

# FRANKL VIKTOR

TEORIA  
E TERAPIA  
DAS NEUROSES

Introdução  
à logoterapia  
e à análise existencial



“Paul E. Johnson ousou afirmar certa vez: ‘a logoterapia não é uma terapia rival das outras, mas poderá ser um desafio para essas por conta de seu *plus*’. Mas os efeitos desse ‘*plus*’ nos são revelados por N. Petrilowitsch, quando ele diz que a logoterapia, ao contrário de todas as outras terapias, não se mantém no nível da neurose, mas vai além dela e alcança a dimensão dos fenômenos especificamente humanos. Com efeito, a psicanálise enxerga na neurose o resultado de processos psicodinâmicos e, dessa maneira, tenta tratar a neurose na medida em que insere no jogo novos processos psicodinâmicos, como a transferência. A terapia comportamental, ligada à teoria da aprendizagem, enxerga na neurose o produto de processos de aprendizagem ou *conditioning processes* e, nesse sentido, se esforça para influenciar a neurose induzindo a um tipo de reeducação ou processo de condicionamento. A logoterapia, por sua vez, entra na dimensão humana e, dessa maneira, fica apta a acrescentar a seu instrumental os fenômenos humanos específicos que surgem nessa dimensão. E, na verdade, trata-se de nada mais, nada menos do que duas características antropológicas fundamentais da existência humana: em primeiro lugar, sua ‘autotranscendência’ e, em segundo, a capacidade de ‘autodistanciamento’, que especifica, em igual medida, a existência humana como tal, como humana.”



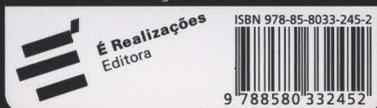
Sobrevivente de Theresienstadt, Auschwitz, Kaufering e Türkheim, Viktor E. Frankl foi professor de neurologia e psiquiatria na Universidade de Viena e criador da Logoterapia e Análise Existencial. Vinte e nove universidades da Europa, das Américas do Norte e do Sul, da África e da Ásia lhe outorgaram o título de doutor *honoris causa*. Existem associações e cátedras de Logoterapia ativas em diversos países. No Brasil se assinala a Associação Brasileira de Logoterapia e Análise Existencial Frankliana (SOBRAL), fundada em 1984 com a presença do próprio Viktor E. Frankl e atualmente sediada em São Paulo, além de outros centros e institutos em vários estados. Frankl escreveu trinta e nove livros, traduzidos para vinte e sete idiomas, dos quais *O Sofrimento de Uma Vida Sem Sentido* e *O Que Não Está Escrito nos Meus Livros* foram publicados pela É Realizações.

ESTE LIVRO ORIGINOU-SE DAS AULAS MINISTRADAS POR VIKTOR FRANKL NA UNIVERSIDADE DE VIENA, CHAMADAS “TEORIA DA NEUROSE E PSICOTERAPIA” OU TAMBÉM “TEORIA E TERAPIA DAS NEUROSES”. ELAS FORAM COMPLETADAS PELOS ORIGINAIS DE PALESTRAS QUE O AUTOR MINISTROU EM OUTROS LUGARES.

FRANKL APRESENTA UMA TEORIA DA NEUROSE QUE, POR QUESTÕES DE SISTEMA, SE DISTINGUE EM SOMATOGÊNICA, PSICOGÊNICA E NEOGENICA. NA REALIDADE, SÓ EXISTEM CASOS MISTOS E, EM ÚLTIMA ANÁLISE, TODAS ESTÃO RELACIONADAS A UMA PROFUNDA FALTA DE SENTIDO. A LOGOTERAPIA APONTA DIRETAMENTE PARA A RAIZ DESSA ENFERMIDADE.

ESTA EDIÇÃO DE *TEORIA E TERAPIA DAS NEUROSES* PERMITIRÁ QUE OS LEITORES BRASILEIROS TENHAM ACESSO A UM TEXTO ESSENCIAL SOBRE A LOGOTERAPIA, QUE TEM SIDO INTERNACIONALMENTE RECONHECIDA POR DÉCADAS COMO UMA ESCOLA HUMANISTA DE PSICOTERAPIA COM BASE EMPÍRICA.

Psicologia e Psicanálise



ISBN 978-85-8033-245-2



9 788580 332452

**TEORIA  
E TERAPIA  
DAS NEUROSES**  
Introdução  
à logoterapia  
e à análise existencial

Copyright © Viktor E. Frankl publicado em acordo com os herdeiros de Viktor E. Frankl  
Copyright da edição brasileira © 2016 É Realizações Editora  
Título original: *Theorie und Therapie der Neurosen*

*Editor*

Edson Manoel de Oliveira Filho

*Produção editorial e projeto gráfico*  
É Realizações Editora

*Preparação de texto*  
Lucas Cartaxo

*Revisão*  
Arnaldo R. Arruda

*Capa*  
Pedro Lima

Reservados todos os direitos desta obra. Proibida toda e qualquer reprodução desta edição por qualquer meio ou forma, seja ela eletrônica ou mecânica, fotocópia, gravação ou qualquer outro meio de reprodução, sem permissão expressa do editor.

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO-NA-FONTE  
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ

---

F915t

Frankl, Viktor E., 1905-1997  
Teoria e terapia das neuroses : introdução à logoterapia e à análise existencial / Viktor E. Frankl ; tradução Claudia Abeling. - 1. ed. - São Paulo : É Realizações, 2016.  
256 p. ; 23 cm.

Tradução de: Theorie und therapie der neurosen  
Inclui índice  
ISBN 978-85-8033-245-2

1. Logoterapia. 2. Psicoterapia. I. Abeling, Claudia. II. Título.

16-32152

CDD: 616.8914  
CDU: 615.851

---

07/04/2016 11/04/2016

É Realizações Editora, Livraria e Distribuidora Ltda.  
Rua França Pinto, 498 · São Paulo · SP · 04016-002  
Caixa Postal: 45321 · 04010-970 · Telefax: (5511) 5572 5363  
atendimento@erealizacoes.com.br · www.erealizacoes.com.br

Este livro foi impresso pela Edições Loyola em maio de 2016. Os tipos são da família Minion Pro e Freebooter Script Regular. O papel do miolo é o off white Norbrite 66 g, e o da capa, cartão Ningbo Star 250 g.

# FRANKL VIKTOR

Tradução  
Claudia Abeling

Revisão técnica  
Heloísa Reis Marino

(SOBRAL – Associação Brasileira de  
Logoterapia e Análise Existencial Frankliana)

TEORIA  
E TERAPIA  
DAS NEUROSES  
Introdução  
à logoterapia  
e à análise existencial



É Realizações  
Editora







# SUMÁRIO

Prefácios.....	9
----------------	---

## INTRODUÇÃO

O que é logoterapia?.....	15
---------------------------	----

## TEORIA DAS NEUROSES E PSICOTERAPIA

<b>ESQUEMA DA TEORIA DAS NEUROSES .....</b>	<b>59</b>
I. TEORIA DAS NEUROSES COMO PROBLEMA.....	59
<i>Definição e classificação das doenças neuróticas .....</i>	<i>59</i>
II. TEORIA DAS NEUROSES COMO SISTEMA .....	67
1. Psicoses endógenas .....	67
<i>Pessoa e psicose .....</i>	<i>67</i>
Apêndice.....	83
<i>Psicoterapia em depressões endógenas.....</i>	<i>83</i>
2. Doenças psicossomáticas .....	94
<i>Observações críticas em relação à medicina psicossomática .....</i>	<i>94</i>
a) Parte geral .....	94
b) Parte específica.....	98
3. Doenças funcionais.....	108
<i>Pseudoneuroses somatogênicas.....</i>	<i>108</i>
a) Pseudoneuroses do tipo Basedow.....	109
b) Pseudoneuroses do tipo Addison .....	114

c) Pseudoneuroses tetanoides.....	117
d) Síndromes vegetativas.....	119
4. Neuroses reativas.....	120
a) Padrão de reação da neurose de angústia.....	122
b) Padrão de reação neurótico-obsessivo.....	132
c) Padrão de reação neurótico-sexual.....	137
5. Neuroses iatrogênicas.....	146
6. Neuroses psicogênicas.....	151
7. Neuroses noogênicas.....	160
8. Neuroses coletivas.....	164

