

RECOMENDAÇÕES AO MÉDICO QUE PRÁTICA A PSICANÁLISE (1912)

TÍTULO ORIGINAL: "RATSCHLÄGE FÜR DEN ARZT BEI DER PSYCHOANALYTISCHEN BEHANDLUNG". PUBLICADO PRIMEIRAMENTE EM *ZENTRALBLATT FÜR PSYCHOANALYSE* [FOLHA CENTRAL DE PSICANÁLISE], V. 2, N. 9, PP. 483-9. TRADUZIDO DE *GESAMMELTE WERKE* VIII, PP. 376-87; TAMBÉM SE ACHA EM *STUDIENAUSGABE, ERGÄNZUNGSBAND* [VOLUME COMPLEMENTAR], PP. 169-80. ESTA TRADUÇÃO FOI PUBLICADA ORIGINALMENTE EM *JORNAL DE PSICANÁLISE*, SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICANÁLISE DE SÃO PAULO, V. 32, N. 58/59, PP. 427-36, NOVEMBRO DE 1999; ALGUMAS DAS NOTAS DO TRADUTOR FORAM OMITIDAS NA PRESENTE EDIÇÃO.

As regras técnicas que ofereço me resultaram de longos anos de experiência, depois de à própria custa encetar e abandonar outros caminhos. Logo se notará que elas, ou ao menos muitas delas, podem se resumir a um único preceito. Espero que sua observância poupe esforços inúteis aos médicos que exercem a psicanálise e lhes permita evitar alguma omissão; mas devo enfatizar que essa técnica revelou-se a única adequada para a minha individualidade. Não me atrevo a contestar que uma personalidade médica de outra constituição seja levada a preferir uma outra atitude ante os pacientes e a tarefa a ser cumprida.

a) A primeira tarefa com que se defronta o analista que atende mais de um paciente por dia lhe parecerá também a mais difícil. Ela consiste em reter na memória todos os inúmeros nomes, datas, detalhes de lembranças, pensamentos espontâneos e produções patológicas que um paciente traz durante o tratamento, no curso de meses e anos, e não confundi-los com material semelhante de outros pacientes, analisados antes ou no mesmo período. Quando temos que analisar diariamente seis, oito pacientes ou mais, a proeza mnemônica que isso implica despertará, nas demais pessoas, incredulidade, admiração ou até mesmo pena. De todo modo as pessoas estarão curiosas em relação à técnica que torna possível dominar tão grande material, e esperarão que ela recorra a meios especiais.

No entanto, essa técnica é bem simples. Ela rejeita qualquer expediente, como veremos, mesmo o de tomar notas, e consiste apenas em não querer notar nada em especial, e oferecer a tudo o que se ouve a mesma “atenção flutuante”, * segundo a expressão que usei. Assim evitamos uma fadiga da atenção, que certamente não poderíamos manter por muitas horas ao dia, e escapamos a um perigo que é inseparável do exercício da atenção proposital. Pois, ao intensificar deliberadamente a atenção, começamos também a selecionar em meio ao material que se apresenta; fixamos com particular agudeza um ponto, eliminando assim outro, e nessa escolha seguimos nossas expectativas ou inclinações. Justamente isso não podemos fazer; seguindo nossas expectativas,

corremos o perigo de nunca achar senão o que já sabemos; seguindo nossas inclinações, com certeza falsearemos o que é possível perceber. Não devemos esquecer que em geral escutamos coisas cujo significado será conhecido* apenas posteriormente.

Como se vê, o preceito de notar igualmente tudo é a necessária contrapartida à exigência de que o analisando relate tudo o que lhe ocorre, sem crítica ou seleção. Se o médico se comporta de outra maneira, desperdiça em boa parte o ganho que resulta da obediência à “regra fundamental da psicanálise” por parte do paciente. Para o médico, a regra pode ser formulada assim: manter toda influência consciente longe de sua capacidade de observação e entregar-se totalmente à sua “memória inconsciente”, ou, expresso de maneira técnica: escutar e não se preocupar em notar alguma coisa.

