



# PUC RIO

ISABEL MARIA DE CARVALHO VIEIRA

CRITÉRIOS DE CURA EM PSICANÁLISE

Tese submetida como  
requisito parcial para  
a obtenção do grau de  
Mestre em Psicologia  
Clínica

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, RJ, fevereiro de 1976.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA  
DO RIO DE JANEIRO

Rua Marquês de São Vicente, 225 - Gávea  
CEP 22453-900 Rio de Janeiro RJ Brasil  
<http://www.puc-rio.br>

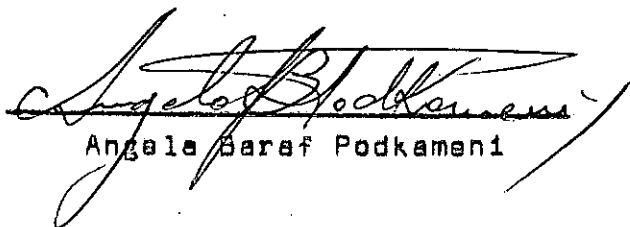
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

CRITERIOS DE CURA EM PSICANALISE

Isabel Maria de Carvalho Vieira

Tese submetida como  
requisito parcial para  
a obtenção do grau de  
Mestre em Psicologia Clínica

Professor Orientador

  
Angela Baraf Podkameni

Rio de Janeiro, RJ, fevereiro de 1976

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO

CTCH - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

CRITÉRIOS DE CURA EM PSICANÁLISE

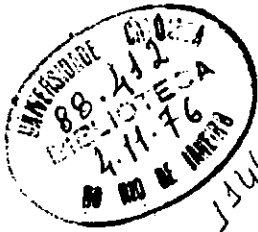
Isabel Maria de Carvalho Vieira

Tese de Mestrado apresentada em fevereiro de 1976

78069

UC - 72954-0

BC



784487

150  
 V658C  
 TESEUC  
 927

Handwritten initials or mark at the bottom right corner.

*A meus filhos e meu marido*

## AGRADECIMENTOS

Ao Departamento de Psicologia da  
Pontifícia Universidade Católica do  
Rio de Janeiro.

A ANGELA BARAF PODKAMENI,

minha orientadora, pelo estímulo  
e apoio que me deu durante toda  
a elaboração desta tese.

A MONIQUE-AIMÉE AUGRAS,

minha professora em graduação, em  
pós-graduação e minha orientadora  
em Pesquisa II, quando iniciei a  
sistematização dos estudos que seriam  
o ponto de partida para esta tese.

A SAMUEL FARO,

meu atual supervisor em técnica  
psicanalítica, que me acompanhou com  
especial interesse e atenção.

A NEYDE BURLAMAQUI DE ALVARENGA,

minha analista e minha amiga,  
por compartilhar meu próprio  
processo psicanalítico — o maior subsídio  
deste trabalho.

A todos os meus CLIENTES,

os que já se foram e os que ainda estão comigo,  
pelo que aprendi na convivência íntima  
com o mundo interno de cada um,  
pela confiança e afeto que cresce,  
cada dia, entre nós.

## SUMARIO

Este trabalho pretende discutir os critérios de cura no campo psicanalítico e as possibilidades de avaliação destes critérios. Para atingir este objetivo nos reportamos a problemas mais gerais, mas fundamentais, a partir dos quais elaboramos nossa proposta.

O trabalho se divide em quatro capítulos:

- no 1º capítulo discutimos a conceituação de saúde, doença e normalidade, através de critérios e perspectivas diferentes, concluindo pela impossibilidade de precisão destes conceitos, mas pela possibilidade de caracterização de saúde e doença como dois polos extremos do existir humano;
- no 2º capítulo buscamos a caracterização do conceito de cura sem conseguir chegar a ele — uma vez que nos foi impossível uma delimitação segura de saúde, fica igualmente impossível uma precisão no conceito de cura;
- no 3º capítulo estudamos o embasamento da teoria e da técnica psicanalítica em Freud e em outros autores que continuaram sua obra;
- no 4º capítulo partimos para uma vasta pesquisa de critérios de cura em psicanálise, em grandes autores e psicanalistas experimentados, escolhendo algumas contribuições que consideramos mais significativas para apresentar na própria tese.

As conclusões finais são a elaboração a que chegamos até o momento: considerando válido o conceito de flexibilidade de Goldstein como referência básica de saúde, no plano da vida orgânica, tentamos a transposição deste critério, como referência básica de saúde, para o plano da vida psíquica. Constatamos sua adequabilidade e a possibilidade de uma avaliação objetiva, na relação terapêutica, através da comunicação que se estabelece entre analisando

e analista. Tentamos mostrar como a flexibilidade — expressa e construída objetivamente na comunicação — pode vir a ser um critério operacional. Assim, apresentamos e defendemos a dimensão flexibilidade-comunicação como referência básica de saúde e, portanto, um critério de cura em psicanálise. Percebemos que o grau de objetividade que podemos apontar é ainda muito insatisfatório, ao nível das exigências habituais de operacionalidade, na prática científica de outras áreas do conhecimento. Reconhecemos esta deficiência mas julgamos que ela poderá ser reduzida, ou até corrigida, na medida em que se tiver tornado possível toda uma construção científica mais satisfatória no campo do comportamento humano. Sabemos que nosso trabalho abre inúmeras perspectivas para estudos teóricos e elaborações técnicas em Psicanálise. Para continuar nossa proposta precisamos buscar subsídios em outras áreas do conhecimento especialmente na teoria da comunicação e no campo da metodologia científica.



## RÉSUMÉ

Ce travail a été conçu dans le but de discuter les critères de guérison dans le domaine de la psychanalyse et les possibilités d'évaluation de ces critères. Pour arriver à ce but, nous nous sommes rapportés aux problèmes plus généraux, mais fondamentaux, par lesquels nous avons commencé à élaborer notre proposition. Le travail se divise en quatre chapitres :

- dans le premier chapitre, nous avons analysé la définition de santé, maladie et normalité, par des critères et des perspectives distincts, en concluant à l'impossibilité de préciser ces concepts, mais cependant à la possibilité de caractériser la santé et la maladie comme étant deux pôles extrêmes de l'être humain;
- dans le deuxième chapitre, nous avons cherché à déterminer le concept de guérison, sans avoir pu aboutir à sa définition — car il nous a été impossible de délimiter avec assurance le concept de santé, de même en ce qui concerne le concept de guérison;
- dans le troisième chapitre nous avons étudié les bases de la théorie et de la technique psychanalytique chez Freud et d'autres auteurs qui ont continué son oeuvre;
- dans le quatrième chapitre nous avons fait des recherches au sujet des critères de guérison en psychanalyse. Ces recherches ont compris les grands auteurs et des psychanalystes expérimentés dont nous avons choisi les contributions les plus expressives pour illustrer cette thèse.

Les conclusions finales ont été l'élaboration à laquelle nous sommes arrivés jusqu'à présent : en considérant valable le concept de flexibilité donné par Goldstein, comme étant la référence fondamentale de santé dans le plan de la vie organique, nous avons essayé de transposer ce cri

tère, comme étant la principale référence de santé, sur le plan de la vie psychique. Nous avons constaté l'adéquation de cette transposition et, en outre, la possibilité d'une évaluation objective, dans le rapport thérapeutique, par la communication qui s'établit entre patient et analyste. Nous avons essayé de montrer comment la flexibilité — exprimée et construite objectivement dans la communication — peut devenir un critère opérationnel. Ainsi, nous avons présenté et défendu la dimension flexibilité-communication comme étant la principale référence de santé, donc, un critère de guérison en psychanalyse. Nous nous sommes aperçu que l'objectivité que nous avons pu souligner est encore très insuffisante au niveau des habituelles exigences opérationnelles à l'usage scientifique des autres domaines de la connaissance. Nous reconnaissons ce défaut, mais nous le jugeons passible d'être réduit, ou même corrigé, dans la mesure où il est possible d'avoir toute une construction scientifique plus satisfaisante du domaine de la conduite humaine. Nous savons que notre travail ouvre plusieurs perspectives aux études théoriques et aux élaborations techniques en psychanalyse. Pour pouvoir donner suite à notre proposition, il nous faut demander l'aide des autres domaines de la connaissance, spécifiquement de la théorie de la communication et de la méthodologie scientifique.

## INDICE

INTRODUÇÃO .....	1
1. SAUDE E DOENÇA - o conceito de normalidade .....	3
1.1 - Duyckaerts - quatro critérios .....	4
1.1.1 - critério estatístico .....	5
1.1.2 - critério de adaptação .....	7
1.1.3 - critério de integração .....	8
1.1.4 - critério de autonomia .....	11
1.2 - Darcy Uchoa - o conceito de saúde e doença em Psiquiatria .....	13
1.3 - Canguilhem - o conceito de normatividade .....	17
1.4 - Goldstein - o conceito de flexibilidade ..	24
1.5 - Jaspers - uma visão existencial .....	29
1.6 - Foucault - uma interpretação histórica ...	33
1.7 - Síntese pessoal .....	38
2. CONCEITO DE CURA .....	41
2.1 - abordagem médica - concepção de Canguilhem	43
2.2 - abordagem psiquiátrica - concepção de Alonso-Fernández .....	46
2.3 - a medicina da pessoa - contribuição de Danilo Perestrello .....	54
2.4 - Síntese pessoal .....	56
3. PSICANALISE COMO TECNICA TERAPEUTICA .....	61
estudo especial das contribuições de	
3.1 - Freud .....	62
3.2 - Charles Rycroft .....	69
3.3 - Horus Vital Brazil .....	73
3.4 - Franz Alexander .....	76
3.5 - Charles Brenner .....	79
3.6 - Síntese .....	82

4.	CRITERIOS DE CURA EM PSICANALISE .....	85
4.1	- Freud .....	86
4.2	- Franz Alexander .....	100
4.3	- Daniel Lagache .....	108
4.4	- Anthony Störr .....	112
4.5	- III Congresso Brasileiro de Psicanálise ..	116
4.6	- Ivan Ribeiro .....	120
4.7	- Françoise Dolto .....	124
4.8	- Eliane Amado Lévy-Valensi .....	129
5.	CONCLUSÃO .....	133
6.	BIBLIOGRAFIA .....	157

## INTRODUÇÃO

Nosso trabalho pretende discutir os critérios de cura no campo psicanalítico, ou seja, os objetivos terapêuticos de uma psicanálise, assim como a possibilidade de a valiação destes objetivos. A tentativa de uma tomada de posição frente a estes critérios envolve discussões anteriores quanto aos conceitos de saúde e doença, cura, psicanálise como técnica terapêutica. Estes assuntos serão tratados aqui, preliminarmente, como condição indispensável para a abertura dos problemas relacionados com a nossa proposta.

Pensamos ainda na possibilidade de um questionamento frente às abordagens das diversas escolas psicanalíticas. Dentro dessa perspectiva, é comum serem muito destacadas e alardeadas as diferenças entre as escolas, enquanto enfatizam diferentemente aspectos da teoria ou da técnica psicanalítica. Cremos que uma visão mais profunda nos leva a perceber que, para além das diferenças, os aspectos fundamentais da teoria e da técnica permanecem os mesmos, embora apresentados sob rótulos diferentes. É nessa similaridade, ou nessa equivalência, que vamos nos apoiar na tentativa de delinear os aspectos fundamentais dos critérios de cura em qualquer abordagem psicanalítica.

Em nosso estudo partimos de Freud por ser o próprio fundador da Psicanálise. Tentamos enriquecer suas observações, construções e achados técnicos com autores que, tendo desenvolvido um trabalho psicanalítico posterior, conservam-se basicamente na mesma linha original. Evitamos os autores que apresentam divergências muito acentuadas porque julgamos que isso poderia favorecer dispersões, pela necessária análise dos contrastes, em lugar de contribuir para o aprofundamento das idéias que estamos nos propondo a focalizar.

Estamos nos dispondo a discutir os objetivos terapêuticos de uma psicanálise, conduzindo nosso estudo e reflexão no sentido de buscar, delinear ou construir parâmetros

básicos de critérios de cura (ou de saúde) independentemente do contexto cultural ou do contexto teórico onde se desenrola o processo analítico.

Temos consciência da dificuldade de nossa proposta, das limitações de nossas conclusões, da insuficiência fundamental de qualquer solução apresentada nesse campo.

Acreditamos que o esforço de precisar e definir melhor os objetivos psicoterápicos de uma psicanálise favorece diretamente a compreensão e o acompanhamento de cada caso clínico, dando-nos melhores condições para avaliação do processo que se desenvolve em cada relação terapêutica.

Este trabalho pretende ser, apenas, mais uma contribuição na tentativa de clarificar e encaminhar possíveis respostas a um problema fundamental na sistematização da terapia psicanalítica.

## 1. SAÚDE E DOENÇA -

### o conceito de normalidade

"Nous dirons que l'homme sain ne devient pas malade en tant que sain. Aucun homme sain ne devient malade, car il n'est malade qu'autant que sa santé l'abandonne et en cela il n'est pas sain. L'homme dit sain n'est donc pas sain. Sa santé est un équilibre qu'il rachète sur des ruptures inchoatives. La menace de la maladie est un des constituants de la santé."

Canguilhem, G., *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, 1972, pág. 217.

A primeira dificuldade que encontramos ao enfrentar os estudos relativos aos conceitos de saúde, doença e normalidade é o fato de verificarmos que todos nós, inevitavelmente, somos influenciados direta e intensamente pelos critérios sócio-culturais de nosso grupo, de nossa cultura, de nossa civilização. Há um acentuado subjetivismo e impressionismo individual, social, cultural na abordagem deste problema.

Muitos dos livros lidos se limitam à apresentação mais ou menos didática das abordagens gerais do problema: é o caso de Duyckaerts, Uchoa, Lazarus. Outros apresentam uma abordagem especialmente original — como Canguilhem, Goldstein, Jaspers, Foucault.

1.1 - DUYCKAERTS — quatro critérios básicos.

Duyckaerts apresenta o problema de forma extremamente sistematizada. Partindo da expressão sugestiva de Heidegger que "o homem é um ser no mundo", considera como propriedade essencial da existência humana essa relação e sugere que a conduta do homem seja avaliada de acordo com estes dois pontos de referência: o mundo exterior e o mundo interior. A partir daí apresenta quatro critérios básicos de normalidade:

- critério estatístico
- critério de adaptação
- critério de integração
- critério de autonomia.

Aponta os dois primeiros como expressão de um ponto de referência do mundo exterior e os outros dois como expressão de um ponto de referência do mundo interior.

Vamos nos referir a cada um desses critérios, segundo a colocação de Duyckaerts, apresentando ao mesmo tempo nossas reflexões pessoais a respeito de cada um deles.



### 1.1.1 - Critério estatístico

O critério estatístico está ligado ao conceito de homem médio e gira em torno da resposta modal do grupo. Hollingworth é apontado como o que primeiro propõe a aplicação dos métodos estatísticos ao estudo do comportamento afetivo e social. Para ele, anormal significa "um afastamento mais ou menos acentuado com relação à média ou à tendência central geral de seu grupo"<sup>1</sup>.

A média do grupo seria indicativa de normalidade e, assim sendo, o homem normal seria o homem médio, definido por sua conformidade às tendências centrais do grupo de que faz parte. Os comportamentos pouco frequentes seriam considerados anormais.

As justificativas teóricas de apoio ou recusa a essa perspectiva são muito variadas e citaremos apenas a expressão de dois teóricos de posição diametralmente oposta.

Para Quêtelet a média manifesta a ação de causas essenciais enquanto os desvios revelam a ação de causas acidentais. "A média típica se torna o sinal visível da norma"<sup>2</sup> e isso justificaria a valorização qualitativa da média. "O homem médio de cada época representa o tipo de desenvolvimento da humanidade para essa época"<sup>3</sup> porque Quêtelet entende a "estatística como uma física social"<sup>4</sup>.

Para Duprês e para o próprio Duyckaerts,

"em uma perspectiva metafísica coerente todas as causas se equivalem (...) Uma causa acidental só é acidental para nós que somos incapazes de perceber, de uma só vez, o encadeamento de todos os fenômenos cósmicos. Se conhecêssemos todas as séries causas que constituem a história do universo já não te

---

1. DUYCKAERTS, F., *A noção de normal em Patologia Clínica*, São Paulo, Harder, 1968, pág. 147.

2. *ibid.*, pág. 158.

3. QUÊTELET, A., *Du système social*, Paris, Guilleuminet Cie., pág. 48, in DUYCKAERTS, *op. cit.*, pág. 158.

4. DUYCKAERTS, F., *op. cit.*, pág. 155.

ríamos qualquer razão para falar de efeitos acidentais ou de efeitos essenciais. Um olhar universal perceberia, simplesmente, um entrelaçamento de causas homogêneas." <sup>8</sup>

Dentro dessa perspectiva que considera toda a curva de comportamentos como expressão do entrelaçamento de causas diversas, sem possibilidade ou avaliação do que seria essencial ou acidental, não há como identificar o normal com a média, nem com os desvios, nem como atribuir valor qualitativo de norma a qualquer tipo de comportamento.

Um dos mais sérios problemas apresentados pelo critério estatístico é a marginalização proposta para os comportamentos originais, que seriam considerados necessariamente anormais pela sua raridade. Dentro de um ponto de vista mais amplo, poderíamos também entender os comportamentos pouco frequentes como expressão de uma resposta original de sobrevivência, expressão que, em certos casos, iria caracterizar uma forma própria de viver até mesmo mais adequada e mais evoluída, mais integrada e mais produtiva, e nem sempre, necessariamente, o comportamento pior, negativo, porque pouco frequente. O comportamento excepcional, criador e original só poderia ter lugar, numa curva normal, na área dos desvios mais acentuados.

Outro problema complexo que esse critério levanta é o do estudo das semelhanças de resposta num mesmo contexto social. Embora cada ser vivo tenha forma original de nascer, viver e morrer — poderíamos mesmo dizer que as formas de adaptação à vida são tão numerosas quanto os próprios indivíduos —, não há como se furtar à reflexão que a semelhança das respostas deve refletir e referir aspectos fundamentais da estrutura humana, que há que haver invariáveis da espécie e talvez de grupos. O grande problema estaria na capacidade de captar (posição empirista) ou construir teoricamente (posição estruturalista) essas invariáveis e caracterizá-las operacionalmente de forma a po

---

5. DUYCKAERTS, F., *op. cit.*, pág. 158.

derem ser submetidas a tratamento estatístico. Neste sentido, o que aparece como pouco válido no critério não é o fato de ser estatístico, mas a dificuldade de definir e medir os aspectos do comportamento que importam ao conceito de saúde-doença.

### 1.1.2 - Critério de adaptação

Adaptar significa ajustar, acomodar, amoldar uma coisa a outra. Em psicologia o termo é habitualmente empregado no sentido de acomodação, de aceitação, de ajustamento às exigências do meio. Por este motivo o estudo da adaptação se refere, em geral, à maneira como nos conduzimos para chegar às tais acomodações, e à avaliação do êxito com que nos ajustamos às exigências que nos são impostas. Mas a adaptação pode, e também precisa, ser encarada como resultado do atendimento às exigências do indivíduo, a suas necessidades internas. Segundo Dysinger, a adaptação implica

"uma satisfação essencial das necessidades do indivíduo nos limites de uma conformidade aos modelos de comportamento admitidos pela sociedade; dessa forma essa adaptação é, geralmente, um compromisso (...). A adaptação equivale a um tratado em que cada uma das duas potências hostis — o indivíduo e a sociedade — sacrifica parte de suas exigências para tornar suportável a coexistência. Como o indivíduo não pode suprimir a sociedade, nem a sociedade suprimir o indivíduo, é preciso resignar-se a um compromisso."<sup>6</sup>

A idéia de compromisso como uma solução de conveniência entre o indivíduo e a sociedade, como entidades inimigas e opostas, gera uma série de equívocos na concepção de adaptação e na concepção de normalidade. Parece-nos extremamente perturbadora a idéia de que a submissão às re-

---

6. DYSINGER, D. W., "Signs of Personality Disintegration" in *An Introduction to Clinical Psychology*, N. York, 1948, pág. 53, in DUYCKAERTS, op. cit., pág. 104.

gras sociais ou a maior proximidade às respostas habituais significa necessariamente uma demissão individual ou, ao contrário, que a adaptação a si mesmo, a maior ou melhor capacidade de auscultar-se e corresponder às próprias expectativas, implicaria num rompimento do contexto social.

Se estamos de acordo que o Homem só se realiza plenamente na relação com o outro, na vida em comunidade, que a vivência e convivência no grupo humano é condição mesma de desenvolvimento da sua própria humanidade (vide exp. meninos-lobos; exp. de crianças internadas etc.), há que haver a busca permanente de um encontro entre os interesses individuais e sociais, sem a expectativa sistemática do conflito inevitável. Há que haver a possibilidade (não necessariamente utópica) de atender às exigências sociais sem agredir-se internamente e atender às exigências internas, sem hostilizar necessariamente o grupo. As dificuldades e, às vezes, a impossibilidade de chegar a esse ponto de encontro seriam a expressão da doença individual ou da doença da comunidade.

O grupo existe para permitir e favorecer o nascimento, o crescimento, o enriquecimento, a fecundidade de seus membros; a sociedade seria, basicamente, fonte de vida, de expansão e plenitude. Quando ela se torna fonte, fator ou condição de doença, miséria e morte, ela é expressão da doença dos seus membros.

### 1.1.3 - Critério de integração

O critério de integração é apresentado através dos conceitos estabelecidos por Sherrington e Goldstein nos seus estudos sobre sistema nervoso. Na concepção de Sherrington a integração se define por uma propriedade adquirida, progressivamente, pelo organismo e posterior a todos os mecanismos elementares que marcam o começo da vida orgânica. Na concepção de Goldstein ela é uma propriedade preexistente aos comportamentos particulares e anteriores

às condutas elementares. A noção de integração pode, portanto, ser entendida como uma síntese progressiva dos mecanismos elementares ou como uma realidade orgânica que garanta uma orientação vital intrínseca no ser humano.

Em psicologia, como em fisiologia, não temos jamais a oportunidade de observar um organismo como um todo. Só podemos estudar comportamentos que acontecem no tempo e no espaço, isto é, segmentos do comportamento total. O critério de integração só pode ser avaliado, portanto, em relação a comportamentos particulares de um indivíduo e não ao próprio indivíduo na sua totalidade.

Uma abordagem fecunda para avaliação dessa integração se faz a partir da constatação de maior ou menor intencionalidade do comportamento. O comportamento integrado seria caracterizado por uma opção consciente ou uma orientação (mesmo inconsciente) no sentido de garantir uma sobrevivência adequada. O comportamento desintegrado seria expressão de uma conduta desorientada ou automatizada consciente ou inconscientemente.

Tentando integrar as concepções de Goldstein, Sherrington, Mayer e Schwarz, diz textualmente Duyckaerts:

"um indivíduo age de uma maneira integrada quando consegue orientar o conjunto de seus órgãos, de suas funções e de suas pulsões no sentido de um valor, de uma tarefa, de um fim. Se esta estruturação do ser psicofisiológico se torna impossível pelas condições exteriores ou por uma má percepção de tais condições, o indivíduo não age mais, mas deixa agir nele funções e tendências parciais (...) consciente, experimenta em si um dualismo, uma dissociação: de um lado, seu eu voluntário; do outro, as forças irracionais ou subterrâneas que o determinam, imperiosamente. Este sentimento subjetivo de desintegração é a repercussão efetiva pelo fato de o indivíduo, em vez de integrar seu passado fisiológico e psíquico na realização de uma tarefa, encontra-se, ao contrário, sob a dependência absoluta do passado. Em vez de buscar um objetivo, seu organismo se desorganiza de um estado de frustração e de angústia, de acordo com as vias traçadas pelas experiências passadas. Quanto mais o indivi

duo é passivo, mais se identifica com a sua história."7

Outro aspecto importante na avaliação de integração se refere à distinção entre a integração percebida ou avaliada de fora, pelos outros, e a integração vivida por dentro, pelo indivíduo em questão.

Quando falamos de "integração percebida" estamos nos referindo ao comportamento de alguém a quem os outros atribuem integração, unidade; quando falamos de "integração vivida" estamos nos referindo ao que cada um "sabe de si mesmo", "sente de si mesmo" e como consciente ou inconscientemente integra seu passado e seus objetivos futuros no seu comportamento presente. A distinção é válida porque nem sempre coincidem a percepção que o sujeito tem de si mesmo e a percepção dos outros em relação ao mesmo sujeito.

Em relação à integração vivida poderíamos dizer que o sujeito é mais integrado na medida em que consegue viver intensamente seu próprio repertório de comportamentos, numa unidade intencional, frente aos seus desejos e possibilidades, ou seja, quando é o sujeito de suas ações e não objeto delas. Em relação à integração percebida, diríamos que ocorre quando tudo isso aparece como real aos olhos dos outros.

O critério de integração, quando entendido numa concepção muito restrita, pode se tornar perturbador e mesmo contraditório. A vivência permanente de um comportamento sistematizado e claramente intencional seria expressão de uma personalidade extremamente doente, dominada por dinamismos obsessivos. No desenvolvimento do homem sadio, pela sua própria riqueza de possibilidades vivenciais, teria de haver lugar para a experiência de momentos e até mesmo de fases de desintegração, não necessariamente entendidos como negativos; o homem sadio pode (e deve) expe

---

7. DUYCKAERTS, F., *op. cit.*, pág. 70-71.

rimentar determinadas formas (talvez menos agudas ou apenas menos dominadoras) da chamada desintegração psíquica. Toda a tradição humana, especialmente a transmitida pelos filósofos, pelos artistas e pelos místicos, fala de experiências e de estados de dissociação, de desdobramentos, de contradições, que caracterizam os momentos cruciais de grande crescimento no processo de autoconhecimento e fecundidade interior. Poderíamos mesmo supor que a ausência total de vivências contraditórias fugiria do normal e da saúde, expressaria uma repressão madrosa à vivência da própria realidade paradoxal do homem, refletiria uma negação a si mesmo, uma pobreza no ser.

#### 1.1.4 - Critério de autonomia

O critério de autonomia pode ser referido à autonomia em relação a si mesmo e à autonomia em relação aos outros.

A autonomia em relação a si mesmo ocorre quando conseguimos orientar nossa ação para o atendimento das nossas necessidades subjetivas, sem deixar de considerar as condições objetivas do meio; quando as funções fisiológicas e psicológicas se realizam harmoniosamente na estrutura do comportamento. Ao contrário, a vivência da "não autonomia" no indivíduo seria expressa pelo domínio de automatismos preestabelecidos e por uma incapacidade de submeter seu comportamento às necessidades ou interesses dominantes no seu viver presente. Uma dissociação se instalaria de forma inevitável e seria expressa no envolvimento do sujeito em situações e acontecimentos que não escolheu nem desejou, por um comportamento alienado e alienante, que apresentaria uma repetição do passado, excessivamente potente e dominante no presente.

A autonomia em relação aos outros seria a expressão da capacidade do indivíduo de se autodirigir, obtida pela

maturidade, pela capacidade de ultrapassar as atitudes infantis de dependência e submissão às autoridades. Isso ocorreria quando a motivação dominante do comportamento se fizesse em função da própria experiência da realidade do sujeito em questão, e não como expressão de submissão passiva a pessoas tidas como mais competentes ou mais poderosas.

É muito evidente para nós a relação entre os critérios de autonomia e integração: o indivíduo autônomo, ou o integrado (sadio), pode estruturar sua conduta segundo seus propósitos, enquanto o doente fica à mercê de esquemas previamente aprendidos que se imporiam a ele.

A compreensão simplista da autonomia como critério de normalidade é também extremamente perigosa, porque evita o verdadeiro problema: o de avaliar quando uma atitude de dependência ou de autonomia é sadia ou mórbida. O comportamento sadio é simultaneamente autônomo e dependente, na medida em que expressa um autoconhecimento das próprias possibilidades e limitações.

O indivíduo autônomo seria o que é capaz de se conduzir frente aos objetivos que se propõe, dentro das condições internas e externas de sua realidade, encontrando um equilíbrio no próprio viver. O oposto seria aquele que se deixa levar por automatismos preestabelecidos, expressando uma conduta não escolhida por ele mas imposta a ele, pelas condições internas e/ou externas de sua realidade.

Uma ressalva importante que se pode fazer a todo este esquema é o do perigo de excessiva segurança que pode advir da utilização prática desses critérios, apresentados de forma tão objetiva e sistemática. É claro que estes critérios podem funcionar como pontos de referência para uma abordagem da realidade, mas jamais terão condição de esclarecê-la inteiramente.



## 1.2 - DARCY UCHOA — o conceito de saúde e doença em Psiquiatria.

[ No livro *Conceito de Psiquiatria*, Darcy Uchoa inicia seu estudo enfileirando conceitos de saúde tais como "saúde é o silêncio dos órgãos" (Leriche); "saúde é a harmonia das forças contrapostas" (Alcmeón); "estado de bem-estar físico, mental e social" (OMS); "um estado ou qualidade do organismo humano em determinadas condições genéticas e ambientais" (OMS)<sup>8</sup> a que se opõem os conceitos de doença como desconforto, sofrimento, desequilíbrio, ineficiência, inadaptação. Faz a distinção clássica de normal e anormal em relação à saúde e à doença apontando o conceito de norma média e norma de valor. ]

Partindo da constatação de que as discussões em relação ao conceito de norma se fazem em torno de questões culturais e estatísticas, sugere como fundamental para adequada utilização do conceito, a separação entre a "forma" e o "conteúdo" da norma, pondera que o critério estatístico nada tem que ver com a interpretação de normalidade como forma-função e que "a capacidade de normalizar da consciência se dirige mais para a forma do que para o conteúdo"<sup>9</sup>. Insiste na importância da tipicidade como atributo básico da função normalizadora, citando textualmente Natanson quando diz que "a passagem qualitativa da normalidade para a doença guarda relação com uma mudança do eixo do mundo. É o próprio mundo que se torna estranho. Nós podemos designar o mórbido dentro da patologia da tipicidade"<sup>10</sup>. Nega significância ao "termo médio" porque puramente quantitativo, o que levaria a considerar anormal o que se distancia da média, sem levar em questão qualquer ou-

---

8. UCHOA, Darcy de Mendonça, *Conceito de Psiquiatria*, Rio, Imago, 1973, pág. 86.

9. *ibid*, pág. 62.

10. NATANSON, M., *Philosophische Grundfragen der Psychiatrie* (I), Berlin, Göttingen-Heidelberg, 1963, pág. 914 in UCHOA, *op. cit.*, pág. 62.

tra referência. Entre as muitas objeções a este critério, apresenta a existência de estados caracteristicamente deficitários, mesmo doentios, como os mais difundidos em determinadas populações, em determinadas circunstâncias, em detrimento de estados mais sadios, dando como exemplo a cárie dentária, a tuberculose, etc.; e a que nós poderíamos acrescentar a neurose nas grandes cidades, determinados tipos de neurose e psicose em determinados grupos sociais e familiares. Aponta, ainda, o registro da melhor saúde, da adaptação ou da produtividade mais expressiva, nos comportamentos situados nos maiores índices de desvios da norma. Fica evidente que o termo médio não resolve bem o problema.

Discute a "norma de valor" porque corresponde a um ideal subjetivo pessoal ou social, excessivamente influenciado por fatores culturais, onde a saúde e a normalidade expressariam o nível de aspiração ou o ideal de perfeição de um grupo. Apesar de admitir que a psiquiatria como ciência não pode se beneficiar do conceito de valor acredita que, do ponto de vista prático, os juízos de valor se misturam com os conceitos de saúde e doença de forma tão profunda que fica quase impossível desvincular um do outro, mesmo dentro de uma perspectiva profissional.

[Cita Henry Ey, Biswanger, Heidegger, Jaspers e conclui pela impossibilidade de uma conceituação precisa de saúde-doença, chegando então a critérios relativos, variáveis no tempo e no espaço, dependendo dos padrões sócio-culturais em vigor, condicionados pela tradição, pelos costumes, hábitos, valores de tal ou qual cultura.]

[Saindo da relatividade dos critérios sócio-culturais, caminhou Uchoa para os critérios de apreciação subjetiva (sensação pessoal íntima) de saúde e doença, onde todos os homens se aproximam na tentativa de encontrar bases objetivas de solução para o problema. Aponta a importância da captação fenomenológica do sintoma e da vivência como contribuição para elucidação e delimitação de campos afins da neurologia, psiquiatria, psicologia e, conseqüentemen-

te, na elucidação ou clarificação dos conceitos de saúde-doença e normalidade.]

Cita e endossa McLean no seu estudo sobre as relações da realidade e normalidade, definindo a normalidade como:

- a capacidade de aprender da experiência;
- a capacidade para tolerar na consciência o de seespero e a realidade;
- a capacidade para trabalhar e amar sem excessiva culpa e ansiedade.

Refere-se à noção de "mentalidade paleológica" e de "regressão teleológica" de Arieti para explicação do fenômeno de dessimbolização e dissociação do esquizofrênico, mostrando como essas idéias têm semelhança com as de Searl (tipos não integrados e tipos não diferenciados de pacientes); com as de Jung (inconsciente coletivo, arquétipos, símbolos de transformação, integração da personalidade); com as de Levy-Bruhl sobre a mentalidade primitiva pré-lógica.

Embora cada vez se conheçam como mais variáveis os critérios e modos de vida dos diferentes grupos sociais, a relatividade dos critérios diminui sensivelmente diante das situações-limite, onde entram em jogo valores vitais como vida e morte, honra e desgraça. As situações de enfermidade ou deformidades graves, os crimes como filicídio, matricídio, parricídio são fatos considerados de forma lastimável na maioria absoluta das culturas. Nos pontos extremos do comportamento humano as diferentes culturas se aproximam, e na ampla faixa das situações intermediárias, elas se diferenciam.

[Aproxima a noção de saúde dos conceitos de capacidade funcional, equilíbrio dinâmico-funcional intrapsíquico e interpessoal, funções preservadas de adaptação ao grupo social. Saúde seria entendida como "realização plena, como capacidade dinâmico-funcional preservada, funcionamento equilibrado do organismo mesmo em faixa de desvio (mínimo, indiferente) mas integrado fisiológica e psicossoci

almente"<sup>11</sup>.

Tenta finalmente o que ele chamou de critério totalitário, integrativo na apreciação dos estados de saúde e doença em que se dá lugar a uma avaliação do comportamento explícito e implícito do indivíduo.

"O indivíduo deve ter a sensação de permeabilidade, de abertura diante de sua própria problemática e de problemática dos outros, com sensação de afinamento e ajustamento, de capacidade plena para a realização do seu próprio destino. O pensamento, a afetividade e a atividade pragmática deverão caminhar juntos, unísono e harmoniosamente integrados, com sentimento de adequação, na relação interpessoal e intrapsíquica, sem conflitos marcantes, com sensação plena de integração à vida, de auto-realização."<sup>12</sup>

"Essa liberdade interna, essa tolerância diante da sua própria problemática, essa flexibilidade e plasticidade do ego representa, a nosso ver, um dos bons indicadores de saúde mental. Não uma situação de saúde mental absoluta, por certo inexistente, mas um critério relativo em que as necessidades biológico-naturais se afinam e se harmonizam com as exigências sociais, culturais e espirituais, podendo o indivíduo conciliar e harmonizar os contrários numa resultante comum de adaptação e integração."<sup>13</sup>

Uchoa situa a crise atual da psiquiatria como uma crise de fundamentos:

"O pensamento psiquiátrico contemporâneo não pode continuar alheio à necessidade de uma fecundação da psiquiatria pela filosofia, sem o que há ameaça de paralisia ou de retrocesso da psiquiatria como ciência. Se antes precisou a psiquiatria, ao emergir da medicina geral, desligar-se de preconceitos e prejulgados filosóficos altamente especulativos e portanto estáveis, terá ela agora de dar o giro copérnico de reencontro com uma nova filosofia que mais e mais se define e se conceitua como uma filosofia da ciência."<sup>14</sup>

11. UCHOA, *op. cit.*, pág. 91.

12. *ibid*, pág. 112-113.

13. *ibid*, pág. 113.

14. *ibid*, pág. 68.

### 1.3 - CANGUILHEM — o conceito de normatividade.

Canguilhem abre seu livro *Le normal et le pathologique* dizendo de sua ambição de contribuir para a renovação de certos conceitos metodológicos, mas reconhecendo como imensas as dificuldades apresentadas no estudo dos problemas relativos às estruturas e aos comportamentos patológicos no homem.

As colocações feitas por ele são basicamente relativas à inadequabilidade da aplicação das leis de probabilidade aos fatos orgânicos e sociais e a conveniência da substituição da noção de causalidade essencial pela de adaptabilidade do organismo a seu meio natural e cultural, através do conceito de normatividade.