## LOGOTERAPIA E ANÁLISE EXISTENCIAL

<b>LOGOTERAPIA COMO TERAPIA ESPECÍFICA DE NEUROSES NOOGÊNICAS ....</b>	<b>173</b>
--	------------

<b>LOGOTERAPIA COMO TERAPIA INESPECÍFICA .....</b>	<b>185</b>
--	------------

<b>INTENÇÃO PARÁDOXAL E DERREFLEXÃO .....</b>	<b>189</b>
---	------------

<b>I. INTENÇÃO PARADOXAL .....</b>	<b>189</b>
------------------------------------	------------

1. Técnica terapêutica.....	189
-----------------------------	-----

2. Casuística clínica .....	192
-----------------------------	-----

<b>II. DERREFLEXÃO.....</b>	<b>208</b>
-----------------------------	------------

1. Ansiedade antecipatória e obsessão pela observação.....	208
--	-----

2. Clínica de hiper-reflexão e técnica de derreflexão.....	211
--	-----

Distúrbios do sono.....	214
-------------------------	-----

<b>CURA MÉDICA DE ALMAS.....</b>	<b>219</b>
----------------------------------	------------

<b>ANÁLISE EXISTENCIAL COMO ANTROPOLOGIA PSICOTERAPÊUTICA.....</b>	<b>227</b>
--	------------

<b>RESUMO .....</b>	<b>239</b>
---------------------	------------

Bibliografia sobre Viktor Frankl em língua portuguesa.....	243
--	-----

Índice onomástico.....	245
------------------------	-----

Índice remissivo.....	251
-----------------------	-----

# Prefácio à 1ª edição

Este livro originou-se das aulas por mim ministradas na Universidade de Viena, chamadas “Teoria da neurose e psicoterapia” ou também “Teoria e terapia das neuroses”. Elas foram completadas pelos originais das palestras que dei em outros lugares.

Nessas circunstâncias, as intercessões e até as repetições são inevitáveis, mas – tendo em vista a intenção didática – acabam não sendo indesejáveis.

Por outro lado, as negligências também não deixam de ser menos inevitáveis; pois muitos caminhos percorrem “a terra vasta” da alma (Arthur Schnitzler). Aquele realmente percorrido não é nem escolhido de maneira arbitrária nem o único possível e necessário; mas passa por aqueles lugares e paradas nos quais tanto a problemática quanto a sistemática de todas as teorias e terapias da neurose se revelam de maneira mais ou menos nova e fértil. *Videant collegae.*

Toda teoria e toda terapia das neuroses têm de se movimentar sobre uma escada celeste que está fincada sobre um chão clínico e, mesmo assim, alcança o espaço metaclínico. Por motivos heurísticos e para fins didáticos, temos de agir como se existisse algo como degraus distintos dessa escada de Jacó. Na realidade, não existem neuroses puramente somatogênicas, psicogênicas e noogênicas, mas muito mais casos mistos – casos nos quais um fator somatogênico, psicogênico e noogênico protagoniza opiniões teóricas e intenções terapêuticas. Tais *reservatio mentalis* devem ser lidas nas entrelinhas.

V. E. Frankl

# Prefácio à 4ª edição

A nova edição foi em parte abreviada e em parte ampliada, em relação às edições anteriores. Sua ampliação se deu sobretudo com uma introdução relativamente detalhada, que deveria trazer o material apresentado à luz do estado atual da pesquisa e da prática logoterapêutica. Essa introdução nasceu do seminário “Theory and therapy of neuroses” que ministrei como professor-visitante de Logoterapia na United States International University, em San Diego (Califórnia), durante os trimestres de inverno dos últimos anos.

Resta-me ainda agradecer aos meus alunos e assistentes dessa época, dos quais pude usar muitos materiais de casos, a fim de demonstrar a logoterapia na prática.

Viena/San Diego, Califórnia, inverno de 1974/1975.

*Viktor E. Frankl*

# INTRODUÇÃO

# O que é logoterapia?

Antes de nos lançarmos à tarefa de dizer o que é logoterapia, vale dizer o que ela *não é*: *a logoterapia não é uma panaceia!* A determinação do “método de escolha” em um caso determinado segue uma equação com duas incógnitas:

$$\Psi = x + y$$

onde  $x$  representa o caráter único e individual da personalidade do paciente e  $y$  a personalidade não menos única e individual do terapeuta. Em outras palavras, *nem todos os métodos podem ser aplicados com os mesmos prognósticos de sucesso, nem todos os terapeutas podem se utilizar de todos os métodos com a mesma eficácia.* E o que vale para a psicoterapia no geral, vale também especialmente para a logoterapia. Resumindo, nossa equação pode ser completada ao ser formulada da seguinte maneira:

$$\Psi = x + y = \lambda$$

Apesar disso, Paul E. Johnson ousou afirmar certa vez: “a logoterapia não é uma terapia rival das outras, mas poderá ser um desafio para essas por conta de seu *plus*”. Mas os efeitos desse “*plus*” nos são revelados por N. Petrilowitsch, quando ele diz que a logoterapia, ao contrário de todas as outras terapias, não se mantém no nível da neurose, mas vai além dela e alcança a dimensão dos fenômenos especificamente humanos.<sup>1</sup> Com efeito, a psicanálise enxerga na neurose o resultado de processos psicodinâmicos<sup>2</sup> e, dessa maneira, tenta tratar a neurose enquanto insere no jogo

<sup>1</sup> N. Petrilowitsch, “Über die Stellung der Logotherapie in der klinischen Psychotherapie”. *Die medizinische Welt*, n. 2.790. Stuttgart, Schattauer, 1964.

<sup>2</sup> Cf. as seguintes linhas de uma carta de Schnitzler ao psicanalista Theodor Reik, de 31 de dezembro de 1913: “Sinto, cada vez mais intensamente, que mais caminhos seguem a escuridão da alma do que

novos processos psicodinâmicos, como a transferência. A terapia comportamental, ligada à teoria da aprendizagem, enxerga na neurose o produto de processos de aprendizagem ou *conditioning processes* e, nesse sentido, se esforça para influenciar a neurose induzindo a um tipo de reeducação ou processo de condicionamento. A logoterapia, por sua vez, entra na dimensão humana e, dessa maneira, fica apta a acrescentar a seu instrumental os fenômenos humanos específicos que surgem nessa dimensão. E na verdade trata-se de nada mais, nada menos do que duas características antropológicas fundamentais da existência humana: em primeiro lugar, sua “autotranscendência”<sup>3</sup> e, em segundo, a capacidade de “autodistanciamento”, que específica, em igual medida, a existência humana como tal, como humana.

A autotranscendência marca o fato antropológico fundamental de que a existência humana sempre aponta para algo que não é ela própria – aponta para algo ou alguém, ou para um sentido que deve ser preenchido, ou para a existência de outro ser humano que encontra. Ou seja, o ser humano só se torna realmente ser humano e é totalmente ele mesmo onde ele se entrega na dedicação a uma tarefa, no serviço a uma causa ou no amor a uma outra pessoa, deixando de se enxergar e esquecendo-se de si. É como um olho que só consegue dar conta de sua tarefa, enxergar o mundo, quando não olha para si mesmo. E quando é que o olho enxerga algo de si mesmo? Somente quando está doente: quando sofro de catarata e enxergo uma “nuvem” ou tenho glaucoma e enxergo as cores do arco-íris ao redor de uma fonte de luz, então meu olho enxerga algo de si, toma consciência de sua própria doença. E, em igual medida, minha capacidade visual fica também comprometida.

Sem incluir a autotranscendência na imagem que fazemos de nós próprios como seres humanos, não compreenderemos a neurose de massas dos dias de hoje. Atualmente, via de regra, o ser humano não tem mais uma frustração sexual, mas existencial. Atualmente, ele sofre menos de um sentimento de inferioridade e

os psicanalistas possam sonhar (e interpretar os sonhos). E chega a ser frequente que uma trilha leve ao centro do iluminado mundo interior, onde eles – e o senhor – acreditam precocemente ter ela se desviado para o reino das sombras” (Arthur Schnitzler, “Vier unveröffentlichte Briefe Arthur Schnitzlers an den Psychoanalytiker Theodor Reik”. *Modern Austrian Literature*, vol. 8, n. 3/4, 1975, p. 240).

