurecer o sentido e o valor da sua existência, a ponto de não encontrar nada em si ou no mundo que possa tornar sua vida digna de ser vivida, mas que também essa sua cegueira de valores passará um dia, vindo ele a apresentar em si um reflexo daquilo que o poeta Richard Dehmel disse: "Vejam, com a dor do tempo, brinca a felicidade eterna". Sabemos perfeitamente que apresentamos — para falar a verdade — banalidades aos nossos pacientes depressivos-endógenos à guisa de conselho e encorajamento, mas quem não possui a coragem para preferir tais banalidades, roubará a si mesmo e ao seu paciente o merecido sucesso. Será que isto significa que nós podemos curar pela psicoterapia um só caso que seja de depressão endógena? Absolutamente não. Não nos contentamos com facilitar a sorte do doente e nem isto para sempre — mas sim de acordo com a gravidade da doença, por horas, ou por dias. O que conta, é manter o doente "boiando" durante a sua doença guiando-o através da fase da sua depressão no sentido de uma psicoterapia de apoio.

Resumindo, podemos dizer que se trata aqui de uma forma de psicoterapia das mais frutíferas, dentre as que um psiquiatra poderá encontrar na prática, e no caso destes doentes, os mais gratos dos que encontramos num consultório.

No caso seguinte (*Caso 31*) trataremos da importância por nós denominada "de-reflexão". Uma paciente de 43 anos já esteve há muitos anos hospitalizada para tratamento neurológico devido ao seu "estômago nervoso". (Como mais tarde demonstraremos, temos todos os motivos para considerar essas neuroses como uma fase depressivo-endógena, camuflada sob o aspecto de uma órgão-neurose.) A mãe teve crises de depressão. Sua propensão a tais crises se tornou manifesta especialmente na fase pré-menstrual. (Queremos chamar a atenção para o fato de que as distímias simplesmente pré-menstruais foram atribuídas a uma "acidose" e por isso mesmo responderam a uma dose de "antacidisis", fato que a nossa experiência comprova; um preparado especialmente feito para tal fim é conhecido sob o nome de "Antacid" Helffenberg.) Durante a atual fase depressiva, a menstruação, de acor-

do com a sua endogenia, deixou de vir. Aquilo de que ela sofre em primeiro lugar é angústia diante do trabalho; o que ela teme é vir a cometer erros no trabalho. Se a depressão é endógena torna-se necessário excluir a reação psicógena à depressão procedendo psicoterapeuticamente como no caso de uma neurose. Perguntamos então à paciente o que de grave aconteceria se ela cometesse de fato um erro no trabalho. Ao que ela respondeu: "Então eu trabalho cada vez pior". Ao invés de confiar no fato de que, com uma prática crescente, os erros diminuiriam automaticamente, a paciente comete o erro secundário e desnecessário de hipostasiá-lo, e combatê-lo de tal forma, que sua capacidade de concentração vem a sofrer de fato. Esta luta não é apenas frustradora, mas é seguida também de um efeito paradoxal: ele fixa aquilo que tão tenazmente é combatido. Por isto devemos recorrer à "intenção paradoxal", devemos explicar à paciente que é sempre preferível que ela cometa um ou outro erro do que ter medo — pois os erros cessarão mais cedo ou mais tarde por si mesmos, enquanto o medo tende a aumentar. Análogo é o fato posto espontaneamente em confronto pela paciente: que algo semelhante lhe ocorre no choro; quanto mais eu quero parar, tanto mais eu choro.

A paciente tenta então, bem à moda dos neuróticos, hipostasiar a componente neurótica de sua depressão, declarando: "Talvez eu seja assim mesmo, talvez caiba à minha infância a culpa de eu viver assim angustiada. Não haveria na base de tudo isso uma dose de orgulho ferido? Uma psicanálise não poderia fazer milagre? Ou, na minha idade, não há mais perspectivas de melhora?" Ainda que uma ou outra destas perguntas tenha por base a insegurança do depressivo endógeno — trata-se de um modo geral apenas de um comportamento neurótico em relação a uma fase melancólica. Por isto, cabe aqui à psicoterapia o papel saliente de se opor ao fatalismo neurótico. Depreendemos daqui novamente, como é importante, não só a separação dos momentos endógenos e psicógenos, mas também a súbita mudança da psicoterapia, que logo deverá considerar mais a fatalidade da doença, bem como a liberdade do paciente para tomar atitudes adequadas face a estes acontecimentos.

Para concluir esta parte devemos mencionar os momentos de perigo relacionados com o estado oposto ao das depressões, ou seja, o das fases maníacas. Seria de assinalar aqui, principalmente em relação aos doentes jovens, que eles estão ameaçados de dois perigos: os rapazes pela aquisição de sífilis, e as moças pela gravidez. Em face dessa dupla fonte de perigos preocupa-nos menos a internação dos casos de uma mania pronunciada do que os de melancolia, pois a internação representa para o maníaco um choque muito menor do que para o melancólico.

O verdadeiro triunfo da orientação psíquica, porém, seria evidentemente levar o maniaco-depressivo a internar-se por vontade própria assim que ele mesmo perceba a aproximação de uma fase, colocando-se assim em situação de maior segurança.

A psicoterapia nas psicoses do grupo esquizofrênico

O diagnóstico, ou seja, o diagnóstico diferencial dos quadros psicóticos pertencentes ao círculo esquizofrênico, é geralmente mais difícil do que o reconhecimento ou a delimitação dos casos de psicoses maniaco-depressivas. Por esta razão queremos inicialmente falar um pouco da técnica do diagnóstico psiquiátrico e em primeiro lugar do exame psiquiátrico. Aquilo que o médico aprendeu durante o estudo da medicina, isto é, o exame e a exploração dos doentes psicóticos, não se aplica bem na prática. Segundo o esquema estabelecido, as primeiras perguntas feitas aos interessados são: sabe onde está, que dia é hoje e assim por diante. Esquece-se, porém, que na maioria das psicoses tais perguntas são desnecessárias, não se aplicam, senão em estados de demência, e em particular em casos de senilidade, na presbifrenia. Mas quando formulamos uma pergunta destas a um paciente com esquizofrenia incipiente, perderemos de imediato a confiança que poderia depositar em nós, e com isso, a oportunidade de, por meio de outras perguntas, respectivamente respostas, chegar a uma conclusão diagnóstica, pois o paciente pensará ou simplesmente nos dirá: “Que pensa o senhor, que eu sou louco?”

Seria igualmente errado perguntar diretamente se o paciente se sente perseguido — a reação seria: “Também o senhor me toma por um caso de perseguição?” — ou então perguntar simplesmente se ele ouve vozes. Melhor será perguntar: “O que dizem as vozes?” (a atitude do paciente de escutar já nos permite às vezes tirar nossas conclusões a respeito). Perguntas deste tipo, visando desarmar a resistência do paciente e sua vontade de dissimular, se recomendam também em outras circunstâncias, por exemplo, quando perguntamos de chofre a um débil mental: “Quantas vezes você repetiu o ano na escola?”

Se o paciente responde, devemos dar-lhe tempo para que continue falando, para que diga sobre a questão, espontaneamente, mais alguma coisa; além disso, quando eles interrompem suas narrativas espontâneas, esperando pacientemente que eles prossigam e só de quando em quando fazendo-o ouvir um “é?”.

A aplicação de testes de inteligência, tentativa aliás muitas vezes inútil, pode levar a uma situação desagradável. Somente o leigo

ainda acredita que os testes de inteligência constituem um instrumento essencial para o exame psiquiátrico, testes que ainda hoje mantêm lugar na literatura humorístico-beletrística como objeto de sátira, naturalmente. Não hesito em dizer que o modo de aplicação de um teste de inteligência parece permitir conclusões menos sobre a inteligência do examinando que sobre a do examinador. Devemos usar entre as perguntas habituais referentes ao discernimento e à capacidade de diferenciação apenas as mais adequadas; as demais, visando apreciar o grau de instrução, devem ser rejeitadas. Por exemplo, se alguém responde à pergunta sobre a diferença entre uma criança e um anão “Uma criança é uma criança, um anão — meu Deus — trabalha numa mina”, não teremos mais dúvidas a respeito da demência de tal resposta.

Muitos pacientes revelam seu estado de demência ou de deficiência mental bem antes que pudéssemos aplicar qualquer teste de inteligência. A atitude de certos paralíticos pode ser citada aqui, lembrando a figura humorística do “Conde Bobby”, presente em tantas anedotas vienenses: por exemplo, um paralítico, chamado pela enfermeira, se apresenta, na visita diária, andando de pés descalços, mas levando seus chinelos na mão. Porque, pergunta o médico, você não calça os chinelos em vez de carregá-los na mão? Ao que o paciente responde: “Eles pesam tão pouco”. Outra reação típica e característica para a demência paralítica e que dispensa qualquer teste de inteligência é a seguinte: Um paralítico jogou grande parte do dinheiro que possuía no lixo; perguntado sobre o motivo desse seu procedimento (tomem nota da seqüência e da escala de valores), ele respondeu: “Não preciso de dinheiro, tenho tudo que preciso, uma mesa, uma cadeira, um cachorro e uma mulher”. Igualmente inútil é o exame complicado para julgar a capacidade de retenção do paciente. Se já praticamos cálculos de cabeça com o paciente, basta perguntar-lhe depois qual o primeiro cálculo feito e saberemos se sua capacidade de retenção é boa ou não. Mas se pedimos que o paciente retenha uma determinada data para testá-lo, convém usar a data de nascimento do examinador, pois o médico muito sobrecarregado de trabalho poderá esquecer-se da data que ele mesmo recolheu, ao contrário do doente.