A inadequabilidade da aplicação das leis de probabilidade aos fatos humanos foi apontada primeiramente por Halbwachs<sup>15</sup> que, por sua vez, havia-se apoiado em grandes matemáticos da época: Poincaré, Borel, Cournot. Halbwachs dizia que o cálculo das probabilidades supõe, sempre, causas independentes umas das outras e não orientadas sistematicamente. Os fatos sociais realizam essa dupla condição fundamental. De um lado, as causas que presidem ao aparecimento de uma propriedade biológica ou de um comportamento social, longe de serem independentes umas das outras, condicionam-se reciprocamente; os fatores internos, inatos ou adquiridos, determinam os fatores externos, e os fatores externos do meio natural ou cultural determinam os fatores internos. De outro lado, a vida e o psiquismo caracterizam-se por uma orientação ou uma direção. Na linguagem das probabilidades isso significa que onde há um ser vivo, pensante, os dados estão viciados.

Canguilhem reforça a posição de Halbwachs enriquecen

---

15. HALBWACHS, M., *La théorie de l'homme moyen: essai sur Quêtelet et la statistique morale*. Thèse lettres, Paris, 1912, pág. 80. Cit. por CANGUILHEM, *Le normal et le pathologique*, pág. 100-105 e por DUYCKAERTS, *op. cit.*, pág. 161-165.

do o argumento com numerosos exemplos tirados da literatura médica contemporânea. Lembra que, ao interpretar a frequência como critério atual e virtual da vitalidade de uma solução adaptativa, faltou esclarecer e atentar para o fato de que a maior frequência não expressa necessariamente a melhor adaptação.

Na busca dessa possibilidade de melhor localizar a saúde e a doença, Canguilhem faz um estudo histórico do problema, situando-o dentro da história das grandes idéias que norteiam a vida da humanidade. Ele busca diretamente fazer história porque, para ele, a história das ciências não é necessariamente superposta à história das idéias mas não pode mesmo prescindir dela. Como os cientistas vivem suas vidas de homens num meio e num ambiente não exclusivamente científico, a história das ciências tem suas raízes na história das idéias.

Na identificação inicial dos conceitos ele se apóia muito diretamente em Augusto Comte e Claude Bernard, pela enorme importância científica e grande influência histórica desses autores. No pensamento de Comte, o interesse parte do patológico para o normal, com a determinação especulativa das leis de anormalidade como um substituto de uma experimentação biológica frequentemente impraticável, sobretudo no homem. A identidade do normal e do patológico é afirmada em benefício do conhecimento do normal. No pensamento de Claude Bernard, o interesse se transporta do normal para o patológico, com a finalidade de atuar racionalmente sobre o fato lógico, como fundamento de uma terapia decididamente em divergência com o empirismo reinante, onde o conhecimento da doença é procurado através da fisiologia patológica e a partir dela. A identidade do normal e do patológico é afirmada em benefício da correção do patológico.

A afirmação de identidade entre saúde e doença em A. Comte é puramente conceitual, enquanto que Claude Bernard tenta precisar essa identidade numa interpretação quantitativa e numérica do comportamento.

A influência desses dois autores sobre a filosofia e ciência é enorme, e talvez mais ainda sobre a literatura do século XIX. Isso é extremamente importante, diz Canguilhem, porque a influência da literatura nas vocações médicas é muito maior que a influência da literatura científica. Comenta que a maioria dos que chegam à medicina são inteiramente ignorantes das teorias médicas, mas não sem idéias preconceituosas sobre os princípios médicos. A difusão das idéias de Comte nos meios médicos, científicos e literários foi muito grande, mas foi sobretudo no domínio da psicologia que mais se prolongou.

Para mostrar o grande significado dessas idéias no ambiente intelectual da época, Canguilhem cita Renan, numa transcrição textual:

"O sonho, a loucura, o delírio, o sonambulismo, a alucinação oferecem à psicologia individual um campo de experiência bem mais avantajado que o estado regular. Porque os fenômenos, neste estado, são como que apagados, tênues, e aparecem nas crises extraordinárias de uma maneira mais sensível pela sua exercebação. O físico não estuda o galvanismo nas fracas quantidades que se apresenta na natureza, mas ele o multiplica pela experimentação a fim de estudar com mais facilidade, convicto de que as leis estudadas no estado exagerado são idênticas às do estado natural. Da mesma forma, a psicologia da humanidade deverá se edificar sobretudo pelos estudos das loucuras da humanidade, de seus sonhos, de suas alucinações que se reencontram a cada página da história do espírito humano."<sup>16</sup>

Lembra que Nietzsche também percebeu a importância da análise dos estados patológicos para a avaliação do estado de saúde quando apontou o valor de todos os estados mórbidos que mostram, como através de uma grossa lente, as condições que, embora normais, são dificilmente perceptíveis no estado normal.

E cita ainda Ribot (1909) quando dizia que

16. RENAN, E., "L'avenir de la science", *Pensées* de 1848, ed. 1890, Paris, Calmann-Lévy, nouv. ed. 1923, in CANGUILHEM, *op. cit.*, pág. 15-16 (trad. livre).

"a fisiologia e a patologia, tanto do espírito quanto a do corpo, não se opõem uma à outra como dois contrários mas como duas partes do mesmo todo [...]. A doença é, com efeito, uma experimentação em ordem mais sutil, instituída pela própria natureza, em circunstâncias bem determinadas, e com procedimentos que a arte humana não dispõe."<sup>17</sup>

Todos os estudos e autores apresentados e endossados por Canguilhem concorrem para uma conclusão final da impossibilidade de conceituar a saúde a não ser numa equação conjunta com os conceitos de doença, normalidade e anormalidade. Mas é especialmente na análise crítica da utilização dos critérios de norma estatística para a caracterização do normal que Canguilhem oferece sua grande contribuição para o estudo do problema, quando sugere a utilização do conceito de norma em sentido específico, isto é, no sentido normativo da palavra. Diz ele:

"Por normatividade se entende, em filosofia, todo julgamento que aprecia ou qualifica um fato relativamente a uma norma, mas esse modo de julgamento está no fundo subordinado àquele, que institui as normas. No sentido total do termo, *normativo é o que institui as normas*. E é neste sentido que nos propomos a falar de uma normatividade biológica."<sup>18</sup>

Canguilhem enfatiza em toda sua tese a impossibilidade de compreensão do organismo humano sem consideração do meio que o envolve e de sua reação específica a ele. E introduz o conceito de normatividade como expressão da melhor adaptação do ser vivo ao seu meio, insistindo na interdependência dos fatores externos e internos no condicionamento das propriedades do ser vivo. Refere-se a Goldstein quando este enfatiza que as constantes fisiológicas do ser vivo, e sobretudo do homem, mantêm e alimentam sua vida de relação mas sofrem também sua influência incessan

17. RIBOT, Th., "Psychologie" in *De la méthode dans les sciences*, Paris, Alcan, 1909, in CANGUILHEM, *op. cit.*, pág. 16 (trad. livre).

18. CANGUILHEM, *op. cit.*, pág. 77 (trad. livre, grifos nossos).



te. As constantes não representam uma natureza, mas hábitos com relação a gêneros e níveis de vida.

Isso equivale a dizer que o ser vivo traz dentro de si não uma norma absoluta mas a capacidade de adaptar-se, com flexibilidade, às condições mais ou menos variáveis de seu meio. Esta idéia estaria na linha das idéias de Cannon quando fala em homeostase: as regulações (expressão de Cannon) ou constantes internas (expressão de Claude Bernard) se alteram na defesa da vida do organismo. Estendendo esta concepção a um plano de vida mais amplo, diríamos com Canguilhem e Goldstein que não é a norma que define o ser vivo, mas a possibilidade permanente de mudar de normas, segundo as exigências e os perigos do meio ambiente. Um indivíduo é normal na medida em que é normativo, isto é, capaz de inventar suas regras de vida, de acordo com as exigências do momento e do meio interno e externo.

A concepção de normalidade como normatividade vai permitir uma distinção extremamente fecunda entre normal e patológico, saúde e doença. A saúde seria entendida nessa possibilidade permanente de adaptar-se, mudando de normas. A doença seria entendida pela limitação das possibilidades de reação, pela fixação a um esquema estrito de normas já estabelecidas que impediria uma conveniente adaptação a situações novas que sempre se apresentam.

Se a vida se exprime em uma grande variedade e multiplicidade de formas, não há porque estabelecer alguma delas como a forma melhor, a adaptação ideal. Certamente alguns organismos, ou indivíduos, podem assemelhar-se na forma de adaptação ao mundo e, neste caso, apresentam ou expressam estruturas individuais semelhantes em grupos sociais com características equivalentes. Mas mesmo num esquema ou estrutura comum de comportamento, há possibilidade de inúmeras variáveis. A avaliação da conduta por dados objetivos extraídos de pesquisa numérica num grupo social representa, paradoxalmente, uma abordagem extremamente parcial e subjetiva, porque adota como valor normativo

a resposta dominante de um grupo, de uma classe, de uma cultura. Dentro de uma visão mais ampla, os dominantes culturais significam apenas a expressão de uma gama de possibilidades adaptativas, especialmente valorizada por determinado grupo.

Cada indivíduo reflete, num meio específico, um meio ainda mais específico, pelo qual se distingue dos demais, da sua espécie e do seu grupo. Todo ser vivo individualiza a forma de adaptação do mundo que é característica de sua espécie e de seu grupo.

Todas essas observações confirmam a idéia de que o homem traria dentro de si, dentro de seu repertório básico, uma capacidade para adaptar-se com flexibilidade, às condições gerais do seu meio. É a atualização e realização dessa flexibilidade adaptativa que Canguilhem vai especialmente valorizar como critério de saúde.

Depois de um esforço imenso na análise da evolução histórica e científica dos conceitos de saúde-doença e da tentativa de interpretação adequada da sua significação, Canguilhem termina seu livro numa reflexão de caráter eminentemente existencial:

"Desejamos terminar estas reflexões sobre o normal e o patológico esboçando uma patologia paradoxal do homem normal, mostrando que a consciência da normalidade biológica inclui a relação com a doença, o recurso à doença, como única pedra de toque que esta consciência reconhece e, portanto, exige. Em que sentido entender a doença do homem normal? Não apenas no sentido de que só o homem normal pode se tornar doente, como somente o ignorante pode se tornar sábio. Não no sentido que ele chega a ter pequenos acidentes que o perturbam, sem entretanto alterar um estado de igualdade e equilíbrio(...). Por doença do homem normal é preciso entender a perturbação que nasce ao longo da permanência do estado normal, da infirmitade incorruptível do normal, a doença que nasce da privação da doença, de uma existência que se incompatível com a doença. É preciso admitir que o homem normal não se sabe tal e não ser num mundo onde todo homem não o é, se sabe portanto capaz de adoecer, como um

bom piloto se sabe capaz de bater com seu barco, como um homem cortês se sabe capaz de uma 'gaffe'. (...) A saúde é um equilíbrio que se quebra sobre rupturas incoativas. A ameaça da doença é um dos contribuintes da sanidade."<sup>19</sup>

O deslocamento do conceito de normal para o conceito de normativo enriquece a discussão do problema mas não resolve também a questão. Se todo homem individualiza sua forma de adaptação ao mundo e se torna normativo quando estabelece suas normas de vida, a normatividade garante a individualização mas essa individualização não garante a saúde, pode até ser expressão de uma forma de ser extremamente mórbida. O que vai garantir a saúde é a flexibilidade — o aumento progressivo do repertório de respostas que atenderiam, ao mesmo tempo e cada vez mais adequadamente, às exigências do indivíduo na relação com seu meio. A doença estaria na linha da redução do repertório de respostas e a saúde na flexibilidade adaptativa dentro da individualização. E é essa a ênfase especialmente colocada também por Kurt Goldstein.

---

19. CANGUILHEM, *op. cit.*, pág. 216-217.

#### 1.4 - GOLDSTEIN — o conceito de flexibilidade.

Goldstein, em *La Structure de l'organisme*, começa o capítulo sobre normalidade e doença dizendo que o organismo que atende às exigências que lhe são próprias ou que realiza adequadamente as tarefas que lhe propõe o meio a que pertence é, habitualmente, considerado normal. Que a doença costuma ser definida como uma alteração interna na estrutura do organismo em estado de saúde, como uma alteração relativa a uma norma, cujo conteúdo precisa ser estabelecido. Comenta então que o caráter ambíguo do conceito resulta do caráter ambíguo do conceito de norma.

Critica as tentativas de definir normalidade através do conceito de norma ideal ou de norma estatística. A concepção idealista considera a normalidade ou a anormalidade como uma correspondência, maior ou menor, a um ideal que se fundamenta em determinada concepção, que contém sempre um caráter subjetivo. E as concepções relativas à norma estatística (tanto quanto à norma ideal) tentam definir a normalidade em relação ao conteúdo do comportamento. A colocação do problema nestes termos leva facilmente à constatação de não haver diferença decisiva entre saúde e doença, normalidade e anormalidade. Mas a afirmação de inexistência dessa diferença é também grandemente contestável.

Todas as tentativas feitas até agora para definir saúde e doença talvez tenham se esvaziado porque procuravam determinações relativas ao conteúdo do comportamento. Isso só pode nos levar à busca do encontro de uma norma supra-individual.

"Se a vida normal, tal como nós a entendemos, tem a ver com um comportamento ordenado, haverá uma diferença entre vida sadia e vida doente, mas essa diferença não será relativa ao conteúdo mas à forma dessa vida."<sup>20</sup>

20. GOLDSTEIN, Kurt, *La structure de l'organisme*, Paris, Gallimard, 1951, pág. 344 (trad. livre).

Mostra insistentemente Goldstein que é precisamente porque o objeto essencial da distinção não é o conteúdo, mas a forma, que se torna impossível um esclarecimento da questão dentro das perspectivas habituais.

"Uma alteração nos elementos do comportamento habitual fazem o médico ou o doente duvidarem do estado de saúde. Mas não estão lá — nos sintomas — as doenças propriamente ditas. Elas são os indícios de uma doença possível."<sup>21</sup>

A alteração do conteúdo em relação à norma não se apresenta necessariamente como doença, pode até ser expressão de saúde. A constatação de um comportamento modificado, de uma forma caracteristicamente ordenada para uma forma caracteristicamente desordenada, é que pode nos dar indícios da entrada num processo doentio. Mas a alteração do comportamento só se torna doente quando traz prejuízos ao organismo total, quando o próprio ser fica em perigo.

"Dizemos que uma alteração do conteúdo não se torna doença e não ser no momento em que a existência é ameaçada."<sup>22</sup>

A vivência da doença pelo doente aparece na modificação fundamental de seu comportamento frente ao mundo e a si mesmo, na insegurança e na angústia intensas que são as expressões de seu estado mórbido.

"A doença é o obscurecimento da existência."<sup>23</sup>

A doença aparece então no organismo no momento em que as reações negativas, destrutivas, se produzem no meio onde ele se encontra. Isso não se manifesta através de reações específicas, determinadas, mas numa forma de existência caracterizada por um comportamento desordenado em relação ao organismo total.

Ao considerar a doença como uma perturbação no desen-

21. GOLDSTEIN, *op. cit.*, pág. 344.

22. *ibid*, pág. 345

23. *ibid*, pág. 346.

volvimento do processo orgânico, Goldstein se coloca do lado de Labarsch, Ribbert, Schilling, Aschorff, Grotte. É o conceito de responsividade de Grotte que ele vai expor e endossar amplamente:

"Estamos inteiramente de acordo com Grotte quando afirma que para determinar uma doença não há senão uma norma que é suficiente, aquela que permite englobar toda a individualidade concreta, aquela que toma o indivíduo, ele mesmo, como medida, onde a norma é individual, pessoal. Cada homem será a medida de sua própria normalidade."<sup>24</sup>

A saúde é então definida pela correspondência perfeita entre as manifestações exteriores da vida de um indivíduo e suas próprias necessidades internas; quando é satisfatório o resultado da confrontação de sua vida exterior com sua realidade interior. Esta correspondência ou concordância é o que Grotte chama de responsividade. A doença é então entendida como uma responsividade defeituosa: ela é vivida externamente, objetivamente, como uma perturbação no rendimento do sujeito e vivida interiormente, subjetivamente, como uma forma de sofrimento.

Grotte acredita que a doença é capaz de compensar a alteração da norma do indivíduo diante de sua capacidade de rendimento alterada por uma adaptação morfológica e funcional, substituindo-a por outras operações; que a função prejudicada será compensada pelo superfuncionamento de outras operações e que o rendimento total pode terminar sendo o mesmo. Goldstein não o acompanha nesse pensamento, considerando superficial o ponto de vista de Grotte.

Goldstein considera que jamais se pode voltar a uma forma, ou compensar a desorganização sofrida, com uma volta à adaptação antiga que corresponderia, hipoteticamente, à essência do organismo sadio. "Não há compensação possível numa formação altamente diferenciada do ponto de vista qualitativo e estrutural como é o organismo."<sup>25</sup> Para

---

24. GOLDSTEIN, *op. cit.*, pág. 347.

25. *ibid.*, pág. 348.

Goldstein o retorno ao estado de saúde não vem de uma com pensação da perturbação nos conteúdos, como pensa Grotte, mas da realização de um novo rapport entre as operações possíveis e as operações perturbadas.

A saúde novamente adquirida não é a mesma saúde primitiva porque uma alteração substancial ocorreu e faz parte da nova normalidade. Tornar a ser sadio, depois de doente, importa na reaparição simultânea de uma nova ordem que corresponde a uma norma individual. Para recuperar a saúde importa, antes de mais nada, encontrar uma nova ordem: o organismo parece ter no fundo toda uma tendência para conservar ou adquirir condições que permitam essa ordem; parece que sua principal função é a de adquirir normas constantes, tanto no domínio corporal, quanto no psíquico. Essas propriedades são, de novo, constantes: são novas constantes que garantem a nova ordem. O organismo modificado deve encontrar no mundo um novo meio-ambiente, e o domínio do meio modificado permite um novo comportamento ordenado.

Todas as alterações da norma não são sinais de doença — algumas são até proteção contra novos perigos surgidos.

"Podemos mesmo considerar as modificações, num certo sentido, como necessárias à conservação do estado de saúde e a tendência à conservação como um fenômeno doentio, como expressão de uma vida em declínio."<sup>26</sup>

Esta concepção, no dizer de Goldstein, pretende ser completamente independente de toda concepção especial, individualista ou coletivista, da essência do homem. Ela não decide sobre esta essência e não pretende qualificar mas sim chegar a um acordo, a um valor geral.

"Nós não devemos mesmo falar de uma concepção individualista, mas de uma concepção que individualize. O que está no centro não é o indivíduo mas a individualidade."<sup>27</sup>

26. GOLDSTEIN, *op. cit.*, pág. 355.

27. *ibid.*, pág. 357.

Dentro desta concepção o organismo é tido como um modo de ser de natureza relativamente constante, qualitativamente característico, com dois tempos fundamentais de vida:

- o ser em ordem, valorizando adequadamente suas estimulações — o ser saudável;
- o ser em desordem, valorizando inadequadamente suas estimulações — o ser doente.

Para existir e progredir, o organismo tem que passar, constantemente, por momentos de ordem e de desordem. "Certa oscilação entre fases contraditórias faz parte da vida normal."<sup>28</sup>

"Os choques catastróficos, os desencadamentos do ser se produzem quando o organismo, numa dialética fecunda, entra em colisão com o mundo. (...) Eles [os choques] representam um desequilíbrio que deve ser superado para que o organismo possa de novo se ordenar e subsistir. Isso se fez graças a uma adaptação recíproca do organismo e do mundo e só é possível quando o organismo encontra no vasto universo seu pequeno mundo, seu meio-ambiente adequado."<sup>29</sup>

Existem portanto em cada existência os momentos em que o ser, voltado para suas constantes, é ele mesmo; e os momentos em que, voltado para o mundo, ele se perde. Mas esses momentos tendem a ser sempre superados, para que se torne possível a sobrevivência do ser e a conquista do "seu" mundo, numa continuidade que garanta sua integridade e sua adaptação, ao mesmo tempo.

Esta perspectiva é que leva Goldstein a afirmar que "ser é sempre positivo, nada é negativo no ser vivente"<sup>30</sup>. O organismo aparece como um ser ordenado quando sua própria atualização, como ser, ocorre ao mesmo tempo que sua inclusão no mundo. Do ponto de vista subjetivo isso corresponderia ao que chamamos experiência e, do ponto de vista objetivo, à construção do próprio mundo. "Assim, o organismo e o mundo se atualizam ao mesmo tempo e passam da esfera do possível para a esfera do real."<sup>30</sup>

28. GOLDSTEIN, *op. cit.*, pág. 438.

29. *ibid.*, pág. 438.

30. *ibid.*, pág. 439.



### 1.5 - JASPERS — Uma visão existencial.

[Em *Psicopatologia Geral*, Jaspers começa a apresentação dos conceitos saúde e doença questionando o enfoque habitual em que são colocados e a utilização dos critérios de valor e média como pontos de referência na sua caracterização.]

[Mostra seu espanto com a ingênua segurança com que a maioria das pessoas usa os conceitos de doença e saúde, apelando muitas vezes para a Medicina, que vem estabelecendo essas fronteiras sem grande rigor. A preocupação dos médicos está habitualmente voltada para doenças definidas e não para o "continuum" dos processos vitais.]

"Se dentre a massa de aplicações que o conceito de doença tem encontrado, procurarmos o que há de comum no conteúdo conceitual, já mais veremos um mesmo existir, ou um mesmo evento que se chame doente. Pelo contrário, o fato de assim exprimir-se um juízo de valor é a única coisa que há de comum (...). O que significa doente em geral depende menos do juízo médico que do juízo do paciente, bem como daquelas concepções que vigoram no ambiente cultural particular; isso não se percebe na grande massa das doenças somáticas, mas se percebe muito nas doenças psíquicas."<sup>31</sup>

[Se se quiser afastar o conceito de valor e evitar juízos dessa natureza, teríamos que partir para um conceito existencial empírico, tal como há o conceito de média, que parte da suposição de que o que é próprio da maioria, o que é médio, isso seria sadio; o que é raro, o que varia ou se desvia em certa medida da média, isso seria doentio.]

[Embora Jaspers discorde da validade do critério de valor numa discussão científica, ele tem muita consciência dos problemas objetivos da prática médica e, por isso, tenta abrir a discussão da forma mais ampla possível, che

31. JASPERS, Karl, "Os conceitos saúde e doença" in *Psicopatologia Geral* (II), Rio de Janeiro, Livraria Ateneu, pág. 940.

gando a colocar a utilidade de uma re-introdução, como recurso secundário, desses conceitos de valor e média na caracterização do problema. Partindo de um diagrama de Albrechet que aponta a doença como "desvio com prejuízo da capacidade de produzir e da capacidade vital, com o caráter de perigo"<sup>32</sup>, diz que dessa forma "o conflito conceitual parece resolvido satisfatoriamente"<sup>32</sup>. Mas é ele mesmo que, em seguida, apresenta uma série de dificuldades lógicas que impedem a aceitação de uma solução aparentemente tão satisfatória]

1. há fenômenos vitais na maioria dos homens (como por exemplo a cárie dentária) que, embora sejam medianos, se chamam doença;
2. há desvios da média na força física, na capacidade de resistência, na longevidade, que nunca se chamam doença — seria o caso de se chamarem de super-saúde;
3. na realidade quase nunca se estabelece a média na vida do homem — determinações medianas restringem-se a medidas anatômicas e quase mais nada — o que é média, de fato, quase nunca se sabe.

Refletindo sobre tudo isso ele diz que o médico, quando fala em "desvios", quase nunca se refere à idéia de desvios em relação à média, e sim a desvios em relação a um conceito ideal. Ele não pressupõe um conceito normativo que defina a saúde, mas orienta-se por uma idéia normativa. Este conceito normativo é, ao mesmo tempo, um conceito de valor.

Dentro de sua posição ele vai apontar como fenômeno básico o fato de o homem se sentir doente, saber (ou querer saber) de seu estado mórbido, e tomar atitudes em relação a sua doença. E como fator das mais terríveis confusões neste terreno a mistura de conceitos existenciais com conceitos de valor em relação à palavra "doença".

32. JASPERS, K., *op. cit.*, pág. 942.

"O fato de sempre se confundirem na palavra doença conceitos de valor e conceitos existenciais, leva a enganos aparentemente inevitáveis. Em primeiro lugar, designa-se como doente alguma coisa que representa valor negativo; a seguir, emerge a consciência de que a doença é um modo de existir e o juízo assume caráter empírico-diagnóstico. (...)

O conceito de doença psíquica que vem a ser, no entanto, conceito de deficiência, surpreende pelo fato de abranger fenômenos que são de valorar-se e se valoram de maneira positiva. A análise patográfica de certas personalidades destacadas mostra que a doença não só interrompe e destrói, que, apesar dela, não só alguma coisa se produz, mas que a doença é requisito de certos rendimentos e que nela se podem apresentar a profundidade e a abismalidade do existir humano."<sup>33</sup>

[Para Jaspers é próprio do existir humano o estado de doença, e não apenas uma exceção vital. A doença faz parte da própria vida, como risco superável, como elemento de sua ascensão. A doença e a saúde são experiências simultâneas na vida, como também o são o acerto e o desacer- to, o êxito e o fracasso. Cita Luzenburger quando mostra que é pelo estado de doença que se obtém conhecimento daquilo que é especificamente humano.]

Enfileirando citações e refletindo sobre elas Jaspers coloca, finalmente, indicações básicas que favoreceriam a compreensão do conceito psiquiátrico de doença.

"Define-se a doença:

- 1 - como processo somático;
- 2 - como evento sério que, pela primeira vez, irrompe numa vida sadia, alterando o psiquismo; evento para o qual se presume, mas não se conhece, base somática;
- 3 - como variação do existir humano, muito distante da média e, decerto, inoportuna, de um modo ou doutro, para o doente ou seu ambiente, por conseguinte, exigindo tratamento."<sup>34</sup>

33. JASPERS, *op. cit.*, pág. 945.

34. *ibid.*, pág. 951.

Em relação às alterações dos processos somáticos sabemos que a maioria dos pacientes psiquiátricos não apresenta problemáticas orgânicas que justifiquem seus sintomas psíquicos.

Quando investigamos, com recursos puramente psicológicos, as doenças psíquicas, como distúrbios de funções básicas, encontramos relações muito esclarecedoras mas, até o momento, insatisfatórias. Não se chegou muito além de uma rica coleção de descrições de comportamentos doentes, de um lado, e uma série de explicações mais ou menos bem ordenadas, em teorias mais ou menos bem elaboradas, do outro.

{ Quando se trata a interpretação da doença mental como uma forma de existência, chegamos ao impasse do fato conhecido, reconhecido, mas desconhecido; do compreensível mas não explicável, onde todos os nossos conhecimentos do homem tornam-se necessários, talvez indispensáveis, mas não suficientes. }

{ Na discussão da dimensão saúde-doença, estaríamos num limite de ciência porque falamos do conhecimento do ser, que escapa ao próprio âmbito da ciência.

"A cognição científica é uma cognição particular, que diz respeito a determinados objetos, não ao ser em si mesmo"; "A cognição científica das coisas não é a cognição do ser".<sup>35</sup>

---

35. JASPERS, Karl, *Filosofia da existência*, Rio, Imago, 1973, pág. 11.

### 1.6 - FOUCAULT — Uma interpretação histórica.

[A contribuição de Foucault se situa na linha de interpretação histórica do problema e sua posição básica é a de uma crítica sistemática ao critério de adaptação como discriminativo de saúde e doença] Diz ele:

"Um fato tornou-se, há muito tempo, o lugar comum da sociologia e da patologia mental: a doença só tem realidade e valor no interior de uma cultura que a considere como tal."<sup>36</sup>

[Foucault enfatiza a importância dos processos culturais e históricos, na compreensão dos fenômenos patológicos, apoiando-se em sociólogos e antropólogos] Cita Durkheim e Ruth Benedict:

"Um fato social só pode ser dito normal para uma determinada sociedade em relação a uma fase igualmente determinada do seu desenvolvimento."<sup>37</sup>

"Cada cultura elegeria algumas das virtualidades que formam a constelação antropológica do homem. Tal cultura, a dos Kwakiutl, por exemplo, toma por tema a exaltação do eu individual, enquanto que a dos Zuni o exclui radicalmente; a agressão é uma conduta privilegiada em Dobu, reprimida entre os Pueblos. Daí, cada cultura formará da doença uma imagem cujo perfil é delineado pelo conjunto das virtualidades antropológicas que ela negligencia ou reprime."<sup>38</sup>

[Daí a conclusão de Foucault que a doença só tem realidade e valor de doença no interior de uma cultura que a reconheça como tal. O que representa um desvio numa sociedade pode ser o normal em outra; o que é apreciado e louvado num grupo, pode ser rejeitado e inaceitável num outro. "Na realidade, uma sociedade se exprime positivamente

36. FOUCAULT, Michel, *Doença mental e psicologia*, Rio, Tempo Brasileiro, 1988, pág. 71.

37. DURKHEIM, "Regras do mundo sociológico", in FOUCAULT, *op. cit.*, pág. 72.

38. BENEDICT, Ruth, "Padrões de cultura", in FOUCAULT *op. cit.*, pág. 72.

te nas doenças mentais que manifestam seus membros ] "39

Foucault abre seu livro sobre doença mental e psicologia com duas perguntas:

- sob que condições podemos falar de doença no domínio psicológico?
- que relações podem ser definidas entre os fatos da patologia mental e os da patologia orgânica?

e aponta duas grandes divisões teóricas nas tentativas de resposta:

- o grande debate entre organogênese e psicogênese que expressa a busca de uma etiologia orgânica e a análise da causalidade psicológica para compreensão ou explicação das síndromes da doença mental;
- a cisão entre as psicologias da heterogeneidade que se recusam a interpretar as estruturas da consciência mórbida nos termos da psicologia normal e a reconhecer a semelhança da estrutura mental de doentes e sadios, e a posição adotada pelas correntes analíticas e fenomenológicas que procuram interpretar a inteligibilidade de toda conduta, mesmo doente, em significações que superem a distinção entre normal e patológico.

o FINAL  
 [Supõe ele que uma das grandes dificuldades na definição da doença mental e saúde mental se deve ao fato de se aplicar maciçamente conceitos de medicina somática ao plano psicológico. E sua proposta é a de procurar a raiz da patologia mental numa certa relação, historicamente situada, entre o homem considerado louco e o homem verdadeiro.]

[Opõe-se fortemente ao conceito de doença como uma essência, como uma entidade específica manifestada nos sintomas mas, de certo modo, anterior e independente deles.]

Chama a isso de "preconceito de essência" e mostra que a noção de totalidade orgânica e psicológica desmontam inteiramente tal preconceito. A doença é concebida por ele como uma alteração intrínseca da personalidade, desorganização de suas estruturas, desvio progressivo de seu desenvolvimento.]

[Estuda detidamente as dimensões psicológicas da doença e caracteriza, com clareza, a doença como um processo regressivo uma vez que o contacto com o doente grave nos dá sempre a impressão imediata de um deficit global e maciço, sem nenhuma compensação.] Prossegue mostrando que é superficial a descrição puramente negativa da doença porque

"de fato a doença apaga mas sublinha, abole de um lado mas é para exaltar do outro; a essência da doença não está somente no vazio oriado, mas também na plenitude positiva das atividades de substituição que vêm preenchê-lo."<sup>40</sup>

Se a doença suprime e exalta, ao mesmo tempo, seu processo promove sinais positivos e negativos.

[Na sua análise do processo patológico, Foucault chega à conclusão que a doença é regressiva no sentido de suprimir as funções mais complexas, as aquisições mais recentes, fazendo reaparecer formas de conduta já ultrapassadas, mais simples, mais primitivas.]

"A doença é um processo ao longo do qual se desfaz a trama da evolução, suprimindo inicialmente (e nas formas mais benignas) as estruturas mais recentes, atingindo em seguida, no seu término e no seu ponto supremo de gravidade, os níveis mais arcaicos. A doença não é um deficit que estingue cegamente esta ou aquela faculdade; há no absurdo do mórbido uma lógica que é preciso saber ler; é a própria lógica da evolução normal. A doença não é uma essência contra a natureza, ela é a própria natureza, mas num processo invertido."<sup>41</sup>

Para reforçar seu ponto de vista, Foucault comenta a

40. FOUCAULT, *op. cit.*, pág. 24.

41. *ibid.*, pág. 26.

teoria psicanalítica dizendo que toda uma parte da obra de Freud é comentário das formas evolutivas da neurose: a história da libido, de seu desenvolvimento, de suas fixações sucessivas, tudo como uma síntese das virtualidades patológicas do indivíduo. Cada tipo de neurose representa um retorno a um estágio evolutivo libidinal. "Todo estágio libidinal é uma estrutura patológica virtual. A neurose é uma arqueologia espontânea da libido."<sup>42</sup>

Todos os fenômenos que são comuns às estruturas patológicas e aos estágios arcaicos da evolução designam um processo regressivo na doença, mas essa regressão só pode ser entendida como um dos aspectos descritivos da doença, e não como a sua essência. Uma descrição estrutural da doença inclui os sinais positivos e negativos, as estruturas abolidas e as realçadas, interpretadas em conjunto, de forma a tornar coerentes, compreensíveis, os aspectos regressivos.

*"A regressão não é uma queda natural no passado; é uma fuga intencional fora do presente. É mais um recurso do que um retorno. Mas só se pode escapar do presente colocando outra coisa em seu lugar; e o passado que vem à tona nas condutas patológicas não é o solo originário ao qual se retorna como a uma pátria perdida, é o passado fatídico e imaginário das substituições. Ora uma substituição de formas de comportamento (...), ora uma substituição dos próprios objetos."<sup>43</sup>*

O doente usa o passado para se defender do presente. A doença se instala quando o conflito do presente compromete-se com o conflito do passado provocando a experiência de uma vivência contraditória.]

"Onde o indivíduo normal experimenta contradições, o doente faz uma experiência contraditória; a experiência de um abre-se sobre e contraditório, e do outro fecha-se sobre ela. Em outros termos: conflito normal ou ambigüidade da situação, conflito patológico ou ambivalência da experiência."<sup>44</sup>

42. FOUCAULT, *op. cit.*, pág. 29.

43. *ibid.*, pág. 42.

44. *ibid.*, pág. 48-50.



Em suma, [o indivíduo adoece quando o presente e o passado não se ligam numa integração progressiva.]

A análise dos mecanismos patológicos levou Foucault a apontar a angústia como cerne da doença, como o elemento mórbido primordial. E a perceber que, para compreendê-la, um novo estilo de análise se impõe: a angústia não pode ser reduzida a uma análise de tipo naturalista ou de tipo histórico mas, inversamente, a história e a natureza do homem só podem ser compreendidas tendo a angústia como referência básica.

A consciência que o doente tem da sua doença é rigorosamente original. A consciência da doença é tomada no interior da doença, está consolidada nela e, no momento em que é percebida, é também expressa. Nesse sentido se tornam muito importantes os sintomas objetivos que se manifestam como expressão dos distúrbios subjetivos. Os sintomas patológicos são, para o doente, modos de apreensão e expressão da sua doença. "A compreensão da consciência do ente e a reconstituição do seu universo patológico são as duas tarefas de uma fenomenologia da doença mental."<sup>45</sup>

Nesse campo a lógica discursiva se embarça. "A intuição vai mais depressa e mais adiante quando consegue restituir a experiência fundamental que domina todos os processos patológicos."<sup>46</sup> A intuição, penetrando na consciência mórbida, procura ver o mundo patológico com os olhos do próprio doente. "A verdade que busca não é da ordem da objetividade, mas da intersubjetividade."<sup>47</sup>

---

45. FOUCAULT, *op. cit.*, pág. 57.

46. *ibid.*, pág. 56.

47. *ibid.*, pág. 56.

## 1.7 - SÍNTESE PESSOAL

Diante de tudo que foi colocado até aqui fica evidente, e patente, a impossibilidade e a inadequabilidade do estabelecimento de fronteiras entre saúde e doença. [A diferença entre um estado e outro não é qualitativa nem quantitativa, os dois planos vivenciais não se opõem, apenas apontam momentos diferentes de um mesmo processo. Por isso os sintomas de saúde se confundem muitas vezes com os sintomas da doença, como duas faces de uma mesma moeda, como verso e reverso de uma única realidade existencial.]

[Se todos nós somos doentes e sadios, ao mesmo tempo, o mais importante não é definir o estado dominante, em da do momento, mas captar a dinâmica do processo de cada um, no ir e vir de sua saúde e de sua doença, em função de possibilitar um maior conhecimento de si mesmo e, consequentemente, um aumento progressivo de liberdade no sentido da realização de sua própria opção existencial.]

[Do ponto de vista teórico podemos dizer que normalidade e anormalidade, saúde e doença, são constructos abstratos, inexistentes, que expressam condições-limite de possibilidades do ser e que só podem ser úteis na medida em que nos servem de referência na avaliação do real.]

[E essas referências são extremamente importantes do ponto de vista prático. Mesmo partindo da certeza da imprecisão desses conceitos, da forte influência do relativismo cultural e do subjetivismo individual, da vinculação de todo e qualquer critério com normas de valor que atuam como contaminação na elaboração de critérios científicos, sentimos uma necessidade prática, e premente, de estabelecer — ou re-estabelecer — essas fronteiras, esses limites, essas referências para a dimensão saúde-doença. Sem elas estaremos todos nós, profissionais da saúde mental, bloqueados em qualquer atuação profissional por um impedimento nuclear, básico: a impossibilidade de estabelecer e precisar nossos próprios objetivos de trabalho.]