<sup>3</sup> Viktor E. Frankl, *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie*. Munique, Urban und Schwarzenberg, 1959.

mais de um sentimento de falta de sentido.<sup>4</sup> Esse sentimento de falta de sentido é associado, em geral, a um sentimento de vazio, um “vácuo existencial”<sup>5</sup> E é possível comprovar que esse sentimento de que a vida não tem mais sentido se propaga. Alois Habinger provou, com base em uma população idêntica de quinhentos aprendizes, que o sentimento de falta de sentido tinha aumentado mais que o dobro em poucos anos (relato pessoal). Kratochvil, Vymetal e Kohler chamaram a atenção para o fato de o sentimento de falta de sentido não se limitar, de maneira nenhuma, aos países capitalistas, mas que também é presente em Estados comunistas, nos quais entrou “sem visto”. E agradecemos a L. L. Klitzke<sup>6</sup> e a Joseph L. Philbrick a observação de que ele também está presente nos países em desenvolvimento.

Se nos perguntarmos o que é que produz o vazio existencial e o que pode tê-lo causado, temos a seguinte explicação: ao contrário dos animais, não são os instintos e as pulsões que dizem ao ser humano o que ele tem de fazer. E, ao contrário do que acontecia no passado, também as tradições não lhe dizem mais o que deve fazer. Sem saber o que é imperioso fazer e sem saber o que deve fazer, também já não sabe mais o que quer. E qual a consequência? Ou *ele quer apenas aquilo que os outros fazem*, e isso é o *conformismo*, ou o oposto: *ele só faz aquilo que os outros querem* – querem dele. E isso é o *totalitarismo*. Além disso, há ainda outra manifestação que é consequência do vazio existencial: trata-se de uma neurotização específica, a “neurose noogênica”,<sup>7</sup> que etiologicamente tem sua razão de ser no sentimento de falta de sentido, na dúvida em relação ao sentido da vida ou à perda da esperança na existência de um tal sentido.<sup>8</sup>

<sup>4</sup> Idem, “The Feeling of Meaninglessness”. *The American Journal of Psychoanalysis*, vol. 32, 1972, p. 85.

<sup>5</sup> Idem, *Pathologie des Zeitgeistes*. Viena, Franz Deuticke, 1955.

<sup>6</sup> L. L. Klitzke, “Students in Emerging Africa – Logotherapy in Tanzania”. *American Journal of Humanistic Psychology*, vol. 9, 1969, p. 105.

<sup>7</sup> Viktor E. Frankl, “Über Psychotherapie”. *Wiener Zeitschrift für Nervenheilkunde*, vol. 3. Viena, 1951, p. 461.

<sup>8</sup> Há dez trabalhos científicos que são consoantes ao afirmar que cerca de 20% das neuroses são noogênicas. Agradecemos as pesquisas citadas a Frank M. Buckley, Eric Klinger, Gerald Kovacic, Dietrich Langen, Elisabeth S. Lukas, Eva Niebauer-Kozdera, Kazimierz Popielski, Hans Joachim Prill, Nina Toll, Ruth Volhard e T. A. Werner (cf. Eric Klinger, *Meaning and Void*. Minneapolis, University of Minnesota Press, 1977).

Isso não quer dizer que essa desesperança em si seja patológica. Perguntar pelo sentido da existência, questionar esse sentido, é antes um ato humano mais do que um sofrimento neurótico; no mínimo, trata-se de uma manifestação de maturidade intelectual: uma oferta de sentido não é mais aceita de maneira acrítica e sem questionamentos – ou seja, de maneira irrefletida – das mãos da tradição, mas o sentido quer ser descoberto e encontrado com independência e autonomia. Dessa maneira, o modelo médico não pode ser usado de antemão na frustração existencial. Se a *frustração existencial* for mesmo uma neurose, trata-se então de uma *neurose sociogênica*. Mas é um fato sociológico – a perda da tradição – que torna o homem contemporâneo tão existencialmente inseguro.

Há também formas mascaradas de frustração existencial. Citarei apenas aqueles casos de suicídio,<sup>9</sup> que se multiplicam principalmente na juventude acadêmica, a dependência de drogas, o alcoolismo tão disseminado e a crescente criminalidade juvenil. Hoje não é difícil comprovar o quanto a frustração existencial está em jogo neste contexto. Temos à disposição na forma de teste – o PIL [Purpose in Life Test], desenvolvido por James C. Crumbaugh<sup>10</sup> – um instrumento de medição que ajuda a quantificar o grau da frustração existencial; mais recentemente, Elisabeth S. Lukas trouxe, com seu “Logo-teste”, mais uma contribuição à pesquisa exata e empírica da logoterapia.<sup>11-12</sup>

<sup>9</sup> O suicídio é a segunda causa mais frequente das mortes entre os alunos das faculdades americanas, atrás apenas dos acidentes automobilísticos, como mostra J. E. Knott, do Rhode Island College. Em todas as outras pessoas na mesma faixa etária, o suicídio aparece apenas em quinto lugar (J. E. Knott. In: *Österreichische Ärztezeitung*, ano 29, número 10, 25 de maio de 1974).

Felizmente nossos números não incluem casos não relatados de suicídio. Pois nós, médicos, não devemos pensar apenas do ponto de vista terapêutico, mas também do preventivo – e, em matéria de suicídio, publicidade não é um bem de maneira nenhuma. Um psicólogo escolar da secretaria de educação de Viena, Kraft, fala de um experimento conduzido na Suíça: em certa região, a mídia chegou a um acordo de não reportar suicídios por um ano inteiro, e depois disso a taxa de suicídios nesta região caiu para um décimo. Ver *Die Presse*, 14-15, November, 1981.

<sup>10</sup> O teste está disponível em: [http://faculty.fortlewis.edu/burke\\_b/Personality/PIL.pdf](http://faculty.fortlewis.edu/burke_b/Personality/PIL.pdf). Acesso em 11 de fevereiro de 2016. (N. E.)

<sup>11</sup> Elisabeth S. Lukas, “Zur Validierung der Logotherapie”. In: Viktor E. Frankl, *Der Wille zum Sinn*. Berna, Hans Huber, 1982.

<sup>12</sup> No momento, há dez testes logoterapêuticos: o teste PIL (*purpose in life*), de James C. Crumbaugh e Leonard T. Maholick (“Eine experimentelle Untersuchung im Bereich der Existenzanalyse.

No que diz respeito ao suicídio, foram analisados sessenta estudantes da Idaho State University que tinham tentado dar cabo à própria vida. Em 85% desses estudantes observou-se que “a vida não tinha nenhum sentido para eles”. Entre esses estudantes que sofriam com o sentimento de falta de sentido, 93% encontravam-se em excelente estado de saúde, tinham vida social ativa, notas exemplares nos estudos e viviam em harmonia com suas famílias (relato pessoal de Vann A. Smith).

Agora em relação à dependência de drogas. William J. Chalstrom, diretor de um centro da Marinha para reabilitação de dependentes de drogas, não se furta em afirmar: “mais de 60% de nossos pacientes reclamam da falta de sentido de suas vidas” (relato pessoal). Betty Lou Padelford<sup>13</sup> conseguiu comprovar estatisticamente que não é a “fraca imagem paterna” – em geral, incriminada pelos psicanalistas – que está na base da dependência das drogas; seus 416 alunos avaliados nos testes mostram que o grau da frustração existencial tem uma correlação muito maior com o índice de envolvimento com as drogas: esse índice é de 4,25 em média nos casos sem frustração existencial, enquanto chega aos 8,90 nos casos com frustração existencial, ou seja, mais

Ein psychometrischer Ansatz zu Viktor Frankls Konzept der noogenen Neurose”. In: Nikolaus Petrilowitsch (org.), *Die Sinnfrage der Psychotherapie*. Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1972); o teste SONG (*seeking of noetic goals*) e o teste MILE (*the meaning in life evaluation scale*) de James C. Crumbaugh (“Seeking of Noetic Goals Test”. *Journal of Clinical Psychology*, vol. 33/3, n. 900-907, julho 1977); o teste chamado “Attitudinal Values Scale”, de Bernard Dansart [*Development of a scale to measure attitudinal values as defined by Viktor Frankl*. Northern Illinois University, De Kalb, 1974. (Dissertação)]; o teste “Life Purpose Questionnaire”, de R. R. Hutzell e Ruth Hablas (palestra proferida no *Primeiro Congresso Mundial de Logoterapia*, em San Diego, Califórnia); o Logo-teste de Elisabeth S. Lukas (*Logo-test. Test zur Messung «existentieller Frustration»*. Viena, Deuticke, 1986); o teste S. E. E. (*Sinn-Einschätzung und -Erwartung* [avaliação de sentido e expectativa]), de Walter Böckmann (*Sinn-orientierte Leistungsmotivation und Mitarbeiterführung. Ein Beitrag der Humanistischen Psychologie, insbesondere der Logotherapie nach Viktor E. Frankl zum Sinn-Problem der Arbeit*. Stuttgart, Enke, 1980) e os três testes que ainda se encontram em fase de preparo e pelos quais agradecemos a Gerald Kovacic (Universidade de Viena), Bruno Giorgi (Universidade de Dublin) e Patricia L. Starck (Universidade do Alabama).