Em casos de enfraquecimento intelectual, que não correspondem a uma demência mas sim a uma debilidade, a maneira de apresentar o conteúdo anamnésico já poderá constituir um indício. Respondendo à pergunta do médico se o paciente já teve relações sexuais, este diz: “Nunca, a não ser em criança”. Outro paciente responde à mesma pergunta: “Nunca tenho convivência sexual, a não ser

quando me violentam (saio muito pouco)". Tais observações já depõem "ipso facto" contra a capacidade intelectual do indivíduo.

É indiscutível que não se pode alcançar por meio de qualquer teste o cerne ou a essência da personalidade de alguém. Villinger indicou a insegurança inerente a todos os métodos de testes e o perigo de uma interpretação arbitrária. Os testes que apresentam o menor perigo, diz ele, são os de inteligência e de capacidade. A arbitrariedade das interpretações, porém, aumenta nos testes de aptidão, indispensáveis na orientação vocacional, tornando-se incalculável nos testes de personalidade. Quem tenta captar a personalidade por meio de testes, corre o perigo — segundo as palavras de Villinger — de cair numa pseudo-precisão e numa atividade científica ilegítima. Não se deve confiar demais, diz ele, numa exatidão de laboratório que nada tem de exato na realidade.

Kraemer, por seu lado, admite que uma hábil exploração, uma conversa tecnicamente bem orientada, faz o mesmo que um trabalho complicado por meio de testes.

Mas, não somente uma observação psiquiátrica demorada leva aos mesmos resultados; Langen provou estatisticamente que o diagnóstico psiquiátrico final, depois de uma demorada observação no hospital de doenças mentais, confirmou em não menos de 80% a primeira impressão que o médico ganhara numa primeira conversa com o paciente. Nos casos de psicoses a coincidência era de 80%; nas neuroses o diagnóstico final coincidia totalmente com o diagnóstico baseado na primeira impressão sobre o caso.

Falei em pacientes, quando seria melhor dizer personalidade singular e individual que é o apanágio de cada homem e, por conseguinte, de cada doente também. Se queremos atingir a parte individual e pessoal de cada homem por meio de testes querendo apanhar não somente um tipo, mas a pessoa, então não se poderia jamais individualizar o suficiente. Mais ainda: seria preciso para cada pessoa, para cada situação em que ela se encontra, descobrir um teste apropriado. Mas não seria possível também improvisar de modo suficiente. O seguinte exemplo servirá como ilustração:

Certa ocasião fui incumbido de dar um parecer psiquiátrico sobre um jovem que estava preso. Ele justificara o ato dizendo que um amigo o induzira ao crime com a promessa de ceder-lhe a quantia de 1.000 *shillings*. A Justiça queria saber se o jovem era de fato tão crédulo e influenciável; o amigo negara peremptoriamente qualquer envolvimento. Se o paciente fosse de fato tão crédulo, dever-se-ia comprovar um leve grau de debilidade, mas os testes realizados nada provaram nesse sentido. O contrário era igualmente possível e o

jovem poderia ser tudo, menos um débil mental, sendo bastante astuto para dar ao amigo a culpa do sucedido. O Juiz queria saber se o jovem era tão estúpido ao ponto de acreditar que seu amigo lhe pagaria os 1.000 *shillings*, ou então, se ele era tão astuto a ponto de fingir-se tão estúpido. Os testes de inteligência, como já dissemos, não deram nada. No último momento recorri à improvisação e perguntei se ele me poderia dar 10 *shillings*, pois com esta quantia conseguiria que seu processo fosse abafado e que sua soltura seria imediata. Ele concordou logo com minha proposta e foi difícil convencê-lo mais tarde que esta não fora séria. Ingênuo, portanto, ele era; mas sua credulidade somente foi objetivada por nosso teste improvisado e descoberto na hora, propositalmente.

É natural que nesta nossa era de materialismo e nihilismo não superados, haja a tendência a julgar a alma do homem e reconhecer sua existência somente até o ponto em que ela apresente algo que possa ser medido ou pesado. Lembramos as palavras de Schiller: "Quando a alma fala, já deixou de falar" — cabendo aqui a variante: "Ao se testar o ser humano, já não é mais este homem, nem o seu ser que aí está sendo captado". Uma psicologia que culmina num método de testes projeta o homem nas dimensões do mensurável e ponderável. O original, o essencial da personalidade perdeu-se de vista.

Este essencial, porém, talvez nem possa ser captado por meio da ciência pura ou das ciências naturais, mas necessite de uma outra forma de aproximação. Talvez se aplique analogicamente ao homem o que o grande médico Paracelso uma vez disse: "Quem não conhece a Deus, ama-o muito pouco". Precisamos da disposição íntima que consiste na entrega amorosa ao ser inconfundível do outro quando o queremos captar na sua existência. Amar não é outra coisa senão confirmar o outro na sua exclusividade e originalidade e além disto na afirmação do seu valor. Comprova-se mais uma vez que não é correto dizer que o amor "cega" — ao contrário, o amor torna vidente, já no sentido de penetrar no além, o valor que ele vê brilhando no outro ainda não é realidade, mas possibilidade de uma coisa que ainda não é mas poderá vir a ser e deverá tornar-se real. O amor possui a função do reconhecimento. Também a Psicoterapia deve considerar os valores; ela nunca pode ser isenta de valores, mas no máximo neutra diante dos valores.

Partimos, pois, do exame da inteligência e dos testes e nossas reflexões nos levam a confessar que não conseguimos aproximar-nos da essência do homem, isto é, de tudo que se esconde atrás de funções isoladas e eventuais disfunções enquanto nos limitamos em nosso esforço de compreensão simplesmente ao racional e ao reconhecível.

Se queremos estabelecer uma ponte de homem para homem, e isto é válido também para uma ponte do conhecimento e da compreensão, a cabeça da ponte não deverá ser propriamente a cabeça mas o coração.

Já ouvimos falar de provas exatas e estatísticas segundo as quais a primeira impressão — uma impressão totalmente sentimental — é confirmada pelos resultados ulteriores da observação psiquiátrica. Assim eu mantenho a minha convicção também a respeito da metodologia do diagnóstico psiquiátrico e afirmo que o sentimento é capaz de ter mais tato que a inteligência, penetração.

No que concerne ao círculo esquizofrênico não devemos nunca nos esquecer de que o termo outrora usual da demência precoce é inadequado: pois, de um lado, se trata de uma demência que não necessariamente aparece em idade “precoce”, e do outro lado nem se trata de uma demência, isto é, de um enfraquecimento da inteligência.

Não é fácil explicar ao leigo a pouca importância das funções intelectuais em relação às doenças esquizofrênicas, embora isto seja de grande importância, especialmente quando a família do doente não quer reconhecer a gravidade da doença e a necessidade de interná-lo. Tais familiares apresentam então, por exemplo, objeções como estas: “Ele nos reconhece, ele se lembra de tudo, etc.”.

Quando se trata do problema de internar um doente, ou não, o diagnóstico do caso é importante, por existir sempre a possibilidade de um estado de inibição se transformar em excitação. Enquanto nos casos de melancolia o perigo reside principalmente numa tentativa de suicídio, ou seja, agressividade voltada contra sua própria pessoa, nas esquizofrenias (paranóides), trata-se de um perigo generalizado. Devemos lembrar aqui principalmente os graves perigos existentes nas alucinações imperativas. Se as alucinações representam para o paciente um estado extremamente penoso, “as vozes que comandam”, percebidas por via alucinatória, representam um perigo especial para as pessoas da família porque o doente dificilmente resistirá à “pressão” de um tal comando, obedecendo-lhe muitas vezes apesar da resistência que possa oferecer à mesma. Estes doentes, em certas circunstâncias, deixam-se levar a certos atos que estão em completo desacordo com a personalidade pré-mórbida. Lembramo-nos do caso de uma paciente que recebeu alta do médico que não a conhecia bem (por ser substituto) e que chegando em casa, num ataque repentino e inesperado de alucinação imperativa, caiu em cima da sua nora jogando-a incontinenti pela janela do apartamento situado num prédio de vários andares.

Quando se trata de um paciente em estado de excitação e que ainda não foi internado, tudo depende da presença de espírito e da rápida compreensão do momento (também do psicólogo). Um exemplo pode ilustrar a questão:

Um dia, um paciente de físico robusto tentou jogar o médico desprevenido pela janela do consultório. Recorrendo a um truque psicológico, o médico conseguiu evitar o pior. Apelou para a confiança que o paciente até hoje depositara nele e mostrou-se zangado por uma tamanha falta de gratidão. Em consequência disto, o paciente mudou repentinamente de atitude mostrando-se dócil e manso. Era urgente, porém, interná-lo. Também isto se conseguiu por meio de um outro truque. O médico sabia que o paciente era muito avarento. O médico, depois de ter simulado querer levá-lo a um sanatório de acordo com o desejo do paciente, insinuou ser melhor levá-lo até a próxima delegacia de polícia alegando uma doença orgânica do paciente, transportando-o de ambulância para o sanatório, caso em que o estado havia de pagar o transporte. O doente concordou e uma vez na delegacia pôde ser encaminhado à clínica psiquiátrica, sem a menor dificuldade.

É evidente que em tais casos extremos devemos contar com a possibilidade de perder a confiança do paciente, condição "sine qua non" para qualquer tratamento psicoterápico futuro. Devemos às vezes correr este risco quando existe um perigo iminente tanto para o paciente, quanto para outras pessoas. Teremos então de recorrer a qualquer artimanha para poder interná-lo e, uma vez que o paciente se convença da inutilidade de qualquer resistência, ele se deixa levar de boa vontade.