[A conclusão a que chegamos é extremamente paradoxal:

Antes do mundo

2

de um lado, a resistência e a negação do conceito e dos critérios de saúde, pela sua imprecisão teórica evidente; de outro, a necessidade e a validade prática do estabelecimento desses critérios.] 3

[Estranhamente, essa contaminação dos critérios de saúde com valores sociais e pessoais, que compromete e invalida seu estabelecimento, em termos teóricos, essa mesma contaminação é que preserva seu significado e garante sua aplicabilidade em termos práticos.] 4

[Optamos pessoalmente pela busca permanente de critérios, atentos à sua relatividade permanente. É uma atitude objetiva de trabalho com os recursos precários de que dispomos.] Sabemos da necessidade de uma revisão sistemática de tudo que for estabelecido e temos disposição muito consciente neste sentido. Dentro deste espírito podemos tentar uma síntese pessoal do nosso estudo. 5

1) /As abordagens de saúde como norma ideal, norma estatística, norma responsiva, normatividade, individualidade podem ser englobadas numa única concepção, assim como as inúmeras abordagens da doença, se entendida como perturbação da estrutura da personalidade, expressão de uma responsividade defeituosa ou como um processo regressivo do ser. Não é difícil perceber que todas as abordagens e critérios que encontramos representam facetas diferentemente nomeadas, artificialmente isoladas, didaticamente apresentadas de uma mesma realidade. Todos os autores viram, perceberam e tentaram caracterizar ou definir o mesmo fenômeno, descrito por cada um na sua linguagem própria. Quem fala de norma, fala de adaptação social; quem fala de adaptação social, fala de adaptação a si mesmo; quem fala de adaptação a si mesmo, fala de integração; quem fala de integração, fala de autonomia; quem fala de autonomia, fala de normatividade; quem fala de normatividade, fala de flexibilidade; quem fala de flexibilidade, fala de adaptação em todos os níveis e sentidos. Todos buscam caracterizar uma forma mais sadia de viver, em todos a expressão é parcial e precária. Mas há uma enorme convergência/— e é

nessa convergência que vamos, também nós, nos atrelar.

Saúde é expansão interior e exterior, é integração, autonomia, flexibilidade, versatilidade; é consciência de si no contacto com o outro, é percepção do outro no encontro íntimo consigo mesmo; tudo numa dinâmica e num crescer contínuo, numa integração progressiva que inclui as próprias desintegrações parciais até a desintegração total na Morte que significará também — talvez — uma integração maior no "continuum" do grande processo de Vida no mundo, que conhecemos, ou numa outra forma de ser que desconhecemos.

A forma de ser mais sadia está na linha ou no sentido de tudo que possibilite mais clara, intensa e harmoniosamente a expansão, a realização, o sentimento de satisfação no homem e a forma de ser mais doente se caracteriza por tudo que tende a confinar, reduzir, estereotipar a pessoa humana. O viver humano inclui ambas. O predomínio de uma forma de ser sobre a outra, e a estabilidade maior ou menor neste predomínio é que vai caracterizar a dimensão saúde-doença em cada um.

Temos a convicção de que a forma de ser mais sadia é captável e avaliável. Não como uma fórmula feita ou um modelo do qual as pessoas se aproximariam ou não, mas sim como uma maneira de ser, uma forma existencial mais satisfatória e mais acessível a cada um, na consciência da realização de sua individualidade e com expressão no seu comportamento.

É a busca dessa forma própria, única, específica de cada ser, e a possibilidade de realizá-la, que orienta e justifica a ação terapêutica.

## 2. CONCEITO DE CURA -

"La conviction de pouvoir scientifiqnement restaurer le normal est telle qu'elle finit par annuler le pathologique. La maladie n'est plus objet d'angoisse pour l'homme sain, elle est devenue objet d'étude pour le théoricien de la santé. C'est dans le pathologique, édition en gros caractères, qu'on déchiffre l'enseignement de la santé."

Sigerist, *Introduction à la Médecine*, Paris, Payot, 1932, pag. 117.

O primeiro aspecto que impressiona ao enfrentarmos um estudo sobre o conceito de cura é a precariedade de informações sobre o assunto e a pobreza da caracterização do próprio conceito. Consultamos várias enciclopédias gerais e especializadas e em muitas delas não existia sequer o verbete "cura", inclusive na *Enciclopédia Britânica*.<sup>1</sup> Naquelas onde encontramos referências diretas, elas mais ou menos se repetiam. Escolhemos para transcrever o texto de Dorland em *The American Illustrated Medical Dictionary*<sup>2</sup> :

- Cura. 1. Curso ou processo de tratamento em qualquer doença.  
 2. Um tratamento, com sucesso, de uma doença ou ferimento.  
 3. Um sistema para tratamento da doença.  
 4. Uma medicina efetiva no tratamento de uma doença.

Fica prevalente no conceito de cura a idéia de tratamento e de sucesso efetivo nele, ou seja, a recuperação, restauração, superação de um processo doentio. Voltamos, inevitavelmente, ao conceito de saúde-doença e, mais especialmente, ao conceito de sintoma, no sentido de determinar "o que" é considerado doentio, "o que deve ser tratado", "o que deve ser curado".

Ficamos, portanto, restritos a considerar o que é cura a partir de uma tomada de posição a respeito de um con

1. Na *Britannica World Language* - New Practical Standard Dictionary, Ed. of Funk & Wagnalls, London 1958, encontramos:

"cure. 1. A restoration or return to a sound or healthy condition. 2. That which restores health or abolishes an evil. 3. Spiritual care. 4. To eradicate, as disease or evil; heal."

(cure. 1. Restauração ou retorno a uma condição saudável. 2. O que restaura a saúde ou abole o mal. 3. Cuidado espiritual. 4. Erradicação de doença ou do mal; sarar.)

2. London, Saunders Company, 1938.

ceito de doença, de uma interpretação da sintomatologia, dentro de um processo de tratamento indicado ou escolhido. Estes dois polos de referência — a interpretação do sintoma e a opção terapêutica — é que vão orientar a possibilidade de uma conceituação de cura.

No nosso caso específico vamos discutir cura dentro do campo psicanalítico. Antes de partirmos diretamente para a nossa abordagem, pareceu-nos conveniente uma incursão sobre as abordagens deste problema no campo da medicina em geral e, mais especialmente, no campo da psiquiatria.

### 2.1 - Abordagem médica — concepção de CANGUILHEM.

Segundo Canguilhem, o pensamento dos médicos ainda hoje oscila entre duas formas básicas de interpretação da doença:

- a interpretação da doença pelos seus sintomas;
- a interpretação dinâmica da doença não circunscrita aos seus sintomas mas como expressão de um organismo total.

A primeira concepção estabelece uma hierarquia das doenças que se fundamenta na maior ou menor facilidade de localizar os sintomas. Sem querer desvalorizar as enormes contribuições que a teoria microbiana das doenças contagiosas prestou à Medicina, Canguilhem comenta que grande parte do sucesso dessa teoria se deve ao fato de permitir a localização de uma representação ontológica do mal. Ninguém contestará o caráter otimista dessa teoria mas a descoberta das toxinas, e o reconhecimento do papel patogênico dos terrenos específicos, destruíram seu simplismo e esfriaram o excesso de otimismo.

A segunda concepção é conhecida desde os escritos e práticas hipocráticas. Parte da premissa que a natureza (*Physis*) é harmonia e equilíbrio, tanto dentro do homem

como fora dele. A perturbação desse equilíbrio gera a doença que, por isso mesmo, não está numa parte do homem mas no homem todo. As circunstâncias externas são ocasiões de doença mas não são causa. Dentro dessa concepção, na antiga visão da medicina grega, o que estaria em equilíbrio no homem sadio e, se perturbado, provocaria a doença, eram os quatro humores cujas qualidades seriam emparelhadas segundo seus contrastes: quente-frio, úmido-seco. A fluidez desses humores permitiria ao homem suportar as variações e oscilações do meio interno e externo.

Desenvolvendo esta concepção, diz Canguilhem:

"A doença não é somente desequilíbrio ou desarmonia, ela é também, e mais especialmente, o esforço da natureza no homem para obter um novo equilíbrio. A doença é reação generalizada com intenção de cura. O organismo faz uma doença para se curar. A terapêutica deve, antes de tudo, tolerar e mesmo reforçar as reações hedônicas e terapêuticas espontâneas. A técnica médica imita a ação médica natural ("vis medicatrix naturae"). Imitar não é somente copiar uma aparência, é manter uma tendência, prolongar um movimento íntimo. Certamente, tal concepção é também um otimismo, mas aqui o otimismo é concernente ao sentido da natureza e não ao efeito da técnica humana."

Mostra ainda que as doenças de carência e todas as doenças infecciosas ou parasitárias são mais facilmente explicadas dentro de uma teoria ontológica, que representa a primeira concepção, enquanto todas as perturbações endocrinológicas são melhor compreendidas pelas teorias dinâmicas ou funcionais, que representam a segunda concepção. Que as duas concepções têm, entretanto, um ponto comum: elas expressam sempre na doença, ou melhor, na experiência de ser doente, uma situação de luta intensa. Na doença o organismo luta contra um ser estranho a ele ou luta com forças antagônicas do seu próprio ser.

Assim, o estado doente difere do estado saudável, o patológico do normal, seja pela presença ou ausência de um princípio definido, seja pelo abalo de sua totalidade



orgânica. Mas, em qualquer dos casos, a natureza encontra seus caminhos em direção à cura.

Canguilhem faz um estudo cuidadoso do evoluir desses conceitos:

- Thomas Sydenham (1624-1689) pensa que para vencer a doença é preciso delimitar e determinar o mal, que há espécies mórvidas como há espécies vegetais ou animais, que há uma ordem nas doenças como há uma regularidade nas anomalias (concepção de Saint-Hilaire);

- Morgagni (1682-1771) quando constrói a anatomia patológica possibilita o relacionamento de lesões orgânicas definidas com grupos de sintomas estáveis, e dessa forma permite que a classificação nosográfica encontre substrat um na decomposição anatômica;

- Pinel (1745-1826) estuda exaustivamente os sintomas das doenças mentais e publica seus trabalhos em 1797 sob o título de *Nosographie philosophique*, no qual chega a tamanha precisão descritiva que Daremberg o considerou mais como uma obra de naturalista que de um clínico;

- Harvey e Haller (1755-1766) reformulam os estudos de anatomia, que passa a ser entendida a partir da atuação, sobre ela, do fisiológico; e a patologia, naturalmente, passa a ser considerada como um prolongamento da fisiologia.

De toda esta evolução de idéias médicas sobre a sintomatologia, Sigerist<sup>4</sup> é que é citado por Canguilhem como o que chega à melhor exposição-síntese de todas estas contribuições:

"O final desta evolução é a formação de uma teoria de relações entre o normal e o patológico segundo a qual os fenômenos patológicos nada mais são que variações quantitativas, nos organismos vivos, maiores ou menores, dos fenômenos fisiológicos correspondentes."

---

4. *Introduction à la Médecine*, Paris, Payot, 1932, pág. 117, citado por CANGUILHEM, *op. cit.*, pág. 14.

dentes. Semanticamente, o patológico é designado a partir do normal, não tanto como *a* ou *dys* que como *hyper* ou *hypo*. Embora restingando da teoria ontológica a confiança tranquilizadora na possibilidade de vencer tecnicamente o mal, estamos longe de pensar que a saúde e a doença são oposições qualitativas, forças em luta.

A necessidade de re-estabelecer a continuidade, para melhor conhecer e fim de melhor agir, é tal que o conceito de doença finalmente se dilui. A convicção de poder cientificamente restaurar o normal é de tal ordem que ela termine por anular o patológico. A doença não é objeto de angústia para o homem sadio, ela se torna objeto de estudo para o teórico da saúde. E é na patologia, escrita em letras maiúsculas, que se decifra o conhecimento da saúde, um pouco como Platão procurava nas instituições do Estado o equivalente aumentado e mais facilmente visível das virtudes e vícios da alma individual."<sup>5</sup>

## 2.2 - Abordagem psiquiátrica —

### concepção de ALONSO-FERNANDEZ.

No desejo de maior aproximação do conceito de cura no campo da doença mental, fomos procurar uma caracterização mais precisa nos estudos da Psiquiatria, especialmente em relação ao conceito de sintoma, tratamento e cura. Para isto buscamos subsídios em Alonso-Fernández.

Em *Fundamentos de psiquiatria atual*, Alonso-Fernández apresenta os enormes envolvimento da ciência psiquiátrica com outras áreas de atuação e conhecimento. Diz ele que os principais limites psiquiátricos estão situados na encruzilhada com a neuropsiquiatria, a psicologia clínica, a patologia psicossomática e a sociopsiquiatria. A neuropsiquiatria aparece como um setor de transição entre a neurologia e a psiquiatria. A patologia psicossomática fi

---

5. SIGERIST, *Introduction à la Médecine*, in CANGUILHEM, *op. cit.*, pág. 14.

ca nas fronteiras da psiquiatria e da medicina interna. A psicologia clínica, como consequência do contacto direto da psicologia com a psiquiatria. E finalmente a sociopsiquiatria como extensão nos limites entre a sociologia e a psiquiatria. Todos estes domínios são setores científicos de transição, que não têm autonomia própria. Suas relações com a psiquiatria não se regem pelo mesmo padrão. Mas há, no entender dele, um campo específico da psiquiatria:

*"O campo próprio da Psiquiatria é o dos factos psiquiátricos. Seu emblema objectal é o homem doente psíquico. Seu emblema metodológico é a atitude fenomenológica. Seu emblema terapêutico, a psicoterapia."*<sup>6</sup>

"A peculiaridade mais importante da Psiquiatria, como assinalam Biswanger (1957) e Strauss (1963) consiste em seu objeto. O objeto da Psiquiatria não é o cérebro, nem sequer o organismo ou o corpo, mas sim o homem completo doente psíquico."<sup>7</sup>

Entende que nessa preocupação objetiva com o paciente como entidade unitária, dentro de uma perspectiva holista, a psiquiatria se contrapõe à maior parte das especialidades médicas que está entregue ao estudo da patologia de aspectos parciais do homem e que, neste sentido, a psiquiatria tem contribuído para a re-humanização da Medicina nos planos científico e assistencial, com sua visão da pessoa humana como ser unitário, dentro de uma perspectiva holista. Mais adiante reconhece que a preocupação com o homem total como objeto científico não é patrimônio exclusivo da psiquiatria. O que se poderia dizer mais especificamente é que existem afinidades, pontos de contacto especialmente significativos, entre a psiquiatria e a patologia médica no campo das psicoses sintomáticas e das síndromes psicossomáticas.

Considera que o desenvolvimento progressivo da psi-

---

6. ALONSO-FERNANDEZ, F., "La psiquiatria y sus fronteras" in *Fundamentos de la psiquiatria actual* (I), Madrid, Ed. Paz Montalvo, 2a. ed., 1972, sep. I, pág. 48-49 (trad. livre).

7. *ibid.*, pág. 38.

psiquiatria como especialidade autônoma é corroborado pela metodologia e terapêutica adotadas. "A fenomenologia psiquiátrica como a psicoterapia encerram peculiaridades que definem a Psiquiatria, como ciência e como terapia, na atualidade."<sup>8</sup>

Defende a metodologia fenomenológica ao assinalar com Schaefer (1963) que a problemática especial dos doentes psíquicos reside em não ser possível a obtenção de um conhecimento direto do psiquismo alheio, que essa dimensão só pode ser captável indiretamente através das expressões de conduta, o que favorece possíveis interpretações errôneas. Mas ele mesmo evidencia que existe esse mesmo risco nas descrições somatopatológicas. Citando o próprio Bisinger (1961) reconhece que, na prática, a fenomenologia se confunde com a própria descrição clínica dos fatos psiquiátricos.

"Não há em Psiquiatria uma separação evidente entre as descrições clínicas e fenomenológicas. Isto permite enfrentar mais abertamente a comparação entre as descrições psicopatológicas e somatopatológicas. Ambos os modelos de descrição são mistos; contêm elementos de observação e de interpretação, elementos objetivos e subjetivos. Em toda descrição existe um esboço de interpretação. Por isto dizia Goethe que todo o factual é já teoria. A diferença entre as descrições somatopatológicas e as psicopatológicas em relação à exatidão e objetividade não é qualitativa nem quantitativa. A contaminação interpretativa das descrições clínicas é maior em Psiquiatria que na Medicina estritamente somática. A doutrina professada por quem descreve influi mais sobre as descrições psicopatológicas que sobre as somatopatológicas. É óbvio, por tudo isso, que a metodologia fenomenológica deverá constituir, em todos os ramos médicos, uma via seletiva para explorar o sujeito."<sup>9</sup>

Ao se referir à psicoterapia, apontada por ele como definitiva da psiquiatria, reconhece que ela não repre-

8. ALONSO-FERNANDEZ, *op. cit.*, pág. 39.

9. *ibid.*, pág. 39-40.

senta, de fato, uma técnica específica em psiquiatria. Considera que todo médico é forçosamente um psicoterapeuta, silvestre ou científico, que o psiquiatra não é um psicoterapeuta puro, mas sim um "curador" e como tal é obrigado a aplicar, de forma integradora, os recursos de psicoterapia, de socioterapia e de farmacoterapia, conforme as exigências do seu paciente.

Enfatiza a importância do reconhecimento da atuação das estruturas sociais nos indivíduos, como forças mórbidas ou psico-higiênicas, mostrando que a cura de um enfermo exige em muitas ocasiões que o psiquiatra maneje adequadamente com fatores ambientais.

"O estudo do homem que se despreocupa do *Mitwelt* — o mundo que o envolve — é um artificialioso produto de laboratório." (...) "A moderna Psiquiatria está impregnada de espírito sociológico."<sup>10</sup>

É indiscutível a importância da sua função social no campo da higiene mental, na organização de comunidades terapêuticas em estabelecimentos hospitalares, na realização de psicoterapias de grupo, enfim, em toda e qualquer atividade de caráter coletivo que vise a prevenção ou a recuperação da doença mental. Mas alerta fortemente para os perigos de um excessivo envolvimento social que redundaria na psiquiatrização ou psicocracia, em detrimento dos objetivos maiores da própria Psiquiatria.

"A Psiquiatria deve inserir-se na Sociedade mas sem se deixar diluir nela. A diluição da Psiquiatria nas estruturas e entidades sociológicas e a postergação da missão fundamental da psiquiatria — estudar os doentes psíquicos e tratar de curá-los — são os dois dedos definitórios de psiquiatrização e de psicocracia."<sup>11</sup>

"A Psiquiatria encerra uma função social, mas esta função tem um caráter relativo e limitado, relatividade e limitação impostas pelo objeto central mesmo da Psiquiatria."<sup>11</sup>

10. ALONSO-FERNANDEZ, *op. cit.*, pág. 45.

11. *ibid.*, pág. 50.

A partir desta tomada de posição sobre a missão fundamental da Psiquiatria como a do estudo, tratamento e cura dos doentes psíquicos, passamos a buscar na obra citada qualquer orientação no sentido de definição de terapia psiquiátrica e seus critérios de cura. Nada encontramos, a não ser suas insistentes colocações, em todo o correr da obra, sobre a importância da interpretação unitária do comportamento do doente. A obra é riquíssima em estudos classificatórios, descritivos, explicações teóricas mas não coloca, em nenhum momento, o problema específico da cura. Achamos isso muito significativo. E ao lermos o capítulo sobre a Epistemologia e Metodologia Psiquiátricas, quando se refere à importância do rigor do trabalho científico, Alonso-Fernández escreve no último parágrafo algo que, talvez, possa ser entendido como uma possível justificativa para essa e outras ausências, embora evidentemente não se refira a qualquer delas especificamente.

"Não se pode pretender uma transparência à custa do sacrifício da verdade. Pelo contrário, a sinceridade e o amor à verdade devem prevalecer frente ao desejo de clareza. Além disso, só pode ser objeto de uma exposição extremamente clara o assunto científico que, além de ser simples em si mesmo, esteja suficientemente elucidado. A pretensão de expor todas as questões científicas com grande clareza encerra uma coação à verdade, posto que em todos os ramos do saber há *muita terra desconhecida* e muitos saberes de estrutura complexa e difícil. Já Merleau-Ponty defendeu o direito do intelectual de permanecer, em determinadas ocasiões, na ambigüidade." 12

Nesta segunda edição de sua obra — a que venho me referindo — Alonso-Fernández apresenta dois anexos: "História da Psiquiatria" e "A exploração do doente mental" que são, portanto, seus textos mais recentes. Através do estudo desses anexos, pudemos perceber a orientação psicoterápica que ele considera mais adequada e proveitosa.

---

12. ALONSO-FERNANDEZ, *op. cit.*, pág. 119.

Analisa os principais acontecimentos da história da Psiquiatria e aponta dois grandes momentos como especialmente revolucionários:

1º - a fundação do primeiro hospital psiquiátrico do mundo (pelo menos o primeiro de que se tem referências seguras) em 1409, em Valença, por Frei Juan Gilbert Jofre, com intenção humanitária e assistencial, no dizer do seu fundador: "um estabelecimento ou hospital onde os loucos e os inocentes pudessem ser reconhecidos e atendidos cristãmente e não andassem pelas ruas, fazendo ou recebendo prejuízos"<sup>13</sup>,

2º - a obra dos que ele considera como as maiores figuras de Psiquiatria do século: Kraepelin (1856-1926) e Freud (1856-1939).

Cita Alberca Lorente quando este diz: "Renegamos a nosografia de Kraepelin todos os dias e todos os dias voltamos a refugiar-nos nela"<sup>14</sup>, e Biswanger quando afirma que sua obra não seria possível sem a nosografia de Kraepelin.

Entre as muitas coisas que se devem a ambos, A.-Fernández valoriza especialmente:

- Kraepelin quando considera o estudo do curso total da doença e o valor do dado clínico como mais significativo que a investigação da anatomia patológica, devendo-se também a ele a emancipação da Psiquiatria com relação à medicina interna;

- Freud quando muda a orientação metodológica e valoriza a biografia do doente na referência anamnésica, de tal forma que a história clínica deixou de ser a história de uma doença para ser a história de um doente.

"A grande lição de Kraepelin: *Devemos aproximar-nos do leito do doente e observá-lo com olhar científico-natural.* A de Freud:

13. ALONSO-FERNANDEZ, *op. cit.*, pág. 840.

14. *ibid.*, pág. 850.

*Devemos escutar o doente e compreendê-lo. Essas são as duas maravilhosas lições clínicas que nos oferece a História da Psiquiatria no fim do séc. XIX e início do séc. XX. Kraepelin é o grande homem da Psiquiatria passada (psicoses e asilos) e Freud o grande homem da Psiquiatria leve (neuroses e consultórios)."<sup>15</sup>*

Dentro da análise histórica que se propõe Alonso-Fernández vai valorizar também especialmente a Jaspers e Schneider. Jaspers pela elaboração de uma metodologia sistemática na Psiquiatria através da introdução do pensamento crítico-filosófico. Schneider pela sua nosografia que veio a se constituir como um grande suporte na psiquiatria e psicopatologia atuais. Falando de Schneider, aponta para o grande problema metodológico da explicação e compreensão, como caminhos aparentemente contraditórios, e diz :

*"Sua nosografia sistemática, montada sobre um dualismo empírico, tem uma clareza cartesiã. Apresenta o inconveniente de delimitar demasiado nitidamente os campos psiquiátricos adscritos aos métodos científico-naturais e histórico-culturais, quer dizer, a explicação e a compreensão. A neurose e as reações vivenciais, por exemplo, estariam adscritas ao método compreensivo. As psicose sintomáticas e orgânicas, ao método explicativo. Fica assim dissociada a Psiquiatria em dois campos distintos: o campo médico-explicativo e o campo psicológico-compreensivo. (...) Por minha parte venho sustentando que a Psiquiatria é tributária de uma metodologia mista, compreensiva e explicativa, em todos os seus campos, se bem que nunca tem mais afinidade com a via científico-natural, e noutros com a via histórico-cultural."<sup>16</sup>*

No anexo referente à exploração do doente mental ele diz que, para captar a índole dos fatores condicionantes das alterações psíquicas, devemos utilizar dois métodos de uma só vez: o compreender e o explicar. Que embora eles sejam habitualmente apresentados como métodos contrapostos não são, de nenhuma forma, incompatíveis. Diante de

15. ALONSO-FERNANDEZ, op. cit., pág. 850.

16. *ibid.*, pág. 853.



todo sujeito com anomalias psíquicas ou francos sintomas de neurose ou psicose devemos seguir simultaneamente os dois caminhos — o de compreender e o de explicar. Cita Lanteri-Laura (1962) quando diz que "a psiquiatria utiliza de uma só vez o conhecimento das causas e a compreensão das conexões do sentido."<sup>17</sup>

Defendendo a validade do dualismo metodológico no diagnóstico e na ação psicoterápica, aponta a Psicanálise e a Análise Existencial como "os dois modos de interpretar mais brilhantemente desenvolvidos dentro da Psiquiatria"<sup>18</sup>.

Atenta para o fato de que a hermenêutica psicanalítica opera sobretudo com material do inconsciente pessoal, obtido através de recursos técnicos especiais (como associações livres, sonhos), e que a relação entre inconsciente e consciente é, do ponto de vista psicanalítico, uma relação de causalidade. O consciente tem causas psíquicas inconscientes e, como tal, a interpretação psicanalítica aparece mais como explicativa que como compreensiva. Que a hermenêutica existencialista é constituída por interpretações da vida do paciente tomando, como modelo referencial, os esquemas antropológicos ou filosófico-existenciais e, como tal, a interpretação existencial corre sempre o perigo de um subjetivismo extra-científico, que aparece mais como compreensivo que explicativo.

Termina sua análise com o que ele chama de sólida conclusão metodológica:

"Chegamos a uma sólida conclusão metodológica: em Psiquiatria, para caracterizar os traços essenciais das estruturas empíricas sintomatológicas e antropológicas, dispomos da análise fenomenológica, e para captar o condicionamento psíquico e somático das alterações psíquicas dispomos da compreensão psicológica e da explicação somatopsíquica. O correr de interpretações psicanalíticas e

17. ALONSO-FERNANDEZ, *op. cit.*, (II), pág. 986.

18. *ibid.*, pág. 988.

existencialistas encerre muitos dados válidos, juntamente com observações incompatíveis com a realidade clínica e a psiquiatria empírica."<sup>19</sup>

### 2.3 - A medicina da pessoa —

#### contribuição de D. PERESTRELO

Toda esta discussão é retomada de uma forma muito simples e eminentemente prática no livro de Danilo Perestrello, *A medicina da pessoa*, publicado no final de 1974.

No primeiro capítulo ele fala da evolução da Psiquiatria e valoriza especialmente o advento da Psicanálise pelas contribuições que trouxe na humanização da Psicologia e da Medicina. Enfatiza a importância da visão do homem na sua totalidade e valoriza as contribuições da teoria da Gestalt no favorecimento da compreensão do significado desse todo, como algo mais que a soma das partes.

Discute o problema de uma metodologia das Ciências Naturais e uma metodologia das Ciências Humanas enfatizando especialmente o lugar da Psicanálise nessa controvérsia, ora entendida como ciência explicativa, ora entendida como ciência compreensiva.

Define a doença como um modo peculiar de expressão da pessoa, em circunstâncias adversas, dentro de um grupo:

"A doença não é algo que vem de fora e se superpõe ao homem, é sim, um modo peculiar de a pessoa se expressar em circunstâncias adversas. É, pois, como suas várias outras manifestações, um modo de existir, ou melhor, de coexistir, já que, propriamente, o homem não existe, coexiste. E como o ser humano não é um sistema fechado, todo o seu ser se comunica com o ambiente, com o mundo, e mesmo quando aparentemente não existe comunicação, isto já é uma forma de comunicação, co

19. ALONSO-FERNANDEZ, *op. cit.*, (II), pág. 989.

mo o silêncio, às vezes, é mais eloquente do que a palavra. É, portanto, o estudo da pessoa que se faz necessário. Da pessoa com o seu mundo."<sup>20</sup>

Dentro dessa posição fica clara uma mudança de atitude do profissional diante do doente, diante de seus sintomas, que já não são mais vistos apenas como sinalizadores de lesões localizadas ou de desordens funcionais, mas sim como expressão do ser daquele homem. Neste sentido, valoriza muito especialmente as contribuições de Freud na sua busca do significado inconsciente dos sintomas neuróticos e de Jung na extensão dessa busca para o mundo dos psicóticos.

Tudo isso conduziu à criação de um novo setor na Medicina — o da Medicina Psicossomática. Perestrelo coloca em questão o próprio termo "psicossomático" sugerindo a sua substituição pela expressão "medicina da pessoa" por julgar que exprime melhor uma posição holista e uma atitude de compreensiva do paciente.

Na abordagem do doente, dentro dos conceitos básicos da medicina da pessoa, alerta para a importância da compreensão do significado da doença na pessoa, através da percepção das conexões de sentido entre sua vida e seus sintomas. Sobre a importância da convivência positiva entre o médico e o paciente numa disponibilidade que permita a captação deste significado. Sobre os perigos de um envolvimento negativo que favoreça um compromisso iatrogênico em relação ao doente. Fala, ainda, através de uma série enorme de casos reais relatados com muita minúcia, do fenômeno de alternância na doença que ora se apresenta com sintomatologia psíquica, ora com sintomatologia somática.

Embora sem se referir especialmente em qualquer momento ao conceito de cura, fica claro, nos relatos dos seus casos clínicos, que para ele cura envolve a remissão

---

<sup>20</sup> PERESTRELO, Danilo, *A medicina da pessoa*, Rio, Livraria Atheneu, 1974, pág. 71.

significativa de sintomas dentro de uma reorganização interna da pessoa do doente. E que isso é possível, realizável, na medida em que o médico se prepara e se dispõe a uma compreensão "iatu sensu" do seu doente. A relação positiva médico-paciente fica sendo a estratégia básica de um procedimento terapêutico adequado com bons prognósticos de cura, ou seja, da recuperação da pessoa.

#### 2.4. Síntese pessoal —

Em relação à dicotomia metodológica compreensão-explicação, sentimos sempre esta discussão como artificial e infrutífera.

A Medicina, a Psiquiatria, a Psicologia, como toda e qualquer ciência, é ciência do geral, enquanto teoria; e é ciência do particular, enquanto aplicada. É ciência da busca de conexões de sentidos, enquanto na fase preliminar de construções hipotéticas; e é ciência de explicações causais a partir da possibilidade da montagem coerente e consistente de modelos teóricos, aplicáveis ao seu campo de trabalho. Não há como explicar cientificamente o homem-em-si João, a não ser a partir de pressupostos do homem-em-geral; e não há como enquadrar os pressupostos do homem-em-geral em João, homem-em-si, a não ser quando seu comportamento confirma a teoria. Tudo isso só importa na medida em que João, homem-em-si, concreto, se beneficia disso, ou então estaríamos todos nós nos ocupando de discussões acadêmicas e bizantinas sem qualquer aplicabilidade de humana e científica.

Não pudemos precisar o conceito de cura porque não pudemos precisar o conceito de saúde.

De tudo que estudamos em relação a sintoma, terapia e cura ficou sobretudo o reforçamento da posição tomada ao final do estudo de saúde-doença: a concepção de doença como expressão da totalidade do doente, onde os sintomas patológicos expressam ao mesmo tempo sua saúde, ou são sua

orma de buscar a saúde. Reforçamos pessoalmente a afirmação de Canguilhem quando diz que o organismo faz a doença para se curar. A tentativa de compreensão da dinâmica complexa do processo de cura nos leva de novo à consideração do "vis medicatrix naturae", entendido como um princípio básico ("vis" = força) de busca de saúde. Uma busca automática e permanente de equilíbrio que garanta a subsistência adequada do organismo no meio, da pessoa no mundo.

A partir da concepção da pessoa como um sistema orgânico somos levados a considerar que, assim sendo, ela possui infra e/ou intra-estruturas que permitem o exercício das funções básicas de atualização permanente desse sistema, na garantia de sua sobrevivência.

A mobilização deste potencial estruturado se faz a partir e na relação com seu meio ambiente, que constitui, portanto, o outro fator fundamental de garantia de sobrevivência e subsistência do organismo no meio, do homem no mundo. Quando as condições do meio são extremamente desfavoráveis a morte é inevitável — o ser não sobrevive. Se as condições permitem a sobrevivência, ele se orienta para quaisquer das infinitas possibilidades de viver no caminho da saúde e/ou da doença. A saúde e a doença são, portanto, formas vivenciais que se tornaram possíveis entre as inúmeras possibilidades de estabelecimento da relação homem-mundo.

A discussão que se impõe, a partir daí, se situa no plano da opção teórica, preliminar, entre a existência de uma ordem, de uma direção, de uma vetorização nas formas de relacionamento homem x mundo ou de uma eventualidade, de uma arbitrariedade, ou mesmo de uma alienação neste processo. A existência caminha para o cosmos ou para o caos?

Se optarmos com a maioria, ou talvez a totalidade, dos grandes pensadores de todos os tempos na referência à grande possibilidade, probabilidade ou "segurança" de existência de uma orientação no ser — a existência de um caminho para a Ordem, para o Cosmos — teremos que chegar, ine-

vitavelmente, a aceitar que qualquer forma vivencial, por mais estranha, original ou "patológica" que nos pareça, é um caminho — estranho, original ou até mesmo aparentemente "caótico" na busca da saúde.

Neste refletir, uma idéia nos assalta com muita força: qualquer tentativa de redução pura e simples do sintoma — que enquanto sintoma é expressão de força da vida — violenta o processo natural de busca da saúde, expresso neste sintoma, e pode mesmo detonar uma desorganização maior, progressiva ou até levar à desintegração total da estrutura da pessoa.

Só há, portanto um caminho razoável de tentativa de intervenção, ou seja, de ação terapêutica: a tentativa que se fizer no sentido da integração do sintoma dito "patológico" no processo vital do indivíduo. E essa integração vai depender muito diretamente da possibilidade de interpretação adequada do sintoma na relação terapêutica.

Dentro do ponto de vista que estamos nos colocando, a formulação anterior parece mesmo despropositada pelo seu sentido excessivamente óbvio: se o sintoma é expressão da vida, ele já está integrado na vida. Mas vem a pergunta: o que nos fez classificar ou entender determinada conduta como patológica, mórbida ou anormal?

Voltamos a velhas, velhíssimas concepções médicas: a queixa da pessoa, o sofrimento do paciente é o único sinal de que uma forma de ser não lhe é conveniente.

Franz Alexander, no seu livro *Fundamentos de Psicanálise*, no capítulo sobre Psicopatologia, diz o seguinte:

*"A neurose é uma doença. Embora sob muitos aspectos seja radicalmente diferente das outras doenças, tem uma característica comum a todas elas: provoca sofrimento e desconforto. Como todas as doenças, tem suas raízes nas perturbações do funcionamento do organismo. Na maioria das doenças físicas, há um ou mais órgãos em jogo; na neurose, o núcleo coordenador central do organismo, o ego, está perturbado."*<sup>21</sup>

Chegamos então à seguinte conclusão: se na tentativa de encontrar o melhor estado ou o melhor caminho para sua sobrevivência, um fator externo se combina com um fator interno produzindo uma exigência adaptativa acima das possibilidades dos limites de determinada pessoa, a estrutura toda entra em processo de desorganização, começa a gastar excessiva energia para sua estabilização sem conseguir compensações suficientes. Aparece uma sintomatologia dita patológica — código expressivo indicador dos caminhos percorridos na busca dessa estabilização não conseguida. Os caminhos "escolhidos" automática e naturalmente são os caminhos naturais da força ("vis naturae"), portanto, são os caminhos da cura ("vis medicatrix naturae"). Em todos os planos da vida humana — bioquímico, fisiológico, psicológico, social — e em virtude do homem ser uma só estrutura biofisiopsicossocial, só há esperança de intervenção adequada: a partir da possibilidade de compreensão da pessoa total. A razoabilidade das intervenções parciais ocorre apenas na medida de uma possível aproximação nesta percepção da totalidade.

A idéia de força natural ou tendência natural para a saúde é tomada aqui não no sentido mais ingênuo de uma saída espontânea da doença pelo paciente, como possibilidade sempre exequível, mas no sentido do terapeuta procurar aderir à sua forma mais espontânea e natural de ser, numa tentativa de efetivo tratamento que funcionaria como firme aliado no esforço de superação de suas dificuldades, quaisquer que elas sejam. Isto ocorre quando se torna possível uma real aliança terapêutica e, a partir dela, surgirão os conceitos e os critérios de cura, construídos e constituídos nesta relação.

Nesta altura de nossas conclusões parciais sentimos como impossível, cada vez mais intensamente, a discussão teórica do conceito de cura, a não ser quando referido a uma situação terapêutica concreta, que inclui uma abordagem filosófico-científico definida e uma relação terapêutica clarificada. Vamos partir, então, para a conceitua-

ção da Psicanálise enquanto técnica psicoterápica e para a possibilidade de elaboração do conceito e dos critérios de cura no contexto psicanalítico.