<sup>13</sup> Betty Lou Padelford, *The Influence of Ethnic Background, Sex, and Father Image upon the Relationship between Drug Involvement and Purpose in Life*. United States International University, 1973. (Dissertação)

que o dobro. Os resultados dessas pesquisas coincidem com os tabulados por Glenn D. Shean e Freddie Fechtman.<sup>14</sup>

Entende-se que uma reabilitação que leve em conta a frustração existencial como fator etiológico e que faça uso de uma intervenção logoterapêutica logra sucesso. Assim, segundo o *Medical Tribune* (ano 3, número 19, 1971) de 36 dependentes de drogas acompanhados pela Universidade de Viena, apenas dois se livraram seguramente das drogas após um período de 18 meses de tratamento – ou seja, 5,5%. Na República Federal da Alemanha, segundo dados de uma edição de 1973 do *Österreichische Ärztezeitung*, “os jovens dependentes de drogas que são tratados pela medicina podem contar com uma cura de menos de 10%”. Nos Estados Unidos, são em média 11%. Alvin R. Fraiser, por sua vez, usa um método logoterapêutico em seu centro de reabilitação de dependentes químicos na Califórnia, e sua margem de sucesso é de 40%.

Para o alcoolismo, a situação é análoga. Constatou-se que, entre os casos de alcoolismo crônico grave, 90% sofriam de uma abissal sensação de falta de sentido.<sup>15</sup> Não é de espantar que, baseando-se em testes, James C. Crumbaugh pôde comprovar o sucesso da logoterapia em grupo nos casos de alcoolismo e, comparando esse sucesso com outros métodos de terapia, afirmou: “apenas a logoterapia mostrou uma melhora estatisticamente significativa”.<sup>16</sup>

Em relação à criminalidade, W. A. M. Black e R. A. M. Gregson, de uma universidade da Nova Zelândia, descobriram que a criminalidade e o sentido da vida relacionam-se de maneira inversamente proporcional. Indivíduos que foram presos de maneira recorrente se diferenciam da população média numa relação de 86 para 115, quando medidos pelo teste de sentido da vida de Crumbaugh.<sup>17</sup>

<sup>14</sup> Glenn D. Shean; Freddie Fechtman, “Purpose in Life Scores of Student Marihuana Users”. *Journal of Clinical Psychology*, vol. 27, 1971, p. 112.

<sup>15</sup> Annemarie von Forstmeier, *The Will to Meaning as a Prerequisite for Self-Actualization*. California Western University, 1968. (Dissertação)

<sup>16</sup> James C. Crumbaugh, “Changes in Frankl’s Existencial Vacuum as a Measure of Therapeutic Outcome”. *Newsletter for Research in Psychology*, vol. 14, 1972, p. 35.

<sup>17</sup> W. A. M. Black; R. A. M. Gregson, “Purpose in Life and Neuroticism in New Zealand Prisoners”. *British Journal of Clinical Psychology*, vol. 12, 1973, p. 50.

Como puderam comprovar pesquisadores de comportamento da escola de Konrad Lorenz, a agressividade que é desviada para objetos inofensivos (para a tela de uma televisão, por exemplo) e neles deve ser descarregada, na realidade é antes provocada ali e, como um reflexo, acaba sendo ainda mais intensificada. Nas palavras da socióloga Carolyn Wood Sherif, da Pennsylvania State University:

Há um número substancial de evidências nas pesquisas que indicam que a execução de atos agressivos, longe de reduzir a violência subsequente, é a melhor maneira de aumentar a frequência de respostas agressivas (Scott, Berkowitz, Pandura, Ross e Walters). Tais estudos abarcaram tanto o comportamento de animais como o de seres humanos.<sup>18</sup>

O professor Sherif, dos Estados Unidos, relata também que é falsa a noção popular de que a competição esportiva seja um substituto da guerra, sem derramamento de sangue. Três grupos de jovens num acampamento fechado, por intermédio de competições esportivas, tinham atizado agressões mútuas em vez de abrandá-las. Mas o ponto central é o seguinte: uma única vez as agressões mútuas sumiram como por encanto entre os acampantes, e isso aconteceu quando os jovens tiveram de ser mobilizados para desencalhar um carro atolado num chão lamacento, que deveria levar comida ao acampamento; a “dedicação a uma tarefa”<sup>19</sup> tão cheia de sentido, mesmo que extenuante, fez com que eles literalmente se “esquecessem” de suas agressões.<sup>20</sup>

Dessa maneira estamos também diante das possibilidades de uma intervenção logoterapêutica que, como tal – como logoterapêutica –, objetiva uma

<sup>18</sup> Carolyn Wood, “Sherif Intergroup Conflict and Competition: Social-Psychological Analysis”. In: *Congresso Científico*. 20ª Olimpíada, Munique, 22 de agosto de 1972. (Palestra)

<sup>19</sup> Isso pode ser aplicado também à humanidade como um todo: no fim das contas, também para ela só existe esperança quando consegue se guiar para tarefas comuns, para um objetivo que provoque união – mediante uma vontade *em comum* de um sentido *em comum*. Enxergo aqui uma abordagem mais fecunda às pesquisas para a paz do que nas ruminações infinitas de discursos sobre o potencial agressivo, cujo conceito faz com que os homens acreditem que violência e guerra sejam destino.

<sup>20</sup> Viktor E. Frankl, *Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie*. Berna, Hans Huber, 1974. [Edição brasileira: Viktor E. Frankl, *Fundamentos Antropológicos da Psicoterapia*. Rio de Janeiro, Zahar, 1978.]

superação do sentimento de falta de sentido através da mobilização de processos de busca de sentido. Num prazo de seis meses, Louis S. Barber conseguiu aumentar o grau de satisfação de sentido de 86,13 para 103,46 (medido por testes) no centro de reabilitação para criminosos que dirigia. Para tanto, ele transformou esse centro num “espaço logoterapêutico”. Enquanto o percentual de recaídas nos Estados Unidos chega a 40%, Barber baixou-o para 17%.<sup>21</sup>

Depois de discutir as diferentes e múltiplas formas de manifestação e expressão da frustração existencial, resta perguntar como deve ser a constituição da existência humana – qual é o pré-requisito ontológico para que, por exemplo, sessenta alunos (pesquisados pela Idaho State University) tentassem o suicídio sem quaisquer motivos psicofísicos ou socioeconômicos para tanto? Resumindo, como a existência humana deve ser constituída para que algo como a frustração existencial possa ser possível? Com as palavras de Kant, perguntamos pela “condição de possibilidade” da frustração existencial, e não devemos estar errando quando assumimos que o homem é estruturado de tal maneira – é de tal constituição – que simplesmente não vive sem um sentido. Ou seja, só conseguimos compreender a frustração de um ser humano quando compreendemos sua motivação. E a presença ubíqua do sentimento de falta de sentido pode nos indicar o caminho para achar a motivação primária – aquilo que o ser humano quer afinal.

A logoterapia ensina que o ser humano está perpassado, desde a base, por uma “vontade de sentido”.<sup>22</sup> Essa sua teoria da motivação permite também ser definida operacionalmente, antes de suas verificações e validações empíricas, à medida que damos a seguinte explicação: chamamos de vontade de sentido simplesmente aquilo que será frustrado no ser humano sempre que ele for acometido pelo sentimento de falta de sentido e de vazio.

<sup>21</sup> O presidiário Otto B., da prisão de Stein, relatou para mim essa possibilidade, escrevendo: “Até a pior das situações pode tornar-se significativa – basta querer”! E o ex-presidiário Frank W., que organizou um grupo de logoterapia “na prisão com os mais extremos procedimentos de segurança de toda a Flórida e a apenas algumas centenas de metros da cadeira elétrica”, me escreve: “Todos os 12 membros do grupo original mantêm contato – apenas um retornou [à prisão], mas agora ele está livre”.

<sup>22</sup> Viktor E. Frankl, *Der unbedingte Mensch*. Viena, Franz Deuticke, 1949.