Para agir corretamente em tais situações precisamos de muita experiência e compreensão intuitiva e ambas não são ensinadas mas podem ser aprendidas na prática e pela prática. É por isto que preferimos lançar mão neste livro, que não tem caráter exclusivamente didático, do anedotário seguido de uma pequena psiquiatria "in more anecdotico, ad usum practici". Em seguida desejamos a propósito de um caso de delírio sensitivo de referência demonstrar as vias que a psicoterapia deverá seguir nas doenças esquizofrênicas:

Caso 32. Uma mãe leva seu filho de 22 anos ao nosso consultório. Chamam-nos a atenção aqueles abalos em forma de tiques na região corrugatória, pormenor que já observamos com bastante frequência em casos incipientes de esquizofrenia (*Cfr. Revista de Neurologia e Psiquiatria*, 1935), (Ao contrário dos "relâmpagos" típicos dos paralíticos, o "fenômeno" por nós denominado "corrugatório" não se manifesta na região de inervação do 2.^o e 3.^o, mas sim do

1.º ramo facial). O paciente se queixa de estados de excitação que se manifestam, predominantemente, em relação ao companheiro de sua mãe. “O sr. B. quer sempre bancar o médico. Ele é fingido. Qualquer gesto dele o indica. Já faz dois anos que isto acontece e tenho que pensar em 5 ou 10 coisas simultaneamente...” Uma vez perguntamos ao paciente porque ele diz as coisas com tanto relacionamento ao que ele nos interrompe dizendo: “Relacionado, sim, relacionado, é tudo o que faz e diz o sr. B”.

Recomendamos então o seguinte ao nosso paciente: tudo aquilo que ele experimenta e acaba de descrever, é preciso que ele aprenda a ignorar. Ele deverá manifestar-se sobre todos os seus distúrbios somente a nós e para este fim ele precisa procurar-nos regularmente. Se ele se queixar a terceiros, correrá o risco de ser considerado louco.

Por este meio alcançamos aquilo que toda psicoterapia visa conseguir em casos de cunho paranóide — um objetivo que pode ser esboçado assim: 1) obtenção de relações de confiança sólidas para com o médico; 2) educação consciente no sentido de dissimulação das idéias paranóides em relação às demais pessoas. Se atingirmos este objetivo, se conseguirmos tudo isto, os pacientes poderão ser mantidos fora do hospital psiquiátrico. Condição para isso, entretanto, é que eles não pretendam tirar conseqüências das suas idéias alucinantes, e ainda que nós procuremos educá-los no sentido de que nunca se lancem à ação, movidos por qualquer sentimento relacionado com tal ou qual interpretação destes ou daqueles fatos. Para a verificação de contra-indicar à tentativa de uma tal psicopedagogia ou uma indicação para um internamento imediato, costumamos perguntar ao doente, depois de ter ouvido suas queixas paranóides: “O que é que o senhor pensa fazer em conseqüência de tudo isso?” Devemos concentrar toda a nossa psicoterapia no esforço de fazer do “persécuteur, persecuté” (como a literatura clássica psiquiátrica da França o denomina com tanto acerto) um homem que se sente perseguido sem tirar disto alguma conseqüência prática, ou seja, uma criatura que se sente perseguida mas que treina para ignorar este sentimento.

Apêndice

PSICOTERAPIA, ARTE E RELIGIÃO

Já que a finalidade da análise existencial, especialmente daquela logoterapia que chega à análise existencial do ser neurótico, é tornar consciente a luta espiritual de um homem, é válido perguntar o que vem a ser essa luta. Com isso questiona-se em torno de que gira essa luta espiritual, na qual o neurótico — no sentido mais amplo — necessita tanto da nossa ajuda “psicoterápica”. Em seguida é preciso mostrar como esse “que” se apresenta sob forma concreta ao psicoterapeuta. No presente caso há duas particularidades: o paciente cuja história sob o aspecto da doença e do tratamento será reproduzida a seguir, luta por duas coisas: pelo trabalho e por Deus. Notável nos parece sobretudo o fato de que no início do tratamento psicoterápico não apareceu qualquer questão religiosa, e que só mais tarde, no decorrer da psicoterapia, ela surgiu espontaneamente; fato que aos nossos olhos consiste não somente numa prova a mais de que é justa a observação que já fizemos em outro lugar, de que não é dever nem direito do médico entrar no mundo da ideologia do doente (porque uma interferência desse tipo equivale a uma imposição) — mas também, partindo daí, uma prova de que num homem com religiosidade apenas latente, uma psicoterapia bem manejada pode libertar a sua religiosidade, sem que tal efeito tenha sido visado de algum modo por parte do médico.

No nosso caso concreto trata-se de uma senhora de meia-idade e pintora de profissão. Os distúrbios primitivos que motivaram a consulta consistiam num defeito de contato com a vida, defeito esse já antigo; “é tudo uma farsa”, disse a paciente. “Preciso urgentemente de uma pessoa que me ajude a escapar deste círculo vicioso”, escreveu ela no seu relatório, “no silêncio eu me sufoco. A desordem na minha alma se torna cada vez maior. A gente nota a todo momento que a vida é vazia e sem nenhum sentido, e nenhum caminho levará à saída dessa situação. Mas eu quero descobrir para a minha

vida um novo conteúdo". Pela mera impressão que causa, a nossa paciente parece estar apta para a vida, inclusive a social; não porém sem sentir a superficialidade de todos os sucessos, tanto sociais como artísticos e eróticos. Explicando, diz ela: "Por momentos mantenho-me em pé graças a uma atividade muito intensiva. Reuniões, concertos, homens, leitura, tudo que é possível. . . Quando o ritmo diminui ou cessa, caio logo num abismo de vácuo e desespero. Também o teatro representa para mim apenas uma fuga para este redemoinho. A pintura (a única coisa que me interessa) me causa pavor como qualquer acontecimento que me toca mais profundamente. A qualquer desejo mais forte segue-se o fracasso. Destruo o que amo, sempre de novo. Já nem ouso amar alguma coisa. Na próxima destruição eu me enforcarei de verdade".

Em primeiro lugar devemos dirigir a atenção, no tratamento da doente, para o fatalismo típico da neurose: numa entrevista de caráter geral explica-se à paciente até que ponto ela é livre em relação ao passado e suas influências e isso não somente no sentido de uma liberdade das antigas inibições como principalmente no sentido de uma liberdade para encontrar o conteúdo concreto e pessoal de sua vida, com toda a singularidade e originalidade que a caracterizam, assim como o estilo pessoal em todas as suas criações artísticas.

Com isso, porém, chegou-se ao confronto desse tratamento psicoterápico das neuroses com a questão relacionada à concepção atual da arte. Daí resulta a necessidade de, primeiro, tomar posição no que se refere à problemática das direções artísticas da atualidade analisando-as não somente sob o ponto de vista psicológico geral, mas especialmente, também, sob o ponto de vista psicopatológico. A arte contemporânea é sempre posta em confronto com as manifestações psicopatológicas, quando não, com as manifestações culturais patológicas.

Neste contexto convém lembrar aquilo que no meu entender sempre foi esquecido: que todas as obras artísticas ou supostamente artísticas de pessoas mentalmente perturbadas, como foram, por exemplo, colecionados em manicômios ou expostas por ocasião do Congresso Mundial de Psiquiatria em Paris, não foram simplesmente expostas mas sim escolhidas. Essa escolha, certamente, foi feita sob o aspecto do chocante ou da extravagância. Mas, a maioria de tais produções que eu também vi, em clínicas psiquiátricas, no curso de uma atividade de muitos anos, era extremamente banal. Certamente: no conteúdo, por exemplo da escolha do tema, sempre trair-se-á a influência do distúrbio mental. Mas, no que concerne à forma, ao estilo, nós psiquiatras conhecemos, no máximo, em certas formas da epilepsia um característico maneirismo, isto é, a tendência a orna-

mentos repetidos estereotipicamente. Não devemos esquecer que o simples fato de se ter graduado como pintor acadêmico não significa estar imune à doença mental. Um artista, um pintor genuíno, pode sofrer de uma psicose. Na melhor das hipóteses e tendo sorte na desgraça, seu talento fica imune e sua produção artística continua como antes. Se isto acontece, é apesar da psicose e não graças a ela. Uma doença psíquica nunca é produtiva ou criadora. O que é criador é somente o espírito e não a doença do espírito. Mas o espírito humano, em luta com este terrível destino chamado doença mental, poderá também dar de si o último da sua capacidade criadora.

Sempre que isto acontece, não podemos tampouco cair no erro oposto, pois assim como não se pode atribuir forças criadoras à doença em si, também não podemos deixar de reconhecer o valor da obra artística mesmo que o artista seja doente mental. Não cabe ao psiquiatra julgar sobre valor e desvalor, sobre verdade e inverdade. Se o conceito do mundo de um Nietzsche é certo ou errado nada tem que ver com sua paralisia; se as poesias de um Hoelderlin são belas ou não, nada têm em comum com sua esquizofrenia. Isto eu já formulei, um dia, de um modo muito simples quando eu disse " $2 \times 2 = 4$, mesmo quando o afirma um paralítico".¹

Perguntava-se, então, se a arte moderna tem algo em comum com as produções (não falo aqui, intencionalmente, em "criações") de doentes mentais autênticos e qual seria então esse denominador comum. A isso seria de responder-se que alguns doentes mentais, em certo sentido, se encontram em situação análoga à do artista moderno: o doente sente-se dominado pela vivência de "mundos nunca antes vividos", como Storch já uma vez o denominou de forma tão bela. Em face desses fenômenos estranhos e horríveis, ele luta por uma expressão oral e porque nessa luta as palavras da linguagem comum não lhe são suficientes, ele cria novas expressões, os chamados neologismos, que constituem para nós psiquiatras sintomas muito freqüentes de certas psicoses. Coisa parecida ocorre com o artista moderno que enfrenta uma série de problemas, nada mais e nada

¹ Cfr. V. E. Frankl, *Psychotherapie und Weltanschauung* — *Revista Internacional de Psicologia Individual*, Setembro, 1925 —: "Não se pode dizer de antemão que aquilo que se considera como não "normal" seja também falso. Podemos afirmar não só que Schopenhauer contemplava o mundo através de uns óculos cinzentos, como também que ele o tenha visto de um modo correto, enquanto os outros homens normais usavam lentes cor de rosa — ou em outras palavras — não era a melancolia de Schopenhauer que enganava mas a vontade dos homens são é que os mantinha presos à idéia ilusória de um absoluto valor da vida".

menos que a problemática dos tempos de hoje, para a qual as formas tradicionais já não satisfazem; não é de estranhar, pois, que ele recorra a formas novas. O denominador comum que temos procurado se encontra na falta de expressão, na crise de expressão em que ambos, tanto o doente mental como o artista contemporâneo, se acham.