### 3. PSICANÁLISE COMO TÉCNICA TERAPÊUTICA —

"A teoria da psicanálise é uma tentativa de explicar dois fatos surpreendentes e inesperados que se observam sempre que se tenta remontar os sintomas de um neurótico a suas fontes no passado: a transferência e a resistência. Qualquer linha de investigação que reconheça esses dois fatos e os tome como ponto de partida do seu trabalho tem o direito de chamar-se psicanálise, mesmo que chegue a resultados diferentes dos meus."

Freud, *A História do Movimento Psicanalítico*, Rio, Imago, 1974, pág. 26 .

### 3.1 - FREUD ---

Na tentativa de conceituar a Psicanálise ninguém nos parece mais indicado do que o próprio Freud, a respeito de sua criação. É ele quem diz, em *A história do movimento psicanalítico*, escrita em 1914 :

"A psicanálise é criação minha; durante dez anos fui a única pessoa que se interessou por ela, e todo o desagrado que o novo fenômeno despertou em meus contemporâneos desabou sobre a minha cabeça em forma de críticas. Embora de há muito tempo para cá eu tenha deixado de ser o único psicanalista existente, acho justo continuar afirmando que ainda hoje ninguém pode saber melhor do que eu o que é psicanálise, em que ela difere de outras formas de investigação da vida mental, o que deve precisamente ser denominado de psicanálise e o que seria melhor chamar de outro nome qualquer."<sup>1</sup>

Discutindo o fato do método catártico de Breuer já poder ou não ser considerado como psicanálise, diz Freud:

"Entre os novos fatores que foram acrescentados ao processo catártico como resultado de meu trabalho e que o transformou em psicanálise, posso mencionar em particular a teoria da repressão e da resistência, o reconhecimento da sexualidade infantil e a interpretação e exploração de sonhos como fonte de conhecimento do inconsciente."<sup>2</sup>

E mais adiante apresenta uma das mais precisas e concisas descrições de sua própria teoria:

"A teoria da repressão é a pedra angular sobre a qual repousa toda a estrutura da psicanálise. É a parte mais essencial dela e todavia nada mais é senão a formulação teórica de um fenômeno que pode ser observado

1. FREUD, *A história do movimento psicanalítico*, extr. da Ed. Standard Brasileira, Rio, Imago, 1974, pág. 16 (grifei nossas).

2. *ibid*, pág. 25.

quantas vezes se desejar se se empreende a análise de um neurótico sem recorrer à hipnose. Em tais casos encontra-se uma resistência que se opõe ao trabalho de análise e, a fim de frustrá-lo, alega falta de memória. O uso de hipnose ocultava essa resistência; por conseguinte, a história da psicanálise propriamente dita só começa com a nova teoria que dispensa a hipnose. A consideração teórica, decorrente da coincidência dessa resistência como uma amnésia, conduz inevitavelmente ao princípio da atividade mental inconsciente, peculiar à psicanálise, e que também a distingue muito nitidamente das especulações filosóficas em torno do inconsciente. Assim talvez se possa dizer que a teoria de psicanálise é uma tentativa de explicar dois fatos surpreendentes e inseparáveis que se observa sempre que se tenta remontar os sintomas de um neurótico a suas fontes no passado: a transferência e a resistência. Qualquer linha de investigação que reconheça esses dois fatos e os tome como ponto de partida de seu trabalho tem o direito de chamar-se psicanálise, mesmo que chegue a resultados diferentes dos meus. Mas quem quer que aborde outros aspectos do problema evitando essas duas hipóteses dificilmente poderá escapar à acusação de apropriação indábita por tentativa de imitação, se insistir em chamar-se a si próprio de psicanalista. Eu me oporia com a maior ênfase a quem procurasse colocar a teoria da repressão e da resistência entre as premissas da psicanálise em vez de colocá-las entre as suas descobertas. Essas premissas, de natureza psicológica e biológica geral, na verdade existem e seria útil considerá-las em outra ocasião, mas a teoria da repressão é um produto do trabalho psicanalítico, uma inferência teórica legitimamente extraída de inúmeras observações."

Outra descoberta desta espécie foi a hipótese da sexualidade infantil. Conta Freud que, de início, eram observados apenas os efeitos das experiências passadas nas experiências presentes. Mas, ao investigar, os psicanalistas começaram a encontrar mais do que procuravam.

"Fomos puxados cada vez mais para o passado: esperávamos poder parar na puberdade, perío

do ao qual se atribui tradicionalmente o despertar dos impulsos sexuais. Mas em vão, as pistas conduziam ainda mais para trás, à infância e aos seus primeiros anos."<sup>4</sup>

Na continuação das pesquisas foi observado que

"os pacientes histéricos remontam seus sintomas e traumas que são fictícios, então o fato novo que surge é precisamente que eles criam tais cenas na fantasia, e essa realidade psíquica precisa ser levada em conta ao lado da realidade prática."<sup>5</sup>

Acrescenta ainda Freud, neste mesmo trabalho, que

"Com a atividade sexual dos primeiros anos de infância também foi reconhecida a constituição herdada do indivíduo. A disposição e a experiência estão aqui ligadas numa unidade etiológica indissolúvel, pois a "disposição" exagera impressões — que de outra forma teriam sido inteiramente comuns e não teriam nenhum efeito — de modo a transformá-las em traumas que dão margem e estímulos e fixações; por outro lado, as experiências despertam fatores na disposição que, sem elas, poderiam ter ficado adormecidas por muito tempo e talvez nunca se desenvolvessem."<sup>6</sup>

Nessas alturas do relato fica muito bem caracterizado o que o próprio Freud considerou como fundamental na teoria psicanalítica — a teoria da repressão e os conceitos de transferência e resistência — como descobertas e não premissas psicanalíticas, da mesma forma que, como descobertas, a atividade sexual dos primeiros anos de infância e seu significado na evolução dos processos neuróticos ressaltando também a importância, nestes processos, da relação entre as disposições herdadas e as experiências pessoais.

Em 1918, em *Los caminos de la técnica psicoanalítica*, diz ele:

4. FREUD, *op. cit.*, pág. 27 (grifos nossos).

5. *idem et ibidem*.

6. FREUD, *op. cit.*, pág. 28 (grifos nossos).

"Chamamos psicanálise ao trabalho pelo qual levamos à consciência do doente o psíquico recalcado nele. Por que "análise", que significa fracionamento, decomposição, e sugere uma analogia com o trabalho efetuado pelo químico com as substâncias que encontra na natureza e que leva para o laboratório? Porque essa analogia é, num ponto importante, efetivamente bem fundada. Os sintomas e as manifestações patológicas do paciente são, como todas as suas atividades psíquicas, de natureza altamente composta; os elementos desta composição são em última análise motivos, moções pulsionais. Mas o doente nada sabe, ou sabe muito pouco, desses motivos e elementos. Ensina-mos-lhe, pois, a compreender a composição dessas formações psíquicas altamente complicadas, reconduzimos os sintomas às moções pulsionais que os motivam, apontamos ao doente nos seus sintomas os motivos pulsionais até aí ignorados, como o químico separa a substância fundamental, o elemento químico, do sal em que, em composição com outros elementos, se tornara irreconhecível. Da mesma maneira, nós mostramos ao doente, quanto às manifestações psíquicas consideradas não patológicas, que ele só imperfeitamente estava consciente da motivação delas, que outros motivos pulsionais que para ele permaneceram desconhecidos tinham contribuído para produzi-las...?"

Mais adiante, continua Freud:

Esta comparação justificada da atividade médica psicanalítica com o trabalho químico poderia sugerir uma direção nova à nossa terapêutica (...). Disseram-nos: a análise do psiquismo doente deve suceder a sua síntese! E logo houve quem se mostrasse inquieto de que o doente pudesse receber análise e não síntese e menos, e desejoso de colocar o peso principal da ação psicoterápica nesta síntese, numa espécie de restauração do que por assim dizer tinha sido destruído por viviseção. (...) A comparação com a análise química encontra seu limite no fato de que na vida psíquica tratamos com tendências submetidas a uma compulsão à unificação e à combinação. Mal conseguimos decom-

7. FREUD, *Los caminos de la técnica psicoanalítica (Wege der Psychoanalytischen Therapie)* [1918], in *Obras Completas* (II), Madrid, Ed. Biblioteca Nueva, 1988, pág. 449 (grifos nossos).

por um sintoma, libertar uma moção pulsional de um conjunto de relações, e logo esta não se conserva isolada, mas entra imediatamente num novo conjunto (...). Também no indivíduo em tratamento analítico a psicose in tese se realiza sem nossa intervenção, auto mática e inevitavelmente.<sup>8</sup>

Em 1922, logo no início do artigo intitulado "Psicanálise e teoria da libido", diz ele:

"Psicanálise é o nome

- de um método para investigação de processos mentais de outro modo inacessíveis;
- de um método baseado nessa investigação para o tratamento de desordens neu róticas;
- de uma série de concepções psicológicas adquiridas por este meio e que se vão juntando umas às outras para forma rem progressivamente uma nova disciplina científica."<sup>9</sup>

O método de investigação característico da Psicanáli se é o que busca permanentemente os sinais da atuação do inconsciente e procura evidenciar o significado desta atuação em todo comportamento humano. Como técnica terapêutica a Psicanálise apoiou-se inicial e primordialmente na associação livre, considerada por muito tempo como "regra fundamental" do processo psicanalítico. Posteriormente foi-se percebendo que todo e qualquer comportamento poderia ser interpretado em relação significativa com o inconsciente.

A técnica terapêutica psicanalítica baseia-se hoje muito mais diretamente na análise da transferência e da contratransferência; da resistência e da contra-resistência; das manifestações do desejo inconsciente expresso na linguagem simbólica, nos sonhos, na sintomatologia especí

8. FREUD, *Los caminos de la técnica psicoanalítica*, pág. 449-450.

9. FREUD, "Psicoanálisis y teoría de la libido" ("Psychoanalyse und Libidotheorie"), in *Obras Completas* (III), Madrid, Ed. Biblioteca Nueva, 3ª ed., 1973, pág. 285.

fica apresentada pelo paciente e mesmo no seu comportamento em geral.

Partindo da premissa da unidade essencial do ser humano, todo seu comportamento é expressão de seu ser. Como o homem é um "ser-no-mundo", todo seu comportamento é expressão de sua relação com o mundo. No esforço de compreensão do homem nada pode ser isolado, a não ser como recuso técnico, se permitir uma caracterização de aspectos significativos que favoreçam uma melhor percepção da pessoa total.

Repetindo um trecho já citado de Freud, "mal conseguimos decompor um sintoma, libertar uma moção pulsional de um conjunto de relações, e logo este não se conserva isolado, mas entra imediatamente num novo conjunto"<sup>10</sup>.

Esta capacidade de defesa do ser, que aparece na possibilidade de reestruturação ou restauração de seu próprio equilíbrio, é expressão do célebre Princípio de Constância que Freud (em 1895) tomou emprestado de Fechner (1873) para jamais o abandonar. Este princípio encontra paralelo em todos os grandes pesquisadores e teóricos que estudamos na abordagem do problema de saúde e de doença, e vai se tornar um aspecto crucial do processo e do critério de cura em quaisquer das abordagens que estudamos, e muito especialmente na abordagem psicanalítica.

O conjunto de concepções psicológicas básicas de Freud tem expressão muito clara e concisa na *Metapsicologia*, obra de 1915, elaborado especialmente como uma tomada de posição bem definida, logo após as dissidências de Adler e Jung.

A *Metapsicologia* engloba uma série de trabalhos aparentemente diversificados como o conceito do inconsciente, as pulsões e seus destinos, a repressão, a atuação inconsciente, um acréscimo à teoria dos sonhos, a aflição e a

---

10. FREUD, *Los caminos de la técnica psicoanalítica*, pág. 450.

melancolia, as relações de todos estes processos e sua atuação no funcionamento mental e no comportamento do homem. Nesta obra encontramos o cerne teórico da Psicanálise, ou seja, a descrição dos modelos construídos, já há alguma distância dos fatos clínicos, elaborados a partir de hipóteses coerentes e consistentes, visando ambiciosamente chegar à explicação causal dos distúrbios neuróticos e, mais amplamente, do próprio comportamento humano.

Embora todos saibamos da enorme evolução sofrida pelos conceitos de Freud no decorrer de sua experiência clínica e de sua construção teórica, fato tão aludido em relação a sua vasta obra, podemos dizer sem hesitação que os pilares básicos da teoria psicanalítica estão firmados a partir da metapsicologia. As mudanças que se fizeram, a partir daí, são modificações que visam clarificar, especificar ou elucidar melhor os problemas aí colocados. Mas jamais a Psicanálise sairá dos seus rumos essenciais: o estudo do homem a partir do conceito de pulsões e suas direções, a interpretação do dinamismo do inconsciente, dos processos de repressão e de resistência, a análise das defesas internas, da expressividade dos sonhos e da significância dos sentimentos inconscientes no viver humano.

Toda a elaboração da técnica psicanalítica se atém a estes princípios, e se torna mais adequada na medida em que é mais fiel a eles.

Já tendo ouvido cuidadosamente o fundador da Psicanálise — o próprio Freud — sentimo-nos no direito de partir para outros autores que pretendem uma ampliação do conceito da Psicanálise mas que, nesta ampliação, reforçam significativamente o que há de fundamental nas concepções primeiras.



## 3.2 - CHARLES RYCROFT —

Em seu *Dicionário crítico de psicanálise*<sup>11</sup>, Rycroft propõe para o verbete *Psicanálise* :

"1. Forma de tratamento das **NEUROSES** inventada por Freud na década de 1890 e desde então elaborada por ele, por seus discípulos e seguidores. Os conceitos-chave que a definem são: (a) a **ASSOCIAÇÃO LIVRE**, que substituiu a **HIPNOSE**; (b) a **INTERPRETAÇÃO**, que substituiu a sugestão; (c) a **TRANSFERÊNCIA**. A técnica psicanalítica consiste essencialmente em instruir e auxiliar o paciente a associar livremente, em interpretar tanto suas associações quanto os obstáculos que encontra ao tentar associar, e em interpretar seus sentimentos e atitudes para com o analista. As formas de **PSICOTERAPIA** que utilizam a teoria freudiana em combinação com outras técnicas são, estritamente falando, **psicoterapia de orientação psicanalítica** e não psicanálicas. 2. Teorias psicológicas da origem das neuroses e (posteriormente) do **DESENVOLVIMENTO** mental geral, formuladas por Freud, por seus discípulos e seguidores, concomitantemente com a invenção e elaboração do tratamento psicanalítico. Os conceitos-chave que as definem são: (a) o **INCONSCIENTE**, ou seja, a idéia de existir uma atividade mental de que o indivíduo não se acha ciente, mas que exerce um efeito dinâmico em seu comportamento; (b) a **RESISTÊNCIA**, a idéia de que a **CONSCIÊNCIA** resiste ao surgimento de tendências **INCONSCIENTES** na consciência, e que o faz pelo emprego de defesas; (c) a **TRANSFERÊNCIA**, a idéia de que o relacionamento do indivíduo com seus objetos atuais é inconscientemente influenciado por seu relacionamento com objetos passados e que, em particular, o relacionamento do paciente com o analista recapitula seus relacionamentos de infância com os pais. 3. Embora 1 e 2 definam a psicanálise em termos que são (espero eu) aceitáveis aos analistas freudianos de todas as escolas, os leigos utilizam a palavra num sentido muito mais amplo, para incluir as teorias e terapias de todos os **PSICOTERAPEUTAS** que seguem Freud, Jung e Adler, e isso apesar do fato de os **JUNGUIANOS** se chamarem a si mesmos de psicólogos analíticos e a sua teoria, de psicologia analítica, ao passo que os **ADLERIANOS** se chamam de psicólogos do indivíduo."

11. Rio, Imago, 1975, pág. 190.

É ainda Charles Rycroft quem diz na "Introdução" de *A Psicanálise hoje* :

"A psicanálise deve ser entendida em seu significado mais amplo, que engloba todas as teorias e terapias psicodinâmicas, sem preocupar-se se provêm de Freud, Jung ou outras fontes. Embora as organizações profissionais mais freudianas encarem o termo Psicanálise como um termo que se refere apenas a sua própria teoria e prática, e embora os seguidores de Jung e Adler se chamem a si próprios psicólogos analíticos ou individuais, respectivamente, na esperança de distinguirem-se dos freudianos — essas nossas distinções não se popularizaram nem mesmo entre os leigos evolacionados, que sempre se impressionaram mais com a similaridade entre as escolas do que com as suas diferenças."<sup>12</sup>

Conta que na Inglaterra a tentativa de reservar o termo "psicanálise" para as teorias freudianas tornou-se como que absurda em face de dois fatos bem característicos da situação da Psicanálise no seu país: o aparecimento da análise kleiniana que se pretende freudiana e, no entanto, é repudiada por muitos freudianos, embora seja recebida com simpatia por muitos junguianos; e as íntimas relações pessoais que existem entre freudianos e junguianos, das quais resultou numerosos analistas junguianos se transformarem em analisandos de freudianos e vice-versa. Diz ainda que o quadro se complica mais pela presença dos existencialistas que, certamente, pertencem ao movimento intelectual começado por Freud, mas que rejeitam muitas das suas premissas básicas.

"Por isso, ao longo deste livro, e menos que se faça uma ressalva importante específica, dever-se-á entender que a Psicanálise abrange todas aquelas terapias — freudianas, junguianas ou existencialistas que supõem a existência de processos mentais inconscientes, que se ocupam da elucidação dos motivos, que fazem uso da transferência, e que

12. RYCROFT, Charles, (org.) e outros, *A Psicanálise hoje, rumos e problemas*, São Paulo, Cultrix, 1989, pág. 10 (grifos nossos).

podem ser diferenciadas da escola orgânica da Psiquiatria e do Behaviorismo (teoria do aprendizado) pelo fato de encarar a experiência subjetiva como objeto principal de estudo e não um incômodo contaminador que se deve ignorar ou eliminar."<sup>13</sup>

Ao discutir a posição absolutamente inflexível de Freud em relação ao determinismo, levanta a possibilidade de se entender a construção teórica freudiana não no sentido de se constituir como uma explicação causal dos fatos, posição adotada pelo próprio Freud, mas sim como uma teoria semântica. Lembra que essa idéia não é original, que foi proposta nos Estados Unidos por T. Szasz, em *O mito da doença mental* e na Inglaterra por James Home em seu ensaio *O conceito de mente*. Que essa posição é sustentada, sob formas diferentes, pelos existencialistas mas que a maioria dos freudianos não a aceita. Acrescenta que esta posição minaria pela base a controvérsia intrapsicanalítica em relação à época do desenvolvimento da criança (primeiros meses ou primeiros anos de vida) onde se instalariam as bases da neurose ou o complexo de Édipo, e, também, a discussão em relação aos aspectos mais comprometedores do processo neurótico, se a relação com o meio ou as repressões sexuais.

Pensamos que a existência de maior número de vantagens "práticas" numa perspectiva teórica não justifica sua adoção. O que importa é conseguir determinar qual das abordagens explicita melhor o esquema teórico de Freud e qual oferece melhores condições de compreensão-explicação do comportamento humano. Há um trecho de seu trabalho em que ele defende a posição semântica de forma muito decisiva, apelando para o próprio Freud:

"Realmente, ao descrever as causas das neuroses Freud, mais de uma vez, negou fosse possível prever-se se uma pessoa desenvolveria uma neurose, ou, caso isso se desse, que tipo de neurose seria. Tudo quanto sustentou foi que, retrospectivamente, é possível

---

13. RYCROFT, *A Psicanálise hoje*, pág. 11 (grifos nossos).

cia semântica, em Psicanálise, escolhemos dois trabalhos de Vital Brazil, publicados muito recentemente.

### 3.3 - VITAL BRAZIL —

Horus Vital Brazil discutiu este problema em *O discurso psicanalítico no contexto social* — trabalho apresentado no V Fórum Internacional de Psicanálise (Zurich, 1974) — do qual extraímos o seguinte trecho:

"Ao pretendermos, neste ensaio, centrar a discussão no uso do conceito de linguagem, fazemos a proposta de considerar a Psicanálise como um discurso, e seu objeto como homólogo à linguagem na sua organização estrutural. Necessariamente o campo da Psicanálise teria que ser definido em oposição a qualquer "antropologismo" se quisermos, seguindo a intenção freudiana, fazer ciência, no sentido de referir todo um discurso a "prova de refutabilidade" que declara, em definitivo, que o detentor de um saber está provisoriamente constituído na tensão de um processo."<sup>16</sup>

Considera ele que a ciência precisaria afastar do seu contexto elementos metafísicos que não podem ser verificados objetivamente, e tentar a formulação de leis empíricas, dentro de rígidos critérios de formalização e axiomatização, que levam ao estabelecimento de uma linguagem unívoca.

"O critério de significado na linguagem científica baseia-se na "confirmabilidade" intersubjetiva (não só comunicável intersubjetivamente, isto é, inteligível, mas também testável intersubjetivamente), o que colocaria a "prova de refutabilidade" de Popper como o critério de demarcação entre o discurso científico e qualquer outro discurso que não fosse aspirar a uma aproximação de

---

16. VITAL BRAZIL, Horus, *O discurso psicanalítico no contexto social*, *Conscientia* (2), Vozes, 1975, pág. 8 (grifos nossos).

um "ideal sintáxico". Este discurso da ciência usa a linguagem não como simples mediadora entre as palavras e as coisas, numa redução ao empírico, mas também como mediadora entre os sujeitos (a refutação como prova), e na organização (ordenação) dos objetos descobertos nas suas relações significativas em uma rede estrutural. Em outras palavras, a *linguagem em ciência é mais que simples mediação pragmática, tem uma razão semântica* que se traduz nos seus controles de refutabilidade, na escolha do seu objeto, e uma *razão sintática* na exigência que é de ser coerente, comunicável e refutável e *discurso da ciência*. Estes controles transpostos para as ciências humanas reconhecem e valorizam a "objetividade" como intersubjetividade, porque mais claramente *as ciências humanas não observam redutivamente dados sensoriais, mas já diretamente apreendem relações significativas num contexto interpessoal*. Ficaria assim postulada a ciência como "conhecimento intersubjetivo", organizando o seu discurso num plano do "concebido" que é abstraído do "vívido". *É é na Psicanálise considerada como um discurso, organizado como a linguagem da ciência, que podemos defender a delimitação do seu campo em referência à sua definição metodológica* - ce.<sup>17</sup>

Horus Vital Brazil, em seu artigo "A estrutura em metapsicologia - um ensaio crítico", fala também em três movimentos, dentro do pensamento psicanalítico atual, que pretendem ao mesmo tempo uma "correção do fisicalismo reducionista da teoria da libido" e um "desenvolvimento da concepção estrutural"<sup>18</sup>.

O primeiro movimento encontra expressão nos trabalhos do grupo chamado da Psicologia do Ego, que segue as tradições de Reich e Anna Freud e tem em Hartmann seu fundador e seu representante mais significativo. O segundo seria percebido na aproximação da Teoria das Relações Interpessoais de Sullivan com a obra de Melanie Klein, integrando neste movimento toda a contribuição de Fairbairn à Teoria

17. VITAL BRAZIL, H., *op. cit.*, pág. 10.

18. VITAL BRAZIL, H., "A estrutura em metapsicologia - um ensaio crítico", in *Conscientia* (1), Vozes, 1974, pág. 12.

asseverar que tal ou qual acontecimento ou situação de infância foi a causa de neuroses; procedimento que lembra mais um historiador do que um cientista. Ele, no entanto, sustentou — e com sucesso — ser capaz de demonstrar que as escolhas feitas pelos pacientes não são arbitrárias e podem ser compreendidas como manifestações reveladoras e características da personalidade destes." 14

Analisa um caso clínico, publicado por Freud, e comenta:

"o que Freud faz no caso não foi explicar causalmente a escolha (sintoma) do paciente, mas compreendê-la e dar-lhe sentido, afirmando que o procedimento que ele adotou não foi o do cientista que elucida causas mas o procedimento semântico que procura descobrir o sentido. Pode-se, na verdade, argumentar que grande parte do trabalho de Freud foi realmente semântico, que ele fez uma revolucionária descoberta em semântica, a saber, que os sintomas neuróticos são comunicações significativas disfarçadas, mas que, em virtude de sua formação e devotamento científicos, formulou suas descobertas na estrutura conceptual das ciências físicas. Em alguns aspectos de sua obra, o próprio Freud viu isto muito claramente. Seu livro mais famoso ele o intitulou *A interpretação dos sonhos*, não *Causa dos sonhos*, e o capítulo sobre sintomas, em suas *Conferências Introdutórias*, chama-se "O significado dos sintomas". 15

É impossível deixarmos de nos referir neste contexto à obra de Lacan, que retoma todos os princípios da teoria freudiana numa perspectiva lingüística a partir de sua concepção que o inconsciente se estrutura como uma linguagem. Não pretendemos discutir Lacan ou mesmo as contribuições de sua obra para a Psicanálise porque isso equivaleria a uma outra tese. Não podemos, no entanto, omitir a importância e o significado de sua obra para os problemas em questão.

Para caracterizar uma posição que valorize a referên

14. RYCROFT, *A Psicanálise hoje*, pág. 14.

15. *ibid*, pág. 14-15.

Kleiniana. O terceiro seria "o da Psicanálise construída na linguagem da teoria das relações objetais que indica a passagem de uma dominância de estudos 'energéticos' para a adoção do 'modelo estrutural'"<sup>19</sup>.

Ao discutir a adoção de uma posição estruturalista em Psicanálise cita Grinker quando afirma que

"minha escolha desta metapsicologia baseia-se na conclusão que o progresso em Psicanálise tem sido feito e continuará a se fazer no uso da teoria estrutural"<sup>20</sup>

e comenta que

"a melhor razão para a adoção de uma "teoria de sistemas" ou teoria estrutural está, segundo o mesmo Grinker, na possibilidade de acompanhar os incílios dinâmicos da metapsicologia ao seu fechamento na teoria topológica, e a nova abertura como teoria estrutural. A transação, e não auto-ação ou interação, torna-se o modo operatório do sistema quando visto na sua definição mais ampla como estrutura. A Psicanálise moderna tende a exigir uma teoria de campo que inclui transações entre funções múltiplas, em que um sistema não exclui o outro, e ver-se-ia o homem como um sistema em transação e não como uma estrutura fragmentada."<sup>21</sup>

E mais adiante, ao se referir à contribuição lacaniana, diz:

"Em Lacan, o estruturalismo linguístico traduz-se numa metodologia que vê o fato psicológico como estruturação da significação e dá à Psicanálise uma posição de privilégio no estudo da ordem simbólica."<sup>22</sup>

Como dissemos anteriormente, não é nossa intenção discutir os diferentes caminhos da dissidência freudiana, op

19. VITAL BRAZIL, "A estrutura em metapsicologia", pág. 16.

20. GRINKER, Roy R., "Conceptual Progress in Psychoanalysis" in *Modern Psychoanalysis, New Directions and Perspectives*, Ed. Judd Marmor, Basic Book Inc., New York, 1966, pág. 32.

21. VITAL BRASIL, "A estrutura em metapsicologia", pág. 16.

22. *ibid.*, pág. 19.

tando por uns e rejeitando outros, embora seja claro que tenhamos uma posição pessoal em relação a todas estas celeumas. Mas nosso intuito aqui é o de apresentar as diferentes abordagens no sentido de oferecer uma ampliação dos conceitos, dos campos e do significado da Psicanálise enquanto teoria e, mais especialmente, enquanto técnica psicoterápica.

### 3.4 - FRANZ ALEXANDER —

No sentido de ampliação dos conceitos fomos buscar a contribuição de Franz Alexander quando fala da posição da Psicanálise na Medicina, no 1º capítulo de *Fundamentos da Psicoanálise*.

Diz ele que nas duas últimas décadas a Psicanálise tornou-se, aos poucos, parte integrante da teoria e prática médicas. Mas que durante muitos anos ela levou uma vida isolada, na fronteira da Medicina. Que este fato se deve à atitude pouco receptiva da Medicina em relação à Psicanálise mas, também, à insegurança dos psicanalistas que se perguntavam continuamente se a Psicanálise se constituía ou não como uma disciplina distinta, relacionada com a Medicina mas, essencialmente, independente dela.

"E mesmo os psicanalistas que, como eu, estavam convencidos de que a Psicanálise como forma de tratamento pertencia à Medicina, não podiam ignorar que sua matéria, métodos e terminologia eram tão diferentes de Medicina, que sua assimilação por ela seria difícil. (...) A Medicina visa, dentro de certos limites, compreender o corpo como uma máquina psico-química; a Psicanálise trata dos fatos psicológicos por meios também psicológicos. A distância parecia difícil de ser atravessada."<sup>23</sup>

---

23. ALEXANDER, Franz, *Fundamentos da Psicanálise*, Rio, Zahar, 1965, pág. 15.



Continuando sua reflexão sobre essas relações e dificuldades, comenta:

"os processos psicológicos são funções de sistemas biológicos como o prego, a respiração, a ruborização e a secreção do suco gástrico. Além disso, várias doenças se manifestam através de perturbações mentais, como as psicoses e psiconeuroses. Mesmo depois de altamente desenvolvida a psicologia do cérebro, é improvável que os métodos fisiológicos ou farmacológicos substituam os métodos psicológicos de influenciar a mente das pessoas. (...) Provavelmente o melhor método de reduzir as perturbações psicológicas será, sempre, através dos próprios meios psicológicos."<sup>24</sup>

Afirma que é muito grande a dificuldade de decidir num tratamento quais os casos em que é indicada a abordagem predominantemente fisiológica, a psicológica ou ambas ao mesmo tempo. O homem não pode ser dividido em físico e em psíquico porque é como um todo que ele funciona, como uma entidade biopsicossocial.

Mais adiante sintetiza sua posição:

"Em suma, o pensamento racional, bem como os sentimentos e as prescrições morais, são produtos da adaptação do organismo ao seu meio, mas não determinam totalmente nosso pensamento e comportamento, e uma parte, dinamicamente poderosa, da vida mental não é racional nem moral, não se ajustando nem ao meio externo nem às exigências da comunidade. A parte racionalmente ajustada de toda personalidade está em permanente conflito com as profundezas racionalmente desajustadas. O recálque é o meio pelo qual a influência perturbadora das tendências não-ajustadas é excluída da consciência, tornando-as inconscientes. Perturbações mentais, como as psiconeuroses e as psicoses, podem ser compreendidas como manifestações intensas e claras de atitudes inconscientes e não-ajustadas da personalidade."<sup>25</sup>

Esta perspectiva favoreceu em muito o relacionamento da Psicologia com a Biologia. Como o pensamento é uma das

24. ALEXANDER, Franz, *op. cit.*, pág. 15-16.

25. *ibid.*, pág. 19.

funções do sistema biológico, uma forma de orientação no mundo externo, o mecanismo mental pode ser compreendido como um sistema semelhante aos outros sistemas orgânicos : circulatório, digestivo, respiratório. Dentro deste enfoque as funções da mente podem ser entendidas como uma forma especial de adaptação e orientação do homem ao seu meio-ambiente.

"A Psicanálise assemelha-se às ciências mecânicas, ou termo-dinâmicas, quando descreve as funções da mente como mecanismos ou dinamismos. E se assemelha às ciências biológicas quando estuda o desenvolvimento psicológico em todas as fases de adaptação e segue as variações desde as manifestações desorganizadas, assistemáticas, difusas, da mente da criança até o complicado sistema de um cérebro adulto. Explica os fenômenos mentais patológicos como consequência do domínio incompleto dos primeiros períodos e pode determinar, em grande parte, quais as fases de desenvolvimento que não se solucionaram devidamente e a que fases certos tipos de pessoas mentalmente perturbadas continuam fixadas. (...)

*Essa abordagem genética e dinâmica da compreensão das doenças mentais pode ser considerada como um passo decisivo na Psicopatologia. A interpretação psicodinâmica torna possível influenciar de modo inteligente e sistemático os processos mentais patológicos, ou seja, permite uma psicoterapia causalmente orientada.*"<sup>26</sup>

Para ele o que de mais importante a Psicanálise ofereceu à Medicina está contido em duas contribuições:

- 1) uma técnica adaptada aos fenômenos psicológicos que permitiu o desenvolvimento de uma teoria da personalidade coerente, de base empírica, extremamente útil para a compreensão e tratamento das perturbações mentais;
- 2) a ilustração permanente de que os seres vivos são entidades psicobiológicas, a possibilidade de investigar a relação entre os processos fisiológicos e psicológicos.

26. ALEXANDER, F., *op. cit.*, pág. 20 (grifos nossos).

## 3.5 - CHARLES BRENNER —

Continuando nossa pesquisa sobre a conceituação da Psicanálise fomos encontrar outros subsídios em Charles Brenner, no livro intitulado *Noções básicas de psicanálise*. Dele selecionamos o seguinte:

"A Psicanálise é uma disciplina científica, instituída por Sigmund Freud há cerca de sessenta anos (Copyright 1955). Como qualquer outra doutrina científica, deu origem a certas teorias que se derivam de seus dados de observação e que procuram ordenar e explicar esses dados. Aquilo que chamamos de Teoria Psicanalítica é, portanto, um corpo de hipóteses a respeito do funcionamento e do desenvolvimento da mente do homem. É uma parte da psicologia geral e compreende aquelas que são, sem dúvida, as mais importantes contribuições que se realizaram até hoje em relação à psicologia humana."<sup>27</sup>

Brenner valoriza especialmente o fato de a teoria psicanalítica se interessar tanto pelo funcionamento mental normal quanto pelo patológico. Por isso, diz ele, a Psicanálise "não constitui, de forma alguma, apenas uma teoria da Psicopatologia" embora na prática venha a ser utilizada "no tratamento de pessoas que se acham mentalmente enfermas ou perturbadas"<sup>27</sup>. Esta observação poderia ser vastamente contestada nos dias de hoje uma vez que verificamos na prática, e cada vez com mais freqüência, que os psicanalistas são procurados por pessoas sem características de "doença mental" mas sim por aqueles que se sentem insatisfeitos com seu "modus vivendi", infelizes, amargurados, angustiados e que buscam na análise a esperança de um reencontro consigo mesmos, uma forma mais satisfatória de viver.

Da proposta psicanalítica básica, Brenner considera fundamentais duas hipóteses, por terem sido copiosamente confirmados:

---

27. BRENNER, Charles, *Noções básicas de Psicanálise*, Rio, Imago, 1973 (trad. 4a. ed., N. York, J. Univ. Press, 1986) pág. 1.

"o princípio do determinismo psíquico, ou de causalidade e a proposição de que a consciência é antes um atributo excepcional do que um atributo comum dos processos psíquicos. Para expressar esta última afirmação em palavras algo diferentes, podemos dizer que, de acordo com a Teoria Psicanalítica, os processos mentais inconscientes são de grande frequência e significado no funcionamento mental normal, bem como no anormal."<sup>28</sup>

Explica o princípio do determinismo psíquico afirmando que nada acontece por acaso ou de modo fortuito, tanto na natureza física quanto na nossa vida mental, e enfatiza a relação dos fatos psíquicos com acontecimentos que os precederam, ou seja, o presente como consequência do passado.

"Os acontecimentos em nossas vidas mentais que podem parecer fortuitos, ou não relacionados com os que os precederam, o são apenas na aparência. Na realidade, os fenômenos mentais são tão incapazes de tal falta de conexão causal com os que os precederam quanto os fenômenos físicos. Nesse sentido, não existe descontinuidade na vida mental. A compreensão e a aplicação desse princípio são essenciais para uma orientação apropriada no estudo da psicologia humana, tanto nos seus aspectos normais como nos patológicos."<sup>29</sup>

Em face do exposto confirma o fato de que, sempre que estamos falando da hipótese do determinismo psíquico, estamos também nos envolvendo com a hipótese da existência e significado dos processos inconscientes.

"De fato, a relação entre essas duas hipóteses é tão íntima, que dificilmente se pode examinar uma sem suscitar a outra. É exatamente o fato de tantas coisas que acontecem em nossa mente serem inconscientes, isto é, desconhecidas para nós, que responde pelas aparentes descontinuidades em nossa vida mental. Quando um pensamento, um sentimento, um esquecimento acidental, um sonho ou um sintoma parecem não se relacionar com algo

28. BRENNER, Charles, *op. cit.*, pág. 1-2.

29. *ibid.*, pág. 2.

*que aconteceu antes na mente, isso significa que sua conexão causal se apresenta em algum processo mental inconsciente. Se se pode descobrir a causa ou causas inconscientes, então todas as descontinuidades aparentes desaparecem e a cadeia causal, ou seqüência, torna-se clara.* <sup>30</sup>

Lastima o fato de não se dispor ainda de um método que nos permita observar diretamente os processos mentais inconscientes. Todos os métodos que usamos para estudar tais fenômenos são indiretos e, por isso, só nos permitem inferir a existência deles e, em alguns casos, determinar sua natureza e seu significado na vida da pessoa em questão.