O que desse modo alcançamos satisfaz a todas as exigências durante o tratamento. Os elementos do material que já formam um nexo ficarão à disposição consciente do médico; outros, ainda não relacionados, caoticamente desordenados, parecem primeiro submersos, mas emergem prontamente na consciência, tão logo o paciente traz algo novo, ao qual aqueles podem se ligar e mediante o qual podem ter continuidade. Então recebemos do analisando, com um sorriso, o imerecido cumprimento por uma “memória extraordinária”, quando após bastante tempo reproduzimos um detalhe que provavelmente teria contrariado a intenção consciente de fixá-lo na memória.

Erros nesse processo de recordar sucedem apenas em momentos e circunstâncias em que somos perturbados pelo envolvimento pessoal (ver adiante), ficando muito aquém do ideal do analista, portanto. Mistura com o material de outros pacientes acontece raramente. Numa eventual disputa com o analisando, sobre ele ter ou não dito certa coisa, ou o modo como o disse, geralmente o médico está certo.¹

b) Não posso recomendar que se tomem muitas notas durante as sessões, que se redijam atas etc. Além da impressão desfavorável que isso causa em alguns pacientes, valem aqui as mesmas considerações que tecemos a respeito da atenção. Ao redigir notas ou estenografar, fazemos forçosamente uma seleção prejudicial do que ouvimos e ocupamos uma parte de nossa atividade mental, que teria melhor emprego se aplicada na interpretação do material. Pode-se admitir exceções a essa regra, sem qualquer objeção, no caso de datas, textos de sonhos ou conclusões isoladas dignas de nota, que facilmente são destacados do contexto e se prestam a um uso independente como exemplos. Mas também isso não costumo fazer. Redijo os exemplos à noite, de memória, após o trabalho; os textos de sonhos que me interessam, faço os pacientes registrar em após o relato do sonho.*

c) Tomar notas durante a sessão poderia ser justificado pela intenção de tornar o caso objeto de uma publicação científica. Algo que em princípio não se pode proibir. Mas deve-se ter em mente que protocolos exatos, num caso clínico psicanalítico, ajudam menos do que se poderia esperar. A rigor, ostentam a pseudoexatidão de que a “moderna” psiquiatria nos oferece exemplos notórios. Geralmente são cansativos para o leitor, e não conseguem substituir para ele a presença na análise. A experiência mostra que o leitor, se estiver disposto a crer no analista, lhe dará crédito também pelo pouco de elaboração que ele empreendeu no material; mas, se não pretender levar a sério a análise e o analista, ignorará também protocolos fiéis do tratamento. Este não parece ser o caminho para remediar a falta de evidência que se enxerga nos relatos psicanalíticos.

d) Um dos méritos que a psicanálise reivindica para si é o fato de nela coincidirem pesquisa e tratamento; mas a técnica que serve a uma contradiz, a partir de certo ponto, o outro. Não é bom trabalhar cientificamente um caso

enquanto seu tratamento não foi concluído, compor sua estrutura,* prever seu prosseguimento, de quando em quando registrar o estado em que se acha, como exigiria o interesse científico. O êxito é prejudicado, nesses casos destinados de antemão ao uso científico e tratados conforme as necessidades deste; enquanto são mais bem-sucedidos os casos em que agimos como que sem propósito, surpreendendo-nos a cada virada, e que abordamos sempre de modo despreconcebido e sem pressupostos. A conduta correta, para o analista, está em passar de uma atitude psíquica para outra conforme a necessidade, em não especular e não cogitar enquanto analisa, e submeter o material reunido ao trabalho sintético do pensamento* apenas depois que a análise for concluída. A distinção entre as duas atitudes não faria sentido se já tivéssemos todos os conhecimentos — ou pelo menos os essenciais — sobre a psicologia do inconsciente e sobre a estrutura das neuroses, que podemos adquirir no trabalho psicanalítico. Atualmente estamos ainda longe desse objetivo, e não devemos nos interditar os meios de testar o que até agora aprendemos e de acrescentar coisas novas a isso.