O que os dois têm em comum não depõe contra o artista, nem constitui uma vergonha, pois tal crise de expressão sempre existiu e todas as épocas tiveram também os seus "modernos". Em segundo lugar, essa crise de expressão existe em toda a parte, isto é, em todas as áreas da vida espiritual. Ou será difícil encontrá-la na filosofia moderna e também na psiquiatria moderna? Conhecida é a crítica feita à M. Heidegger por causa do seu estilo difícil e da sua criação de uma terminologia nova. Tempos atrás permiti-me fazer uma experiência lendo, durante uma conferência minha, cada vez três frases, observando que umas foram tiradas de uma obra de Heidegger enquanto as outras foram taquigrafadas por mim durante uma conversa mantida com uma paciente esquizofrênica. Pedi então ao auditório que dissesse quais as frases tiradas da obra do grande filósofo e quais as proferidas pela doente. Posso revelar que a maioria atribuiu as frases do cientista à doente e vice-versa. Ludwig Binswanger disse certa vez que Heidegger mandou para a história com uma só frase bibliotecas inteiras escritas sobre o mesmo tema. Aceitamos que assim tenha sido realmente: então Heidegger não foi obrigado a criar termos novos para poder realizar tal obra histórica? As palavras antigas são como moedas já gastas pelo uso e precisam, às vezes, ser trocadas. É a própria insuficiência da palavra que obriga a criar palavras novas. Tudo isso, porém, não depõe contra o filósofo nem contra seu estilo pessoal.

Depois dessa divagação sobre a dificuldade de expressão artística, ocorre, como conclusão, a seguinte pergunta: até que ponto podemos tomar a sério a arte moderna? Pergunta essa que deverá ser respondida única e exclusivamente naquele ponto para o qual a Psicoterapia pode dar a sua contribuição. O que significa, nesse caso, tomar a sério? Nada mais, nada menos do que reconhecer a arte como legítima. No que se refere ao tema da "legitimidade", tem o psiquiatra, efetivamente, algo a dizer. É absolutamente possível que um ou outro estilo da arte contemporânea tenha sido criado por uma personalidade artística com um desvio psíquico. É perfeitamente possível que um ou outro momento estilístico da arte moderna tenha sido criado, originalmente, por uma personalidade artística psicologicamente anormal. É também possível que justamente tais personalidades desviadas tenham certa força sugestiva que se tornou, com o

correr do tempo, a origem de uma nova moda; mas onde há, ou onde algo se torna moda, surgem logo os imitadores, os aproveitadores da situação, havendo entre estes alguns que não tomam a sério a arte, o público ou a si próprios, e que, seguindo os ditames da moda, satisfazem as exigências de um mundo esnobista. É de se convir que tudo isto é possível, mas para mim como psiquiatra não resta dúvida que há entre os artistas modernos e mesmo entre aqueles com as criações mais ousadas, sempre alguns que merecem, por causa da sua autenticidade, ser tomados a sério. Quem já assistiu à luta contínua e sincera de pacientes artisticamente produtivos para dar expressão às suas aspirações artísticas, concordará comigo; quem já viu como um destes artistas rejeitava dezenas de esboços feitos, para somente aceitar o centésimo deles, ou que considerava somente a décima execução de um trabalho seu como válida, terá que evitar um julgamento precipitado. Ele reconhecerá que aquilo que à primeira vista parecia ser a mais flagrante impostura, era o produto de uma grande necessidade íntima.

Se existisse somente um artista genuíno e autêntico entre os artistas modernos, então valeria a pena querer distinguir entre genuíno e não-genuíno sem condenar a arte moderna *tout court* usando da psiquiatria para este fim. Vejamos agora o que nossa paciente respondeu a uma pergunta que lhe foi formulada sem espírito preconcebido; quisemos saber quais os princípios ou o programa da sua criatividade. “Não tenho nenhum princípio, a não ser uma extrema sinceridade. Pinto porque sinto uma necessidade de pintar, porque eu preciso pintar, porque sou às vezes ‘obsessa’.” Numa outra versão disse: “Não sei por que e para que pinto, sei somente que tenho necessidade de pintar e por isso eu pinto”. Diante de tal fato não estamos tentados a mudar a tese antiga: a “arte vem do saber”, para a “arte vem de uma necessidade”? Não há absolutamente qualquer coquetismo quando a paciente se refere à compulsão interior, àquilo que a compele a trabalhar. Ela não está “apaixonada” por este fenômeno que revela tantos traços patológicos. Ela mesma disse: “Eu tenho medo da obsessão”. Mas, “Aqui não há lugar para o por quê nem o para quê. Existem apenas sede e — inibições”. Mais pormenores a esse respeito, só mais tarde. Ela sente, até certo grau, a “atividade” do inconsciente, a criação surgindo do inconsciente. Isto a faz dizer: “Não sei de nada, a não ser trabalhar sem parar, tentar, jogar fora e criar de novo. Nada sei, por exemplo, sobre a escolha das cores a não ser que ela não depende da disposição momentânea do pintor. A escolha é feita em forma mais profunda”. Seguem-se as queixas que mais tarde deveriam levá-la ao caminho do objetivo terapêutico: “Sonho freqüentemente com trabalhos acabados que me

satisfazem muito mas que eu nunca saberia reproduzir". Não é natural que devamos empregar aqui todo nosso esforço? Uma vez, a paciente disse apaixonadamente: "Quero encontrar o quadro que eu posso aceitar de corpo e alma. Devo evitar qualquer rotina, inclusive copiar a mim mesma sem cessar. Mas, devo tornar consciente a minha percepção mais íntima das formas". Um dia ela disse espontaneamente: "Quero saber se a gente consegue ser formalmente criadora debaixo da influência da hipnose, se assim fosse eu conseguiria a minha percepção íntima das formas". Ela se empenha em evocar impressões anteriores. Sua consciência artística, seu autocontrole, sua desconfiança contra si mesma como artista ficaram tão aguçados que ela continuou a fazer perguntas diretas: "Gostaria de saber até que ponto os surrealistas são trapaceiros. Seus desenhos, pretensamente automáticos, em nada se diferenciam dos conscientes! Quem copia o outro?"

A doente declara ter sonhado com composições à base de manchas de cores, que ela incapaz de reproduzir quando despertava. Estabeleceu-se então a ligação com o inconsciente onírico através da aplicação de um método de relaxamento sistemático ("treinamento autógeno", de J. H. Schultz) mais ou menos modificado. A paciente descreve, então, o que se passou com ela imediatamente depois: "Uma clareza de espírito muito nítida. O indivíduo sente menos a si mesmo, mas todos os objetos se tornam mais precisos. Uma clareza e nitidez como se um véu me fosse retirado dos olhos. Isto é completamente novo. Estou deitada agora no divã. A poltrona, a cesta de papel, a sombra da escrivaninha — tudo é nítido. Começo a desenhar..." Conforme as anotações da paciente, feitas posteriormente.

Na noite seguinte, a paciente tem, segundo suas indicações, "sonhos de cores e formas. A mão quer apanhar o lápis", escreve ela, "tens de desenhar, me diz uma voz interior. Acordei algumas vezes. Finalmente tento acalmar-me. Dormi em seguida, tranqüilamente, até às 9 horas".

Na tarde seguinte a paciente começa a pintar em obediência às ordens pós-hipnóticas segundo o método de Schultz. Sobre isso informa ela: "Esboço de uma paisagem... Depois de meia hora de pintura, noto que agi automaticamente. Um sentimento claro de compulsividade. Vejo que pinto uma coisa diferente daquela que pensei querer. Um sentimento de impotência. Quero me libertar da compulsão, não quero entregar-me a ela. Na última fase: pintura automática alternada com um resto de crítica e uma pintura consciente — transformando-se de novo em pintura automática".

Depois: "Estou de olhos fechados — lápis na mão — espero que as imagens surjam. Um quadrado cor de rosa — uma meia-luz

branca — um oval roxo escuro, e de repente a reprodução de um perfil de uma mulher: um claro-escuro muito forte. Eu pinto semi-consciente. Vejo manchas de cores bem delimitadas e minha mão as pinta. Tenho a impressão de vê-las na tela, mas não estou muito segura disso. Também não sei dizer em que momento, antes, ao pintar conscienciosamente, eu projetei as imagens na tela. Existe, porém, uma diferença nítida em confronto com a pintura consciente: visões muito mais vivas e, às vezes, um trabalho executado compulsivamente. Estou muito dócil, faço tudo; por vezes examino o quadro com olhos críticos e isso me alegra. Depois de ter emoldurado o trabalho — para isso tive de cortar um pouco em cima e em baixo do quadro — sinto-me subitamente livre, leve e clara”.

No dia seguinte: “O quadro me agrada. Aqui estão duas tentativas para algo de novo na pintura: a composição e o tratamento da reprodução. E veja: a composição de cores é a mesma que aquela que eu havia desejado para a primeira pintura “automática” e que não pude executar. A pintura de hoje é muito harmoniosa. Em seguida: um historiador de arte — perito em pintura moderna — viu hoje o quadro e disse: “Este quadro é equilibrado; é perfeito na composição de cores, é harmonioso — diferente dos seus outros trabalhos”.