James C. Crumbaugh e Leonard T. Maholick,<sup>23</sup> assim como Elisabeth S. Lukas,<sup>24</sup> engendraram esforços, a partir de milhares de pessoas testadas, para embasar de maneira empírica a teoria da vontade de sentido. Hoje são divulgadas cada vez mais estatísticas que revelam a legitimidade da nossa teoria da motivação. Do grande número de material surgido nos últimos tempos, ressalto os resultados de um projeto de pesquisa desenvolvido pelo American Council on Education em conjunto com a University of California. O interesse primário de 73,7% dos 189.733 estudantes de 360 universidades – trata-se de um dos mais altos percentuais! – era apenas um: “desenvolver uma filosofia de vida que tivesse sentido”; em outras palavras, encontrar um modo de estar no mundo no qual a vida faz sentido. O relatório foi publicado em 1974. Em 1972, essa porcentagem era de apenas 68,1%.<sup>25</sup>

Podemos citar aqui também o resultado de uma pesquisa estatística de dois anos publicada pelo principal órgão da pesquisa psiquiátrica dos Estados Unidos, o National Institute of Mental Health: 16% de 7.948 estudantes questionados em 48 universidades americanas tinham como objetivo “ganhar muito dinheiro”; mas o grupo majoritário, de 78%, queria “encontrar um sentido e um propósito para a própria vida”.

Vamos agora nos voltar à questão sobre o que podemos fazer em relação à frustração existencial, ou seja, à frustração da vontade de sentido, e o que podemos fazer contra a neurose noogênica. Acabamos de tratar aqui de aplicação de sentido. Na verdade, o sentido não pode ser aplicado, e o terapeuta é quem menos pode dar um sentido à vida de um paciente ou dar esse sentido ao paciente no seu caminho. O sentido deve ser encontrado, e essa busca só pode ser empreendida pelo próprio sujeito. Essa atividade é de responsabilidade da consciência de cada

<sup>23</sup> James C. Crumbaugh, Leonard T. Maholick, “Eine experimentelle Untersuchung im Bereich der Existenzanalyse. Ein psychometrischer Ansatz zu Viktor Frankls Konzept der noogenen Neurose”. In: Nikolaus Petrilowitsch (org.), *Die Sinnfrage in der Psychotherapie*. Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1972.

<sup>24</sup> Elisabeth S. Lukas, *Logotherapie als Persönlichkeitstheorie*. Viena, 1971. (Dissertação)

<sup>25</sup> Robert L. Jacobson. In: *The Chronicle of Higher Education*. American Council on Education, Washington, 1972.

um. Nessa linha, chamamos a consciência de “órgão do sentido”.<sup>26</sup> Ou seja, não é possível prescrever sentido; o que podemos certamente fazer é descrever aquilo que acontece no ser humano sempre que ele se coloca à procura de sentido. Nota-se que a descoberta do sentido desemboca numa tomada de consciência da forma – bem no sentido de Max Wertheimer e Kurt Lewin, que falam de um “caráter de desafio” que existe em determinadas situações. Só que na forma do sentido não se trata de uma “figura” que nos salta aos olhos vinda dos “bastidores”, mas daquilo que, percebido na busca de sentido – nos bastidores da realidade –, é uma possibilidade: a possibilidade de modificar, de alguma maneira, a realidade.

Vemos agora que o homem simples e desprezioso – ou seja, não alguém que foi submetido a anos de doutrinação, seja como estudante em ambiente acadêmico, seja como paciente num divã analítico – sempre soube qual o caminho para encontrar o sentido, como preencher a vida com sentido. Primeiro, agindo ou criando uma obra – ou seja, de maneira criadora. Mas também por meio de uma vivência – ou seja, quando vivenciamos algo, algo ou alguém; e vivenciar alguém em seu caráter único e irrepetível é amá-lo. Mas a vida se mostra incondicionalmente cheia de sentido, permanece com sentido (tem um sentido e o mantém) sob todas as circunstâncias e condições. Pois graças a uma *autocompreensão ontológica pré-reflexiva*, da qual é possível destilar toda uma axiologia, no fim das contas o homem simples sabe também<sup>27</sup> que, mesmo se confrontado com um fato incontornável – ou exatamente nesse momento –, é capaz de conservar sua humanidade ao controlar esse fato, e pode testemunhar do que o ser humano é capaz. O que conta nessa hora é a postura e a atitude com as quais absorve os inevitáveis golpes do destino. Ao ser humano é permitido e concedido conquistar um sentido à vida até seu último suspiro.

<sup>26</sup> Viktor E. Frankl, “Logotherapie und Religion”. In: Wilhelm Bitter (org.), *Psychotherapie und religiöse Erfahrung*. Stuttgart, Ernst Klett, 1965.

<sup>27</sup> Graças à compreensão ontológica pré-reflexiva, o homem comum sabe que cada situação é, em primeiro lugar, uma pergunta que deve ser respondida por ele, de maneira que, na verdade, nem ele pode perguntar pelo sentido de sua existência, pois “a vida em si é que coloca as perguntas ao homem: ele não tem de perguntar, antes a própria vida é que pergunta, e ele tem de responder a ela – tem de ser responsável diante dela” (Viktor E. Frankl, *Ärztliche Seelsorge*. Viena, Franz Deuticke, 1946). [Edição brasileira: Viktor E. Frankl, *Psicoterapia e Sentido da Vida*. 4. ed. São Paulo, Quadrante, 2003].

Essa logoteoria – a teoria dos valores chamados originalmente de “valores criativos, vivenciais e atitudinais” –,<sup>28</sup> desenvolvida a princípio de maneira intuitiva no contexto da logoterapia, acabou sendo verificada e validada de maneira empírica. Assim, Brown, Casciani, Crumbaugh, Dansart, Durlak, Kratochvil, Lukas, Lunceford, Mason, Meier, Murphy, Planova, Popielski, Richmond, Roberts, Ruch, Sallee, Smith, Yarnell e Young conseguiram provar que a descoberta do sentido e sua concretização são independentes de idade, grau de instrução e gênero, e também do fato de a pessoa ser ou não religiosa – e, caso seja religiosa, independentemente de sua confissão. E o mesmo vale para o QI.<sup>29</sup> Por fim, Bernard Dansart conseguiu, por meio de um teste por ele desenvolvido, legitimar empiricamente a introdução do conceito de “valores de atitude”.<sup>30</sup>

Como fica a aplicação desta logoteoria na prática? Nesse sentido, quero citar o caso de uma enfermeira do qual tomei conhecimento durante um seminário por mim ministrado ao departamento de psiquiatria da Universidade de Stanford:

Essa paciente sofria de um câncer inoperável e sabia disso. Ela entrou chorando na sala onde os psiquiatras de Stanford estavam reunidos e com a voz embargada falou de sua vida, dos seus filhos capazes e vitoriosos e de como lhe era difícil despedir-se de tudo isso. Até esse momento, sinceramente, eu não havia encontrado nenhum ponto de apoio para lançar uma reflexão logoterapêutica na discussão. Mas agora foi possível transformar aquilo que aos seus olhos era o mais negativo em algo muito positivo, cheio de sentido: tive apenas de lhe perguntar o que diria então uma mulher que não tivesse tido filhos. Eu estava convencido de que mesmo a vida de uma mulher sem filhos não precisaria ser, de maneira alguma, desprovida de sentido. Mas também imaginava que uma mulher dessas se sentiria, a princípio,

<sup>28</sup> Idem, “Zur geistigen Problematik der Psychotherapie”. *Zentralblatt für Psychotherapie*, vol. 10, 1938, p. 22.

<sup>29</sup> Idem, *Der unbewußte Gott*. Munique, Kösel Verlag, 1974. [Edição brasileira: Viktor E. Frankl, *A Presença Ignorada de Deus*. Petrópolis, Vozes, 2008.]

<sup>30</sup> Bernard Dansart, *Development of a Scale to Measure Attitudinal Values as Defined by Viktor Frankl*. DeKalb, Northern Illinois University, 1974. (Dissertação)

desesperada, porque não haverá nada nem ninguém a quem ela “tenha de deixar” quando chegar o momento de se despedir deste mundo. Nesse momento, a expressão da paciente se iluminou. De repente ela se conscientizou de que o que importa não é se despedir – pois, cedo ou tarde, todos temos que fazer isso. O que importa é se há algo de que temos de nos despedir. Algo que deixamos no mundo, algo que preenchemos de sentido e que nos preenche no dia a dia, que dá sentido ao nosso tempo. É quase impossível descrever o alívio da paciente depois de o diálogo socrático entre nós ter tomado um rumo copernicano.