*"O método mais eficiente e de maior confiança que temos para estudar os processos mentais inconscientes é a técnica que Freud desenvolveu durante vários anos. Freud denominou essa técnica de psicanálise pela simples razão de ter sido capaz, com sua ajuda, de discernir e descobrir os processos psíquicos que, de outra forma, teriam permanecido ocultos e insuspeitados. Foi durante os anos em que descobria a técnica de psicanálise que Freud se apercebeu, com a ajuda de sua nova técnica, da importância dos processos mentais inconscientes na vida psíquica de todo indivíduo, quer mentalmente enfermo ou não."* <sup>31</sup>

Comenta que é freqüente, na história da ciência, que uma inovação técnica abra um novo mundo de dados e torne possível compreender melhor, ou seja, construir hipóteses mais válidas sobre o que previamente era entendido de modo incorreto ou incompleto. Considera que o desenvolvimento e a aplicação da técnica psicanalítica tornou possível a Freud, o gênio que a criou e aplicou, realizar descobertas que revolucionaram tanto a teoria como a prática da psiquiatria, da psicoterapia, tendo trazido contribuições fundamentais para a ciência da psicologia humana em geral.

30. BRENNER, Charles, *op. cit.*, pág. 3.

31. *ibid.*, pág. 4.

## 3.6 - SÍNTESE —

É notória e indiscutível a revolução provocada por Freud no campo da Psiquiatria, da Psicoterapia, da Psicologia, da Antropologia, da Filosofia, da Pedagogia, em todos os planos e âmbitos do viver humano.

Mesmo os mais acirrados opositores de Freud têm reconhecido que o advento das idéias psicanalistas abalou o eixo das perspectivas básicas da percepção do comportamento humano e da própria concepção do homem. A revolução provocada pela teoria freudiana foi comparada por muitos à revolução provocada pelo sistema copérnico.

"A teoria do inconsciente representa um rompimento novo e definitivo na atitude antropocêntrica para com o mundo exterior. O sistema de Copérnico destruiu o antropocentrismo no sentido cosmológico espacial, mas continuou antropocêntrico no sentido psicológico. Os filósofos racionalistas dos séculos XVII e XVIII fizeram da mente reflexiva o centro do universo. Descartes ensinou que nada é certo, exceto os nossos próprios pensamentos, e essa doutrina levou, em linha reta, à tese coerentemente antropocêntrica de Kant: o mundo externo, tal como o vemos, depende da mente e suas categorias, que são em si absolutas e pertencem a uma imutável estrutura da mente. A Psicanálise demoliu as categorias kantianas, explicando-as como produtos do ajustamento ao meio físico. Os processos mentais da criança não estão sujeitos às categorias morais ou lógicas de Kant e, o que é mais importante, até na personalidade inconsciente do adulto há processos mentais que não estão sujeitos às leis da lógica."<sup>32</sup>

O contraste entre as concepções anteriores a Freud — onde a consciência e o funcionamento mental eram tomados quase como sinônimos — e as concepções posteriores a Freud — onde a vida mental consciente é encarada como um aspecto não necessariamente prevalente da vida psíquica — é tão profundo que não fica possível deixar de considerar

---

32. ALEXANDER, F., *Fundamentos de Psicanálise*, pág. 18.

o aparecimento da Psicanálise como um dos acontecimentos científicos mais importantes do nosso século.

É essa importância — que vem diretamente da imensa fecundidade da proposta freudiana — que explica e justifica as enormes controvérsias que ocorrem dentro do próprio processo de expansão da Psicanálise. Se não houvesse um permanente desafio entre achados clínicos e pesquisa teórica, a Psicanálise não poderia ser incluída na história do desenvolvimento científico porque teria se transformado numa ideologia. Muitas mudanças e muitas re-elaborações teóricas foram feitas pelo próprio Freud no decorrer de sua obra; muitas mudanças e muitas re-elaborações teóricas terão que ser feitas, necessariamente, pelos psicanalistas, a partir da reflexão constante sobre os dados clínicos e pela assimilação e integração das novas construções teóricas que surgem dentro de sua área específica de trabalho e no das ciências afins.

A Psicanálise vem crescendo sempre sob impacto de grandes crises. Ela é campo propício de contestação contínua e de reelaboração constante. Pelo que podemos entender, essa crise permanente que vive a Psicanálise é o sinal de sua vitalidade. O que está vivo e atua está sempre em crise, a crise é a essência do vivo porque é o que detona a ação e a renovação.

Vamos terminar essas considerações sobre o conceito de Psicanálise fazendo nossas as palavras de Helio Pellegrino na apresentação do primeiro número de *Conscientia* (Vozes, 1974).

*"O inconsciente é, fora de dúvida, a coisa freudiana por excelência. Neste sentido, seria possível definir-se psicanálise como a ciência do inconsciente. Mas, ao mesmo tempo, a psicanálise é uma praxis destinada a tornar consciente o inconsciente. Decorre daí que o esforço psicanalítico consiste em transformar uma ciência — a do inconsciente — numa tomada de consciência — pessoal e existencial, daquelas verdades que constituem o campo, hoje alargado e enriquecido, da descoberta freudiana original.*  
A psicanálise, portanto, não saberia conser

ver-se como pura ciência do inconsciente, o parando ao nível de uma investigação que buscasse apenas sua coerência interna, sem qualquer compromisso constitutivo com os problemas que definem a estrutura da existência humana. A Psicanálise, enquanto prática viva, não ideológica, visando ao conhecimento da espessura humana, é consciência existencial de uma ciência que, desde os seus fundamentos, concebe a pessoa como um ser concreto, emergindo, gradativamente, da escuridão corporal, para assumir, como totalidade encarnada, o seu discurso próprio: transparência do Logos, comunicação, encontro.

*"Ciência e consciência representam, pois, aspectos necessariamente solidários da atividade psicanalítica, tanto ao nível da teoria, quanto da prática. Podemos dizer que a ciência psicanalítica se encarna — e, portanto, adquire seu peso e espessura existenciais — na medida que se torna a consciência que uma pessoa concreta toma de si mesma e do Outro, através da praxis psicanalítica. Consciência e prática psicanalítica se confundem, portanto, ao mesmo tempo que constituem o estuário no qual deságua — e se consuma — a psicanálise, enquanto ciência do Inconsciente."*<sup>33</sup>

---

33. PELLEGRINO, Hédio, *Psicanálise em crise* (apresentação), *Conscientia* (1), Rio de Janeiro, Vozes, 1974. (grifos nossos)



#### 4. CURA EM PSICANÁLISE —

"Le rôle de l'analyse est de permettre à la conscience d'objectiver le Moi et de s'en dégager, ce qui restituerait une communication directe et vraie avec les autres."

Daniel Lagache, "La fascination de la conscience par le moi", *La psychanalyse* (3), 1957, pag. 45.

"La guérison apparaît comme restauration essentielle, accession à une dimension de vie."

"La liberté s'actualise dans l'ordre de la guérison."

Eliane Amedo Lévy-Velensi, *Le dialogue psychanalytique*, Paris, P.U.F., 1962, pag. 178 e 168.

Como nas etapas anteriores, iniciamos esta parte final do nosso trabalho através da pesquisa, em vários autores, dos tópicos referentes ao nosso assunto: critérios de cura em Psicanálise, alta em Psicanálise, objetivos terapêuticos do processo psicanalítico.

#### 4.1 - FREUD —

Começamos, como não podia deixar de ser, pelo próprio Freud, no seu artigo de 1937 "Análise terminável e interminável". É ele quem diz:

"Existe algo que possa ser chamado de término natural de uma análise? Existe alguma possibilidade de levar uma análise até este fim? Se se julga pela linguagem corrente dos psicanalistas pareceria que sim, porque com freqüência os ouvimos dizer, quando deplorem ou desculpam as reconhecidas imperfeições de algum mortal: "Sua análise não foi terminada" ou "nunca chegou a ser analisado até o final".

Antes de mais nada temos que decidir que se quer dizer com a frase ambígua — "o final de uma análise". Do ponto de vista prático é fácil contestar. *Uma análise termina quando o psicanalista e o paciente deixam de reunir-se para as sessões de análise. Isso ocorre quando foram cumpridas mais ou menos por completo duas condições: primeira, que o paciente não sofra já de seus sintomas e haja superado suas inibições e sua angústia e segunda, quando o analista julga que se conseguiu tornar consciente todo material reprimido, que se conseguiu explicar tantas coisas que eram ininteligíveis e que foram conquistadas tentas resistências. Internas que não há porque se temer uma repetição dos processos patológicos em questão. Mas se dificuldades externas impedem a consecução destas metas, é melhor falar de uma análise incompleta ou de uma análise inacabada.*

O outro significado da "terminação" de uma análise é muito mais ambicioso. Neste outro sentido, o que perguntamos é se o analista terá conseguido uma influência tal sobre o paciente, que não se poderia esperar maiores

*mudanças nele, mesmo se continuasse a análise. É como se fosse possível obter por meio de análise um nível de normalidade psíquica absoluta — um nível no qual confiassemos que havia de permanecer estável — como se tivesse sido possível resolver cada uma das repressões do paciente e encher todas as lacunas de sua memória. Primeiramente devemos consultar nossa experiência para saber se tais coisas acontecem realmente e, então, voltarmos à nossa teoria para descobrir se existe alguma "possibilidade" que isto ocorra.*

*Todo analista tratou de uma poucos casos em que ocorreu este resultado satisfatório. Terá feito desaparecer os transtornos neuróticos que não reapareceram nem foram substituídos por qualquer outro. Não deixamos de ter alguns conhecimentos sobre os determinantes destes resultados."*<sup>1</sup>

Mas Freud alerta para o fato de que o conhecimento destes aspectos da técnica psicanalítica são realmente insuficientes, que só agora (1937) começam a se tornar objeto de estudo e pesquisa, e encaminha sua reflexão no sentido de recolocar o problema em outros termos. Em lugar de se investigar como se realiza uma cura pela psicanálise, a pergunta que importa é a que se refere aos obstáculos que aparecem no caminho de tal cura. Isto nos levaria a tratar de problemas específicos da prática psicanalítica. Para demonstrar seus pontos de vista parte para análise de uma série de casos clínicos interpretando o processo e os resultados do ponto de vista prático e do ponto de vista teórico, e se coloca três perguntas fundamentais:

- 1 - Se existe realmente uma possibilidade de solucionar um conflito instintivo (ou mais corretamente, um conflito entre o ego e um instinto) em definitivo e para sempre;
- 2 - se quando estamos tratando alguém por um conflito instintivo podemos, de alguma maneira, imunizá-lo contra a possibilidade de qualquer

---

1. FREUD, "Análisis terminable e interminable", in *Obras Completas* (III), Madrid, Ed. Biblioteca Nueva, 1968, pág. 543 (grifos nossos - tradução livre).

outro conflito deste tipo;

- 3 - se podemos, com propósitos profiláticos, resolver um conflito patogênico desta classe que não esteja se manifestando, no momento, por qualquer indicação, e se seria aconselhável fazê-lo.

Esclarece que talvez não seja possível dar uma resposta segura, a qualquer das três perguntas, mas que se pode projetar alguma luz sobre elas, mediante considerações teóricas.

Em relação à primeira pergunta, invoca e valoriza especialmente o enfoque econômico da sua teoria. Mostra que qualquer solução para um conflito instintivo se torna boa quando se estabelece uma certa relação entre a intensidade do instinto e a força do ego. Se a força do ego diminui por doença, fadiga ou coisa parecida, todos os instintos que até então estiveram dominados com êxito podem renovar suas exigências e tender a obter satisfações substitutivas por caminhos anormais. Que a veracidade desta afirmação se constata através de nossos sonhos noturnos, que muitas vezes mobilizam a atitude assumida pelo ego, durante o sonho, e provocam um despertar cheio de exigências instintivas. A experiência clínica também mostra que, em momentos vitais onde é grande o apelo dos instintos (como puberdade, menopausa), é comum o aparecimento de sintomas neuróticos, até então inexistentes, o que comprova a validade do enfoque econômico.

"Pode-se dizer que nossos argumentos são todos deduzidos dos processos que se realizam espontaneamente entre o ego e os instintos e que pressupõem que a terapêutica psicanalítica nada pode realizar que, em condições favoráveis e normais, não ocorra por si mesmo. Mas, será que isto é realmente assim? Não proclama precisamente nossa teoria que a análise produz um estado que nunca tem lugar espontaneamente no ego e que este novo estado constitui a diferença essencial entre uma pessoa que tenha sido psicanalisada e outra que não tenha sido? Pensemos sobre que se baseia esta afirmação. Todas as repres-

ações têm lugar na primeira infância; são medidas defensivas primitivas tomadas pelo "ego" imaturo e frágil. Em anos posteriores não aparecem novas repressões, mas persistem as antigas e o "ego" continua utilizando-as para dominar os instintos. Os novos conflitos são resolvidos pelo que chamamos "repressão posterior" (after-repression). Podemos aplicar a estas repressões infantis nossa afirmação geral de que a repressão depende absoluta e inteiramente da intensidade relativa das forças que nela participam e que não se pode manter quando aumenta a intensidade dos instintos. Sem dúvida, a *psicanálise* permite ao ego que tenha alcançado maior maturidade e força, empreender uma revisão dessas antigas repressões: umas poucas são destruídas, enquanto outras são reconhecidas, mas reconstruídas com um material mais sólido. Estes novos diques são de um grau de firmeza muito diferente da firmeza dos primeiros; podemos confiar que não cederão tão facilmente diante de um aumento da força dos instintos. Assim, o verdadeiro resultado da terapêutica psicanalítica seria a correção subsequente do primitivo processo de repressão, uma correção que põe fim ao predomínio do fator quantitativo(...) E que tem que dizer sobre isso nossa "experiência"? Talvez ainda não seja bastante ampla para que possamos chegar a uma conclusão definitiva. Confirma nossas expectativas com bastante freqüência, mas não sempre."<sup>2</sup>

Continuando a analisar o problema da variabilidade dos efeitos de uma psicanálise, expressa sua preocupação em chegar a generalidades mas, ao mesmo tempo, seu medo de tornar-se simplista neste esforço de sistematização.

"Sabemos que o primeiro passo para obter o domínio intelectual do que nos rodeia é de cobrir as generalizações, as regras e as leis que botam ordem no caos. Ao fazer isto simplificamos o mundo dos fenômenos mas não podemos deixar de falsificá-los, especialmente, se nos ocupamos de processos de desenvolvimento e de transformação. O que nos interessa é discernir uma alteração "qualitativa", e quando fazemos isto descuramos

---

2. FREUD, "Análisis terminable e interminable", pág. 550 (grifos nossos - entre aspas os grifos do autor).

*habitualmente, pelo menos no começo, do fator "quantitativo". No mundo real as transições e os estados intermediários são muito mais comuns que os estados opostos, claramente diferenciados. Ao estudar os desenvolvimentos e as mudanças dirigimos nossa atenção unicamente para o resultado, passamos facilmente por alto o fato de que tais processos são correntemente mais ou menos incompletos, quer dizer, que em realidade são apenas alterações parciais."*<sup>3</sup>

Referindo-se a analogias desta natureza em campos muito diversos da experiência humana é Freud mesmo quem lembra o fato de encontrarmos, ainda hoje, entre nós, resíduos de crenças consideradas supersticiosas e superadas em certas camadas da sociedade culta mas que permanecem atuantes, consciente ou inconscientemente, nos estratos mais profundos dos povos civilizados.

*"O que uma vez chegou a estar vivo se aferra tenazmente a conservar a existência. Às vezes nos sentimos inclinados a duvidar se os dragões dos tempos pré-históricos estão realmente extintos."*<sup>4</sup>

Aplicando estas observações ao problema em discussão (no seu artigo e na nossa tese), diz ele:

*"A Psicanálise, ao pretender curar as neuroses pela obtenção do controle sobre o instinto, tem sempre razão na teoria, mas nem sempre na prática."*

*"Temos obtido a transformação, mas com frequência apenas parcialmente: fragmentos de velhos mecanismos se mantêm inalterados pelo tratamento psicanalítico."*

"A causa deste processo parcial se descobre facilmente. No passado o fator quantitativo da força instintiva se opunha aos esforços defensivos do "ego", por esta razão busca-

---

3. FREUD, "Análisis terminable e interminable", pág. 551 (grifos nossos - entre aspas os grifos do autor).

4. *ibid*, pág. 552 (grifos nossos).

Nota: Estas observações de Freud favorecem o estabelecimento de correlações com os conceitos junguianos relacionados ao Inconsciente Coletivo.

mos a ajuda da psicanálise, mas, no tratamento, este mesmo fator quantitativo põe limites à eficácia do nosso esforço. Se a força do instinto é excessiva, mesmo o "ego" já maduro, ajudado pela análise, fracassa (total ou parcialmente) na sua tarefa, da mesma forma que o "ego" incipiente fracassou anteriormente. Seu controle sobre o instinto melhorou, mas continua sendo imperfeito, porque a transformação do mecanismo defensivo foi apenas incompleta. Não há nada surpreendente nisto uma vez que *o poder dos instrumentos com que opera a Psicanálise não é ilimitado, mas sim restrito, e o resultado final depende sempre da força relativa dos agentes psíquicos que lutam entre si.*"<sup>5</sup>

Mais adiante Freud se refere às duas outras perguntas propondo-se a estudá-las em conjunto:

"As outras duas perguntas — se enquanto estamos tratando um conflito instintivo podemos proteger um paciente de futuros conflitos ou se é possível e fácil, com fins profiláticos, investigar um conflito que não é manifesto no momento — devem ser tratadas juntas porque, evidentemente, a primeira tarefa só pode ser realizada enquanto se leva a cabo a segunda, ou seja, quando um possível conflito futuro é convertido num conflito atual sobre o qual se pode influir. (...) Isto parece uma proposta muito ambiciosa mas o que queremos aqui é ~~expor~~ claramente os limites da eficácia da técnica terapêutica.

*Enquanto nossa ambição terapêutica se vê tentada a empreender tais tarefas, a experiência rejeita a possibilidade de fazê-lo.* Se um conflito instintivo não é atualmente ativo, não se manifesta, não podemos influir sobre ele nem com a psicanálise. O alerta de que deveríamos deixar tranquilos os cães que dormem, que tantas vezes temos ouvido em relação com nossos esforços para explorar o mundo psíquico profundo, é particularmente inadequado quando se aplica à vida psíquica. Porque se os instintos estão produzindo transtornos, esta é a prova de que os cães não dormem; e se realmente parecem estar dormindo, não está em nossas mãos o poder de despertá-los."<sup>6</sup>

5. FREUD, "Análisis terminable e interminable", pág. 552 (grifos nossos - entre aspas os grifos do autor).

6. *ibid*, pág. 553 (grifos nossos).

Em seguida pondera que a segunda afirmação não é totalmente exata e que precisaria de uma discussão mais detalhada uma vez que a Psicanálise dispõe de meios para transformar um conflito instintivo, que se achava no momento em estado latente, em outro conflito, atual e ativo. Discute as possibilidades operacionais de uma atuação desta natureza, assim como as vantagens terapêuticas que poderia oferecer, e conclui pela inadequabilidade desse procedimento. Isso viria a tornar o trabalho psicanalítico mais longo, mais difícil, complicado por conflitos artificialmente provocados, o que teria efeitos perturbadores sobre a transferência positiva e, portanto, sobre a aliança terapêutica.

A atuação profilática ou preventiva fica, portanto, restrita a uma única saída: falar ao paciente das possibilidades de outros conflitos instintivos e provocar nele a expectativa de que isso possa ocorrer. Diz Freud que, neste sentido, a voz da experiência é muito clara: o resultado esperado não aparece. Podemos ter aumentado o conhecimento do paciente, de alguma forma, mas nada é alterado na sua conduta — ele só é estimulado de fato pelos conflitos que são ativos nele, naquele momento.

Neste trabalho Freud aponta três fatores como decisivos para o êxito de nossos esforços terapêuticos: a influência na etiologia traumática, na força relativa dos instintos que precisam ser controlados e na alteração do ego.

Apesar de reconhecer que pouco tem sido dito em relação à alteração do ego porque neste aspecto há muito que perguntar, muito que contestar, e pouco o que afirmar, enfrenta a análise deste ângulo do problema com muita objetividade.

"A situação analítica consiste em nos aliar mos ao "ego" de pessoa submetida ao tratamento com o fim de dominar partes de seu "id" que se acham incontroladas, quer dizer, de incluí-las na síntese do seu "ego" (...) Se temos que fazer um pacto com o "ego", este há de ser normal. Mas um ego "normal" desta classe é, como a normalidade em geral, uma ficção ideal. Mas o "ego" anormal, que não



serve aos nossos propósitos, infelizmente não é uma ficção. Toda pessoa normal é, de fato, normal somente enquanto pertence à média. Seu "ego" se aproxima ao do psicótico num ou noutro aspecto, em maior ou menor quantidade, e o grau de afastamento de um extremo e de aproximação do outro, numa série de comportamentos, é que nos proporciona uma medida provisória do que chamamos, com tanta imprecisão, "alteração do ego".<sup>7</sup>

Questionando-se sobre a fonte da grande diversidade de tipos e graus de alteração do ego, considera evidente que algumas modificações têm caráter congênito e que outras são adquiridas no correr do desenvolvimento do indivíduo. Esta afirmativa provoca a reflexão dos problemas relacionados com a educação, sob cuja influência se forma o ego e o superego.

"Sob a influência da educação, o "ego" se vai acostumando a levar ao cenário de luta de fora para dentro, e a dominar o perigo "interno" antes que se converta em perigo "externo", e provavelmente a maior parte das vezes tem razão de agir assim. Durante esta luta em duas frentes — mais tarde haverá também uma terceira frente (referência indireta ao superego) — o "ego" utiliza vários procedimentos para realizar sua tarefa que é, para falar em termos gerais, evitar o perigo, a ansiedade e o sofrimento. Estes procedimentos são chamados por nós de "mecanismos de defesa". Nosso conhecimento sobre eles não é ainda completo. (...)

Mas a repressão é algo muito peculiar e egora se encontra mais claramente diferenciada dos outros mecanismos, que eles entre si. Gostaria de tornar clara esta relação com os restantes mecanismos mediante uma analogia, embora saiba que estas questões de analogias não podem nos levar muito longe.<sup>8</sup>

Fazendo uma analogia com diferentes formas de falsificação de um texto ainda na época dos escribas, Freud mostra que, se não seguirmos a analogia com excessivo rigor,

7. FREUD, "Análisis terminable e interminable", pág. 556-557 (entre aspas os grifos do autor).

8. *ibid*, pág. 557 (grifos nossos - entre aspas os grifos do autor).

podemos dizer que a repressão tem a mesma relação com os outros métodos de defesa que a omissão tem com a distorção do texto. E que podemos descobrir paralelos entre as diferentes formas de falsificação de um texto e os demais mecanismos de defesa. Mostra a importância dos mecanismos de defesa num desenvolvimento sadio do ego mas aponta toda a gama de patologia que surge pelo seu mau uso quando os mecanismos de defesa, que serviriam primordialmente para afastar os perigos do ego, se transformam eles próprios em perigos.

"As vezes acontece que o "ego" tem que pagar um preço excessivamente alto pelos seus serviços. O gasto dinâmico necessário para mantê-los e as restrições que provocam quase invariavelmente no "ego" se tornam uma pesada carga na economia psíquica. Além disso, esses mecanismos não se extinguem mesmo depois de haver ajudado o "ego" nos anos difíceis do seu desenvolvimento. Naturalmente, nenhum indivíduo usa todos os possíveis mecanismos de defesa. Cada pessoa utiliza apenas uma seleção deles. Mas estes ficam fixados em seu "ego". Se convertem em modos regulares de reação de seu caráter, que se repetem durante toda sua vida quando se apresenta uma situação similar à primitiva."<sup>9</sup>

Mas o que mais importa dentro do problema que estamos abordando é a descoberta da influência que estes mecanismos têm sobre nossos esforços terapêuticos.

"O ponto essencial é que o paciente repete esses modos de relação durante o trabalho analítico, que os produz diante dos nossos olhos."<sup>10</sup>

Mas na realidade é por este caminho que podemos conhecer nossos pacientes. A atuação dos mecanismos de defesa na relação terapêutica não dificulta o processo analítico, antes pelo contrário. Freud comenta que a primeira metade de nossa tarefa consiste no trato direto com eles

---

9. FREUD, "Análise terminable e interminable", pág. 558; (entre aspas os grifos do autor).

10. *ibid*, pág. 559.

e que a outra metade, que inicialmente ocupava toda a atenção dos psicanalistas, é a busca do descobrimento do que está oculto atrás deles, no id.

*Durante o tratamento no seu trabalho terapêutico oscila continuamente para diante e para trás, igual a um pêndulo, entre um fragmento de análise do "id" e outro de análise do "ego". No primeiro caso precisamos tornar consciente algo do id, no outro queremos corrigir algo do "ego". O importante é que os mecanismos defensivos dirigidos contra o perigo primitivo reaparecem no tratamento como "resistências" contra a cura. Daí resulta que o "ego" considera a cura como um novo perigo."*<sup>11</sup>

O efeito terapêutico depende em grande parte de que se torne consciente o que se acha reprimido no id no sentido mais amplo da palavra. Preparamos o caminho para esta conscientização pelas interpretações, mas muitas vezes interpretamos só para nós e o paciente não se aproveita das nossas intervenções: é quando seu ego se apega a suas antigas defesas e não abandona suas resistências. Estas resistências, enquanto não estão sob domínio do ego, são inconscientes e de certo modo estão isoladas no indivíduo. O psicanalista as reconhece com mais facilidade que o material oculto no id e, por isso, o psicanalista poderia julgar ser suficiente tratá-las como fragmentos do id e, tornando-as conscientes, estabelecer sua relação com o resto do ego. Suporia que, deste modo, teria realizado a metade de sua tarefa em psicanálise. Dificilmente o psicanalista conta com o encontro de uma resistência ao descobrimento de resistências. Mas isto habitualmente acontece.

"Durante o trabalho sobre as resistências o "ego" se retira — mais ou menos seriamente — do acordo sobre o que se baseia a relação psicanalítica. O "ego" para de apoiar nossos esforços para descobrir o "id", se opõe a eles, desobedece à regra fundamental da análise e não permite que venha à tona

---

11. FREUD, "Análisis terminable e interminable", pág. 558-560 (grifos nossos - entre aspas os grifos do autor).

qualquer material reprimido. Não podemos esperar que o paciente tenha uma grande convicção sobre o poder curativo da análise. Pode trazer consigo um certo grau de confiança no analista, que será reforçada, enquanto for eficaz, pelos fatores da transferência positiva já estabelecida. Sob a influência dos sofrimentos que sente como resultado de reativação dos conflitos defensivos as transferências negativas podem passar a ocupar o primeiro plano e anular por completo a situação psicanalítica. Neste momento o paciente olha o analista como a um estranho que tem exigências desagradáveis em relação a ele e se conduz como um menino que não gosta de estranhos e não crê em nada que lhe dizem. <sup>12</sup>

Do adequado manejo da situação analítica nestes momentos cruciais vai depender em muito a possibilidade de êxito de todo o processo. O aparecimento de movimentos de intensa resistência vem demonstrar a aproximação de aspectos especialmente graves da realidade interna do paciente. Ele resiste para garantir o equilíbrio obtido através da repressão. Levantar a repressão, em determinados momentos, representa um perigo vital, a perda do equilíbrio encontrado dentro da sua neurose, que ele tenta fortemente preservar.

*"Se o psicanalista tenta explicar e corrigir as distorções do paciente, construídas como defesas, encontra o analisando inacessível e sem compreensão para os argumentos mais bem fundamentados. Vemos assim que existe uma resistência à descoberta de resistências (...) São resistências não apenas à conscientização de conteúdos do id, mas também à análise como um todo e, portanto, à cura.*

O efeito produzido no "ego" pelas defesas pode ser descrito acertadamente como uma "alteração do ego", se por isto entendemos uma mudança na fixação de um "ego normal" que garantisse uma lealdade inquebrantável ao trabalho de análise. Fica fácil então aceitar o fato que a experiência diária mostra, que o resultado de um tratamento psicanalítico

---

12. FREUD, "Análise terminável e interminável", pág. 560 (entre aspas os grifos do autor).

*depende essencialmente da força e da profundidade das raízes destas resistências, que dão lugar a uma transformação do ego. De novo temos à nossa frente a importância do fator quantitativo e outra vez temos que pensar que a análise só pode lançar mão de quantidades de energias definidas e limitadas que não se medem com as forças hostis. E Parece que a vitória se fará de fato, como regra geral, do lado dos grandes batalhões.<sup>13</sup>*

Freud cita um outro grupo de problemas que surgem quando o psicanalista é surpreendido por uma atitude não esperada, em determinados pacientes, e que poderia ser atribuída a um certo grau de inércia psíquica, como que um esgotamento da plasticidade da capacidade de crescer e mudar. Há como que uma vacilação diante dos novos caminhos abertos pelo trabalho analítico. Essa resistência tem sido chamada de "resistência do id". Os pacientes em que ela aparece predominantemente se caracterizam por uma rigidez muito grande: os processos mentais, as relações e a distribuição de forças mostram-se sem possibilidade de transformação, fixos, rígidos. Estes sintomas, característicos de pessoas muito idosas, aparecem por vezes em pacientes jovens como se estivesse ocorrendo um esgotamento da receptividade, "uma espécie de entropia psíquica"<sup>14</sup>.

Há ainda outros grupos de casos onde as fontes de resistência são encontradas em raízes mais profundas: são problemas de conduta relacionados com as causas últimas ou com as pulsões primeiras, que se apresentam em confusão, são as dificuldades que se relacionam com a própria estruturação do aparelho psíquico. Durante o trabalho analítico se tem a impressão da resistência como uma força que se defende por todos os meios de uma possível cura, que o ego precisa agarrar-se à doença e ao sofrimento como um reduto seguro. Uma parte desta força é reconhecível, sem dificuldade, como um sentimento de culpa e a corres -

---

13. FREUD, "Análisis terminable e interminable", pág. 561 (grifos nossos - entre aspas os grifos do autor).

14. *ibid*, pág. 563.

pondente necessidade de castigo, provindas da relação inadequada entre o ego e o superego. Mas existem ainda outras quantidades da mesma força, ligadas ou livres, que podem atuar e que não são facilmente reconhecíveis e interpretáveis. Refletindo sobre os fenômenos de maçoquismo e o sentimento de culpa neurótica como reações que provocam resistência à terapia e à cura, é que o próprio Freud chega à conclusão que não podemos mais acreditar que todos os fatos psíquicos são governados apenas pelo princípio do prazer.

"Estes fenômenos são inequívocas indicações de presença, na vida psíquica, de uma força que chamamos pulsão de agressão ou de destruição, segundo seus fins, e que estamos remontando à primitiva pulsão de morte da matéria viva. Não se trata de uma antítese entre uma teoria otimista e outra pessimista de vida. *Somente pela ação mutuamente concorrente e oposta das pulsões primogênicas — eros e o instinto de morte — e nunca por uma só delas é que podemos explicar a rica multiplicidade dos fenômenos da vida.* (...) Ao estudar os fenômenos que testemunham a atividade da pulsão de destruição não estamos limitados a observações de material patológico. Muitos fatos da vida psíquica normal pedem uma explicação desta classe, e quanto mais agudo é o nosso olhar, com maior frequência os encontramos."<sup>15</sup>

"Supomos que no curso do desenvolvimento do homem, desde um estado primitivo a um outro civilizado, sua agressividade sofre um grau considerável de internalização e de volta para dentro; se é assim, seus conflitos internos seriam na realidade o equivalente às lutas externas que já tivessem cessado. Aqui me dou conta de que uma teoria dualista — segundo a qual uma pulsão para a morte ou destruição ou agressão reclama os mesmos direitos que Eros e se manifesta na libido — tenha encontrado poucas simpatias e não possa ser facilmente aceita, mesmo pelos psicanalistas."<sup>16</sup>

Finalmente Freud chega ao problema mais crucial e de

15. FREUD, "Análisis terminable e interminable", pág. 564 (grifos nossos).

16. *ibid.*, pág. 565.

licado que está relacionado com o conceito de cura em psicanálise: a pessoa do psicanalista.

"As condições especiais do trabalho psicanalítico fazem com que os próprios defeitos do analista interfiram no correto relacionamento com seu paciente e possam impedir que este reaja de forma eficaz. Por isso é razoável esperar de um psicanalista — como parte de suas qualificações — um grau considerável de normalidade e de saúde mental. Além disso, há de possuir alguma forma de superioridade de modo que, em certas situações analíticas, possa atuar como modelo para seu paciente e em outras como professor. E finalmente, não devemos esquecer que a relação psicanalítica é baseada num amor à verdade — no reconhecimento da realidade — e que isto exclui qualquer tipo de impostura ou mentira."<sup>17</sup>

Freud alerta contra dois grandes perigos no processo psicanalítico: a hostilidade e a parcialidade, que criam uma atmosfera desfavorável à investigação objetiva. Fala ainda do perigo do abuso do poder. E fala do perigo, para o analista, de viver num revólver constante de material reprimido, que luta por libertação, e que pode ameaçar diretamente a situação analítica. Finaliza sua abordagem do problema, neste trabalho, dizendo:

"Qualquer que seja a posição teórica diante deste problema, penso que o término de uma análise é uma questão prática. Todo psicanalista experimentado recordará um certo número de casos em que se despediu do seu paciente de forma definitiva *rebus bene gestis* [tudo tendo corrido bem] (...). Nem sempre é fácil praver uma terminação natural, mesmo quando se evitam expectativas exageradas e não se propõe para a psicanálise uma tarefa excessiva. *Nossa aspiração não será estragar toda peculiaridade do caráter individual em favor de uma normalidade esquemática nem exigir que a pessoa que tenha sido "psicanalisada completamente" deixe de sentir paixões ou não apresente conflitos internos.* O papel da psicanálise é encontrar

---

17. FREUD, "Análisis terminable e interminable", pág. 568 (grifos nossos).

as melhores condições psicológicas possíveis para as funções do ego e, desta forma, está cumprida a sua tarefa."<sup>18</sup>

Como fizemos em relação ao conceito de psicanálise, fomos buscar outros autores que contribuíram e ainda estão contribuindo, com sua experiência clínica e sua reflexão teórica, para uma caracterização cada vez mais adequada do processo psicanalítico. Entre os inúmeros autores estudados, escolhemos para citar aqui Franz Alexander, Daniel Lagache, Anthony Störr, Ivan Ribeiro, Françoise Dolto, Eliane Amado Lévy-Valensi assim como decidimos apresentar parte do Relatório Oficial do III Congresso Brasileiro de Psicanálise realizado em 1972 e cujo tema foi "Critérios de Cura". Franz Alexander, Brenner e Lagache foram escolhidos pela amplitude das perspectivas que oferecem; Störr, pela extrema objetividade com que trata o problema específico da cura; Ivan Ribeiro, Françoise Dolto e Eliane Amado, pelas enormes afinidades que encontramos nestes autores com os nossos próprios pontos de vista.

#### 4.2 - FRANZ ALEXANDER —

Franz Alexander, na *História da Psiquiatria*, dedica sete capítulos da obra à Psicanálise. Mostra que inúmeras circunstâncias históricas predestinaram Freud a introduzir com êxito o método psicológico em Psiquiatria, após tantas outras tentativas terem falhado. Que embora suas pesquisas iniciais tenham se baseado principalmente na intuição, ele conseguiu gradativamente produzir "um conjunto de conceitos teóricos cujas possibilidades operacionais ainda hoje não foram convenientemente exploradas nem reconhecidas"<sup>19</sup>. Partindo de observação cuidadosa e de ra

18. FREUD, "Análisis terminable e interminable", pág. 570 (grifos nossos - entre aspas os grifos do autor).

19. ALEXANDER, Franz G., *História da Psiquiatria*, S. Paulo, Ibrasa, 1968, pág. 245.



ciocínio rigoroso conseguiu introduzir no terreno da pesquisa da personalidade uma técnica de investigação adequada aos fenômenos que queria estudar, operacionalizando o princípio de causalidade no campo da vida psíquica. Segundo Alexander, ele deu claras demonstrações de que, em seu trabalho, tratava com mais cuidado a sólida base observacional que a superestrutura filosófica. Referindo-se às especulações sobre a estrutura do aparelho mental cita o próprio Freud quando escreve:

"Idéias como estas fazem parte de uma super estrutura especulativa da psicanálise e a qual qualquer porção pode ser abandonada ou modificada, sem prejuízo ou pesar, no momento em que ficar provada sua inadequação. Todavia existe ainda para ser descrita muita coisa que fica mais perto da experiência efetiva."<sup>20</sup>

Foi principalmente a partir das pesquisas e dos estudos de Freud que os aspectos mais característicos dos processos inconscientes começaram a ser esclarecidos. Os conceitos psicanalíticos que mais ajudaram a explicar a natureza essencial dos sintomas neuróticos e psicóticos são o de fixação e o de regressão que, juntamente com os mecanismos de defesa, informam sobre o dinamismo psíquico que se desenvolve dentro de cada paciente. Diz Alexander:

"*Fixação* é a propensão que o indivíduo tem a conservar padrões de comportamento, sentimentos e pensamentos que lhe serviram bem no passado.