Depois vem uma recaída; nas anotações da paciente encontramos os seguintes tópicos: “Não sei nada, pinto tão mal quanto os outros, não sei o que fazer: como arrancar as imagens pessoais da minha alma. Faço exercícios de relaxamento com o Dr. F. Sinto-me relaxada — começo logo a flutuar. Vejo pedaços de quadro. Estou inteiramente entregue às cores que surgem; pintar... Eu pintarei! Já estou pintando — já estou sentindo o cheiro das tintas, quero ir para casa e começar a trabalhar. Corro para casa, outros pedaços de quadro surgem e começo a fazer um esboço, não o consigo. Faltam-me idéias, as cores são muito refinadas, mas não se colocam bem no espaço. A noite cai. Devo desistir; tenho o que fazer na cozinha. Mal entro na cozinha torno-me “vidente”. Um objeto ao lado do outro, uma relação emocionante entre curvas e linhas retas — um entrelaçamento das linhas que procuro há dias. Porque não o consigo? Porque eu quero, provavelmente”. No dia seguinte: “Comecei a treinar com regularidade. Mas, o pintar ainda é impossível. Estou inibida, fria e vazia”. Mas depois: “Hoje fiz mais exercícios conforme o médico me recomendou. Parece que tenho dois corpos, sinto-me separada de mim mesma, uma parte de mim está embaixo e outra flutua perto do teto. Amanhã verei como pintora — experimentarei relações novas entre cores e formas — o obstáculo terá desaparecido”. Mais tarde ainda: “Dormi bem, fiz exercícios de

manhã. O mesmo propósito de ontem. De repente: imagens... Sentime, em seguida, bem disposta e otimista. Recebi pela manhã uma má notícia da América. De súbito, tudo ruiu. Não tenho mais ânimo. Estou sozinha, não vejo sentido em nada. Onde me agarrar? Os amigos somem. Não posso rezar. Deitar e morrer. Deus me entenderá. Mas não devo fazer isto. Curioso que vejo tudo como pintora hoje. Trabalho um pouco, pinto. A queda interior, porém, continua. É insuportável. Quero ser eu mesma e continuar assim. Quero entregar-me totalmente a Deus! Mas, não o consigo. Também isto acabou, tudo está perdido de novo. Um exercício? Mas, não consigo me concentrar noutra coisa, apesar disso começo a ficar mais calma". E assim a crise continua. No dia seguinte ela anota: "Exercício. Finalmente, depois de meia hora, leve transe. Meu propósito é este: nada tem importância, importante é somente a pintura e — Deus. Vou poder rezar — vou poder pintar — estou sozinha com Deus e a pintura... Ao meio-dia e à noite repeti os mesmos exercícios". No dia seguinte: "Exercícios. Caio rapidamente em transe. Um ar morno e azul passa por mim — meu antebraço direito pesa sobre o divã... Propósito: minhas imagens vividas se libertam, imagens há muito tempo esquecidas e de estranha beleza. Vejo-as de novo, minhas próprias impressões e desta vez de forma tão nítida que consigo reproduzi-las. Pinte a tarde toda, com visão de pintora. Tive muitas idéias, mas em seqüência tão rápida que não as pude anotar. Muito otimista e alegre. Dormi pouco". Outro dia: "As imagens surgem continuamente. Mas, preciso receber visitas, atender ao telefone, sempre há barulho. Mesmo assim pintei duas paisagens — as melhores que já consegui — e isto com imensa rapidez e "automaticamente". Invademe uma enorme alegria de viver. Quando fecho os olhos, as imagens se sucedem rapidamente: recordações e imagens de coisas recentemente vistas. Também composições de formas e combinações de cores muito fascinantes. Tudo passa com tamanha rapidez que não posso reter quase nada. Antes de deitar, mais um exercício de relaxamento". No dia seguinte: "As imagens continuam a surgir. Estou muito feliz. Uma dádiva de Deus... A vida é maravilhosa. O filme continua a se desenrolar e mesmo assim eu durmo muito bem. De manhã sinto-me bem disposta, alegre e animada. Hoje fiz um exercício. Fiquei logo no estado flutuante. Uma espécie de êxtase: sou a luz... Como é belo ser luz apenas. É tão lindo que nem fiz propósito em nenhum dos exercícios de hoje. Não sei quanto tempo isto durou. Trabalhei muito melhor depois. Não acabei o quadro, mas tenho tempo, estou muito calma, muito feliz".

Depois de alguns meses durante os quais a artista é altamente produtiva, sem quase precisar consultar o médico, ela conta: "N. N.

(um crítico de arte muito competente) viu os dez quadros meus e apontou um deles como sendo o melhor de todos os meus quadros. Ele falou de uma visão extremamente pessoal e acrescentou: “Estes quadros são de verdadeira pintura, mais rigorosos e mais pessoais do que os trabalhos anteriores; eles respiram espaço, o que faltava nos outros. Tudo muito independente, genuíno e sincero, somente às vezes nota-se um resto de naturalismo. Enquanto nos primeiros meses de tratamento havia o que poderíamos chamar de “explosões” — uns quartos-de-horas automáticos e não me era possível trabalhar regularmente, posso agora pintar de novo com regularidade e tenho dias tão claros e repletos de trabalho como antes da guerra, e mesmo sem transe. Conquistei meu trabalho e posso de boa consciência considerar o tratamento como terminado e bem sucedido. Justamente agora, quando enfrento tantas dificuldades externas, eu vejo quão grande foi o resultado da terapia. Não sou nem desesperada nem revoltada ou angustiada, nem exijo ternura, embora me encontre sozinha, sabendo que ninguém me ajudará. Aceito-o como uma prova e tentarei tirar disto o melhor partido. . . Deus me observa — embora seja uma grande temeridade asseverar isto. Sinto-me ricamente presenteada: assim que a palavra atingiu o íntimo do meu ser, o tratamento foi removendo, um após outro, os obstáculos e as coisas se libertaram. O tratamento me deu o melhor que se pode dar a um ser humano”.

Apesar da sua autocrítica quase que patológica, a doente consegue ficar contente com os seus últimos trabalhos. Ela sente ter recuperado plenamente a sua capacidade de trabalho. De vez em quando recorre independentemente aos exercícios de relaxamento (do método de J. H. Schultz), dando-se sempre as seguintes sugestões: que tudo se liberte — que se tornem conscientes as minhas próprias vivências de cores e formas — e que eu as possa realizar.

Agora que já recuperou sua capacidade de trabalho, surge a segunda problemática dessa existência humana concreta, que até aqui permanecera latente. Trata-se agora de ampliar o nosso trabalho psicoterapêutico analítico-existencial além do já conseguido, pois, enquanto a psicoterapia do presente caso, por assim dizer, serviu como uma obstetria artística, tornou-se ela, a partir de então, simplesmente uma obstetria espiritual. Chegou o momento de elucidar a questão problemática religiosa que surgira espontaneamente, ou de levar a paciente a analisar seus problemas religiosos, sob um prisma analítico-existencial. A situação dessa psicoterapia neste momento pode ser formulada da seguinte maneira: do conhecido imperativo “Ora e Labora” realizara-se a segunda parte; agora só resta realizar a primeira.

Nas anotações da paciente que se referem a este tempo, encontramos o seguinte trecho: “Hoje de madrugada encontrei-me completamente acordada depois de um sono profundo. Minha primeira idéia foi: Deus me obriga a ficar de joelhos, revivi a perda do meu marido e reconheci o quanto fracassei naquele instante. Eu já tinha consciência disso, mas de maneira pouco clara e só hoje consigo sentir remorsos. Hoje, Deus me despertou. Pela manhã fui à Igreja dos Franciscanos. . . Não quero contar o que aconteceu nesta hora. Lembrei-me então que há 4 anos atrás, quando recebi a notícia da morte do meu marido ocorrida no campo de batalha, também me encontrava nessa mesma igreja. Naquela época implorei, ardentemente, pela própria morte, hoje eu quero viver! Há tanta coisa a ser reparada por mim!”

Muitas semanas depois — a paciente fez ainda a seguinte anotação no seu diário: “Esforço-me em vão por conhecer minha culpa dissimulada que eu sinto vagamente há anos sem conseguir localizá-la. Durante este tempo todo proibi a mim mesma de ter fé (fé em Deus) que não é nenhuma virtude, mas sim uma felicidade, uma graça. Que fiz eu? Porque castiguei-me tanto assim? Devo sabê-lo”. A paciente pensava então que ela mesma trancara o caminho para a fé. A conselho médico ela faz exercícios nos quais o propósito é formulado como segue: “esta noite saberei pelo sonho qual é a minha culpa”. Nas suas anotações, porém, ela dá a entender que não foi bem sucedida. É notável o fato de que, ao mesmo tempo, ela pede ao médico que interprete um velho sonho dela — ainda do tempo da guerra “que continua me preocupando muito”. Lembramos a conhecida e importante recomendação de Freud segundo a qual deve-se apreciar psicologicamente uma recordação da infância, quer seja ela real, correspondendo, portanto, a uma realidade vivida, quer somente a projeção inconsciente de uma atitude voltada para o passado, isto é, uma espécie de falseamento delirante (catatímico) ou de uma alucinação da memória. Também no nosso caso não importa em relação à dignidade analítico-existencial que o sonho não tenha surgido como a resposta desejada à pergunta formulada pela doente ao seu inconsciente. Seu significado analítico reside, ao contrário, no fato de que este sonho, mesmo antigo, somente agora é apresentado pela primeira vez ao médico ao mesmo tempo que a mencionada pergunta. O conteúdo do sonho é o seguinte:

A paciente observa de uma janela do corredor a porta do seu apartamento e vê uma mulher jovem entrar pela porta. Ela sabia imediatamente que se trata dela mesma. O Eu n.º 1 observa o Eu n.º 2, diz ela. Eu n.º 2 destranca a porta do apartamento e entra na sala de estar e se dirige para a esquerda — agora as paredes se tornam

transparentes — em direção ao quarto pequeno (atualmente atelier) e em seguida à lareira. Ali um soldado alemão está deitado sobre a palha. O Eu n.º 2 se debruça sobre ele e o mata. Acordo. — Não erramos ao ver nesse sonho antigo a resposta antecipada à pergunta formulada mais tarde, e assim, ao julgar que a paciente, ao citar o sonho exatamente naquele momento, respondeu ao médico e a si mesma sua pergunta.