Gostaria agora de comparar uma intervenção no estilo logoterapêutico com uma intervenção psicanalítica, como descrito num trabalho de Edith Weisskopf-Joelson (ex-adepta da psicanálise, hoje convertida à logoterapia):

“O efeito desmoralizante da negação do sentido de uma vida, principalmente do sentido profundo, que é inerente ao sofrimento, pode ser ilustrado a partir de uma psicoterapia aplicada por um freudiano a uma mulher que sofria de um câncer incurável.” E Weisskopf-Joelson passa a palavra para K. Eissler: “Ela comparava a totalidade de sentido de sua vida anterior com a falta de sentido da fase atual; mas mesmo agora, quando não podia mais exercer sua profissão e precisava se deitar por várias horas durante o dia, na opinião dela sua vida continuava cheia de sentido, uma vez que sua existência era importante para seus filhos e ela tinha uma tarefa a cumprir. Mas quando fosse internada sem perspectiva de voltar para casa e sem ser capaz de sair da cama, ela se transformaria num pedaço de carne em via de apodrecer e sua vida perderia todo o sentido. Embora ela estivesse disposta a suportar todas as dores enquanto isso lhe parecesse ter um mínimo de sentido, por que eu deveria animá-la a suportar suas dores num tempo em que a vida já tinha perdido todo seu sentido? Repliquei que, em minha opinião, ela estava cometendo um grande erro, pois sua vida *como um todo* era sem sentido e sempre fora assim, ainda *antes* de ter adoecido. Os filósofos continuavam, em vão, a procurar um sentido para a vida, falei, e assim a diferença entre sua vida

de antes e a de agora era apenas o fato de que antes ela ainda acreditava num sentido da vida, enquanto na fase atual ela já não estava mais apta a fazê-lo. Na realidade, inculquei-lhe que *ambas* as fases de sua vida tinham sido totalmente sem sentido. Confrontada com essa afirmação, a paciente ficou sem saber o que fazer, disse que não me entendia bem e desatou a chorar.<sup>31</sup>

Eissler não apenas retirou da paciente a crença de que até o sofrimento podia ter um sentido como também retirou dela a crença de que toda sua vida pudesse ter tido um mínimo de sentido. Mas não nos perguntemos apenas como um psicanalista se comporta diante da iminência da própria morte ou da morte de outro alguém; vejamos também como um terapeuta comportamental lida com isso. Um dos representantes mais significativos da teoria comportamental, fundamentada na teoria da aprendizagem, nos explica: em tais casos, “o paciente deve falar ao telefone, cortar a grama ou lavar louça, e essas atividades devem ser elogiadas ou recompensadas de outra forma pelo terapeuta”.<sup>32</sup>

Afinal, como uma psicoterapia, que deriva sua compreensão humana de experiências com ratos, poderia lidar com o fato antropológico fundamental de que o homem, por um lado, comete suicídio na sociedade da abundância e, por outro, está disposto a sofrer, desde que seu sofrimento tenha sentido? Tenho em mãos a carta de um jovem psicólogo, que me relata como ele tentou fortalecer sua mãe moribunda. “Foi uma experiência amarga para mim”, ele escreve, “não conseguir usar nada daquilo que tinha aprendido em sete anos de estudo a fim de aliviar a dureza e o caráter definitivo do destino de minha mãe”. Nada, somente aquilo que ele aprendeu numa formação logoterapêutica posterior, a respeito “do sentido do sofrimento e da rica colheita no celeiro do passado”. Visto isso, ele teve que admitir que esses “argumentos, parcialmente não científicos, embora sábios, são os de maior peso na última instância humana”.

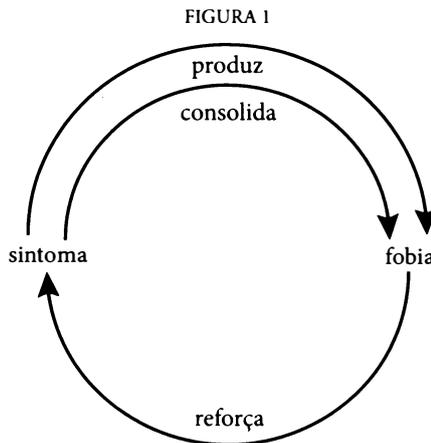
<sup>31</sup> K. Eissler, *The Psychiatrist and the Dying Patient*. Nova York, 1955, p. 190 ss.

<sup>32</sup> J. Wolpe. In: *American Journal of Psychotherapy*, vol. 25, 1971, p. 362.

Já deve ter ficado claro que apenas uma psicoterapia que ousa ir além da psicodinâmica e da pesquisa comportamental e entrar na dimensão dos fenômenos especificamente humanos – ou seja, apenas uma *psicoterapia reumanizada* – é capaz de compreender os sinais dos tempos e estar à altura das necessidades do momento. Em outras palavras, já deve ter ficado claro que nós, a fim de apenas diagnosticar a frustração existencial ou até uma neurose noogênica, temos de enxergar no homem um ser que, graças à sua autotranscendência, está constantemente à procura de sentido. Mas no que diz respeito não ao diagnóstico, mas à terapia, e não aquela da neurose noogênica, mas a terapia das neuroses psicogênicas, devemos – a fim de esgotar todas as possibilidades – lançar mão da capacidade de autodistanciamento, que também define o homem; encontramos ela, sob uma forma não menos importante, na capacidade do homem para o humor. Uma psicoterapia humana, humanizada e reumanizada coloca como pré-requisito que mantenhamos o olhar na autotranscendência e saibamos usar o autodistanciamento. Mas ambos não são possíveis se enxergamos no homem um animal. Nenhum animal se preocupa com o sentido da vida e nenhum animal sabe rir. Isso não quer dizer que o homem é apenas homem e não também animal. A dimensão do homem é maior em relação à dimensão do animal, e isso quer dizer que ela incorpora a dimensão menor. A determinação de fenômenos especificamente humanos no homem e o reconhecimento simultâneo de fenômenos subumanos nele não são uma contradição, pois entre o humano e o subumano não há uma relação de exclusão, mas – se posso me expressar assim – de inclusão.

O objetivo da técnica logoterapêutica da *intenção paradoxal* é mobilizar a capacidade de autodistanciamento no contexto do tratamento da neurose psicogênica, enquanto outra técnica logoterapêutica, a derreflexão, está baseada num outro fato antropológico fundamental, que é a autotranscendência. A fim de compreendermos esses dois métodos de tratamento, temos de partir da teoria logoterapêutica das neuroses.

Distinguimos três padrões de reações patogênicos. O primeiro pode ser descrito assim: o paciente reage a determinado sintoma (Figura 1) com o temor de que ele poderia reincidir, ou seja, com uma ansiedade antecipatória, e essa faz com que o sintoma realmente reincida – algo que apenas reforça os temores iniciais do paciente.



Mas aquilo que o paciente teme reincidir pode também ser o próprio medo. Nossos pacientes falam de um “medo do medo”, e isso de maneira muito espontânea. E como esse temor é motivado por eles? Em geral, eles temem desmaiar, sofrer um infarto do coração ou serem acometidos por um acidente vascular cerebral. Como eles reagem ao seu medo do medo? Com fuga. Por exemplo, eles evitam sair de casa. A agorafobia é o paradigma desse primeiro padrão de reação da neurose de angústia.

Por que esse padrão de reação deve ser “patogênico”? Numa palestra de 1960 proferida a convite da American Association for the Advancement of Psychotherapy, em Nova York, formulamos isso da seguinte maneira: “Fobias e neuroses obsessivo-compulsivas se devem em parte ao esforço para evitar a situação que desencadeia a ansiedade”.<sup>33</sup> Essa nossa afirmação de que a fuga do medo ao evitar a situação que desencadeia o medo é decisiva para a perpetuação do padrão de reação da neurose de angústia foi confirmada também pela terapia comportamental. Assim diz I. M. Marks: “A fobia é mantida pelo mecanismo de redução da ansiedade, que é o evitamento”.<sup>34</sup> Como então não reconhecer o quanto a logoterapia antecipou o que

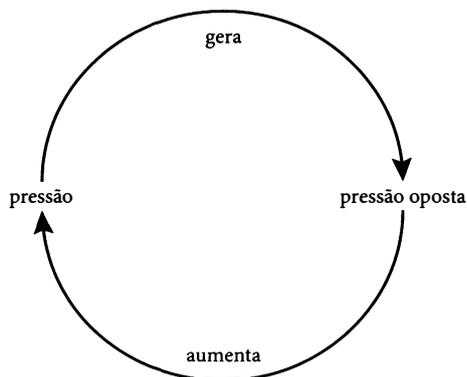
<sup>33</sup> Viktor E. Frankl, “Paradoxical Intention: a Logotherapeutic Technique”. *American Journal of Psychotherapy*, vol. 14, 1960, p. 520.