*Regressão* é a tendência a voltar a esses bem sucedidos padrões antigos, quando surgem novas situações que exigem novas adaptações e aprendizagem, que o ego ainda não é capaz de realizar com êxito. Os neuróticos têm tendência maior que a habitual a regressar e os sintomas neuróticos são expressões disforçadas de anteriores padrões opostos ao ego que, nas circunstâncias do momento, não são adaptáveis. (...)

---

20. FREUD, "Letters of Sigmund Freud", Ed. E. Jones, New York, Basic Books, 1960, in ALEXANDER, F., *op. cit.*, pág. 247.

O ego emprega *mecanismos de defesa* para impedir que tendências antiquadas opostas a ele penetrem na consciência. Entre essas defesas as mais importantes são a "supercompensação" ou "formação de reação", a "racionalização", a "direção dos impulsos hostis opostos ao ego contra o eu" e a "projeção" de tendências inaceitáveis, atribuindo-se aos outros (...). Todos esses mecanismos de defesa servem para evitar o conflito entre o eu social do indivíduo e seus esforços primitivos interiores; atuam, como foi dito acima, para reduzir a ansiedade que surge quando impulsos reprimidos opostos ao ego ameaçam irromper na consciência.

*Os sintomas neuróticos, quando vistos sob essa luz, podem ser compreendidos como tentativas mal sucedidas de auto-cura. São mal sucedidos porque as próprias defesas se tornaram motivos de dano.*"<sup>21</sup>

Do ponto de vista da técnica terapêutica, o aspecto mais importante do processo psicanalítico é o que Freud chamou de transferência.

"A transferência baseia-se em que, durante o tratamento, o paciente não apenas relembra suas experiências passadas, mas, o que é ainda mais importante, transfere para o terapeuta os sentimentos que tinha em relação à pessoa significativa de sua vida passada — principalmente seus pais. Reage ao terapeuta de maneira semelhante à que reagia em relação a seus pais. Interpretar de novo e reviver as respostas neuróticas originais permite ao paciente corrigi-las; suas reações mal adaptadas do passado são assim introduzidas no tratamento. Ao reviver suas experiências passadas o paciente adulto tem oportunidade de enfrentar de novo os acontecimentos e emoções não resolvidos na infância; sua força adulta ajuda-o a resolver as dificuldades que como criança achou inapercebíveis. Apesar disso, a *tese principal de Freud era que, para conseguir a cura, precisavam ocorrer a recordação de acontecimentos passados e "insight" da significação desses acontecimentos.*"<sup>22</sup>

21. ALEXANDER, F., *op. cit.*, pág. 264-265 (grifos nossos, entre aspas os grifos do autor).

22. *ibid.*, pág. 265-265 (grifos nossos).

E no rodapé da página:

"Este tese, sustentada pelos psicanalistas fundamentalistas, foi contestada nos últimos tempos por aqueles que dão ênfase não ao "insight" mas à reexperiência de emoções em relação ao terapeuta."<sup>25</sup>

Esta observação de rodapé é importante porque entre estes psicoterapeutas está o próprio Franz Alexander que reforça especialmente, na terapia, o que ele chamou de experiência emocional corretiva: a oportunidade de reviver situações emocionais elaborando-as de forma nova em função da atitude do terapeuta, que não repete a atitude dos pais. Continuando sua análise sobre a evolução da Psicanálise, diz ainda F. Alexander:

"Em um escrito teórico de 1925, "Inibições, Sintomas e Angústia", outro trabalho sobre a estrutura da personalidade, Freud abandonou um ponto de vista anterior sobre a ansiedade que havia considerado originariamente como produto da libido sexual frustrada. Descreveu a ansiedade como sinal de perigo que se aproxima, sinal que mobiliza as defesas do ego. (...)

De acordo com esta formulação, a *ansiedade deve ser considerada central para a teoria da neurose* (...).

Essa nova conceituação da personalidade não podia deixar de influenciar o processo de tratamento; todavia, influenciou mais a teoria do tratamento que sua prática efetiva. Entre 1912 e 1916, Freud acentuou que *uma das mais importantes funções do terapeuta é analisar a resistência do paciente contra material inconsciente pois só reduzindo essa resistência poderia o inconsciente ser tornado consciente*. Estas últimas revisões teóricas deviam entender que a reconstrução de impulsos inconscientes — isto é: a análise do id — não era uma função primária do terapeuta; sua função era vencer a resistência do ego — a análise do ego. O objetivo continuava sendo o mesmo: a extensão do reino da consciência a partes até então inconscientes da personalidade. Para conseguir este objetivo é preciso aumentar a capacidade do paciente de tornar-se consciente de suas tendências inconscientes. Em outras

palavras, é necessária uma alteração dentro do ego; mas, por estranho que pareça, não se sabia então e não se sabe ainda hoje perfeitamente como isso é ou pode ser conseguido." 24

Em outro livro — *Fundamentos da Psicanálise* — Franz Alexander reforça essa posição quando diz que "o tratamento psicanalítico visa reparar as funções do ego, cuja fraqueza se manifesta nas neuroses e desordens do comportamento" 25, define neurose como uma doença e opõe com muita objetividade as características do ego doente e do ego sadio.

"A neurose é uma doença. Embora sob muitos aspectos seja radicalmente diferente das outras doenças, tem uma característica comum a todas elas: provoca sofrimento e desconforto. Como todas as doenças, tem suas raízes nas perturbações do funcionamento do organismo. Na maioria das doenças físicas há um ou mais órgãos em jogo; na neurose, o núcleo coordenador central do organismo — o ego — está perturbado. O ego é a parte do organismo que assume a tarefa de satisfazer harmoniosamente as nossas necessidades e desejos, que freqüentemente estão em conflito entre si, e com as condições externas. (...) Sempre que o ego se mostra incapaz de realizar essa tarefa, falamos de falha da sua função de governo e coordenação. É essa a essência da neurose.

O ego sadio pode ser melhor comparado a um Estado democrático, que reconhece as necessidades privadas de todos os tipos e lhes dá atenção, resolvendo os interesses antagônicos pela mediação e pelas concessões. Isso assegura uma situação estável, mas fluida. A personalidade neurótica é comparável a um governo autoritário, que suprime todas as opiniões e aspirações que não se conformam aos seus princípios dominantes. Enquanto as opiniões e exigências rebeldes puderem ser controladas por uma lei férrea, predomina a unidade. Esta é levantada, porém, numa base vulcânica. Sempre que a auto-censura for enfraquecida, os rebeldes irrompem e destroem todo o sistema. A energia gasta em manter

24. ALEXANDER, F., *op.cit.*, pág. 269-270 (grifos nossos).

25. ALEXANDER, F., *Fundamentos da Psicanálise*, Rio, Zahar, 1965, pág. 243.

os desejos ilegais sob controle é desviado do uso construtivo. O medo e a coação são os únicos motivos que funcionam, como mostram a esterilidade cultural e a falta de capacidade criadora dos sistemas totalitários. (...) *O fato dinâmico central da neurose é o recalque e as medidas defensivas pelas quais o ego procura manter fora de seu território todos os impulsos inaceitáveis.*"<sup>26</sup>

Lembra Alexander que o recalque não é um método eficiente de ajustamento porque não permite a modificação dos impulsos desajustados. A energia recalçada é perdida para a atividade dirigida e consciente e, por isso, o ego se empobrece. Para que o ego realize bem sua tarefa precisa tomar consciência dos desejos contraditórios do ser. Daí, a formação de um ego sadio depende muito diretamente de uma infância onde não tenha havido excesso de recalque. O ego de toda criança é frágil e sofre para enfrentar a adaptação às suas necessidades internas e às exigências do seu meio ambiente. Para livrar-se da frustração tende, naturalmente, a recalcar todos os impulsos que possam criar dificuldades. Quando, no correr de sua vida, surgem condições especialmente frustradoras, de efeito intimidante ou esmagador, essa experiência é chamada de experiência traumática, e ela favorece diretamente o recalque e afasta a possibilidade de o ego crescer aprendendo a tratar seus impulsos naturais que precisam ser atendidos, mesmo em condições difíceis. A gravidade das primeiras experiências traumáticas e a atitude habitual dos pais são os fatores de maior importância no desenvolvimento de um ego sadio.

Estas considerações têm enorme correlação com a Teoria de Sullivan que explica todo o desenvolvimento emocional do homem a partir das suas relações interpessoais e muito especialmente em função do estilo de relação estabelecido precocemente na convivência com a figura materna.

*"A teoria psicanalítica atribui a origem da*

---

26. ALEXANDER, F., *Fundamentos da Psicanálise*, pág.173-174 (grifos nossos).

*neurose às primeiras experiências dos pais sobre a criança, embora não negue completamente a hereditariedade. As mesmas influências dos pais podem ferir uma criança com um equipamento hereditário mais sensível do que outra com mais resistência. (...) As primeiras fases do desenvolvimento do ego, expostas às influências familiares, não explicam totalmente as origens das neuroses, nem seu início e partir de uma determinada época. Deve haver outros fatores que expliquem o desenvolvimento de uma neurose. (...) A neurose resulta de incapacidade do ego coordenar as necessidades em harmonia mútua e em harmonia com as condições externas. Levando em conta as consideráveis diferenças individuais, essa capacidade é sempre limitada. (...) Qualquer pessoa pode sofrer experiências tão esmagadoras que sobrepujem a eficiência funcional de seu ego."*<sup>27</sup>

Enfim, as causas da neurose são aquelas que favorecem o recalque. Ele sistematiza esse conjunto de fatos em três grandes grupos:

1. experiências muito traumáticas (condições dolorosas de vida);
2. estrutura frágil (hereditariedade);
3. primeiras influências dos pais.

Normalmente a neurose se instala pela combinação de todos esses fatores. Suas características principais são a irracionalidade, a natureza regressiva dos sintomas e a dissociação da vida psíquica pela falta de conexão dos sintomas com o psiquismo consciente.

Mostra que o desenvolvimento de uma neurose pode ser dividido em duas fases:

- tentativa de aliviar a pressão ou frustração real, pelas satisfações regressivas substitutivas;
- tentativa de eliminar, pelos vários mecanismos de defesa, o conflito e ansiedade resultantes da regressão.

---

27. ALEXANDER, F., *Fundamentos da Psicanálise*, pág. 178-179 (grifos nossos).

O tratamento psicanalítico pretende intervir no processo neurótico denunciando os conflitos que emergem no comportamento com a finalidade de aumentar o campo de percepção e o poder de integração do ego. Para isso exige tanto a percepção intelectual dos conflitos não solucionados como a sua expressão emocional. Nas fases diferentes do desenvolvimento histórico da Psicanálise, assim como na forma como os psicanalistas utilizam a técnica psicanalítica, os fatores intelectuais e emocionais foram enfatizados diferentemente.

*"É uma questão de definição dar ou não o nome de Psicanálise apenas aos métodos originais aplicados aos casos crônicos. Acreditamos que os princípios psicanalíticos se prestam a diferentes processos terapêuticos que variam segundo a natureza do caso e podem ser aplicados de forma variável durante o tratamento do mesmo paciente."*<sup>28</sup>

F. Alexander termina o livro com uma síntese excelente que nos propomos a transcrever literalmente:

*"A Psicanálise visa a melhorar a capacidade do ego de enfrentar os conflitos internos e externos. As falhas do ego são ocasionadas pelo recalque anterior de impulsos em choque, quando sua libertação satisfatória poderia ter sido efetuada pela continuação dos esforços. Sob a influência dessa falha, o ego se abstém de novas tentativas, e seu tratamento exige o restabelecimento da confiança perdida, para enfrentar novas provas. A Psicanálise consegue isso reexpondo o ego do paciente aos conflitos que ele antes recalçou. Faz isso não apenas pela reconstrução intelectual, mas levando o paciente a reexperimentar, emocionalmente, o conflito não-solucionado, sob condições mais favoráveis. Essa reexperiência ocorre tanto na transferência como nas outras relações do paciente. Este, porém, está agora sob o controle e orientação do médico. O núcleo do tratamento está na situação de transferência. O fator terapêutico mais importante é ser a reação do médico ao comportamento neurótico do paciente diferente das reações*

---

28. ALEXANDER, F., *Fundamentos da Psicanálise*, pág. 244 (grifos nossos).

das outras pessoas com as quais os conflitos tinham ligação, originalmente. A atitude objetiva, compreensiva, do médico, é para o paciente uma reação nova. Nenhuma relação na vida real é tão objetiva e compreensível nem se empenha com tanta exclusividade em ajudar. A experiência corretiva pode tornar-se ainda mais efetiva se o terapeuta assumir uma atitude oposta à dos pais, que provocou o desenvolvimento neurótico. Não há dúvida de que a percepção intelectual ajuda a reorientação e a estabiliza. A atitude do médico estimula o paciente a modificar seu próprio comportamento, que era originalmente condicionado pelos pais. Isso explica por que simplesmente ouvir compreensivamente o paciente pode levar, em certos casos, a uma melhoria notável. A interpretação adequada, porém, e uma atitude emocional adequada para com o paciente não só aceleram a cura, mas na maioria dos casos são indispensáveis. Sem estas medidas, ouvir, simplesmente, mais cedo ou mais tarde, provocará complicações emocionais. A maioria dos pacientes se envolverá, automaticamente, em conflitos de transferência, cuja solução exige interpretação e uma criação deliberada de atmosfera emocional mais adequada na situação de tratamento. Tudo isso visa, em última análise, a estimular as experiências emocionais corretivas adequadas para desfazer os efeitos traumáticos de experiências patogênicas anteriores. Finalmente, devemos acentuar que a teoria e a prática psicanalíticas estão em processo de desenvolvimento. Para estimulá-lo, é imperiosa uma revisão contínua das hipóteses e generalizações teóricas bem como das experiências com os processos terapêuticos."<sup>29</sup>

#### 4.3 - DANIEL LAGACHE —

Para Daniel Lagache toda psicoterapia repousa na relação terapeuta-paciente onde, através do processo de transferência, o paciente substitui a neurose clínica pela chamada neurose de transferência ou neurose terapêuti-

---

29. ALEXANDER, F., *Fundamentos da Psicanálise*, pág. 268-289 (grifos nossos).



ca. Ao psicanalista cabe especialmente controlar, interpretar e tratar essa neurose transferencial.

A transferência é habitualmente definida como a repetição, na relação com o psicanalista, de atitudes emocionais amorosas, hostis ou ambivalentes, inconscientes, que o paciente viveu nos seus primeiros relacionamentos com as figuras parentais e com as pessoas significativas de seu ambiente social. O elemento essencial do processo transferencial está no fato de o paciente repetir pela ação, e não apenas reconhecer pelo pensamento ou pela palavra. A transferência atualiza, no campo da relação terapêutica, os problemas inconscientes das relações primeiras.

Através da utilização da técnica psicanalítica o conflito inconsciente tende a exprimir-se cada vez de forma mais nítida e identificável, chegando mesmo a constituir-se na chamada neurose de transferência.

"Se a neurose de transferência traduz o fracasso da rememoração, encaminha o conflito inconsciente para a realidade atual da situação psicanalítica. O papel de intérprete é conduzir esta repetição operada ao nível do pensamento, do reconhecimento e da comunicação." 30

A análise da transferência não constitui uma etapa particular da cura (como alguns consideram), mas parte essencial de todo o decorrer do processo psicanalítico. Cita um texto de 1912, do próprio Freud, que se refere à importância da transferência na cura da neurose:

"É o terreno no qual a vitória deve ser alcançada, a expressão de uma cura duradoura da neurose. É inegável que a subjugação das manifestações de transferência oferece maiores dificuldades ao psicanalista; mas não se deve esquecer que são elas, e somente elas, que prestam o inestimável serviço de atualizar e manifestar as emoções amorosas, enterradas e esquecidas; pois, em último inu

---

30. LAGACHE, Daniel, *A psicanálise*, São Paulo, Difusão Européia do Livro, 1986, pág. 90.

tência, ninguém pode ser morto *in absentia* e *in effigie*."<sup>31</sup>

Mostra Lagache que os sintomas da neurose são um compromisso entre as forças de defesa do ego e a aspiração à descarga das tendências recalçadas. Mas este compromisso é extremamente penoso e, por isso, todo doente deseja conscientemente a cura. E toda resistência à cura é expressão da própria neurose, que se apegua a formas insatisfatórias de sobrevivência.

As considerações de Lagache em relação ao problema da cura, ou dos resultados terapêuticos, nos pareceram tão bem formuladas que nos propusemos a transcrevê-las, embora parcialmente.

"A extensão e a complexidade das observações tornam difícil falar, de um modo geral, dos resultados terapêuticos; o tratamento psicanalítico não é senão a aplicação de uma técnica padronizada a formas clínicas bem definidas; as situações terapêuticas são diversificadas por numerosos fatores: a forma da doença, as diferenças de técnicas, as personalidades do psicanalista e do paciente e a sua interação, as circunstâncias exteriores favoráveis ou desfavoráveis, as vantagens e desvantagens de uma cura. Isto coloca as questões de concepção psicanalítica de saúde mental e dos critérios da finalidade da análise. Admite-se, em geral, que um quinto das análises pode ser considerado como tecnicamente terminado. O desaparecimento dos sintomas não é decisivo; o paciente pode fugir para a saúde e fim de escapar à análise ou para satisfazer o psicanalista, isto é, devido a motivos inconscientes que interferem na cura verdadeira. O desaparecimento dos sintomas é significativo apenas quando solidário com modificações estruturais da personalidade. Em termos psicanalíticos, isto significa que o consciente tomou o lugar do inconsciente, ou melhor, que o "ego se colocou onde estava o id" (Freud), que o ego não está mais sob o domínio do id e do superego, da compulsão de repetição, que o princípio de realidade sub-

31. FREUD, *De la technique psychanalytique*, S.E. XII, pág. 108 in LAGACHE, *op. cit.*, pág. 91.

titui o princípio de prazer. Tal estado de coisas traduz-se por sinais psicológicos dos quais vamos citar os mais importantes :

- 1º) libertação da angústia e frustração; capacidade de produzir e tolerar tensões altas e de reduzi-las de maneira satisfatória;
- 2º) supressão das inibições e capacidade de realizar suas possibilidades; normalização sexual, libertação da agressividade construtiva das funções afetiva e imaginativa;
- 3º) ajustamento das aspirações às possibilidades da pessoa e à realidade;
- 4º) capacidade de se conduzir prevendo os e feitos longínquos da conduta e de trabalhar para a realização de um plano de vida;
- 5º) facilitação das relações com outrem;
- 6º) abandono das atitudes exageradamente conformistas ou destrutivas, e conciliação entre as forças conservadoras e as forças criativas.

É raro, certamente, tal programa ser integralmente realizado; o psicanalista, assim como o paciente, deve prevenir-se contra as ilusões de perfeccionismo e de onipotência da análise. Conseqüentemente, é delicado julgar em que momento o tratamento deu os resultados que é razoável esperar e não suspender a nem muito cedo nem muito tarde." 82

Continuando suas reflexões sobre o problema, Lagache fala das dificuldades de avaliação de uma psicanálise: é um processo muito longo e complexo; fatores múltiplos intervêm, sendo que alguns deles não têm relação com o tratamento; os mesmos mecanismos podem ser às vezes patogênicos, às vezes saudáveis; e não é fácil discernir entre todos estes fatores os que são propriamente analíticos. Muitas modificações podem ocorrer num processo analítico que não são um resultado real da psicanálise. Quando fala nos mecanismos de cura Lagache aponta dois preconceitos opostos que devem ser igualmente evitados.

*"O primeiro é conceber o tratamento como uma análise psicológica inteiramente intelectual: é uma experiência, uma partida que se*

joga entre o paciente e o analista, e não há psicanálise verdadeira sem que o desenvolvimento e a solução dos conflitos defensivos sejam sancionados por modificações da maneira de ser e de agir do paciente. *O outro pre-conceito é conceber a análise como uma descarga de emoções*, enquanto a ab-reação dá apenas resultados passageiros e precários. A verdadeira causa é a alternância do paciente entre a existência irrefletida do ego que vive, sente, age, e a atitude refletida do ego que pensa, reconhece e julga. O papel da interpretação é permitir a progressão dos problemas e assegurar a integração das soluções, voltando aos mesmos conflitos, às mesmas defesas tanto quanto seja necessário. A presença do psicanalista, sua substituição do super-ego severo do paciente, e a identificação do paciente ao psicanalista enquanto sujeito autônomo, desempenham papel capital. De tal forma que *a aprendizagem progressiva da liberdade de expressão e o estabelecimento de uma comunicação adequada podem ser considerados como meios essenciais do tratamento e dos critérios de sua evolução.*"<sup>33</sup>

#### 4.4 - ANTHONY STÖRR

Anthony Störr no ensaio sobre "conceito de cura", publicado no livro *Psicanálise hoje - rumos e problemas*, começa seu trabalho referindo-se ao fato de que, para o leigo, a cura da doença mental poderá parecer análoga à da doença física e que muitos pacientes menos prevenidos esperam dos psicanalistas algo similar ao efeito de uma cirurgia bem sucedida. O paciente espera ansiosamente, e com razão, pela remoção dos sintomas que o incomodam e pelo retorno a uma saúde mental que lhe permita gozar sua vida.

No entanto, na maioria dos casos, os sintomas não desaparecem tão facilmente e, mesmo que isso aconteça, os problemas emocionais que os acompanham permanecem e não há condição para a suspensão do tratamento.

33. LAGACHE, *op.cit.*, pág. 93-94 (grifos nossos).

"Infelizmente, tanto para o paciente quanto para o analista, os sintomas psiconeuróticos constituem, na maior parte dos casos, sinal externo e visível de uma distorção interna e menos visível da personalidade global do paciente; e a exploração dos sintomas conduz inevitavelmente à consideração de toda a pessoa, de seu desenvolvimento, temperamento e estrutura de caráter. (...) Mesmo nos casos em que os sintomas sejam rapidamente suprimidos, sua investigação pode suscitar questões de tão grande alcance acerca da personalidade global do paciente que tanto este quanto o analista desejariam prosseguir no assunto. (...) Em muitíssimos casos, os pacientes perdem rapidamente o interesse pelos sintomas que os haviam levado a procurar tratamento, tenham ou não esses sintomas sido aliviados; e o processo de análise torna-se um fim em si mesmo, uma jornada exploratória que se empreende por ela própria, menos um tratamento que um estilo de vida."<sup>34</sup>

Diz Störr que os psicanalistas sabem tão bem que os resultados de um processo psicanalítico são realmente imprevisíveis que, na prática, a maioria considera seu dever profissional não fazer qualquer promessa de cura aos pacientes. Comenta ainda que a clientela comum de psicanálise não pode ser facilmente distinguida dos chamados normais: que a maioria das pessoas que procura análise se sente infeliz, percebe suas relações pessoais como insatisfatórias ou perturbadas e se decide a procurar ajuda, mas isso não os distingue especialmente dos que não procuram ajuda na psicanálise. "Se não se pode ter absoluta certeza de que um sujeito está doente antes do tratamento, como se poderá julgar que esteja curado depois dele?"<sup>35</sup>

Citando Rycroft descreve o ego como uma "entidade psicológica que busca permanentemente afirmar-se e realizar-se"<sup>36</sup> e admite nos seres humanos a existência de uma força impessoal que se orienta para esta realização. Na

34. STÖRR, Anthony, "Conceito de cura" in *Psicanálise hoje - rumos e problemas*, São Paulo, Cultrix, 1989, pág. 49, 50-51 (grifos nossos).

35. *ibid.*, pág. 57.

36. *ibid.*, pág. 63.

doença, na neurose, as pessoas se afastariam num certo sentido deste caminho e se alienariam de si mesmas. Entendendo a Psicanálise como uma teoria biológica da significação, a alienação da "força impessoal interna" seria a responsável pelo tipo de distúrbio que o leva ao psicanalista. A tarefa do analista seria, portanto, interpretar as manifestações verbais e o comportamento do paciente de modo a re-estabelecer essa ligação do paciente com sua própria força interna.

"Segundo este ponto de vista psicanalítico, a saúde consiste, portanto, em estar em contacto com o instinto, e a cura, em superar a alienação do instinto, alienação que atinge de modo especial os seres humanos devido à sua complexidade e plasticidade. A tarefa do analista é, portanto, e de interpretar aquilo que lhe oferece o paciente, de tal maneira que este seja reiteradamente recolocado diante de suas próprias raízes instintivas. Tal maneira de encerrar a cura pela Psicanálise tem o mérito de afastar a idéia de tudo-ou-nada que, para alguns, parece estar implícita na palavra. Pois é claro que uma pessoa pode achar-se mais ou menos alienada dos instintos e, portanto, pode ser mais ou menos curada pela Psicanálise. Embora, presumivelmente, deva haver um estado ideal de não-alienação, o fato mesmo de que isto tenha de ser expresso por uma negativa despoja-o das conotações idealistas que reverberam em torno de expressões como "maturidade emocional."<sup>27</sup>

"Maturidade emocional é um alvo que, quanto mais nos aproximamos dele, tanto mais desaparece; o mesmo acontece com "integração", "auto-realização" e "auto-afirmação" que são, invariavelmente, mais designios que verdadeiras conquistas. *A busca da identidade é uma busca interminável*; ao passo que a tentativa de distinguir o verdadeiro ego do falso pode ser, igualmente, um empenho inacebável. (...)

A idéia de que tão-somente a cura dos sintomas seja função da psicanálise já foi abandonada. Quando, todavia, examinamos a exploração da personalidade total, que é o objeto da maioria das análises de hoje, deparamos inevitavelmente com o fato de que pe

ciente algum pode jamais curar-se por completo, de vez que ninguém pode atingir o estado ideal de maturidade, integração — ou o que quer que se lhe chame — que é invariavelmente invocado no momento em que qualquer análise ultrapassa o estágio de lidar apenas com sintomas imediatos.<sup>38</sup>

A Psicanálise sempre reconheceu que a experiência emocional do homem tem raízes no corpo e que é a emoção que dá significado à vida. E sempre enfatizou a importância da busca do prazer sexual — de tal forma a considerar a plenitude genital como um ponto essencial no desenvolvimento da pessoa humana ou na sua "cura". Mas lembra Störr que este objetivo, na aparência modesto, transforma-se num ideal abstrato de perfeição, e que outra forma de expressar a mesma idéia é dizer que as pessoas chegariam à saúde quando fossem capazes de estabelecer relações objetais maduras.

"Uma relação objetal madura é aquela em que o paciente superou sua dependência infantil e sua ligação emocional com pais e irmãos e se mostrou capaz de travar relações satisfatórias com outras pessoas, relações nas quais nem identificação nem projeção desempenham papel importante."<sup>39</sup>

Dentro da mesma linha de reflexão, Störr aponta dois fatores principais que identificariam o processo de recuperação da perturbação neurótica, ou de "cura":

- 1 - capacidade de "insight", ou seja, a construção ou adoção de algum esquema ou sistema de pensamento que lhe permita compreender suas relações neuróticas, até então incompreensíveis e incontroláveis;
- 2 - possibilidade de estabelecer relação satisfatória com outras pessoas, uma vez que "o homem é um ser social e o próprio conceito de individualidade ou personalidade depende de relações mútuas"<sup>40</sup>.

---

38. STÖRR, A., *op. cit.*, pág. 61-62 (grifos nossos -entre aspas os grifos do autor).

39. *ibid.*, pág. 61.

40. *ibid.*, pág. 69.

Em síntese diz que "o restabelecimento do contacto com suas próprias raízes instintivas caminha *pari passu* — na verdade, trata-se do mesmo processo — com o restabelecimento de relações pessoais"<sup>41</sup>.

Mas ressalva, no final do ensaio, que

*"a questão da cura é, em última instância, filosófica, de vez que conhecemos muito pouco acerca da natureza do homem para sermos dogmáticos quanto a quais sejam as exigências mínimas de saúde psicológica; e o termo "cura" será, sempre, carente de sentido quando considerarmos os variados problemas da condição humana e as dificuldades que todos temos em viver. A Psicanálise não pode solucionar todos os problemas implícitos no fato de sermos humanos. Ela pode, no entanto, e o faz com freqüência, aliviar o sofrimento e ajudar as pessoas a viverem e trabalharem mais eficazmente."*<sup>42</sup>

#### 4.5 - CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICANÁLISE —

Em 1972, a Associação Brasileira de Psicanálise de São Paulo organizou, sob patrocínio da Associação Brasileira de Psicanálise, todo um congresso sobre o tema "critérios de cura". Fomos em busca dos documentos deste congresso e nos limitamos aqui a citar os elementos que nos pareceram mais significativos do Relatório Oficial, assinados por J.M. Santiago Wagner e David Zimmermann — membros efetivos da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre.

*"Os critérios de cura são, na verdade, aqueles mediante os quais costumamos avaliar a extensão em que foram alcançados os objetivos da análise, isto é, os resultados para cuje óbvia obtenção ela foi iniciada, tudo com a finalidade de decidir sobre a oportunidade ou a conveniência de sua terminação (ou interrupção)."*<sup>43</sup>

41. STORR, A., *op. cit.*, pág. 70.

42. *ibid.*, pág. 76-77 (grifos nossos).

43. ZIMMERMANN, D., SANTIAGO WAGNER, J.M., Relatório Oficial do Congresso, "Introdução", pág. 152-153 (mimeo.).



Diz o relatório que a análise destes critérios levanta questões preliminares que dizem respeito

- a) à extensão e natureza do que se deve entender como cura;
- b) às variedades de cura, da psicanálise e de outras psicoterapias;
- c) a uma modalidade especial, dentro desta variedade, a chamada cura transferencial;
- d) às dificuldades decorrentes de modificações na vida do paciente, devidas a fatores externos, concomitantes ou não ao tratamento, e que podem influir sobre ele em sentido negativo ou positivo;
- e) às dificuldades resultantes da situação especial em que se encontram o analista e o paciente, para avaliar o resultado de seu trabalho.

Os pontos de vista dos analistas, diz Wallerstein (1964), variam mais amplamente quando os objetivos são postos em termos do processo da análise, isto é, em termos metapsicológicos. Nesta área, diz ele, a afirmação de Freud na *Nova Introdução à Psicanálise* é a mais simples — a mais famosa — em relação aos esforços terapêuticos da psicanálise: "seu objeto é reforçar o ego, torná-lo mais independente do superego, alcançar seu campo de visão, e estender de tal forma sua organização que ele possa tomar conta de novas porções do id. Onde havia id deverá haver ego"<sup>44</sup>. A ação terapêutica da psicanálise é pois uma ação que se exerce sobre o ego. No que se refere às modificações do superego, foi valorizada em especial a opinião de Bibring (1937): "sua severidade arcaica deve ser reduzida; sua grande tensão em relação ao ego deve ser diminuída, e ele deve ser em parte amalgamado com o ego. Sua atitude de boa vontade, sua compreensão e benevolente cuidado devem ser aumentados; suas funções devem ser me-

---

44. In WALLERSTEIN, R.S., "The goals of Psychoanalysis", *J. of the American Psychoanalytic Association* (13), pág. 748-770, cit. no Relatório pág. 156.

lhor adaptadas às condições de vida do ego e à realidade"<sup>45</sup>.

Estas modificações estruturais caracterizam a cura psicanalítica e a distinguem das curas obtidas em outras formas de psicoterapia. Sob o ponto de vista das relações de objeto, a melhor síntese destas modificações, segundo os relatores, foi feita por Melanie Klein (1949):

"Pela análise tão completa quanto possível de transferência negativa e da positiva, são diminuídas as ansiedades persecutórias e depressivas e o paciente se torna cada vez mais capaz de sintetizar os aspectos contrastantes dos objetos primários e os sentimentos em relação a eles, estabelecendo assim uma atitude mais realista e segura em relação ao mundo interno e externo."<sup>46</sup>

O processo da análise é, portanto, o caminho da elaboração da posição depressiva. Como diz a própria Melanie Klein, os demais critérios conhecidos para a terminação de um tratamento psicanalítico, tais como a aquisição de potência heterossexual, capacidade para o amor e para o trabalho, melhores relações de objeto são critérios inter-relacionados com o novo critério por ela sugerido, "pois todos os passos do desenvolvimento, e conseqüentemente do progresso no curso da análise, estão ligados com a diminuição das ansiedades persecutórias e depressivas"<sup>47</sup>.

Reforçam a posição expressa em todos os trabalhos psicanalíticos de que as descrições e classificações dos critérios de cura só podem se referir ao paciente como um todo, isto é, como uma unidade funcional. Ressalvam, no entanto, que considerando o estado atual das nossas concepções teóricas e atendendo às necessidades de ordenação e

45. BIBRING, "Symposium on the theory of the therapeutic results of Psycho-Analysis" in *J. Psycho-Anal.* (18), pág. 125-189, cit. no Relatório pág. 158.

46. KLEIN, Melanie, "On the criteria for the termination of a psychoanalysis", in *J. Psycho-Anal.* (31), pág. 78-80, cit. no Relatório pág. 156.

47. KLEIN, Melanie, "On the criteria for the termination of an analysis", in *J. Psycho-Anal.* (31), pág. 204, cit. no Relatório pág. 157.

exposição didáticas, é inevitável que a descrição seja feita através de aspectos parciais, utilizando-se também uma classificação. Como se compreende facilmente, tais aspectos parciais não representam realidades psicológicas isoladas, ao contrário, são aspectos que, no todo ou em parte, se superpõem. Finalmente, escolheram entre múltiplos tópicos que teoricamente podem ser abordados, os que representam os "critérios de cura utilizados pela grande maioria dos analistas na prática clínica, justamente aqueles, através dos quais, visualizamos nossos pacientes ao considerarmos concluído seu tratamento"<sup>48</sup>.

Passam então a relacionar minuciosamente estes critérios, através de um esquema triplice que os classifica em função da sintomatologia, aspectos gerais e aspectos específicos do comportamento. Na relação com a sintomatologia estariam todos os aspectos referidos à resolução de sintomas e inibições; em relação aos aspectos específicos, os sinais referentes a modificações nas relações de objeto e ansiedade correspondentes, as modificações nas estruturas do ego e superego; em relação aos aspectos gerais, tudo que se referir à resolução da transferência e da contra-transferência, identificação com a tarefa do analista e estabilidade das modificações alcançadas.

Termina este relatório com uma descrição pormenorizada do que pode ser observado no analisando a fim de se verificar o atendimento ou atingimento dos propósitos terapêuticos de transformação de estrutura da personalidade.

---

48. ZIMMERMANN, D., SANTIAGO WAGNER, J.M., "Critérios de Cura", Relatório Oficial do III Congresso de Psicanálise, maio 1972, pág. 157-158 (mimeo.)

## 4.6 - IVAN RIBEIRO —

Na continuação de nossa busca encontramos muito do que estávamos construindo internamente no artigo de Ivan Ribeiro, "A partir de um tópico sobre término de análise". O autor começa seu ensaio tentando expressar sua própria visão do significado das reflexões que apresenta.

"Desejo esclarecer que a reavaliação da experiência não é, ou, pelo menos, em mim não se afigure como tal, uma afiliação radical ao empirismo, mas a elaboração de um processo absolutizador, em análise, de arduição geral ou especializada. (...) É a experiência de uma experiência que tento, que procuro divulgar para conhecimento e debate. Desejo, decorra o estilo do trabalho, em mote e glosa, em ritornelo, com repetições apenas aparentes porque cada versão é modificada pelo encaixe experiencial. É inegável um certo claro-escuro que persegue pelo trabalho, porém essa particularidade, além de ser minha, pessoal, o modo que mais a mim se adequa ao falar de coisa analítica, não é alheio à tradição de Freud, dele provindo. (...) Não se trata de um trabalho teórico sobre terminação de análise, mas de um trabalho de clínico a partir de um tópico a respeito do tema término do tratamento analítico. (...) Optei por manter o claro-escuro. Acreditava e ainda acredito que, como a clareza da poesia não é a de prosa, a clareza da psicanálise é, se o podemos dizer com licença poética, mais lunar que solar. Também, se ocupamos minuciosamente todo o espaço de um trabalho, como os outros, se o desejarem, entrarão? Assim, fica claro, ou assim o espero, que a obscuridade do texto não é descuido, nem confusão, mas resultante da vontade de tentar reproduzir, como se me afigure, o processo de análise quando dela participo exercendo o ofício de analista."

Comentando a realidade em todos nós de uma "fantasia de cura", diz ele:

*"A idéia, o conceito ou o preconceito, a fan*

---

49. RIBEIRO, Ivan, "A partir de um tópico sobre término de análise" in *Conscientia*, (2), Petrópolis, Vozes, 1975, pág. 79-80.

*tasia de cura*" permanece com seus aspectos gerais ou específicos no analisando e no analisando, determinando uma série de expectativas que, no decorrer do tratamento, sofrem retificações impostas pelo processo de desilusionamento próprio à vida. No momento, não podemos nos deixar tentar pela discussão do aspecto de desilusão que leva à síntese, que é um dos mais importantes nos orísse pelas quais analisando e analisando passam na vigência do encontro analítico. *A elaboração das desilusões compartilhadas constitui momentos de extraordinária importância durante o processo analítico, especialmente em sua fase final.*"<sup>50</sup>

Ivan Ribeiro cita extensamente Marta Nieto Grove, no artigo "De la técnica analítica y las palabras", quando considera e descreve o que chama de terminação real em contraste com a pseudoterminação. A primeira seria "caracterizada pela decidida predominância da sinceridade. Sinceridade consigo mesmo, no analisando, dramatizada na sinceridade com seu analista, manifestada nesses momentos no fato de compartilhar um balanço veraz da análise. Chamo assim a uma apreciação compartilhada das mudanças e a uma renúncia também compartilhada de desejos não realizados na e pela análise". A pseudoterminação ocorreria quando "apesar das modificações e de melhoras externas, a ordem de veracidade não se reestabeleceu firmemente. Contratransferencialmente, o analista se sabe possuidor de verdades que atingem o analisando, mas que permanecem sem formulação ou formuladas mas não compartilhadas"<sup>51</sup>.