A luta pela formação artística continua. O autocontrole e a autocrítica não diminuem, mas sua força criadora que conseguiu liberar-se aflora de modo que a doente, pelo menos primariamente e independente de toda a autocrítica, “precisa” trabalhar. Ela nos conta então:

“Acabei uma natureza morta; ou muito bem ou muito mal — não sei; comecei a pintar sem pensar. Mas no fim eu notei que a idéia tinha sido minha. Continuo com meus exercícios do método de Schultz. Tudo vai bem até à sensação de calor. Mas antes de tudo: sei rezar de novo. Faz semanas. A cada instante irrompe a oração — eu quase gostaria de dizer — contra a minha vontade. Às vezes nem chego mais a voltar-me para a pintura.”

Estas anotações traduzem, na nossa opinião, uma luta sincera e autêntica pela pureza da sua intenção religiosa. “Deus continua sempre inalcançável, inconcebível... somente na oração Ele se condensa. Devo criar Deus a cada passo. Isto faz parte da existência humana, mas também esta, provavelmente, foi feita assim por Deus. Muitas vezes prefiro orar a pintar. A pintura é, muitas vezes, mais difícil. Mas, no meu caso, isto seria um pecado”. Depois: “Encontro Deus somente na felicidade. Mas há também êxtases. — Não estou sempre pronta para sofrer. Mas aprendo um pouco cada dia a sacrificar-me pelo meu Isaac. Deus deseja alguma coisa de mim, não sei o que, mas devo descobri-lo por mim mesma. Às vezes gostaria de gritar de alegria — a vida é bela, bela, bela!”

Assim como face à sua pintura, ela se mostra absolutamente céptica também face à sua religiosidade: “Uma coisa me parece muito suspeita. Por exemplo, que venha a ele com estes problemas. As mulheres gostam de enfeitar-se com Deus. Seria o mesmo como procurar um padre”. Ou: “Fico perplexa porque justamente agora encontro Deus... Não quero ser a noiva de Cristo! Não quero compromisso com Deus! Quero Deus, mas sem erotismo e sem esperança de justiça”. Ou ainda: “Não quero amar a Deus porque fulano não me quer. Se minhas orações são assim, então seria preferível abrir uma casa de tolerância! Os homens servem para ser amados; Deus eu quero — mas em relação a Ele não posso dizer: eu o quero

para isso ou para aquilo. Já estou percebendo que eu devia ter aprendido o que é realmente ser infeliz; pois, outra vez estou sofrendo de forma errada; mas sem a graça divina, provavelmente, nem serei capaz de sofrer de verdade”.

Depois, interrogada sobre eventuais acontecimentos terrificantes no terreno religioso, durante a infância, para o fim de se libertar de suas inibições, a doente declara ter tido uma fraca educação católica. Entrou em crise religiosa aos 14 ou 15 anos. “Porque havia de ser a carne pecaminosa?” Não o pude compreender. Depois converti-me para o protestantismo. Isto significava para mim algo como dar um pontapé nas autoridades de toda espécie. Não sei quando rezei pela última vez; rezei de novo, pela primeira vez, no sonho e então vivi (digo propositalmente “vivi”) pela primeira vez uma representação de Deus: uma luz infinita, inconcebível e não mais humana. Não tem sentido pedir algo a Deus. A única coisa digna é amar a Deus em razão dele próprio”. “Não faz muito tempo que rezei conscientemente pela primeira vez em meio à noite. Veio sem querer, inesperadamente. Foi decerto a primeira oração genuína em minha vida. Uma oração, que já é realização e não um mendigar alguma coisa”.

O paciente o adivinhara por si mesma, ela não ousa crer. Então ela foi orientada no sentido de sugestionar-se, num “exercício”, com o seguinte propósito: “esta noite sonharei com aquilo que me deixa tão inibida”. E no dia seguinte ela conta o seguinte sonho: “Tento desesperadamente construir a “imagem”; não a pinto — vivo-a!” A interpretação é evidente: a “imagem” significa toda sua existência que ela trata de construir. Na imagem, na linguagem figurada do sonho, a própria vida se transformou em imagem. Mais adiante: “vejo uma carruagem que se afasta”. E à nossa pergunta ela informa que se tratava de uma carruagem puxada por cavalos; ela acrescenta que em sua infância e em sua terra andou em tais carruagens. “À esquerda, ela continua, há uma forma estranha — que eu, ansiosamente, quero ver como um todo mas que sempre se quebra em pedaços. À direita vejo uma cunha que atravessa o quadro em diagonal”. Interrogada sobre o que em sua vida, à modo de uma cunha, poderia ter destruído a totalidade da sua vida, respondeu ela prontamente: a morte do seu marido. (Nós vemos como se fecha o círculo: o sentimento de que sua vida foi destruída tem o mesmo sentido que aquele sentimento de culpa que perturba sua capacidade de crer.) Mas, mesmo antes da interpretação do sonho com o auxílio do médico, a paciente tivera um sonho que podemos chamar de um sonho terapêutico (além do sentido mais diagnóstico) do qual guardou uma só coisa na memória: uma sensação de felicidade e uma voz que diz:

“Deixe-o dormir — deixe-o dormir — o sofrimento antigo”. Mas, a crise não foi superada ainda. Torna-se, então, necessário outro exercício com este propósito: “Sonharei esta noite sobre o motivo que me leva a sentir aversão pelo cristianismo, isto é, sobre aquilo que me intimida e depois disso acordarei para anotar o sonho”. E a paciente sonha: Ela se encontra em W. onde passara sua infância. Ela espera o trem para Viena. (Trata-se, portanto, do prosseguimento, ou seja, da estruturação da sua própria vida.) Aqui mora o Dr. K. N. — ela gostaria de procurá-lo (Dr. K. N. é um psicoterapeuta conhecido e a doente tem amizade com toda a sua família; ela sente, então, a necessidade de procurar um conselheiro, para pedir-lhe ajuda). Ela não sabe onde ele mora; pergunta a uma mulher, que lhe diz: ao lado da igreja. (Ela sabe de certo modo que sua cura psíquica se fará somente através da religião. Quem não se lembra da “conversão” — tanto no sentido idiomático como objetivo — de que Künkel se utilizou: da terapia da alma para a terapia da salvação... (von der Seelen-Heilkunde zur Seelenheil-kunde). No sonho a paciente pensa: reencontrei a igreja. (Portanto, ela está otimista: ela encontrará a igreja — no sonho o edifício da igreja — ela encontrará a igreja, a fé...) Mas, tudo é diferente de outrora, continua ela no sonho. (Para o homem adulto, perseguido por todos os infernos da vida e da dúvida, não é tão fácil e simples reencontrar a fé.) “Qual o caminho a tomar?”, pergunta ela no sonho. (Como e por que via ela retornará à fé?) “Caminhei muito tempo sozinha — estou duvidando... (No sonho essa dúvida se refere, naturalmente, apenas ao caminho certo para o edifício da igreja.) Ela vê uma menina que lhe presta informações. (À pergunta do médico se ela conhece a frase do Evangelho: “Deveis tornar-vos como as crianças”, ela responde que sim.) No sonho era a resposta à pergunta onde mora o Dr. K. N. outra vez: ... perto da igreja, mas a senhora tomou o caminho errado — deve voltar! (De novo o motivo: ela deve voltar ao começo, isto é, à ingenuidade daquela fé que têm as crianças.) E ela continua a sonhar: “estou com sede!” (À pergunta se ela conhece o verso do salmo: “Como a corça tem sede de água, minha alma tem sede de ti”, responde a paciente de novo que sim.) A criança recolhe uma água cristalina de uma fonte; mas o jarro do qual ela (a sonhadora) deve beber, está sujo. (A paciente conhece a parábola do livro “Arztliche Seelsorge”, onde se confronta a infidelidade erótica da mulher com a do homem, falando-se de “fonte” e “jarro”.) “Quero comprar um jarro, o meu quebrou.” (A paciente se queixou repetidas vezes que, desde que seu marido morreu, ela não pôde amar a ninguém, mas sente a falta de alguém.) No curso ulterior do sonho, ela volta pelo mesmo caminho. (Este caminho

representa o tratamento analítico-existencial.) Cruzando a rua, há árvores caídas. (Dificuldades, recaídas durante o tratamento!) Mas logo a seguir o caminho está desimpedido e lá, ao longe, está a igreja! Uma bela catedral como a de Caen: branca como leite... Acorda. Interrogada a respeito, a paciente diz ter feito uma vez uma excursão de automóvel pela Normandia, mas quando chegaram a Caen, já escuro, ela não pôde ver a catedral que tanto tinha desejado ver e que conhecia apenas por fotografias. A catedral que ela não conseguiu ver no escuro, mas que agora vê no sonho, pode ser interpretada como representação simbólica da idéia do "Deus absconditus" ou da transformação para o "Deus revelatus", experimentada pela doente no curso do tratamento.