<sup>34</sup> I. M. Marks, “The Origins of Phobic States”. *American Journal of Psychotherapy*, vol. 24, 1970, p. 652.

mais tarde foi confirmado pela terapia comportamental, a partir de uma sólida base empírica? Já em 1947 defendíamos a seguinte posição:

“Notadamente podemos compreender a neurose, num certo sentido e com certa razão, também como um mecanismo de reflexo condicionado. Todos os métodos de tratamento psicoterapêuticos de orientação prioritariamente analítica querem, em primeiro lugar, trazer à consciência as condições primárias do reflexo condicionado, ou seja, a situação interna e externa da primeira ocorrência de um sintoma neurótico. Entretanto, somos da opinião que a neurose em si – a neurose manifesta, já fixada – não é causada pela sua condição primária, mas por sua facilitação neural (secundária). Mas esse reflexo condicionado – do qual tentamos agora compreender o sintoma neurótico – é facilitado pelo círculo vicioso da ansiedade antecipatória! Se quisermos por assim dizer desfacilitar um reflexo já incrustado, então é preciso eliminar a ansiedade antecipatória, seguindo aquele princípio que apresentamos como a intenção paradoxal.”<sup>35</sup>

FIGURA 2



O segundo padrão patogênico de reação é observado em casos de neurose obsessiva, e não nos de neurose de angústia. O paciente está sob a pressão

<sup>35</sup> Viktor E. Frankl, *Die Psychotherapie in der Praxis*. Viena, Franz Deuticke, 1947. [Edições brasileiras: Viktor E. Frankl, *Psicoterapia: Uma Casuística para Médicos*. São Paulo, EPU, 1976. *A Psicoterapia na Prática*. Campinas, Papyrus, 1989.]

(Figura 2) que lhe inflige ideias obsessivas e reage a elas tentando reprimi-las. Dessa maneira, ele tenta fazer uma pressão oposta. Mas é essa pressão oposta que apenas aumenta a pressão original. Mais uma vez o círculo se fecha e novamente o paciente se encontra preso nesse círculo vicioso diabólico. O que caracteriza a neurose obsessiva não é, como no caso da neurose de angústia, uma fuga, mas a luta, a batalha contra as ideias obsessivas. Mais uma vez teríamos de nos perguntar o que o motiva e o leva a isso. E descobrimos que o paciente teme que as imagens obsessivas possam ser mais do que uma neurose, sinalizando uma psicose. Ou o paciente teme que ele possa pôr em prática as ideias obsessivas de conteúdo criminoso, atacando alguém – ou a si mesmo. De um jeito ou de outro: o paciente que sofre de uma neurose obsessiva não tem medo do medo em si, mas medo de si próprio.

É tarefa da intenção paradoxal destruir ambos os mecanismos circulares, quebrá-los, tirá-los de seus trilhos. E isso acontece na medida em que os temores dos pacientes são minimizados, retirando-se o vento das velas da sua angústia; é quando o paciente “pega o touro à unha”, como um deles se expressou certa vez. Entretanto, é preciso lembrar que quem sofre de neurose de angústia teme algo que lhe possa acontecer, enquanto que o neurótico obsessivo também teme algo que ele possa fazer. Ambas as facetas são levadas em conta quando definimos a intenção paradoxal da seguinte maneira: o paciente é orientado a desejar (neurose de angústia) ou fazer (neurose obsessiva) aquilo que tanto teme.

Como vemos, a intenção paradoxal implica a inversão daquela intenção que caracteriza ambos os padrões patológicos de reação, que são o evitamento do medo e a obsessão pela fuga do primeiro ou luta contra o segundo. Mas isso é exatamente aquilo que hoje em dia os terapeutas comportamentais consideram decisivo: à sua hipótese de que a fobia é mantida pelos mecanismos que diminuem o evitamento, I. M. Marks acrescenta a seguinte orientação terapêutica: “A fobia só pode ser superada de fato quando o paciente enfrenta a situação fóbica novamente”.<sup>36</sup> E a intenção paradoxal serve para isso. Num trabalho escrito em conjunto com S. Rachmann e R. Hodgson, Marks também ressalta

<sup>36</sup> I. M. Marks, op. cit., 1970.

que o paciente deve ser convencido e encorajado a enfrentar aquilo que mais o deixa nervoso.<sup>37</sup> Mas também num trabalho conjunto com J. P. Watson e R. Gaind, ele aconselha, do ponto de vista terapêutico, que o paciente se aproxime tanto quanto e o mais rapidamente possível do objeto de seus medos, e não evite tais objetos.<sup>38</sup>

Os maiores terapeutas comportamentais da atualidade também reconhecem que a logoterapia já aplicava essas orientações terapêuticas há tempos, na forma da intenção paradoxal descrita já em 1939.

“Embora a intenção paradoxal parta de uma base bem diferente daquela da teoria da aprendizagem”, escrevem H. Dilling, H. Rosefeldt, G. Kockott e H. Heyse, do Instituto Max Planck de Psiquiatria, seu “efeito poderia possivelmente ser explicado com princípios simples da psicologia da aprendizagem”. Depois de os autores admitirem que a intenção paradoxal “resulta em bons resultados, em parte muito rápidos”, eles interpretam esses resultados com base na psicologia da aprendizagem, supondo “uma dissolução da relação condicionada entre o estímulo desencadeador e a angústia. A fim de construir novos modos de reação, mais adequados, o comportamento de fuga, com seu constante efeito reforçador, precisa ser abandonado, e a pessoa em questão deve ganhar novas experiências com os estímulos que lhe desencadeiam angústia”.<sup>39</sup>

Essa questão é resolvida pela intenção paradoxal. Arnold A. Lazarus também confirmou seus sucessos e os explica do ponto de vista da terapia comportamental da seguinte maneira:

Quando as pessoas encorajam a erupção de suas ansiedades antecipatórias, elas percebem que quase sempre a reação oposta tem primazia – seus

<sup>37</sup> S. Rachmann; R. Hodgson; I. M. Marks, “The Treatment of Chronic Obsessive-Compulsive Neurosis”. *Behavior Research and Therapy*, vol. 9, 1971, p. 237.

<sup>38</sup> P. Watson; R. Gaind; I. M. Marks, “Prolonged Exposure”. *British Medicine Journal*, vol. 1, 1971, p. 13.

<sup>39</sup> H. Dilling; H. Rosefeldt; G. Kockott; H. Heyse, “Verhaltenstherapie bei Phobien, Zwangsneurosen, sexuellen Störungen und Süchten”. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, vol. 39, 1971, p. 293.

piores medos diminuem e, quando o método é usado diversas vezes, seus temores acabam por desaparecer.<sup>40</sup>

A intenção paradoxal foi usada por mim já em 1929,<sup>41</sup> mas descrita apenas em 1939<sup>42</sup> e publicada com esse nome apenas em 1947.<sup>43</sup> A semelhança com os métodos de tratamento da terapia comportamental surgidos posteriormente, como provocação de ansiedade, exposição *in vivo*, inundação, terapia implosiva, ansiedade induzida, modelação, alterações da expectativa, prática negativa, saciamento e exposição prolongada é inegável e também não passou despercebida pelos terapeutas comportamentais. Segundo Dilling, Rosefeldt, Kockott e Heyse, “o método da intenção paradoxal, segundo V. E. Frankl, apesar de não ter sido concebido originalmente dentro da psicologia da aprendizagem, é possível que tenha como base um mecanismo de ação igual às formas de tratamento chamadas *inundação e terapia implosiva*”.<sup>44</sup> E no que se refere à última forma de tratamento citada, I. M. Marks também salienta “certas similaridades com a técnica da intenção paradoxal”,<sup>45</sup> bem como o fato de que essa nossa técnica “se assemelha muito ao que agora se chama *modeling*”.<sup>46-47</sup>

<sup>40</sup> Arnold A. Lazarus, *Behavior Therapy and Beyond*. Nova York, McGraw-Hill, 1971.

<sup>41</sup> Ludwig J. Pongratz, *Psychotherapie in Selbstdarstellungen*. Berna, Huber, 1973.

<sup>42</sup> Viktor E. Frankl, “Zur medikamentösen Unterstützung der Psychotherapie bei Neurosen”. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, vol. 43, 1939, p. 26.

<sup>43</sup> Viktor E. Frankl, *Die Psychotherapie in der Praxis*, op. cit., 1947.

<sup>44</sup> H. Dilling; H. Rosefeldt; G. Kockott; H. Heyse, op. cit., p. 293.