e) Recomendo enfaticamente aos colegas que no tratamento psicanalítico tomem por modelo o cirurgião, que deixa de lado todos os seus afetos e até mesmo sua compaixão de ser humano, e concentra suas energias mentais* num único objetivo: levar a termo a operação do modo mais competente possível. Nas circunstâncias de hoje, um afeto perigoso para o analista é a ambição terapêutica de realizar, com seu novo e discutido método, algo que tenha efeito convincente em outras pessoas. Isso não apenas o coloca numa disposição pouco favorável para o trabalho, como também o deixa inerte ante determinadas resistências do paciente, cujo restabelecimento depende em primeiro lugar, como se sabe, do jogo de forças dentro dele. A justificação para se requerer tal frieza de sentimentos do psicanalista está em que ela cria as condições mais vantajosas para as duas partes: para o médico, a desejável proteção de sua

própria vida afetiva; para o doente, o maior grau de ajuda que hoje podemos dar. Um antigo cirurgião teve por lema a seguinte frase: *Je le pensai, Dieu le guérit* [Eu lhe fiz os curativos, Deus o curou]. O analista deveria se contentar com algo assim.

f) É fácil ver para qual objetivo essas diferentes regras convergem. Elas pretendem criar, para o médico, a contrapartida da “regra fundamental da psicanálise” estabelecida para o analisando. Assim como este deve comunicar tudo o que sua auto-observação capta, suspendendo toda objeção lógica e afetiva que procure induzi-lo a fazer uma seleção, também o médico deve colocar-se na posição de utilizar tudo o que lhe é comunicado para os propósitos da interpretação, do reconhecimento* do inconsciente oculto, sem substituir pela sua própria censura a seleção a que o doente renunciou. Expresso numa fórmula: ele deve voltar seu inconsciente, como órgão receptor, para o inconsciente emissor do doente, colocar-se ante o analisando como o receptor do telefone em relação ao microfone. Assim como o receptor transforma novamente em ondas sonoras as vibrações elétricas da linha provocadas por ondas sonoras, o inconsciente do médico está capacitado a, partindo dos derivados do inconsciente que lhe foram comunicados, reconstruir o inconsciente que determinou os pensamentos espontâneos do paciente.

No entanto, se o médico for capaz de usar de tal forma seu inconsciente como instrumento na análise, ele próprio tem que satisfazer em grande medida uma condição psicológica. Ele não pode tolerar, em si mesmo, resistências que afastam de sua consciência o que foi percebido** por seu inconsciente; senão introduziria na análise um novo tipo de seleção e distorção, bem mais prejudicial do que a produzida pelo recurso à atenção consciente. Para isso não basta que ele próprio seja um indivíduo aproximadamente normal; pode-se exigir que ele tenha se submetido a uma purificação psicanalítica e tenha tomado conhecimento daqueles seus complexos que seriam capazes de perturbar a apreensão

do que é oferecido pelo analisando. Não se pode razoavelmente duvidar do efeito desqualificador dessas falhas próprias; a cada repressão não resolvida do médico corresponde, na expressão pertinente de Wilhelm Stekel, um “ponto cego” na sua percepção psicanalítica.

Anos atrás, dei a seguinte resposta à questão de como alguém pode tornar-se psicanalista: “Pela análise dos próprios sonhos”. Tal preparação basta para muitas pessoas, certamente, mas não para todos que querem aprender a analisar. Além disso, nem todos conseguem interpretar os próprios sonhos sem ajuda externa. Incluo entre os muitos méritos da escola psicanalítica de Zurique ter reforçado essa condição e tê-la fixado na exigência de que todo indivíduo que queira efetuar análise em outros deve primeiramente submeter-se ele próprio a uma análise com um especialista. Quem levar a sério este trabalho deveria eleger esse caminho, que promete várias vantagens; o sacrifício de franquear a intimidade a um estranho, sem que a enfermidade o obrigue a isso, é amplamente recompensado. A pessoa não apenas realiza muito mais rapidamente e com menor gasto afetivo a intenção de tomar conhecimento do que traz oculto em si mesma, como adquire na própria carne, por assim dizer, impressões e convicções que procura em vão nos livros e nas conferências. Por fim, deve-se apreciar também o benefício da duradoura relação espiritual que costuma se estabelecer entre o analisando e aquele que o guia.