Segue agora um outro sonho: "Meu rosto está voltado para a luz. Atrás de mim há um abismo para a escuridão. Do abismo sobe um ar gelado. Mas não sinto medo nenhum. Pertença a Deus. Um sentimento de absoluta felicidade, humildade, amor, proteção. Sofri muito. Mas Deus está junto de mim. Sinto em mim uma entrega religiosa como nunca sentira. Uma segura e totalmente evidente penetração de Deus. Não há lugar para qualquer dúvida no estado em que me encontro! Estar em Deus... e o sonho continua: Uma mulher me fala: "Você está muito suja, o que não é de admirar depois de uma viagem tão longa". E eu retruço: "Sim, e também me submeti a uma operação". (Com a operação o sonho se refere, ao que parece, à violação do seu ser, da qual já se falou, e que por fim foi benéfica.) Estou cansada. Devo voltar agora para a minha casa em Zurique, para tomar banho. (Compare acima o motivo de se sentir suja.) Seguem-se aventuras: obstáculos a serem vencidos — eu sonho um romance inteiro. Mas, finalmente chego em casa. Muito feliz instalo-me de novo". Este sonho, ocorrido poucas semanas depois do anteriormente citado, exprime, portanto, a sensação de estar novamente em casa e de tornar-se, outra vez, limpa.

Em correspondência com o motivo deste último sonho, mas sem nenhuma dependência consciente dele, consta das anotações da nossa paciente: "Devo fazer tudo de novo, pois não sei mais nenhuma oração, esqueci todos os ritos, não me posso apoiar em nenhuma igreja... mas sou obrigada a crer em Deus".

E por fim: "Estou liberta como num conto de fadas, graças ao tratamento sei novamente pintar, como também outra vez rezar! Consigo rezar de forma cada vez mais profunda e feliz. É a graça... Serei digna dela?"

Se já observamos a correspondência existente entre os sonhos antecipados e a vida realizada, então vemos, concluindo, como o

motivo do último sonho, finalmente, encontra sua satisfação na vida desperta: a antiga paciente luta pela extrema pureza da sua vivência — “Será que torno fáceis demais as coisas? Tenho o direito de ter fé? Pois, não sou absolutamente digna de ter encontrado um sentido”. Mas, na mesma folha das suas anotações encontra-se o seguinte trecho: “O sentimento de felicidade daquele sonho do qual já falei certa vez é experimentado agora por mim intensamente quando acordada — há alguns dias. Agora aconteceu... Tranqüilidade em Deus — agora de fato tudo tem sentido!”

Assim o tratamento — repetindo as palavras da paciente — “tirou tudo que dela era para tirar”. Ela aprendeu a encontrar seu caminho e nele prosseguir sozinha. Isto se exprime também no sonho: “É noite. Entrego um bilhete a um homem, no qual está escrito um endereço. Devo segui-lo, assim ficou combinado. No início respira com dificuldade, mas depois tudo se torna fácil. Finalmente o homem desaparece. (Isto se refere, naturalmente, ao fim do tratamento.) Primeiro fico ansiosa, depois torno-me tranqüila e penso: “Porque essa excitação? Eu sei o endereço e posso encontrar sozinha o caminho em meio às trevas”. Contudo, a paciente ainda não está satisfeita com o progresso conseguido e conseqüentemente consigo mesma. “Foi meu desejo mais ardente, nestes últimos dias, entrar num convento — não no convento real, mas sim ficar sozinha e pintar; tomar as coisas como elas vêm. Mas vejo agora que isto é impossível, que ainda não estou preparada para isso. Porque será que não sei entregar-me?”, queixa-se ela, dando em seguida a resposta a si mesma: “Ambiciono-o muito, mas ao mesmo tempo tenho receio”. Mesmo sua vivência de Deus é suspeita, parecendo-lhe um engano, não sendo de fato autêntica: “Mas, como diferenciar entre o verdadeiro e o falso? Será que minha fé em Deus é um sinal da velhice? Será que o inventei para não mais precisar procurá-lo? Não duvido da existência de Deus, mas sim da minha fé. Fujo de Deus para um relacionamento mais íntimo com ele”. “Deus aí está. Sei. Atrás de uma parede fina como papel e que eu não posso romper. Tento-o sempre de novo, mas somente no sonho o consigo. Quando acordo, tudo se desvanece”. Num dos sonhos ela vê: “Ruínas de um templo gótico no cume de uma montanha. Belíssimas colunas. O chão se torna mole e quente, eu rezo... tudo afunda, somente as colunas que se elevam para Deus ficam intactas. Eu penso, Deus estará aqui hoje. Sinto uma dor e acordo”.

Um belo dia, a doente se declara curada — “ou será sua relação tranqüila com Deus, esta aceitação sem condições e a realização objetiva e ao mesmo tempo sensata daquilo que tem que ser feito, apenas histeria? Não é meu mérito, não me gabo de nada, apenas

estou muito admirada e grata. Não sei dizer o que se deu comigo esta noite. Deve ter sido algo de muito belo e ainda continua vivo comigo, é algo porém que não sou capaz de exprimir”.

E estes estados de dúvidas ainda se repetem: “São para mim muito dolorosos — creio que logo morrerei —, isto, porém, não me atemoriza, ao contrário, seria até agradável. Recordações fortes e incrivelmente belas... Longas horas de luz, uma espécie de entrega a Deus... um estar ligada a Deus... Estar unida com todas as coisas e com Deus. Tudo que eu vejo ou que toco, sou eu... Vibrar com todas as forças e cores... contato com as coisas. Por meu intermédio toda existência terrena flui para Deus, eu sou agora um pedaço de fio condutor”. É como se ela fosse “um pedacinho de Deus”, “como se ela fosse transparente”. Ela fala de presença e diz de si mesma: “j’ai touché” mas tem “medo de se exprimir mais claramente”. “É o começo da loucura... e se assim fosse? Se for a loucura quero-a sempre para mim... “Tant pis”, pois então a verdade estará assim na loucura e eu prefiro esta à saúde”.

Vem em seguida uma crise: “Estou totalmente embotada e vazia.” Depois de ter experimentado coisas tão extraordinárias sente ela agora e de forma penosa o vazio. Um dia ela interpreta o vazio como autopunição, pois ela “não merece essa felicidade”. Sua vivência é tal, que ela parece ter alcançado a realização da sua vida e do seu tempo. “Sinto cada vez mais que minha vida chegou ao seu termo e que agora somente falta a morte. Tudo me aborrece, desejo uma só coisa, a repetição dos estados de êxtase. Tudo o mais me é indiferente. Estou maníaca. Frente à graça acho-me pequena e insignificante e penso dia e noite como poderia tornar-me digna, mas isto talvez nem passe de um orgulho estúpido. Tenho um grande medo do vazio, embora eu saiba que devo aceitar tudo sem restrições, mesmo o vazio.”

Por fim, o vivenciar feliz e a vida ativa levam a melhor. “Esta é minha primeira primavera em Deus. — Até agora estive surda e cega, mas agora tudo está iluminado por Deus.” A nossa paciente consegue sentir Deus como se adquirisse um novo sentido além dos 5 para “sentir, ouvir e ver Deus”. Falta apenas o nome para Deus. “Mas o tratamento me levou a Deus. O abismo deixou de existir, o estar em Deus me sustenta, eu não posso cair. A vida revela ser maravilhosa, rica e cheia de possibilidades. Tudo se torna suportável e cheio de sentido, quando relacionado a Deus. Acho que sei agora o que devo fazer: Pôr em ordem a vida cotidiana por amor a Deus.”

Índice onomástico

- Adler, Alexandra 63
Adler, Alfred 41, 58, 141, 143, 171
Allers 62, 86
Allport 46, 78
Aristóteles 6
Aschenbrenner 168
- Babinski 70
v. Baeyer 75
Bänziger 46
Barber 8
Bastine 29
Benedikt 29
v. Bergmann 58, 126
Berkowitz 8
Bernanos 198
v. Bertalanffy 46
Berze 76
Binswanger 43, 220
Bitter 11
Black 5
Boss 165, 166
Braun 127, 171
Briggs 26
Bühler, Charlotte 11, 46, 125
Bühler, Karl 182
Bumke 64
Burnett 37
- Chalstrom 5
Charcot 182
Crumbaugh 4, 5, 9, 12
- Dansart 12
Dehmel 207
de Lamettrie 54
Dilling 20, 21
Dreikurs 21, 129, 132
Dubois 119, 120
- Ehrentraut 38, 39
Einstein XIX
- Eisenhower 7
Eisenmann 26
Eissler 13, 14
Erickson 27
Ernst 165
Ewald 199
- Fabry 1, 38
Farnsworth XIX
Farris 39
Fechtman 4
Feinstein 7
v. Forstmeyer 5
Fraiser 5
Frank 80
Freud 5, 40, 41, 42, 43, 48, 111, 134,
136, 142, 165, 166, 168, 171, 192
Freudenberg 81
Friedlaender XV
Frosch 35
Fröschels 178, 180
- Gaind 20
Garza-Perez 22, 27, 29
Gerstmann 57
Gierlich 67, 69
Ginsberg 35
Gliedmann 80
Gluckmann 6
Goethe 125
Gregson 5
Gutheil 148
Guttman 64
- Habinger 3
Haeckel 41
Haley 27
Hand 22, 32
v. Hattingberg 21
Heidegger 187, 192, 220
Helffenberg 207

- Henkel 29
 Heyse 20, 21
 Hilgard 41
 Hodgson 20
 Horn 37
 Huber 33

 Imber 80

 Jacobs 30
 Jacobson 9
 Jaspers 43, 50, 160, 192
 Jendrassik 69
 Johnson, Paul E. 1
 Johnson, V. 36
 Jores 25, 27