Neste sentido, o grande critério de cura seria o apacimento da sinceridade e da mutualidade na relação, ou seja, a possibilidade de comunicação mútua das descobertas íntimas num relacionamento nivelado e simétrico.

"A chamada disposição a se analisar, no seu aspecto de disposição a ser analisado e permanecer como tal, compreende a possibilidade de, basicamente, ter e desenvolver a capacidade de sair da ilusão para a lucidez

50. RIBEIRO, Ivan, *op. cit.*, pág. 80 (grifos nossos).

51. GROVE, Marta Nieto, *in* RIBEIRO, Ivan, *op. cit.*, pág. 81.

para nela logo encontrar outra ilusão que logo deverá ser elaborada e perdida." 52

"Trata-se assim de dar voz a um processo de desilusionamento compartilhado e duma separação que se fez iluminada por essas decepções. Já não se trata tanto de trabalhar na transferência as angústias de perda, mas de sintetizar no "self", de maneira harmônica, decepções realísticas e suas decorrências." 53

Na pseudoterminação existe uma fuga. E esta fuga se caracteriza pela resistência de enfrentar uma dupla desilusão e uma dupla renúncia, que constitui elemento fundamental do término real de uma relação analítica. O momento da alta é um momento de experimentar renúncias:

"no analisando, de um analista como se esperava que ele viesse ainda a ser, de si mesmo, como expressão de uma imagem desejada; no psicanalista, de um analisando, como uma pessoa que se esperasse que ele ainda viesse a ser, de si mesmo, como concretização de uma imagem desejada." 54

Na terminação real ocorre um positivo processo de desilusionamento que se caracteriza muito diretamente com a perda da idealização do outro — analisando ou analista — e a perda da auto-idealização — do paciente ou do terapeuta. Nesta perda há um importante ganho: o ganho da aceitação e valorização do outro e de si mesmo, sem precisar sustentar essa aceitação através da idealização.

A aceitação plena de si mesmo garante ao sujeito maior autonomia: o direito consciente de ser dono de seu próprio desejo.

*"Chega-se a compreender, pela psicanálise, que o ser humano é a encarnação simbólica de três desejos, o do pai, o da mãe, o próprio, na medida em que os três são seres de linguagem. (...) Atingida essa compreensão já o psicanalista não pode sustentar qualquer posição teórica que negue ao analisando, por mais extensas que sejam suas regressões, que*

52. RIBEIRO, Ivan, *op. cit.*, pág. 82.

53. *ibid.*, pág. 88-90

54. *ibid.*, pág. 90.

ele tenha sido, desde sua origem, e continue sendo, ele mesmo, fonte autônoma do seu desejo. (...) Poderíamos dizer que o *término da análise depende do analista poder tornar-se, até o máximo, para o analisando, que se sintetiza, e naquela relação, um outro*. Frequentemente as reavaliações se fazem necessárias em razão de que os outros se defrontaram insuficientemente no decorrer da primeira análise. (...)

Não é sem apoio a hipótese de que o término de uma análise deve coincidir, na relação terapêutica, com a capacidade do analisando de usar o psicanalista como objeto e do analista consentir em tal, mesmo, ou sobretudo, quando isso inclui o desvendamento de verdades que modificam a imagem que o profissional de si fazia e/ou construiu de psicanálise como instrumento de terapia e pesquisa.<sup>55</sup>

Sintetizando e, de certa forma, esquematizando todo o andamento de um processo analítico, diz ele que durante o trabalho que enfrentam juntos, analista e analisando,

"descobrem e disso participam, falando um ao outro, algo que

1. é novo principalmente para o analisando;
2. é novo principalmente para o analista;
3. é igualmente novo para os dois.

Assim, teoricamente, ambos poderiam falar de suas surpresas. Mas isso, pelo menos até uma determinada etapa da análise, não pode ser feito."<sup>56</sup>

Numa concordância muito grande e numa conceituação muito próxima a Störr, Ivan Ribeiro vai caracterizar cura dizendo:

"Poderíamos chamar cura àquele lugar ideal do tempo e do espaço em que a extensão e a frequência do projetável houvesse chegado ao mínimo para "aquela" reação, ou poderíamos chamar cura quando, além do critério antecedente, a relação analista-analisando tivessem alcançado o grau máximo de uso de um objeto para aquela relação. De qualquer maneira parece haver conexões bastante significativas entre o nível de uso de um objeto, e que os dois participantes de uma análise che

55. RIBEIRO, Ivan, *op. cit.*, pág. 91 e 94.

56. *ibid.*, pág. 86.

garem naquela relação em especial, e aquilo que poderíamos chamar *término analítico*, que equivaleria àquele momento em que ambos os participantes concordam que "o viver é, em si, a terapia que faz sentido".<sup>57</sup>

Repete Winnicott: "Todos esperamos que nossos pacientes acabarão conosco e nos esquecerão, e que descobrirão que o viver em si mesmo é a terapêutica que faz sentido". Mas depende de como é manejado o período terminal da análise, quando se forma e se restabelece firmemente a ordem da veracidade, a maneira pela qual a vida chega a ser a terapia que faz sentido.

"O término de uma análise é sempre o momento de revisita simples e humana, sem nenhum artefacto de parte a parte, ao terreno dos equívocos mútuos. Então o analisando não pode murmurar: "porque então eu era neurótico", nem o analista "só porque então eu tinha de ser psicanalista". É realmente muito significativo o seguinte trecho de Lacan: "O sujeito, dizíamos, começa a análise falando de si sem vos falar, ou falando-vos sem falar de si mesmo. Quando puder vos falar de si, a análise terá terminado."<sup>58</sup>

#### 4.7 - FRANÇOISE DOLTO —

O artigo de Ivan Ribeiro nos remeteu a Françoise Dolto, especialmente à releitura da terceira parte de *O caso Dominique*, quando ela fala especialmente do encontro, da comunhão e da transferência na psicanálise de psicóticos, e consegue sintetizar alguns dos elementos fundamentais de qualquer processo psicanalítico, pelo valor que confere à relação que se estabelece entre o psicanalista e o paciente, pelo sentido do encontro. É impossível resumí-lo, como impossível é transcrevê-lo aqui pela sua extensão. Tentaremos apontar as idéias que nos pareceram mais

57. RIBEIRO, Ivan, *op. cit.*, pág. 98 (grifos nossos - entre aspas os grifos do autor).

58. *ibid.*, pág. 98-99.



significativas, ou que nos tocaram mais de perto, transcrevendo alguns trechos em que a autora os expõe.

Todo o texto fala da importância fundamental do encontro no desenvolvimento do ser vivo e muito especialmente do encontro inter-humano na história do homem. Fala das marcas profundas que ficam de todos os encontros, e especialmente dos primeiros encontros básicos do ser humano. Fala da imagem corporal que se forma a partir deles. Fala da ausência do encontro humano significativo nos indivíduos a que chamamos psicóticos, que por isso sofrem intensamente suas tensões sem encontrar uma linguagem adequada que as exprima. Fala que a aparência dessa não comunicação expressa de fato a própria impossibilidade de comunicação, e pode ser entendida e interpretada como uma busca desesperada de expressão. E nesse refletir chega àquela conceituação a que tantos já chegaram ao compreender o sintoma psicótico ou neurótico como uma forma dramática de comunicação, que precisa ser interpretada e compreendida, para ser integrada no sujeito permitindo a sua integralização — processo progressivo e nunca acabado de vir-a-ser.

Enfoca o papel da psicanálise e do psicanalista diante do homem alienado como a do mediador da função simbólica. A realização desta função, através do manejo adequado da transferência e da contratransferência, promove o encontro humano autêntico na relação terapêutica. A ele se pede que seja o observador sensível, que respeite o analisando até nas suas resistências, que assumindo a si próprio possa se tornar caixa de ressonância do desejo de ser do outro. A ele se pede a decifração da linguagem do inconsciente, a abertura da possibilidade de expressão do desejo do outro. A ele cabe tentar a reparação do dano básico provocado pela ausência do outro nas relações primeiras. A ele cabe promover o encontro que transforma. Para Françoise Dolto, como para muitos de nós, é o encontro real e humano que transforma, e que pode curar.

"As percepções, na verdade, são contí-

nua num organismo vivo; são as suas variações moduladas ou bruscas que se convertem, para o organismo, num sinal.

Falemos agora dos seres humanos. Se o sinal produz o mesmo efeito, manifestando-se como prazer ou dor nos dois participantes, e as suas reações homólogas podem estabelecer entre eles um vínculo de co-naturalidade. Se o sinal emitido por um, exprimindo uma tensão que requer apaziguamento, provoca no outro, em resposta, um sinal que satisfaz essa solicitação (de apaziguamento de tensão), a reação, por muito pouco que se repita ao longo dos dias, estabelece entre eles um vínculo de compreensão mútua, de comunicação reconhecida.

Entre o bebê e sua mãe, esse jogo de sinais provoca uma vinculação de dependência vital, significativa de co-naturalidade no prazer (apaziguamento de tensão) ou de co-naturalidade na dor (tensão super-atividade). Quando um ser humano não encontra resposta às variações de suas sensações internas, ou às variações em suas percepções, nenhuma resposta ao seu apelo de troca complementar, e ele não experimenta no encontro um ser idóneo em quem possa confiar, um ser semelhante pelos vínculos de co-naturalidade. Resente esse vazio como um isolamento no seu hábito de ser humano, sem encontro com um outro ser humano. Permanece sujeito, exclusivamente, às suas tensões internas de necessidades e desejos, sem outra ajuda. Se este fenómeno de ausência de um encontro auxiliar ou complementar é concomitante da sua vida no meio de outros seres humanos, esse nada que o encerra e oprime chama-se ninguém. A conhecida expressão "havia muita gente mas não encontrei ninguém" traduz essa ausência de encontro emocional complementar, de comunicação específica numa troca de linguagem verdadeira, no meio de seres que, no entanto, são indubitavelmente humanos." 59

"No analista há uma transferência específica, pois ele tem fê no ser humano seu interlocutor, ser único em seu gênero, súdito da função simbólica, súdito inconsciente da história que é a sua, indivíduo desejava de significar-se, de obter resposta às suas interrogações. Essas interrogações mudas podem não ter sido conscientes, como é o caso das

59. DOLTO, Françoise, *O caso Dominique*, Rio, Zahar, 1972, pág. 176-177 (grifos nossa).

crianças muito pequenas, ou se terem tornado inconscientes por repressão, após um período de consciência, neste caso, ficou um vestígio do processo de recalçamento, uma lembrança-tela, um elemento de sonho de repetição, um sintoma fóbico ou obsessivo. Esse vestígio também pode ser um hábito, uma somatização, até uma alergia. São perturbações da linguagem do corpo, a qual se substitui à linguagem imaginária, mímica ou verbal.

A testemunha atenta, perseverante e receptiva que é o psicanalista, supõe que existe um sentido na linguagem incompreensível, delirante, ou no mutismo, sempre interpretados por ele como casos particulares de linguagem que lhe caberá decodificar. Ele supõe que existe um sentido nos gestos ou na imobilidade, um sentido que esse sujeito presente quer significar, dissimulado sob o aspecto psicótico. *O psicanalista é um mediador da função simbólica, à medida que pressentifica aquele que se cala, que desconversa, que ignora passivamente ou que nega ativamente a sua presença ou a presença de outrem, a experiência de um encontro efetivo.*<sup>60</sup>

O trabalho que o analista tenta sempre realizar é o da busca da verdade dinâmica atual do seu analisando. Sua disposição para o outro, expressa na forma de sua presença, numa certa neutralidade feita de aceitação — na medida do possível — incondicional favorece a reatualização das pressões inconscientes recalçadas no paciente. Sua atenção se volta, especialmente, para a linguagem do analisando na convicção de que, atrás dela, se encontram as pistas do material inconsciente que tenta "vir à tona".

"No encontro psicanalítico, quando se trata de análises de adultos, neuróticos ou não, a atenção do psicanalista concentra-se, sobretudo, ainda que não seja, talvez, exclusivamente, na verdade escondida que o fio das associações da linguagem falada transmite. O psicanalista presta atenção ao discurso do analisando, não evita ouvir as narrativas mais elaboradas mas está especialmente à escuta do sentido inconsciente, fundamento verdadeiro do assunto."<sup>61</sup>

60. DOLTO, F., *op. cit.*, pág. 179-180 (grifos nossos).  
61 *ibid.*, pág. 182.

"A Psicanálise visa ao estudo e decifração dessa linguagem inconsciente, subjacente na linguagem comunicada conscientemente *hic et nunc*, durante o tempo estabelecido para uma sessão; tempo que também é vivido num lugar de presença comum a dois seres humanos, dos quais um, o psicanalista, deseja ajudar, pela sua presença, o outro que, voluntariamente, aceita essa formação de trabalho."<sup>62</sup>

Ao final dessa terceira parte, onde reflete sobre sua relação com Dominique, o paciente que dá nome ao livro e do qual relata uma série de sessões e a seqüência do seu tratamento, diz Françoise Dolto:

"Eu, toda olhos e toda ouvidos, toda presença ao seu encontro, sentia ser a caixa de ressonância da sua verdade, que se comunicava a ele por meu intermédio, a sua psicanalista. Não é verdade que compreendesse o sentido no próprio momento. Eu escutava, registrava, a "coisa" reagia em mim espontaneamente. Quando acreditava ter compreendido, falava seguindo o que compreendia. Que o compreendia melhor depois, sim, de certo maneira, é certo. Seja como for, como quer que o encarremos, trata-se de um trabalho a dois em que estávamos empenhados. (...) Dominique e eu somos dois representantes de dois mundos que conseguiram comunicar-se. Ambos dotados de linguagem, a minha mais adaptada à linguagem da maioria, a dele menos; eu menos prevenida contra ele do que ele contra mim; eu pensando, bem ou mal, que o seu habitus denominado psicótico o impedia de realizar sua vocação oriadora humana e tentando, pela minha compreensão, fazê-lo chegar a isso."<sup>63</sup>

62. DOLTO, F., *op. cit.*, pág. 181-182.

63. *ibid.*, pág. 202-203.

## 4.8 - ELIANE AMADO LEVY-VALENSI —

Na linha de pensamento que valoriza especialmente o diálogo — o encontro — fomos buscar ainda uma autora de força excepcional, Eliane Amado Lévy-Valensi, que tem um livro inteiramente dedicado a esse problema: *O diálogo psicanalítico*.

Começa seu livro discutindo os problemas da subjetividade, da constituição do sujeito frente ao mundo e da fenomenologia do diálogo. Fala da busca de objetividade no processo psicanalítico através da denúncia da subjetividade. Aborda os problemas da atuação da repressão, da transferência e da contratransferência na demarcação dos limites desta objetividade. Aponta os caminhos de cura em Psicanálise através da comunicação da subjetividade ou da intersubjetividade analítica, valorizando especialmente o papel do analista que — através de sua presença e de sua técnica — favorece a construção de uma relação que permite uma experiência direta de liberdade na relação com o Outro.

Ao falar da fenomenologia do diálogo cita Groustard<sup>64</sup> quando diz que "o método essencial é diminuir ao máximo a distância que separa o objeto do sujeito que o observa, e eliminando todas as categorias e os obstáculos diversos que se interpõem entre um e outro". E continua ela própria uma extensa reflexão no sentido de mostrar que toda busca implica num franqueamento da distância e do obstáculo, e que essa é a essência mesma do diálogo.

"Porque o diálogo é, antes de tudo, franqueamento. O prefixo "dis" importa mais aqui que o "logos" que ele veicula. O "dis" do diálogo é uma atividade essencial. Se nos prendermos às etimologias, o "dis" do diálogo desgarrá, divide, atrevesse, disparea. Significa também "ao longo de" e "até lá". O "dis" do diálogo é a atividade mesma do sujeito que procura alcançar o objeto. (...)

64. *L'analyse causale de la spontanéité du comportement* - tésis complémentaire, 1954, pág. 45.

Em seu franqueamento essencial toma a linguagem como veículo (...). O diálogo é, em todos os níveis, abertura. Etimologicamente significa atravessar ou contornar um muro. O diálogo é, portanto, a negação das muralhas. Franqueamento das opacidades. . . Nêle, a distância é abolida e se clareia numa dupla perspectiva: a perspectiva do ponto de vista de cada um e a perspectiva para a qual tendem ambos numa busca em comum. No diálogo aparece a essência da linguagem que não é apenas falar, mas falar a verdade. (...) Mas a essência do diálogo se aliena ao nível da comunicação concreta. O diálogo se aliena no engano e no desconhecimento involuntário. Se aliena na mentira e em todas as formas de erro. Nesse momento põe obstáculos e, sendo o que deveria unir, separa. Mantém entre os interlocutores uma distância intransponível. Deixa de ser diálogo para conservar dele apenas a aparência. O intercâmbio cotidiano de palavras, a realidade desordenada do discurso são uma caricatura da comunicação, um simulacro do diálogo." 65

A relação psicanalítica se apresenta como uma situação privilegiada para o diálogo. Tudo favorece um movimento essencial que reduz a distância entre o Eu e o Tu.

Se no início da terapia, em função da transferência, o sujeito que fala nem sempre é bem o sujeito e não se dirige ao analista como pessoa, mas ao analista como objeto transferencial, ao chegar à etapa final do tratamento — à cura — é o sujeito que fala e fala à pessoa do analista. Ao chegar ao final do processo as barreiras devem estar derrubadas, a distância terá sido abolida e por isso a comunicação está estabelecida.

*"A técnica analítica está fundada numa relação viva. Não vale como técnica senão na medida em que se presta à flexibilidade desta relação, na medida em que é técnica de vigilância, atenção e acolhimento."*

*"O que cura o paciente não é apenas a técnica, é o que torna eficiente a técnica e que, algumas vezes, se esboça de forma frustrada"*

65. LEVY-VALENSI, Eliane A., *El diálogo psicoanalítico*, México, Fondo de Cultura Económica, 1965, pág. 34, 35, 36.

antes da técnica haver atuado : a comunicação." 66

Comentando o tempo de vivência de uma análise onde se permite o estabelecimento de relações interpessoais infinitamente complexas, diz Eliane Amado que se pode caracterizar três níveis essenciais de diálogo:

1. o nível alienado carregado de projeção, transferência e contratransferência no sentido habitual dos termos e no qual o diálogo é impossível ("seria um diálogo de surdos num tempo retorcido sobre si mesmo, onde a influência do passado não deixaria de afetar nem de negar a situação presente");
2. o nível técnico, essencialmente assimétrico, que é caracterizado pela denúncia da contratransferência e a análise da transferência (" neste nível o diálogo é proposto e o tempo suspenso");
3. o nível do enfrentamento intuitivo, onde a verdadeira prefiguração de um diálogo se esboça e toma seu verdadeiro caminho.

"Um diálogo verdadeiramente assimétrico não poderia jamais ser realmente educativo. Na realidade, o tecnicismo analítico obtém sua eficiência do seu rigor, mas também é este terceiro nível que sustenta o rigor propriamente dito. Um psicanalista robot que dissesse frases corretas não curaria propriamente o analisando, ou o faria por um processo muito diferente. O tempo da análise se caracteriza por suas estruturas complexas. Esta segunda viagem repete as vicissitudes da primeira, porém permite vencê-las. Neste sentido, constitui a oportunidade oferecida ao sujeito, a prova de sua liberdade. Esta prova, se o sujeito sei vencedor, desemboca no presente. A repetição cega do passado cede lugar a uma rememoração estruturada e estruturante que restitui, no tempo, a cada interlocutor seu lugar e sua criatividade própria. E como o tempo não poderia ser senão o tempo da vida, curar-se será, essencialmente viver. E como a vida é inseparável de uma relação com os demais, que

permite a originalidade de cada interlocutor e a fecundidade do novo intercâmbio, ver será também chegar ao diálogo. E como o diálogo implica sempre este plano intuitivo de compreensão calorosa do outro, ao mesmo tempo conhecimento e amor, não poderia dizer-se em última instância que a análise nos permite enunciar esta frase com ressonâncias quase religiosas: curar-se é ser, por fim, capaz de amar?<sup>67</sup>

Citando Daniel Lagache quando diz que o papel da análise é permitir à consciência objetivar o eu e desprender-se dele, o que restituiria uma comunicação direta e verdadeira com os demais, Eliane Amado discrimina as dimensões essenciais deste desprendimento. Este desprendimento implicaria na supressão da fascinação do sujeito em relação ao seu passado, na supressão da fascinação do sujeito no plano das relações objetais e na validade da relação do conhecimento e da autenticidade na comunicação.

"Ao cessar a fascinação o sujeito sai de seu subjetivismo e de seu narcisismo para se tornar capaz de um conhecimento adequado e de amor realizado. Digamos para nos aproximarmos de um termo consagrado e que já introduzimos — do conhecimento subjetal e do amor objetal. Mas o acesso a relações verdadeiras implica outra dimensão igualmente significativa por oposição à alienação: a experiência de liberdade. (...) A cura é vivida, no instante em que se suprime determinada fascinação, como acesso a uma liberdade maior, como liberação em relação a certa ordem de desconhecimento e de imposição. A liberdade se atualiza na ordem da cura. (...) A relação de sujeito a sujeito na experiência analítica revela ao sujeito — embora com frequência apenas à margem da técnica — suas virtudes de conhecimento, sua capacidade de amor, sua aptidão para a comunicação e para a criação."<sup>68</sup>

"A cura reside talvez essencialmente nesta fecundidade recuperada, nesta lenta emergência que converte a alienação em descobrimento." "É uma conversão verdadeira do sujeito que se desprende de si mesmo e se realiza em sua direção essencial."<sup>69</sup>

67. LEVY-VALENSI, Eliane A., *op. cit.*, pág. 172.

68. *ibid.*, pág. 174-175 (grifos nossos).

69. *ibid.*, pág. 185 e 186.



## CONCLUSÃO

Dos estudos e reflexões que vimos fazendo há bastante tempo, e especialmente neste trabalho, cada vez nos surge com mais nitidez a necessidade de uma pesquisa permanente, teórica e clínica, no sentido de precisar, cada vez com mais clareza, os objetivos terapêuticos de uma psicanálise. E na medida que essa preocupação se acentua vem diminuindo nosso interesse pela caracterização dos critérios de cura uma vez que, pela própria forma com que são habitualmente elaborados ou explicitados, não oferecem condições satisfatórias para avaliação do processo psicanalítico, por não guardar a correlação necessária com o próprio processo. O que importa, e importa muito, é clarear, definir, conceituar, operacionalizar os objetivos da psicanálise enquanto terapia. É pela clareza na definição de seus objetivos que se torna possível a maior compreensão do significado do processo e, conseqüentemente, maior lucidez na sua avaliação.

Quando Freud diz que ao falar de término de análise estamos colocando mal o problema, que "em lugar de investigar como se realiza uma cura pela Psicanálise a pergunta deveria referir-se aos obstáculos que aparecem no caminho de tal cura"<sup>1</sup>, ele nos abre uma enorme perspectiva. O que importa é o estudo do processo, porque os resultados obtidos — os produtos do processo — são uma consequência lógica e direta dele. Em outras palavras: a "cura" — etapa final da terapia — será caracterizada pelos valores, pelas deficiências, pelos limites do processo vivido. Mas esta linha de raciocínio nos leva à consideração inevitável de que cada processo analítico é uma relação humana única. Única, porque encontro de duas pessoas úni-

---

1. FREUD, "Análisis terminable e interminable" in *Obras Completas* (III), Madrid, Ed. Biblioteca Nueva, 1958, pág. 544.

cas que, neste encontro, se dispõem a viver intensamente essa unicidade; única, enquanto relação insubstituível de cada Pessoa com cada Outro. Visto o problema dêste ângulo, a Única generalidade a que poderíamos chegar seria a generalidade da unicidade. Será isso um contra-senso? Um paradoxo? Um jogo de palavras? Pensamos que não.

Se a Psicanálise pretende tentar o conhecimento e o reconhecimento dos movimentos inconscientes no sentido de permitir àqueles que se submetem a ela uma abertura interna dos seus próprios horizontes, quem poderá ser o juiz do atingimento dessa abertura senão o próprio analisando e seu analista, vale dizer, seu companheiro de jornada nes se perscrutar interno?

Neste sentido a cura de cada um é a cura de cada um — questionável por quem quer que seja, mas não generalizável. Se através dos próprios objetivos terapêuticos a Psicanálise se encaminha para a valorização e tentativa de realização da individualidade, ou na expressão tão significativa de Jung, para a realização do processo de individualização, os critérios e o próprio conceito de cura se esvaziam. Como considerar cura o objetivo alcançado? Individualização significa a progressiva integração do ser consigo mesmo nas suas vivências presentes e passadas, nos seus ansios de futuro, nos seus conflitos, na aliança complexa (possível mas sempre inconclusa) do consciente com o inconsciente. Como estabelecer critérios para este processo único?

Sentir esvaziado o conceito de cura não nos espanta muito. Parece mesmo que ele jamais tomou corpo, ou que já mais atingiu uma consistência satisfatória. Ainda mais em relação aos problemas apresentados pelos pacientes de Psicanálise, sua significação fica extremamente questionável. Diremos com Störr que não há como falar em cura se não podemos falar, com segurança, em doença.

Mas também não é difícil opor a reflexão de que, nesta linha de pensamento, alienaríamos a Psicanálise do cam

po da Ciência, porque não há ciência da unicidade. A Ciência só se realiza a partir da possibilidade de construção de modelos que expliquem os casos particulares, mas através de leis gerais. Como sair desta encruzilhada?

Sem pretender respostas definitivas, realmente impossíveis não só à Psicanálise mas a qualquer ramo da Ciência, conscientes de que a complexidade da pergunta que fazemos vem desafiando grandes pensadores, vamos tentar delinear com clareza nosso pensamento, no intuito de contribuir, de alguma forma, para o estudo de tão grave problema.

#### Como entendemos nós a terapia psicanalítica?

Partindo dos pressupostos básicos em Psicanálise da existência de um psiquismo inconsciente e dinâmico; da existência, desde o início da vida, de dois sistemas de forças antagônicas que Freud chamou de pulsões de vida e pulsões de morte, acreditamos que o desenvolvimento emocional do homem se processa através da luta permanente destas duas correntes internas frente ao impacto com as condições do meio externo, que também expressam realidades antagônicas — ora favorecendo ora ameaçando o homem — fatores externos de vida e de morte.

Na busca do prazer, da gratificação, do amor e da plenitude de vida, o homem enfrenta desde seu primeiro instante de existência o bloqueio de sua expansão por fatores internos e externos de frustração que provocam o desencadeamento de esquemas de defesa e segurança, esquemas estes que visam a fuga da dor, do sofrimento e da morte. De todos estes sistemas ou operações de defesa um foi ressaltado, apontado e estudado por Freud como "algo muito peculiar" — o processo de repressão e/ou recalque.

A repressão é, portanto, um dos fatos fundamentais do processo dinâmico central de construção da personalidade,

O sentido do vetor se inverte. Desde o núcleo subjetivo, constituído de forma centrífuga, irradiam para os objetos do mundo correntes diversas que levam todas seu selo. O inconsciente é, através da atividade do sujeito, esse selo essencial que se projeta sobre os objetos que enfrenta. A vida é isso. Nunca separado de si, o sujeito se transporta ele mesmo nos diferentes atos de sua vida. Sua visão do mundo é ele."<sup>3</sup>

Este processo, este drama, esta obscuridade que constitui o mundo inconsciente de cada um será inevitavelmente atingido pela terapia psicanalítica. Ela é toda construída para isto. Esta disposição é que lhe dá excepcional grandeza e é o que constitui, paralelamente, seu excepcional risco.

Na terapia psicanalítica jogamos com o próprio cerne do mundo interno do homem e a percepção disto, consciente ou inconsciente, explica em muito a atração e a rejeição que sua proposta provoca.

A repressão consiste no processo (mecanismo de defesa) através do qual um impulso ou idéia inaceitável é tornado inconsciente. A compreensão do processo de repressão se completa pela compreensão do processo chamado de "retorno do reprimido", que explica a formação de sintomas, através das chamadas "formações de compromisso".

Laplanche caracteriza este retorno como o processo pelo qual os elementos recalçados, nunca aniquilados pelo recalque, tendem a reaparecer e o conseguem de maneira deformada sob forma de compromissos.

Rycroft caracteriza a repressão primária através do surgimento inicial de um impulso instintivo que é impedido e a repressão secundária através da manutenção, no inconsciente, de derivados e manifestações disfarçadas do impulso. O "retorno do reprimido" consiste na irrupção involuntária, na consciência, de derivados inaceitáveis do

3. LEVY-VALENSI, Eliene Amado, *El diálogo psicanalítico*, México, Fondo de Cultura Económica, 1965, pág. 64 - 68 (grifos nossos).

na concepção psicanalítica. Sempre foi considerado tão fundamental que podemos avaliar os resultados de uma psicanálise pela possibilidade de correção dos primitivos processos de repressão. É radicalmente inconsciente pelo ato que a constitui, tornando-se, ao mesmo tempo, o constituinte do próprio inconsciente. "A repressão e o inconsciente são correlativos", diz Freud na *Metapsicologia*<sup>2</sup>. A descrição freudiana da repressão parece caracterizar e denunciar em sua raiz a essência psicológica e epistemológica da subjetividade, que expressa uma não assunção e desconhecimento de si mesmo, aspecto constituinte do psiquismo normal mas que aparece extremamente exacerbado nos processos psicopatológicos.

No dizer de Eliane Amado Lévy-Valensi,

"a repressão tende ao inconsciente e o constitui. Neste sentido, o inconsciente não é a privação da consciência mas a inconsciência positivamente constituída, não a consciência expressa e ativa. Por isso, quando Freud tenta de definir o que o termo inconsciente representa em psicanálise — e unicamente em psicanálise — chega à noção de eficiência, porque o inconsciente está constituído por um jogo de forças e constitui, ele mesmo, uma fonte de energia cujos efeitos não podem deixar de aparecer. Não é tanto o caráter do inconsciente "enquanto finalidade do pensamento" o que importa, mas o dinamismo próprio que implica. Esse dinamismo deve perceber-se em um duplo movimento que o constitui e cujo primeiro tempo se expressa no contacto do sujeito com o mundo, segundo as categorias de uma espécie de rejeição. O inconsciente correlativo da repressão se define aqui, claramente, como força centrípeta. (...) O segundo tempo se expressará, ao contrário, do modo centrífugo, projetando o sujeito sobre os objetos do mundo uma subjetividade inconsciente, constituída no curso da primeira, e então o sujeito representa entre os objetos do mundo o drama de sua própria vida interior. (...)

A experiência constitutiva, concebida ao modo da repressão, se projeta para o exterior.

2. In *Obras Completas* (II), Madrid, Ed. Biblioteca Nueva, 1988, pág. 1046.

impulso primário, sem a dissolução da repressão primária.

A repressão secundária excessiva provoca um desenvolvimento deficiente do ego e o surgimento de sintomas.

A repressão pressupõe uma instância repressora (ego ou superego) e um estímulo (ansiedade) e conduz à divisão da personalidade em duas partes. Estas partes se opõem e provocam uma luta entre o impulso reprimido que se esforça por liberar-se e um esforço da instância repressora que se esforça por manter a repressão.

Diante da caracterização do processo de repressão, do retorno do reprimido e da proposta básica psicanalítica estar vinculada à correção do processo de repressão, fica colocado o problema técnico do acesso ao reprimido e da possibilidade de atuação sobre esse reprimido.

A doença resulta sempre de um forte conflito de exigências internas opostas, expresso por grande tensão e onde um ego enfraquecido funciona através de um comportamento estereotipado, caracteristicamente defensivo que, na impossibilidade de acesso e solução do conflito pela descoberta ou construção de soluções novas, descarrega a tensão por padrões automáticos de conduta que realimentam o próprio conflito. Vista deste ângulo, a doença expressa um circuito fechado, e os sintomas são os sinais deste esquema de sobrevivência encontrado. Só o crédito na força e eficiência do inconsciente como elemento "positivamente constituído", ativo e expressivo, é que pode permitir uma revisão deste quadro e possibilitar a estruturação de uma configuração nova, com outro significado e nova abertura, neste circuito.

A hipótese de um núcleo sadio inconsciente que insiste em se expressar e, impedido pelas forças repressivas, se manifesta deformadamente através dos sintomas, muda toda a perspectiva do problema. O sintoma passa então a ser encarado como sinal de saúde, e a adequada interpretação dele nos conduz ao caminho para a correção do processo de repressão. Isso exige do psicanalista, antes de mais nada,

uma grande acuidade perceptual, uma grande flexibilidade interpretativa, uma enorme resistência à caracterização estereotipada ou à categorização do comportamento do paciente. Realmente, é preciso ver com muitos olhos e ouvir com muitos ouvidos para poder perceber a harmonia que se esconde através dos traços aparentemente desconexos de uma garetuja ou o ritmo ou melodia que desponta num conjunto de sons aparentemente dissonantes. Este é o trabalho da interpretação psicanalítica.

A interpretação do psicanalista se manifesta a partir de um dado da realidade — o comportamento do paciente na relação concreta com seu analista. Como encontrar aí o sinal ou a indicação do reprimido? Entra em jogo outro conceito fundamental da teoria e da técnica psicanalítica — o conceito de transferência.

"Transferência é o processo através do qual o paciente desloca para seu analista sentimentos, idéias etc. que derivam de figuras anteriores de sua vida"<sup>4</sup>, diz Rycroft.

Para Laplanche o conceito não se coloca com tanta simplicidade. É um dos verbetes mais extensos de seu volumoso vocabulário pela complexa história desta noção na própria obra de Freud e pela dificuldade de circundá-la, mesmo psicanaliticamente, em função da vastíssima extensão que assumiu na expansão da Psicanálise e, ainda, pela sua utilização em outros campos do conhecimento psicológico, com outras conotações, que interferem na possibilidade de se chegar a grande precisão conceitual.

Mas Laplanche coloca logo na entrada do verbete que transferência

"designa em Psicanálise o processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos, no quadro de um certo tipo de relação estabelecida com eles e, eminentemente, no quadro da relação analítica. Trata-se aqui de uma repetição de protóti-

4. RYCROFT, Charles, *Dicionário Crítico de Psicanálise*, Rio, Imago, 1975, pág. 241.

pos infantis vivida com uma sensação de atualidade acentuada. (...). A transferência é classicamente reconhecida como o terreno em que se joga a problemática de um tratamento psicanalítico, pois são a sua instalação, as suas modalidades, a sua interpretação e a sua resolução que caracterizam este."<sup>5</sup>

Na primeira exposição de conjunto de Freud sobre o assunto<sup>6</sup>, acentua ele que a transferência está ligada a "protótipos", a "imagos", principalmente à imago do pai, da mãe, do irmão e que "o médico seria inserido numa das séries psíquicas que o paciente já formou". Sublinha também que a relação do indivíduo com as figuras parentais é revivida na transferência com a ambivalência pulsional que lhe é característica: uma transferência de sentimentos ternos e amorosos — que chamou de transferência positiva; e uma transferência de sentimentos hostis — que chamou de transferência negativa. Por uma extensão desta noção a toda a relação paciente x terapeuta, Freud fez dela um processo estruturante do conjunto do tratamento designando este processo de "neurose de transferência".

Nos primórdios da Psicanálise a transferência era encarada como um elemento negativo, um obstáculo que interferia na evolução do tratamento porque prejudicava a objetividade do paciente. Posteriormente, Freud passou a considerá-la como elemento essencial do processo e, finalmente, a situação psicanalítica foi especialmente valorizada por ser um campo privilegiado para atualização maciça da transferência. Na medida em que se constitui, tanto para o analisando como para o analista, uma oportunidade privilegiada de reviver os elementos dos conflitos geradores da neurose, a transferência é o terreno em que se joga, numa atualidade irrecusável, a problemática singular do paciente, em que este se encontra confrontado com a existência,

- 
5. LAPLANCHE, J. e PONTALIS, J.B., *Vocabulário da Psicanálise*, Sentos, Livreria Martins Fontes, 1970, pág. 888.  
 6. FREUD, *La dinámica de la transferencia* (1912) in *Teoría Psicoanalítica* (II), Madrid, Ed. Biblioteca Nueva, 1968, pág. 414.



com a permanência, com a força de seus desejos e fantasmas inconscientes. É por este motivo que se costuma dizer que o processo psicanalítico consiste em transformar a neurose do doente em neurose transferencial e, a partir daí, o trabalho do psicanalista se resume na tentativa de cura da neurose transferencial.