Uma tal análise de alguém praticamente sadio permanecerá inconclusa, como é de se esperar. Quem estimar o valor do autoconhecimento e da elevação do autocontrole, adquiridos por meio dela, prosseguirá no exame analítico da própria pessoa em forma de autoanálise, e se contentará com o fato de que, tanto dentro de si como fora, sempre deve esperar encontrar algo novo. Mas quem, como analista, desdenhou a precaução de analisar a si mesmo, não apenas se vê castigado com a incapacidade de aprender mais que uma certa medida de seus pacientes, corre também um perigo mais sério e que

pode se tornar perigo para os outros. Ele facilmente cairá na tentação de projetar sobre a ciência, como teoria de validade geral, aquilo que em obscura percepção ele enxerga das peculiaridades de sua própria pessoa, carreando descrédito para o método psicanalítico e desencaminhando os inexperientes.

g) Acrescento mais algumas regras, em que passo da atitude do médico para o tratamento do analisando.

É sem dúvida atraente, para um psicanalista jovem e entusiasmado, colocar muito de sua individualidade, para arrastar consigo o paciente e elevá-lo acima dos limites de sua estreita personalidade. Seria perfeitamente admissível, e mesmo adequado para a superação das resistências ativas no doente, que o médico lhe oferecesse um vislumbre dos próprios defeitos e conflitos mentais, e lhe possibilitasse pôr-se em pé de igualdade, dando-lhe notícias confidenciais de sua vida. Pois uma confiança vale a outra, e quem solicita intimidade de outro deve dá-la em troca.

Mas na relação psicanalítica muita coisa transcorre de modo diferente do que se esperaria conforme a psicologia da consciência. A experiência não depõe a favor de uma técnica afetiva semelhante. Também não é difícil ver que com ela abandonamos o terreno psicanalítico e nos aproximamos do tratamento por sugestão. Consegue-se que o paciente comunique mais cedo e mais facilmente o que ele próprio já sabe, e o que resistências convencionais o fariam reter por algum tempo ainda. Quanto a pôr a descoberto o que é inconsciente para o doente, essa técnica não ajuda, apenas o torna ainda mais incapaz de superar resistências mais profundas, e em casos mais difíceis fracassa devido à insaciabilidade que foi despertada no paciente, que então gostaria de inverter a relação e acha a análise do médico mais interessante do que a sua. Também a resolução da transferência, uma das principais tarefas do tratamento, é dificultada por uma atitude íntima do médico, de sorte que o eventual ganho do início é mais que contrabalançado, afinal. Não hesito, portanto, em

rejeitar como defeituosa essa técnica. O médico deve ser opaco para o analisando, e, tal como um espelho, não mostrar senão o que lhe é mostrado. Na prática, é certo que nada se pode objetar quando um psicoterapeuta mistura um quê de análise com uma parte de influência por sugestão, para alcançar êxitos visíveis em tempo mais curto, tal como é necessário, por exemplo, em instituições; mas pode-se exigir que ele tenha dúvida acerca do que faz, que saiba que o seu método não é o da verdadeira psicanálise.

h) Outra tentação vem da atividade pedagógica que no tratamento psicanalítico recai sobre o médico, sem que haja intenção por parte dele. Dissolvendo-se as inibições ao desenvolvimento, ocorre naturalmente que o médico chegue à situação de indicar novas metas para as tendências* liberadas. É então compreensível que ele ambicione fazer algo extraordinário da pessoa em cuja libertação da neurose ele tanto se empenhou, e prescreva elevados objetivos para os desejos dela. Mas também aí o médico deveria se manter em xeque e orientar-se mais pela aptidão do paciente do que por seus próprios desejos. Nem todos os neuróticos possuem grande talento para a sublimação; de muitos podemos supor que não teriam adoecido, caso dispusessem da arte de sublimar seus instintos. Se os pressionamos demasiadamente para a sublimação e lhes tiramos as gratificações de instintos mais imediatas e cômodas, em geral lhes tornamos a vida ainda mais difícil do que eles a sentem. Como médicos devemos sobretudo ser tolerantes com as fraquezas do doente, temos de nos contentar em recuperar, ainda que seja para alguém de não muito valor, algo da capacidade de realização e de fruição. A ambição pedagógica é tão pouco adequada quanto a terapêutica. Há a considerar, também, que muitas pessoas adoecem precisamente na tentativa de sublimar seus instintos além do montante permitido por sua organização, e que naqueles capacitados para a sublimação este processo costuma se efetuar por si mesmo, tão logo as inibições são vencidas pela análise. Acho, portanto, que o esforço de regularmente