 Kaczanowski 36, 37
 Kant 4, 9
 Kauders 127
 Kelman 41
 Kierkegaard 119, 194
 Klitzke 3
 Kniveton 7
 Kockott 20, 21
 Kocourek 29, 81, 135, 153, 155, 156
 Kogerer 184
 Kohler 3
 Kraemer 211
 Krafft-Ebing 111
 Kratochvil 3, 12
 Kraus 84
 Kraus, Karl 126
 Kretschmer 182
 Kronfeld 137
 Krout 1
 Krug 29
 Künkel 229

 Lange 64
 Langen 211
 Laotse 126
 Lasègue 67
 Lazarsfeld 141
 Lazarus 20, 22, 30
 Ledwidge 22, 27, 29
 Lehembre 26
 Lersch 47
 Lewin 11
 Lorenz 5, 7, 35
 Lukas 4, 9, 12

 Maholick 9
 Marks 18, 20, 21
 Marksteiner 89

 Marmor 41
 Maslow 10
 Masters 36
 Medlicott 28
 Meier 12
 Meshoulam 26
 Millar 41
 Moll 103, 110
 Müller 80
 Müller-Settele 80
 Murphy 12

 Naiman 42
 Nash 80
 Niebauer-Kozdera 29
 Nietzsche 50, 219
 Norris 39
 Novalis 106

 Ochs 32

 Padelford 4
 Pandura 8
 Paracelsus 212
 Petrilowitsch 2, 9
 Planova 12
 Polak 29, 43
 Pongratz 21, 41
 Pötzl 178
 Pynnummootil 24

 Rachman 20
 Ramirez 25
 Riebeling 80
 Rilke 126
 Rogers 132
 Romberg 70
 Roosevelt 83
 Rosefeldt 20, 21
 Ross 8
 Rossolimo 70

 Sadiq 23, 27
 Sahakian, Barbara Jacquelyn 36
 Sahakian, William S. 36
 Scheler 47, 107
 Schiller 212
 Schlan 81
 Schmook 29
 Schopenhauer 51, 219
 Schultz 82, 174, 175, 177, 178, 179,
 180, 185, 222, 225
 Schwarz 86, 103, 111
 Scott 8

Shapiro 35
Shean 4
Sherif 8
Silberer 167
Simmel 141
Solyom, C. 22, 27, 29
Solyom, L. 22, 27, 29
Soucek 41
Stefen 7
Stenger 162
Stephenston 7
Steward, J. M. 35
Stone 80
Storch 219
Stransky 141
Straus 63
Strupp 21

Unna 81

Victor 29
Villinger 211

Vogelson 32
Volkamer 6
Vymetal 3

Wallace 32
Walters 8
Wanderer 15
Watson 20
Weisskopf-Joelson 13, 42, 188
Weitbrecht 198
v. Weizsäcker 124
Wertham 7
Wertheimer 11
Wexberg 21, 129
Wittkower 42
Wolpe 14
Wortis 81

Yarnell 12
Young 12

Zawadil 10

Índice remissivo

- Agorafobia 18, 31, 76, 127, 128, 129, 134, 138, 173
Agressão 5, 6
Agressividade 6, 7, 8
Aislamiento 4, 5, 51
Análise de Ajzen 11
Análise Existencial XV, 41, 43-46, 142, 152, 165, 166, 192
Angústia de espera 17, 18, 76, 77, 82, 83, 89, 100, 128
Antropologia implícita 54
Aprendizagem da Logoterapia 31
Arte 217-232
Atos falhos 166
Autocompreensão ontológica pré-reflexiva 12
Autodistanciamento 2, 16, 17
Auto-realização 47
Autotranscendência 2, 16, 17, 34
Behaviorismo *vide* Terapia comportamental
Blasfêmia compulsiva 149, 150
Capacidade de sofrer 53
Ciência 45
Claustrofobia 76
Crise logogênica 196
Complexo 192
Consciência 11
Conversão 182
Dependência de tóxicos 4, 5
Depressão adicional (secundária) 202
Depressão endógena 199-209
De-reflexão 36-42, 120, 133, 160, 207
Desmascaramento dos desmascaradores 49
Destino 190-198
Disposição simbólica 171
Distúrbio da fala 25, 26, 134, 180, 181
Distúrbio da potência 33, 35, 36, 37, 38, 85-102
Doença do gerente (*manager*) 51
Ejaculação precoce 38, 108-111, 119
Eletrochoque 73, 200
Enurese 186
Eritrofobia 134
Especificamente humano 16, 17
Espiritualismo 73, 74
Esporte 6
Esquizofrenia 209-215
Estatística 9
Experiências 22
Farmacoterapia 73-81, 200
Fenômeno do enrugamento (corrugatório) 66, 214
Fixação 113
Fraqueza de vontade 190, 191
Frigidez 37, 120
Frustração existencial 3, 15, 16, 50, 54, 124
Fumar 178, 179
Gagueira *vide* Distúrbio da fala
Hibernação 200
Hiperacusia da consciência 203
Hiperintencionalidade 34, 35, 36
Hiper-reflexão 34, 35, 36
Hipnose 186-190
Histeria 76, 181-186
Homeostase 46, 47
Homossexualidade 111-119
Homúnculo 54
Humor 22, 25, 129, 130, 139, 140
Iatrogênio 83
Imperativo categórico da Logoterapia 53

- Impotência *vide* Distúrbio da potência
 Indústria das diversões sexuais 35
 Indústria das instruções sexuais 35
 Insegurança instintiva 141
 Insônia 27, 156-165
 Insuficiência da percepção inata 141
 Intenção paradoxal 17-36, 78, 79, 129,
 130, 132, 133, 134, 135, 139, 148,
 153, 154, 155, 156, 160, 188
 Interpretação de sonhos 165-170, 228,
 229, 230, 231, 232
 Intolerância emocional 80
 Liberdade 190-198
 Linguagem 182, 183
 Logos 43, 52
 Logoterapia XIV, XV, 1, 2, 39, 40, 41,
 42, 43-56
 Logoterapia em grupo 5
 Masturbação 102-108, 195
 Medicação paradoxal 162-165
 Meditação transcendental 39
 Metodologia XV, 130, 143, 149, 201
 Método psicoterapêutico XV, 1
 Modeling 29, 129, 155
 Modelo reativo da angústia neuróti-
 ca 18
 Monismo 74
 Neurose 188
 Neurose climática 124-126
 Neurose compulsiva 19, 137-156
 Neurose de angústia 18, 19, 126-137
 Neurose iatrogênica 82-84
 Neurose noogênica 3, 15, 16, 40, 51,
 52
 Neurose orgânica 170-174
 Neurose psiquiátrica 41
 Neurose sexual 33, 89, 106, 119-124
 Neurose sociogênica 3
 Niilismo 54, 212
 Noodinâmica XX, 46
 Ontologia dimensional 44
 Órgão do sentido 11
 Paresia 67, 71
 Pastoral médica XV, 40, 152, 173,
 191, 194
 Perigo generalizado 213
 Perturbação do sono *vide* Insônia
 Perversões sexuais 111-119
 Pesquisa da paz 6, 8
 Pessoa 49
 Poder da inteligência 107
 Prazer 34, 49, 119
 Primitiva confiança na existência 80
 Princípio do equilíbrio 49
 Proibição do coito 95, 96, 102
 Pseudoneurose somatogênica 52, 76, 77
 Psicanálise 2, 13, 14, 15, 41, 42, 53,
 111, 113, 132, 135, 140, 165, 166
 Psicologia 14
 Psicologia individual 41, 53, 136, 137,
 182, 203
 Psicoses endógenas 198-215
 Psicoterapia XIII, XIV, 80
 Psicoterapia re-humanizada 1
 Psicofobia 144, 145, 146
 Psiquiatria humanizada 5
 Reflexo condicionado 19
 Regressão 113, 166, 167, 133
 Relaxamento 39, 174, 197
 Religião 217-232
 Religiosidade 12
 Religiosidade inconsciente 109
 Responsabilidade XIV, 53, 54
 Sentido XIX, XX, 11, 12, 52, 53, 54,
 173
 Sentimento da falta de sentido 2, 50
 Simulação 65, 66
 Sintoma de substituição 26, 27
 Sugestão 79, 80, 186-190
 Suicídio 4, 201
 Tabagismo 178, 179
 Técnica 54
 Técnica do diagnóstico psiquiátrico
 209-213
 Tendência ao absoluto (aos 100%)
 140, 141, 146
 Terapia comportamental 2, 14, 15, 16,
 18, 20, 21, 22, 29
 Teste 4, 201, 202, 210, 211, 212
 Tique 24
 Transferência 132
 Transitoriedade 53, 125, 126
 Treinamento autógeno 174-181
 Tremor intencional 68
 Triade de frustração 201
 Triade psicodinâmica 76
 Vácuo existencial XX, 3, 51
 Vaginismo 39, 121
 Valor 12, 53, 152
 Volta da psicoterapia à medicina 76
 Vontade do sentido 9, 48

Viktor E. Frankl é professor de Neurologia e de Psiquiatria na Faculdade de Medicina da Universidade de Viena, onde também dirige o Departamento de Neurologia da Policlínica.

O Dr. Frankl foi professor convidado das Universidades de Harvard, Stanford, Duquesne e é professor de *Logoterapia* na United States International University de San Diego (Califórnia), onde também lecionam Charlotte Bühler e Carl Rogers.

Ele tornou-se o criador de um novo método psicoterápico que já foi chamado "a terceira escola psicanalítica" de Viena (depois de Freud e Adler).

Seus 23 livros foram traduzidos para 17 línguas. Nos E.U.A. seu *Man's Search for Meaning* vendeu mais de dois milhões de cópias.

€ . P . U .



EDITORA PEDAGÓGICA
E UNIVERSITÁRIA LTDA.