A cura da neurose transferencial se encaminha no sentido de uma transformação da relação neurótica inicial que se instala entre analista e analisando, sobrecarregada de excesso de subjetivismo, distorcida pelas experiências anteriores do paciente, numa relação onde predomina uma aliança terapêutica, progressivamente mais sadia, caracterizada por um diálogo cada vez mais livre, onde duas pessoas se defrontam com o máximo de objetividade, numa convivência construtiva de enriquecimento mútuo.

Não há dúvida de que é através da transferência que se torna possível o aparecimento dos conflitos geradores da neurose no "aqui e agora" de uma sessão. Quando a situação psicanalítica permite a aproximação dos núcleos mais significativos da neurose, dos desejos recalçados, todas as forças defensivas se insurgem e se manifestam na transferência sob forma de defesa — a defesa da própria neurose. É isso que chamamos de resistência.

"A transferência, tanto na sua forma positiva como na negativa, entra ao serviço da resistência, mas nas mãos do médico torna-se o mais poderoso dos instrumentos terapêuticos e desempenha um papel que não pode deixar de ser hipervalorizado na dinâmica do processo de cura."<sup>7</sup>

Um dos aspectos mais positivos do uso permanente da análise da transferência (interpretação transferencial) na relação terapêutica é o esvaziamento, ou mesmo o impedimento, da instalação de mecanismos de cura apoiados apenas na compreensão intelectual do paciente de seus proble

---

7. FREUD, *Psychoanalysis und Libidotheorie* (1923), cit. por LAPLANCHE, *op. cit.*, pág. 673.

mas. A interpretação adequada permite o esclarecimento das resistências e a elaboração dos conflitos. E na medida em que estes vão se tornando conscientes e o processo é bem sucedido, permite mesmo o descongelamento dos esquemas do passado pela experiência da relação nova (mais sadia) que se estabelece entre o terapeuta e o paciente.

O desaparecimento dos sintomas só é significativo em Psicanálise quando ocorre simultaneamente com a transformação de esquemas neuróticos, ou seja, quando há modificações na própria estrutura da personalidade. Se a estrutura não chega a ser atingida, os resultados são apenas aparentes e a manutenção das estruturas neuróticas provocará o ressurgimento dos mesmos sintomas, ou a produção de novos, diferença pouco significativa. O que importa é que, com a permanência da estrutura doente permanece o sofrimento, a falta de liberdade, permanece a desadaptação à realidade interna e externa, os objetivos não são atingidos.

Todo tratamento psicanalítico caminha sob o impacto constante da resistência. Ela pode retardar e até impedir o andamento do tratamento mas, quando denunciada e manejada adequadamente pelo psicanalista (como já se disse da transferência), vem a se transformar num instrumento extremamente eficaz para o aprofundamento e o bom êxito da terapia.

"Sob o influxo dos impulsos dolorosos que se sente como resultado da reativação de seus conflitos defensivos, as transferências negativas podem ocupar o primeiro plano e anular por completo a situação analítica. (...) Assim vemos que existe uma resistência ao descobrimento das resistências. (...) São resistências não só à conscientização dos conteúdos do id, mas também à análise como um todo e, portanto, à cura. (...) O ego doente considera a cura como um novo perigo."<sup>8</sup>

---

8. FREUD, "Análisis terminable e interminable" in *Obras Completas* (III), Madrid, Ed. Biblioteca Nueva, 1968, pág. 560.

Freud interpreta este fato como a revivência da desconfiança de uma criança muito pequena diante do estranho. Esta observação de Freud provoca em nós a necessidade de trazer à baila, neste trabalho, para consideração especial, um outro elemento fundamental do processo psicanalítico: a regressão.

Transferência, resistência e regressão são processos que se complementam, numa terapia psicanalítica. Se a transferência provoca a revivência, e a revivência é um fenômeno de volta ao passado ela envolve, necessariamente, uma regressão. No nosso entender é esta emergência da regressão que provoca a resistência. O paciente deseja a cura, mas resiste à regressão.

Diz Laplanche: "num processo psíquico que contenha um sentido de percurso ou de desenvolvimento, designa-se por regressão um retorno em sentido inverso, desde um ponto já atingido até um ponto situado antes desse."<sup>9</sup>

Em *A interpretação de sonhos* (1914) diz Freud:

"Distinguimos três espécies de regressão:  
 a - tópica - no sentido do esquema do aparelho psíquico;  
 b - temporal - quando são retomadas formações psíquicas mais antigas;  
 c - formal - quando os modos de expressão e de figuração habituais são substituídos por modos primitivos.

Estas três formas de regressão, na sua base, são apenas uma, e na maioria dos casos coincidem, porque o que é mais antigo no tempo é igualmente primitivo na forma e, na tópica psíquica, situa-se mais perto da extremidade perceptiva."<sup>10</sup>

Rycroft situa a regressão como uma

"reversão a um estado ou modo de funcionamento anterior. Especificadamente, o processo defensivo através do qual o indivi-

9. LAPLANCHE, *op. cit.*, pág. 587.

10. *La interpretación de los sueños in Obras Completas*(II), Madrid, Ed. Biblioteca Nueva, 1968, pág. 550.

duo evita (ou procura evitar) a ansiedade pelo retorno (parcial ou total) a uma fase anterior do desenvolvimento libidinal e do ego; a fase para a qual a regressão ocorre é determinada pela existência de pontos de fixação. A teoria da regressão pressupõe que, exceto em casos ideais, as fases infantis do desenvolvimento não são inteiramente ultrapassadas, de maneira que os padrões anteriores de comportamento permanecem disponíveis, como modalidades alternativas de funcionamento. Não se sustenta, porém, que a regressão seja com freqüência um processo defensivo viável ou eficaz; pelo contrário, trata-se geralmente de sair do frigideiro para cair no fogo, pois a regressão obriga o indivíduo a re-experimentar a ansiedade própria da fase para a qual regrediu. (...) Em consequência disso, a regressão tende a ser acompanhada de outras medidas defensivas, destinadas a proteger o ego dos efeitos dela."<sup>11</sup>

Por isso dissemos que o paciente deseja a cura, mas resiste à regressão. Ela é vivida e temida habitualmente como um retrocesso. Mas Freud insistiu muitas vezes na permanência do passado infantil — do indivíduo e mesmo da humanidade — em cada um de nós. Jung considerou de tal importância esta perspectiva que centrou nela toda a sua obra através da elaboração da teoria dos arquétipos e da teoria dos complexos.

O conceito de regressão é essencialmente descritivo. Não basta invocá-lo para compreender de que forma o indivíduo retorna a seu passado. Ela não pode ser compreendida simplesmente como uma volta a um padrão de comportamento que ficou fixado como uma inscrição. Se entendemos a vida psíquica como dinâmica, esse dinamismo existe também na regressão. Ela pode ser melhor compreendida como um retorno a formas anteriores de desenvolvimento do pensamento, das relações com os objetos e da própria estruturação do comportamento, frente a estímulos externos e/ou internos que o provoquem e possibilitem.

---

11. RYCROFT, Charles, *op. cit.*, pág. 205-206.

No nosso entender a possibilidade de entrada real no processo regressivo é condição *sine qua non* da eficiência da terapia analítica. É a regressão que nos permite o acesso ao ponto inicial do desvio para a doença, nos dá a "pista" da explicação do significado do sintoma e o da razão de ser do sofrimento. Só o acesso à fonte mesma do desvio prematuro pode permitir a retificação, o retorno à via principal do desenvolvimento, o caminho para a saúde. Só a regressão da pessoa pode permitir a re-estruturação da sua personalidade — condição fundamental da cura. Mas a vivência da regressão apresenta graves problemas. Analista e analisando vivem, a cada passo do processo, este impasse: regredir para progredir ou resistir para preservar? E é o enfrentamento lúcido e consciente deste problema, na relação terapêutica, que constrói o caminho da cura, que leva à descoberta em comum do momento da alta.

Quando nos referimos a Foucault mostrando que, na sua concepção de doença, ela se caracteriza por um processo regressivo, onde as estruturas patológicas têm muito em comum com os estágios arcaicos da evolução, dissemos que essa regressão só pode ser entendida como um dos aspectos descritivos da doença, e não como sua essência. Por isso é que a descrição total da doença inclui sinais negativos (sintomas) e sinais positivos, inclui as estruturas de comportamento abolidas, mas também as que foram enfatizadas, para que tudo possa ser interpretado em conjunto e que se tornem compreensíveis, talvez até coerentes, os aspectos regressivos. Se Foucault tem razão na interpretação da doença como processo regressivo natural de busca de equilíbrio, da volta a esquemas do passado quando o presente se torna insuportável, afirmando que essa regressão "é mais um recurso que um retorno"<sup>12</sup>, podemos dizer que a técnica psicanalítica está na linha do processo natural quando provoca a regressão do passado para permitir uma integração melhor do presente.

---

12. FOUCAULT, Michel, *Doença mental e psicologia*, Rio, Tempo Brasileiro, 1968, pág. 42.

A história do desenvolvimento libidinal de cada homem pode ser entendida como a construção de estádios de experiência: a cada passo se atinge a níveis mais complexos, que não eliminam os anteriores. A possibilidade de utilização de condutas consideradas inferiores, porque mais primitivas, mais simples ou mais antigas, é fundamental ao próprio crescimento, integração e enriquecimento do homem. O núcleo coordenador da personalidade — o ego — na medida de seu crescimento, de sua plenitude, de sua saúde, lança mão de todo seu repertório de comportamentos para atender suas necessidades, suas aspirações ou em defesa de sua integridade. Este domínio amplo, consciente e lúcido de todas as próprias possibilidades é expressão máxima de liberdade interior, e caracteriza o que vamos chamar de flexibilidade psíquica.

Para nós, a flexibilidade psíquica é uma referência básica de saúde, portanto, uma pista ou um "critério" que pode nos ser útil na avaliação do processo analítico. O conceito de flexibilidade nós o tomamos emprestado de Goldstein e Canguilhem. Se o conceito nos parece válido como referência de saúde, no plano da vida orgânica, também o será no plano da vida psíquica. Indo um pouco mais adiante no nosso pensamento: ele só é válido para um plano porque é válido para o outro. Se entendemos o homem como uma unidade bio-psico-social, só poderá ter significado para avaliação da experiência humana aquela referência que possa ser usada em todos seus planos de existência, ao mesmo tempo, que não permita nem favoreça uma visão dicotomizada do homem.

Flexibilidade significa ampliação de possibilidades de respostas, adequação mais versátil ao meio externo, atualização da liberdade. Flexibilidade significa resistência à estereotipia, à rigidez, à normalização.

Este ponto de referência para avaliação de saúde tem um caráter especialmente significativo, porque especialmente flexível: não é a expressão de um conteúdo de conduta, de um comportamento específico valorizado aqui ou ali,

mas de uma forma de sentir, uma forma de viver e conviver.

Canguilhem elabora toda sua tese em cima da idéia de que o ser vivo traz dentro de si não uma norma absoluta, mas a capacidade de adaptar-se, com flexibilidade, às condições variáveis de seu meio; que não é a norma que define o ser vivo, mas a possibilidade permanente de mudar de normas.

Goldstein insiste que as transformações e modificações do organismo são necessárias à preservação do estado de saúde e que a tendência à conservação é um fenômeno do entio, expressão de uma vida em declínio.

Devereux, em *Ensaio de Etnopsiquiatria Geral*, diz textualmente: "em minha opinião a pedra de toque da saúde não é a adaptação em si, mas sim a capacidade do sujeito para proceder a readaptações sucessivas, sem perder a sensação de sua própria continuidade no tempo."<sup>13</sup>

A "cura" seria avaliada, portanto, nesta possibilidade de crescente que o paciente vem a adquirir para mudar de normas, adaptando-se cada vez melhor a si mesmo, e aos outros, construindo seu estilo de vida de forma cada vez mais expressiva de sua integridade interna, na sua integração no mundo. A vivência da dimensão integridade-integração permitiria a assunção progressiva de sua individualidade, de sua identidade. Neste sentido endossamos inteiramente o conceito de individualidade também defendido por Canguilhem e Goldstein:

"Nós não devemos mesmo falar de uma concepção individualista, mas de uma concepção que individualize. O que está no centro não é o indivíduo, mas a individualidade."<sup>14</sup>

Canguilhem afirma que todo ser vivo individualiza a forma de adaptação no mundo que é característica de sua espécie e de seu grupo. "A norma de um organismo humano é sua coincidência com ele mesmo."<sup>15</sup>

13. DEVEREUX, Georges, *Ensayos de etnopsiquiatria general*, Barcelona, Barral, 1973, pág. 95.

14. GOLDSTEIN, K., *La structure de l'organisme*, Paris, Gallimard, 1951, pág. 357.

15. CANGUILHEM, G., *Le normal et le pathologique*, Paris, P.U.F., 1972, pág. 194.

Estas concepções têm todo um apoio nos estudos de Genética, que confirmam a singularidade de cada ser vivo, de cada homem; e uma conotação filosófico-existencial que enfatiza permanentemente a unidade e a originalidade da pesoa humana.

A vivência dessa individualidade só se pode realizar num tempo e num espaço concretos — na relação com a realidade do meio externo, no contacto com o Outro. Isso nos dá uma nova "pista" ou um novo "critério de avaliação" do progresso de um paciente — sua possibilidade de inter-relação, de comunicação.

Lacan, em *Au-delà du principe de réalité*, afirma que "a natureza do homem é sua relação com o outro homem" e que "é dentro desta realidade específica das relações inter-humanas que uma psicologia pode definir seu objeto próprio e seu método de investigação. Os conceitos que implicam este objeto e este método não são subjetivos, mas relativistas". Afirma que "o comportamento individual do homem traz a marca de um certo número de relações psíquicas típicas onde se exprime uma certa estrutura social, pelo menos a constelação que nesta estrutura domina mais especialmente nos primeiros anos da infância". Lembra ainda a importância das primeiras relações psíquicas, especialmente das relações parentais que, através dos processos de identificação, vão construir "a forma particular das suas relações humanas, ou seja, sua personalidade"<sup>16</sup>.

Este pensamento de Lacan reforça a importância da relação humana e chega a caracterizar, explicitamente, a personalidade como a forma particular do homem se relacionar com o outro homem. Através desta concepção fica patente a possibilidade de avaliação da estrutura da personalidade do paciente, de sua saúde e de sua doença, da transformação que possa ocorrer nesta estrutura, na relação terapêutica, através da comunicação que nela venha a se estabelecer.

---

16. LACAN, Jacques, *Écrits*, Paris, Ed. du Seuil, 1966, pág. 88.



Esta segunda pista ou critério — a comunicação interpessoal — não surge realmente como uma outra referência, como um novo enfoque distinto do primeiro. De fato é uma expansão, uma consequência ou uma atualização da primeira referência — a flexibilidade. A flexibilidade enquanto forma mais rica de resposta na relação com o meio interno e com o meio externo se expressa na possibilidade maior ou melhor de comunicação consigo mesmo e com o mundo.

Estas duas referências que escolhemos — flexibilidade e comunicação — são, de fato, dois aspectos da mesma realidade. E oferecem a vantagem de proporcionar condições de aplicabilidade imediata no campo da clínica. Em termos teórico-experimentais muito trabalho ainda precisa ser feito para que possam adquirir a operacionalidade habitualmente exigida em ciência, para um controle dos fenômenos, em nível satisfatório. Mas mesmo nas condições atuais podemos dizer sem receio que, embora em caráter precário, estas dimensões podem ser utilizadas na prática clínica. Na relação psicanalítica estamos de fato, e a cada momento, descobrindo, denunciando, testando, enriquecendo, avaliando a flexibilidade e a comunicabilidade de cada um de nós, analisando e analista.

Eliane Amado Lévy-Valensi chama o tempo psicoterápico de tempo de diálogo. Pensamos que é uma expressão especialmente feliz porque é na possibilidade de diálogo que acontece neste tempo terapêutico que, através do jogo da transferência, da resistência e da regressão se constrói a abertura para a comunicação e se atualiza a flexibilidade. O caminho para a cura se realiza na vivência da relação e através das possibilidades de diálogo.

"No princípio da análise não é o sujeito quem fala, nem se dirige ao analista", mas "ao finalizar a cura é o sujeito quem fala, e fala ao analista". O tempo de alta se apresenta quando "franqueadas todas as barreiras, a distância é abolida e a comunicação restabelecida"<sup>17</sup>.

17. LEVY-VALENSI, E.A., *op. cit.*, pág. 157.

Ao centralizarmos o processo analítico na relação terapêutica estamos impedindo que ele se disfarce através da intelectualização. Não é a interpretação adequada dos conteúdos expressos ou o autoconhecimento dos conteúdos inconscientes que cura. O que cura é a relação viva, fluente e autêntica, a relação onde haja, de fato, comunicação.

A relação psicanalítica apresenta condições especialmente favoráveis para o encontro, para a comunicação. O processo de comunicação interpessoal envolve diretamente o processo de comunicação intrapessoal, assim como o encontro interpessoal está diretamente relacionado com o encontro consigo mesmo. Estamos convencidos de que é na medida em que nos encontramos conosco mesmos que nos preparamos para o encontro com o outro, e que a concretização da identidade se realiza na descoberta da alteridade. Estes dois processos são tão intensamente dependentes e complementares, que podem ser entendidos como dois polos (aparentemente opostos) da mesma realidade.

No "rapport" terapêutico a descoberta do outro nos ocorre através da nossa descoberta pelo outro. O psicanalista é aquela que, em princípio, está propenso a uma relação sem barreiras. Sua atuação se faz pela sua presença interessada e pela própria pessoa que ele é. A técnica psicanalítica se realiza no silêncio que espera, respeitosamente a hora e o assunto do outro, pela interpretação que pretende clarificar a intenção obscura e a ansiedade expressa do outro, pela proposta de diálogo que esta atitude significa mas, e sobretudo, ela atua pela personalidade do psicanalista.

Dentro do contexto psicanalítico, como dentro de qualquer contexto psicoterápico, a pessoa do terapeuta se torna o principal instrumento a serviço da técnica. Ao dizer isso não pretendemos depreciar a técnica, mas valorizar o técnico e, dentro da terapia psicanalítica, valorizar a força reparadora da relação viva na qual uma pessoa está, de fato, disponível para a outra. Esta realidade se torna

cada vez mais significativa em nosso trabalho. O analista cura pelo que ele é. A alta se impõe quando o encontro já não apresenta maiores possibilidades de abertura ou enriquecimento mútuo ou quando, em alguns casos, o encontro já não depende da presença física porque pode ocorrer em nível tão real e profundo que a relação persiste dentro de cada um — analista e analisando — de forma irreversível, realmente transformadora e fecunda, pela conscientização da existência do Outro — do outro, enquanto outro, diferente do Eu; do outro, enquanto outro, podendo se relacionar com-migo, com o meu Eu.

Prado Coelho, na "Introdução" de *Estruturalismo*, diz que "é ao perceber que o eu e o tu são permutáveis, são relações e não termos, que o sujeito entra no circuito da troca"<sup>18</sup>.

No momento e na forma em que se constitui uma relação verdadeira — de pessoa para pessoa — entre analista e analisando, uma cooperação profunda se instala e esta relação não apenas permite o diálogo mas determina o ritmo do processo de cura: infante (de *infans* = sem fala) — aquele que não fala — se transforma no adulto que fala; a fuga da verdade se transforma na busca da verdade; e o acesso à verdade (atual, interior, mas respeitada no exterior, objetivamente, pelo analista) impulsiona e intensifica a comunicação.

Preenchido o vazio do silêncio, eliminada a ausência de comunicação — causa extrema sempre presente nas raízes de toda doença psíquica — desencadeia-se o processo de cura. Quando uma confiança real se instala — indício já de uma transformação operada — firma-se a aliança terapêutica e o temor da vivência regressiva é superado pela segurança da própria relação. O clima do encontro permite a liberação dos desejos reprimidos, isto possibilita a compreensão e avaliação, em comum, dos elementos consti

---

18. PRADO COELHO, Eduardo, *Estruturalismo*, Lisboa, Portugal, s.d., pág. XLVI.

tuintes do próprio ser. A relação nova, na sua própria forma e medida, opera a transformação dos padrões antigos da relação básica. A retomada das próprias raízes, dentro do clima de liberdade da relação analista x analisando permite a experiência crucial da própria re-generação, ou seja, uma nova geração na relação terapêutica onde o sujeito, na medida em que se tornou mais dono de si mesmo, dirige sua reconstrução na direção de seu próprio desejo.

A reflexão sobre este processo de finalização tão satisfatória nos faz compreender em profundidade a estranha afirmação de Canguilhem quando diz que "o homem faz a doença para se curar"<sup>19</sup>. No nosso entender isto significa que, na luta pela vida e pela realização, os obstáculos encontrados são às vezes de tal monta, as circunstâncias da vida se tornam tão perigosas que, para sobreviver, o indivíduo precisa adoecer. Faz a doença para se defender da agressão maior, enfraquece-se para esconder sua força, agride o agressor despotencializando-se, incomodando com isso seu grupo, seu meio. Mas é claro que estar doente não é a escolha de quem quer viver; a doença é apenas um recurso: o sujeito faz a doença, recolhe-se, para expressar sua carência do outro, potencializa o outro pela sua fragilidade, para receber mais para si.

O terapeuta é, essencialmente, o que aceita conviver com a doença, que considera com seriedade o sintoma e que busca, com o paciente, a razão de ser do desvio, e tenta o retorno possível: a retomada do caminho na via principal, na busca da saúde.

A estagnação ou o progresso na doença é a expressão do desejo de morte. A luta pela saúde e a busca da cura são a expressão do desejo de vida. Cada processo analítico é a expressão concreta e única, num tempo e num espaço específico, desta luta tão antiga quanto a própria humanidade. Ela é expressa em todas as culturas, em todas as civilizações, desde as mais primitivas formas na tradição

---

19. *Le normal et le pathologique*, pág. 12.

popular: mitos, lendas, contos, danças, rituais até às mais requintadas expressões dos povos de todos os tempos: poemas, sinfonias, pinturas, esculturas de grandes artistas. Parece mesmo que uma obra de arte, popular ou erudita, só se torna realmente grande quando consegue expressar, de alguma forma e em algum aspecto, facetas do drama existencial.

Pensamos que o encaminhamento final do problema para esses termos pode escandalizar àqueles que buscam formas objetivas, construções formalmente elaboradas pelas regras precisas da Ciência, que garantam a cientificidade do processo analítico. Mas poderíamos também inverter a observação e nos perguntar se a cientificação da relação inter-humana, a esquematização dos modelos teóricos e a formalização operacional dos critérios de cura através de indicadores como "diminuição das ansiedades persecutórias e depressivas", "capacidade de perder objetos afetivos sem se desorganizar", "atingimento à plenitude sexual a nível genital", "relacionamento adequado com objetos", "predomínio do princípio de realidade" e outros itens afins não significariam apenas a expressão, em nova linguagem, da descoberta milenar da humanidade, expressa de mil maneiras em todas as culturas, que relaciona a realização plena do homem com sua capacidade de amar a si mesmo e ao outro, em espírito e verdade. Por que não integrar o passado cultural do Homem na evolução atual da Psicanálise? Esta é sem dúvida a grande tarefa dos que estão se dedicando ao estudo das relações entre a Antropologia, a Etnologia, a Filosofia e a Psicanálise.

Uma última observação, um alerta final. E quando a Psicanálise é mal sucedida, não leva à cura ou até promove agravamento do próprio estado doentio? A expectativa de um mau resultado em uma psicanálise é vivida e sentida como uma ameaça terrível, tanto pelo paciente quanto pelo profissional. Mas tem que ser encarada de frente, como uma possibilidade real.

Como coloca muito bem Lagache, há uma convergência

dos autores em que as percentagens de cura ou de grandes melhoras em Psicanálise são comparáveis àquelas obtidas pela atuação terapêutica nos outros ramos da medicina, e que o agravamento da doença é excepcional. Diz ele, com toda sua experiência e conhecimento, que os fatos confirmam amplamente a previsão da cura definitiva através de uma análise bem orientada.

O próprio Freud faz reservas à possibilidade de uma cura completa: sempre permanece a possibilidade de que certos conflitos não cheguem a ser suficientemente ativados e que novas condições de vida do paciente desencadeiem uma recaída. Lembra que grande parte dos processos são mais ou menos incompletos, com alterações apenas parciais. Cita ainda um problema muito grave, ainda pouco esclarecido: o fato de certas pessoas apresentarem uma rigidez realmente excepcional, como que uma imunidade à mudança.

Numa relação terapêutica há ainda sempre uma ameaça de rompimento. Em geral ele chega a ocorrer quando há um predomínio da transferência negativa, em grau muito intenso, pelo nível de regressão que foi desencadeada ou pelo próprio conteúdo objetivo das vivências transferidas. Pode ocorrer também um aumento muito grande da resistência, e o ego passa então a rejeitar o acordo de busca permanente da verdade interior, princípio sobre o qual se baseia a relação analítica.

"A Psicanálise tem sempre razão na teoria, nem sempre na prática — o poder dos instrumentos com que opera é limitado e o resultado final depende sempre de força relativa dos agentes psíquicos que lutam entre si." <sup>20</sup>

Na formação do próprio analista torna-se fundamental a elaboração de suas limitações para que seja possível a ele a aceitação destes fracassos sem excessivo sofrimento. Mais que ninguém tem obrigação de resistir ao perigo das fantasias infantis de onipotência. O que ele busca é o a-

---

20. FREUD, "Análisis terminable e interminable", pág. 564.

cesso à verdade dinâmica atual, na relação viva com o paciente, porque acredita que nada é gratuito ou inconsequente e que, portanto, a compreensão da dinâmica do presente dará o paradigma, a "chave" da personalidade do paciente. Neste sentido é que caminha: na busca da identidade do outro, no apelo ao ser essencial que ele é ou poderá vir a ser. Acredita que assim como a relação básica insatisfatória provocou uma perturbação nas relações posteriores, estruturando um comportamento neurótico, o bom êxito na reelaboração dessa relação básica, na situação analítica, provocará uma transformação nas relações futuras, estruturando um comportamento mais satisfatório. Mesmo ao final de um processo de análise bem elaborado restam áreas desconhecidas, restam aspectos residuais, seqüelas maiores ou menores, fragmentos da antiga organização que persistem na organização renovada da estrutura da personalidade que sofreu um longo processo analítico. Quando a análise é bem sucedida ela continua espontaneamente, como um aprendizado adquirido, como um estilo de vida, que permite um viver cada vez mais lúcido, mais consciente, mais livre.

O papel do analista, no dizer do próprio Freud, "é em contrar as melhores condições possíveis para as funções do ego — desta forma está cumprida sua tarefa"<sup>21</sup>.

Os resultados de toda ciência permanecem sempre sujeitos à dúvida, à refutação, em maior ou menor grau. Não nos pareceria razoável em qualquer ramo da Ciência que o cientista ficasse à espera de uma prova plena, de uma certeza absoluta, para prosseguir no seu trabalho. O cientista tem que estar consciente das limitações da sua teoria, da sua técnica, de si mesmo, para poder continuar com lucidez e escrúpulo a sua busca. A expectativa de uma quitação plena e total da realidade provocaria a estagnação de qualquer pesquisa, em qualquer Ciência, também na Psicanálise.

---

21. "Análisis terminable e interminable", pág. 570.

O que importa é tentar chegar sempre, com honestidade, rigor e flexibilidade, o mais próximo possível dos objetivos propostos, no nosso caso específico; o mais próximo possível de um autoconhecimento e de um relacionamento humano satisfatório.

Sabemos que nosso trabalho abre inúmeras perspectivas para o estudo teórico e a elaboração técnica em Psicanálise. Depois de todo o estudo e reflexão que fizemos para ultimar esta tese, avaliamos melhor quanto estamos longe de atingir nossos objetivos maiores. Ao final deste trabalho nossa proposta seria a de construir operacionalmente a dimensão flexibilidade-comunicação como referência de saúde. Para tanto precisamos buscar novos subsídios em outras áreas de conhecimento, especialmente no campo da metodologia científica. Nesta busca de novos subsídios já visualizamos algumas possibilidades, através de um aprofundamento de conhecimentos na Teoria da Comunicação, na Teoria Geral de Sistemas, na metodologia utilizada pelos estruturalistas (especialmente o modelo lingüístico) pelo que podem nos oferecer para uma compreensão mais objetiva dos sistemas de comunicação entre os homens, para a elaboração de conceitos teóricos mais precisos, e na construção de modelos mais adequados ao nosso objeto de estudo.



## BIBLIOGRAFIA

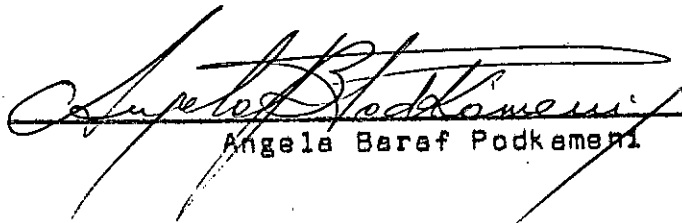
- ALEXANDER, Franz. *Fundamentos de Psicanálise*. Rio, Zahar, 1965
- ALEXANDER, Franz. *História da Psiquiatria*. São Paulo, Ibrasa, 1968.
- ALEXANDER, Franz e FRENCH, T. *Terapia psicoanalítica*. Buenos Aires, Paidós, 1965.
- ALONSO-FERNANDEZ, F. "La psiquiatria y sus fronteras" in *Fundamentos de la psiquiatria actual (I)*, Madrid, Ed. Paz Montalvo, 2a. ed. 1972.
- ALONSO-FERNANDEZ, F. "Epistemología y metodología psiquiátricas" in *Fundamentos de la psiquiatria actual (I)*, Madrid, Ed. Paz Montalvo, 2a.ed. 1972.
- ALONSO-FERNANDEZ, F. "La exploración del enfermo mental" (Apêndice) in *Fundamentos de la psiquiatria actual (II)*, Madrid, Ed. Paz Montalvo, 1972.
- ALONSO-FERNANDEZ, F. "Historia de la Psiquiatria" (Apêndice) in *Fundamentos de la psiquiatria actual (I)* Madrid, Ed. Paz Montalvo, 2a. ed. 1972.
- ALVARENGA, Neyde Burlamaqui de. *Contratransferência*. Rio, Gráfica Lux, 1972.
- BRAZIL, Horus Vital. "O discurso psicanalítico no contexto social" in *Conscientia (2)*, Rio de Janeiro, Vozes, 1975.
- BRAZIL, Horus Vital. "A Estrutura em Metapsicologia" in *Conscientia (1)*, Rio de Janeiro, Vozes, 1974.
- BRENNER, Charles. *Noções básicas de Psicanálise*. Rio de Janeiro, Imago, 1973. (Trad. 4a. ed. N. York, J. Univ. Press., 1966)
- CANGUILHEM, G. *Le normal et le pathologique*. Paris, PUF., 1972.
- CARNEIRO LEÃO, Emmanuel. "Filosofia e Psicanálise" in *Conscientia (3)*, Rio de Janeiro, Vozes, 1975.
- CARNEIRO LEÃO, Emmanuel. "A onipotência e a coisa em si" in *Diagrama (4)*, Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1975.
- CHEBABI, Wilson de Lyra. "O retorno à clínica" in *Conscientia (1)*, Rio de Janeiro, Vozes, 1974.

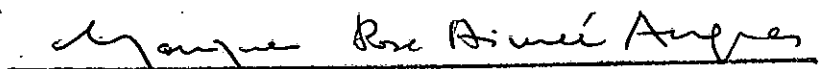
- CHEBABI, Wilson de Lyra. *Psicanálise - tecnologia e humanismo*. Rio de Janeiro, s.d. (mimeografado).
- CHEBABI, Wilson de Lyra. "O sentido de uma antropologia clínica no mundo de hoje" *in Conscientia* (3), Rio de Janeiro, Vozes, 1975.
- COOPER, David. *Psiquiatria e antipsiquiatria*. Rio, Ed. Perspectiva, 1973.
- DEVEREUX, Georges. *Ensayos de etnopsiquiatria general*. Barcelona, Barral, 1973.
- DOLTO, Françoise. *O caso Dominique*. Rio de Janeiro, Zahar, 1972.
- DUYCKAERTS, F. *A noção de normal em Psicologia clínica*. São Paulo, Herder, 1966.
- FREUD. "Análisis terminable e interminable" *in Obras Completas* (III), Madrid, Ed. Biblioteca Nueva, 1968.
- FREUD. "Los caminos de la técnica psicoanalítica" *in Obras Completas* (II), Madrid, Ed. Biblioteca Nueva, 1968.
- FREUD. "La dinámica de la transferencia" *in Técnica Psicoanalítica* (II), Madrid, Ed. Biblioteca Nueva, 1968.
- FREUD. *A História do Movimento Psicoanalítico*. (Extraída da Edição Standard Brasileira). Rio, Imago, 1974.
- FREUD. "Metapsicología" *in Obras Completas* (I), Madrid, Ed. Biblioteca Nueva, 1968.
- FREUD. "Psicoanálisis y teoría de la libido" *in Obras Completas* (III), Madrid, Ed. Biblioteca Nueva, 1973.
- FREUD. "La psicología de los procesos oníricos" *in La interpretación de los sueños* (I), Madrid, Ed. Biblioteca Nueva, 1968.
- FOUCAULT, Michel. *Doença mental e Psicologia*. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1968.
- GOLDSTEIN, Kurt. *La naturaleza humana a la luz de la psicopatología*. Buenos Aires, Paidós, 1961.
- GOLDSTEIN, Kurt. *La structure de l'organisme*. Paris, Gallimard, 1951.
- JASPERS, Karl. "Os conceitos saúde e doença" *in Psicopatologia geral* (II), Rio, Liv. Atheneu, 1973.

- JASPERS, Karl. *Filosofia da Existência*. Rio, Imago, 1973.
- LACAN, Jacques. "Au-delà du principe de réalité" *in Écrits*, Paris, Ed. du Seuil, 1966.
- LACOMBE, Fabio Penna. "Acting-out e verbalização" *in Diagrama* (4), Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1975.
- LACOMBE, Fabio Penna. "Psicoterapia" *in Diagrama* (4), Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1975.
- LAGACHE, Daniel. *A Psicoanálise*. São Paulo, Difusão Européia do Livro, 1966.
- LAPLANCHE, J. e PONTALIS, J.B. *Vocabulário da Psicoanálise*. Santos, Livraria Martins Fontes, 1970.
- LAZARUS, Richard S. *Personalidade e adaptação*. Rio de Janeiro, Zahar, 1969.
- LEVY-VALENSI, Eliane Amado. *El diálogo psicoanalítico*. México, Fondo de Cultura Económica, 1965.
- MASCARENHAS, Eduardo. "Des-conhecer para Re-conhecer" *in Conscientia* (3), Rio de Janeiro, Vozes, 1975.
- MASCARENHAS, Eduardo. *Psicoterapias*. Rio de Janeiro, s.d. (mimeografado).
- MAY, Rollo. *Existencia*. Madrid, Ed. Gredos, 1967.
- MAY, Rollo. *A Psicologia e dilema humano*. Rio de Janeiro, Zahar, 1973.
- PELLEGRINO, Hélio. "Psicanálise em crise" (apresentação) *in Conscientia* (1), Rio de Janeiro, Vozes, 1974.
- PERESTRELLO, Danilo. *A medicina da pessoa*. Rio de Janeiro, Livraria Atheneu, 1974.
- PRADO COELHO, Eduardo. "Introdução" *in Estruturalismo* (antologia de textos teóricos), Lisboa, Portugalia Editora, s.d.
- REICHMANN, Frieda Fromm. *Psicoterapia intensiva en la esquizofrenia*. Buenos Aires, Paidós, 1973.
- RIBEIRO, Ivan. "A partir de um tópico sobre término de análise" *in Conscientia* (2), Rio de Janeiro, Vozes, 1975.
- RYCROFT, Charles. *Dicionário crítico de Psicoanálise*. Rio de Janeiro, Imago, 1975.
- RYCROFT, Charles (org.) e outros. *A Psicoanálise hoje - rumos e problemas*. São Paulo, Cultrix, 1969.

- SZASZ, Thomas. *A ética da Psicanálise*. Rio de Janeiro , Zahar, 1975.
- |SZASZ, Thomas. *El mito de la enfermedad mental*. Buenos Aires, Amorrortu Ed., 1973.
- |UCHOA, Darcy de Mendonça. *Conceito de Psiquiatria*. Rio de Janeiro, Imago, 1973.
- VITAL BRAZIL, Horus. Vide BRAZIL, Horus Vital.
- YAHN, Mario. *Crîtérios de cura*. Documento apresentado no III Congresso Brasileiro de Psicanálise, 1972. (mimeografado)
- ZIMMERMANN, David e WAGNER, Santiago. *Crîtérios de cura*. Relatório Oficial do III Congresso Brasileiro de Psicanálise, maio de 1972. (mimeografado)


Tese apresentada aos Srs.:

  
Angela Baraf Podkameni

  
Monique-Aimée Augras

  
Samuel Faro

Visto e permitida a impressão  
Rio de Janeiro, 17/10/1976

  
Coordenador dos Programas de Pós-Graduação  
e Pesquisa do Centro de Teologia e  
Ciências Humanas