usar o tratamento analítico para a sublimação de instintos é sempre louvável, mas de modo algum aconselhável em todos os casos.

i) Dentro de que limites devemos buscar a colaboração intelectual do analisando no tratamento? É difícil afirmar algo de aplicação geral neste ponto. A personalidade do paciente é que decide em primeiro lugar. Mas de todo modo se deve observar cautela e reserva. É errado colocar tarefas para o analisando, dizer que ele deveria juntar suas lembranças, meditar sobre um determinado período de sua vida etc. Ele tem que aprender, isto sim — o que para ninguém é fácil admitir —, que com a atividade mental dessa espécie, com o esforço da vontade e da atenção não se resolve nenhum dos enigmas da neurose, mas somente através da observância paciente da regra psicanalítica que manda afastar a crítica ao inconsciente e seus derivados. De modo particularmente implacável devemos insistir nessa regra junto aos pacientes que praticam a arte de escapular para o âmbito intelectual no tratamento, e que então refletem bastante, às vezes sabiamente, sobre o seu estado, poupando-se de fazer alguma coisa para vencê-lo. Por isso não gosto que meus pacientes recorram à leitura de textos psicanalíticos; peço que aprendam na sua própria pessoa, e lhes garanto que desse modo saberão mais do que o que toda a literatura psicanalítica poderia ensinar-lhes. Mas reconheço que nas condições de um internamento em instituição pode ser muito vantajoso utilizar a leitura para preparar os analisandos e para produzir uma atmosfera de influência.

Desaconselho enfaticamente que se procure o apoio e a aquiescência de pais ou parentes, dando-lhes uma obra de psicanálise para ler, seja ela profunda ou introdutória. Essa medida bem-intencionada basta, via de regra, para fazer surgir prematuramente a natural — e, cedo ou tarde, inevitável — oposição dos parentes ao tratamento psicanalítico de um dos seus, de forma tal que o tratamento não chega a ter início.

Manifesto a esperança de que a progressiva experiência dos analistas levará em breve a um acordo quanto à técnica mais adequada para o tratamento dos neuróticos. Com relação ao tratamento de parentes, confesso minha perplexidade e deposito bem pouca confiança no seu tratamento individual.

* No original, *gleichschwebende Aufmerksamkeit*. Uma nota da *Standard* inglesa informa que, ao dizer que já usou a expressão, Freud alude provavelmente a uma passagem da "Análise da fobia de um garoto de cinco anos" (1909), e que há uma ligeira diferença entre as duas passagens. De fato, no texto do "Pequeno Hans" Freud usa *gleiche Aufmerksamkeit*, "mesma atenção", enquanto o adjetivo que agora emprega é também formado de *schwebend* (do verbo *schweben*, pairar). Strachey utiliza *evenly-suspended*, que parece ser a melhor versão (não considerando a holandesa, que pode usar um composto exatamente igual ao alemão: *gelijkzwevende*). A antiga tradução espanhola utiliza *flotante*, a nova, argentina, optou por *parejamente flotante*, e a antiga versão francesa acrescenta aspas ao adjetivo: "*flottante*".

* O verbo aqui usado por Freud, *erkennen*, pode significar "conhecer, reconhecer, discernir, perceber"; por isso as versões estrangeiras variam: *descubrimos*, *uno* [...] *discernirá*, *se révèle*, *recognized*, *onderkend* ("reconhecido").

1 Com frequência o analisando afirma já ter dito algo, enquanto podemos garantir, com tranqüila superioridade, que o está fazendo pela primeira vez. Então se verifica que o analisando já teve antes a intenção de dizê-lo, mas foi impedido por uma resistência ainda em ação. A lembrança de tal intenção é para ele indistinguível da lembrança de sua realização.

* "Faço os pacientes registrarem após o relato do sonho": *lasse ich von den Patienten nach der Erzählung des Traumes fixieren*. Essa oração não é totalmente clara. Por isso há divergências nas traduções consultadas: *hago que el mismo enfermo ponga por escrito su relato después de habérselo oído de palabra*, *hago que los pacientes mismos los fijen {por escrito}* [sic; entre chaves] *tras relatar el sueño*, *J'abandonne au patient le soin de fixer lui-même* [...], *I get the patient to repeat them to me after he has related them so that I can fix them in my mind*, *laak ik door de patiënten na het vertellen van de droom vastleggen*. O problema é duplo: o sentido do verbo *fixieren* (é registrar por escrito ou fixar na memória?) e o agente desse verbo (é o analista ou o paciente?). Os dois tradutores de língua espanhola concordam na primeira e na segunda opções, respectivamente (as palavras "por escrito", entre chaves, acham-se no texto da edição argentina). A tradutora francesa omite parte da oração, mas também vê o paciente como sujeito de *fixer*, e não especifica esse verbo mais que o original. A versão inglesa é a que mais discrepa: o analista "fixa na mente" o sonho que fez o paciente repetir. Para o tradutor holandês, está claro que a

tarefa cabe ao paciente, e o verbo que usa para verter *fixieren* é *vastleggen* (aparentado ao alemão *festlegen*), que significa "assentar, consignar". Um professor alemão — e professor de alemão — que consultei acha bastante provável o sentido de "registrar por escrito".

* "Compor sua estrutura": *seinen Aufbau zusammensetzen*. Alguns tradutores preferiram "reconstruir, reconstituir" para verter o verbo alemão: *reconstruir su estructura, componer su edificio, en reconstituer la structure, to piece together its structure, de loop ervan te construeren*. O significado literal de *zusammensetzen* é "colocar junto"; nada nele recomenda o recurso ao prefixo "re", em português. E lembremos do próprio título de um importante artigo técnico de Freud: "Construções na análise" (*Konstruktionen in der Analyse*, de 1937). Outro ponto passível de discussão, nesse trecho, é a versão de *Aufbau* por "estrutura". *Aufbau* pode significar também "construção, edifício, montagem, organização, carroceria (de automóvel)". Deve-se ter presente que a *Standard* inglesa emprega com relativa frequência o termo *structure*, para traduzir diversas palavras alemãs, e isso pode dar uma maior impressão de rigidez ou solidez das formações psíquicas do que a que o original nos transmite. É talvez significativo que a edição holandesa (a mais nova entre essas) use a palavra *loop* ("curso", equivalente ao alemão *Lauf*) para *Aufbau*.

* "Trabalho sintético do pensamento": no original, *synthetischen Denkarbeit*; nas traduções consultadas: *labor mental de síntesis, trabajo sintético del pensar, travail de synthèse, synthetic process of thought, synthetische denkarbeit*.

* "Energias mentais": *geistige Kräfte* — *energías psíquicas, fuerzas espirituales*, (omissão na tradução francesa), *mental forces, geesteskrachten*.

* "Reconhecimento": *Erkennung*, no original; nas versões estrangeiras consultadas: *descubrimiento, discernimiento, découvrir, recognizing, doorgronden* ["penetrar"]; ver nota sobre *erkennen* na p. 150, acima.

* "Percebido": novamente o verbo *erkennen*, agora no participípio — *descubierto, discernido, les perceptions, perceived, onderkend*.

* "Tendências": não traduz exatamente *Strebungen*, substantivo (atualmente não mais usado) do verbo *streben*, que significa "esforçar-se por, aspirar a, ambicionar"; os outros tradutores usam *tendencias, aspiraciones, pulsions, trends, strevingen*.