<sup>45</sup> I. M. Marks, *Fears and Phobias*. Nova York, Academic Press, 1969.

<sup>46</sup> Idem, “Treatment of Obsessive-Compulsive Disorders”. In: Hans H. Strupp et al. (org.). *Psychotherapy and Behavior Change*. Chicago, Aldine Publishing Company, 1974.

<sup>47</sup> O professor L. Michael Ascher, assistente de von Wolpe na clínica de terapia comportamental da Universidade da Filadélfia, considera curioso que a maioria dos sistemas psicoterapêuticos desenvolveram métodos que não podem ser utilizados pelos representantes de outros sistemas. A técnica logoterapêutica da intenção paradoxal é uma exceção, na medida em que muitos psicoterapeutas das mais diferentes denominações incorporam-na em seu próprio sistema. “Nas últimas duas décadas, a intenção paradoxal se tornou popular com uma variedade de terapeutas impressionados com a eficácia da técnica.” (L. Michael Ascher, “Paradoxical intention”. In: Goldstein e E.

Caso a intenção seja reclamar uma prioridade em relação à intenção paradoxal, creio que apenas os seguintes autores podem fazê-lo: Rudolf Dreikurs, a quem agradeço a indicação de um “truque” análogo que foi descrito por ele em 1932<sup>48</sup> e, ainda antes, por Erwin Wexberg, que cunhou, *ad hoc*, o termo “antissugestão”. E, em 1956, soube que H. von Hattingberg também chamava a atenção para uma experiência parecida:

A pessoa que consegue, por exemplo, desejar conscientemente o aparecimento de um sintoma neurótico, contra o qual até então tinha se defendido com medo, é também capaz de fazer sumir, por meio de sua postura ativa, o medo e, por fim, também o sintoma. Dessa maneira, é possível espantar o diabo com o belzebu. É claro que tal experiência só chega a bom termo para alguns. Mas quase não há uma experiência que seja mais instrutiva para aquele que se encontra inibido psicologicamente.<sup>49</sup>

Também não é possível aceitar que a intenção paradoxal, caso ela realmente seja eficiente, não tenha tido seus precursores e iniciadores. O que podemos contar como mérito da logoterapia nesse sentido é apenas que ela desenvolveu o princípio transformando-o em um método e o integrou num sistema.

B. Foa (orgs.), *Handbook of Behavioral Interventions*. Nova York, John Wiley, 1980). Ascher considera até que foram desenvolvidos métodos de terapia comportamental que são simples “traduções da intenção paradoxal na teoria da aprendizagem”, o que valeria principalmente para os métodos chamados de “*implosion*” e “*satiation*”. O professor Irvin D. Yalom, da Universidade de Stanford, acredita que a técnica logoterapêutica da intenção paradoxal tenha antecipado (“*anteciped*”) o método introduzido por Milton Erickson, Jay Haley, Don Jackson e Paul Watzlawick chamado de “*symptom prescription*” (Irvin D. Yalom, “The Contribution of Viktor Frankl”. In: *Existencial Psychotherapy*. Nova York, Basic Books, 1980).

Em relação à “efetividade” terapêutica da intenção paradoxal, a qual Ascher considera ter feito essa técnica tão “popular”, vamos lembrar de um único exemplo de “*inacilitating erythrophobia*”, que Y. Lamontagne conseguiu curar em quatro sessões, embora essa já durasse doze anos. (Y. Lamontagne, “Treatment of Erythrophobia by Paradoxical Intention”. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 166/4, 1978, p. 304-306).

<sup>48</sup> Rudolf Dreikurs, *Das nervöse Symptom*. Viena/Leipzig, Verlag Moritz Perles, 1932.

<sup>49</sup> H. von Hattingberg, *Über die Liebe*. Munique/Berlim, 1940.

Dessa maneira, fica ainda mais curioso que a primeira tentativa de comprovar experimentalmente a eficácia da intenção paradoxal tenha sido empreendida por terapeutas comportamentais. Foram os professores L. Solyom, J. Garza-Perez, B. L. Ledwidge e C. Solyom, da clínica psiquiátrica da McGill University, que escolheram dois sintomas presentes com a mesma intensidade em casos de neurose obsessiva crônica, tratando um deles, o sintoma objetivo, com a intenção paradoxal, enquanto o outro, o sintoma “de controle”, permanecia sem tratamento. O resultado foi que apenas e tão somente os sintomas tratados desapareceram, e isso em poucas semanas. E não surgiram quaisquer sintomas substitutivos!<sup>50-51</sup>

Entre os terapeutas comportamentais, foi novamente Lazarus que notou “um elemento integrante no procedimento da intenção paradoxal de Frankl”: “a provocação deliberada do humor. Um paciente que teme estar transpirando é exortado a mostrar à sua audiência como é realmente a transpiração, a transpirar em bicas, a fim de molhar quase tudo que está ao seu alcance”.<sup>52</sup> Como já adiantamos quando da menção da mobilização da capacidade do autodistanciamento, realmente o humor, com o qual o paciente deve formular a cada vez a intenção

<sup>50</sup> L. Solyom; J. Garza-Perez; B. L. Ledwidge; C. Solyom, “Paradoxical Intention in the Treatment of Obsessive Thoughts: a Pilot Study”. *Comprehensive Psychiatry*, vol. 13, 1972, p. 291.

<sup>51</sup> Ascher também tem méritos na comprovação experimental da importância terapêutica e na eficácia da técnica da intenção paradoxal. No geral, o resultado foi que a técnica logoterapêutica tem igual valor em relação às diversas “intervenções” terapêuticas comportamentais. Nos casos dos distúrbios do sono, entretanto, e também no caso de distúrbios neuróticos da micção, o método logoterapêutico foi até mais eficaz. No que diz respeito aos casos de distúrbios do sono, os pacientes de Ascher precisavam, a princípio, de 48,6 minutos em média para adormecer. Depois de dez semanas de tratamento terapêutico comportamental, eram 39,36 minutos. Em seguida, foi usada a técnica da intenção paradoxal por duas semanas, e esse tempo baixou para apenas 10,2 minutos (L. M. Ascher; J. Efran, “Use of Paradoxical Intention in a Behavioral Program for Sleep Onset Insomnia”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 46, 1978, p. 547-550). “A intenção paradoxal reduz de maneira significativa as queixas em relação ao sono em contraste com grupos de controle que receberam placebo e os da lista de espera.” (Ralph M. Turner; L. Michael Ascher, “Controlled Comparison of Progressive Relaxation, Stimulus Control, and Paradoxical Intention Therapies for Insomnia”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 47/3, 1979, p. 500-508.)

<sup>52</sup> Arnold A. Lazarus, *Behavior Therapy and Beyond*, op. cit., 1971.

paradoxal, é parte essencial dessa técnica, e isso a diferencia também dos métodos de tratamento da terapia comportamental que listamos antes.

Iver Hand, terapeuta comportamental do Maudsley Hospital, de Londres, comprovou há pouco como sempre acertamos em atentar para o significado do humor no sucesso da intenção paradoxal: ele observou que pacientes que sofriam de agorafobia, e até então evitavam as situações que podiam desencadear seus medos, quando confrontados em terapia de grupo com essas mesmas situações, espontaneamente incentivavam a si mesmos e aos outros a exagerar seus medos: “Eles usaram o humor de maneira espontânea como um dos seus principais mecanismos de lidar com a situação”.<sup>53</sup> Resumindo, os pacientes “inventaram” a intenção paradoxal – e foi dessa forma que o grupo de pesquisadores londrino interpretou seu “mecanismo” de reação!

Vamos agora nos dedicar à intenção paradoxal como ela é aplicada *lege artis*, segundo as regras da logoterapia; faremos isso a partir de relatos de casos. Nesse sentido, indico também os casos que são discutidos nos meus livros *Die Psychotherapie in der Praxis*, *Der Wille zum Sinn* e *Ärztliche Seelsorge*. A seguir, vamos nos concentrar em material ainda não publicado.

Spencer Adolph M., de San Diego, Califórnia, escreve para mim:

Dois dias depois de ler seu livro *Man's Search for Meaning*, encontrei-me numa situação que me deu a oportunidade de testar a logoterapia. Participo de um seminário sobre Martin Buber na universidade; durante o primeiro encontro, fiquei de boca fechada quando achei que devia falar exatamente o contrário do que os outros haviam falado. De repente, comecei a suar em bicas. E assim que percebi isso, fiquei com medo de que os outros pudessem notar também – e aí suei ainda mais. Subitamente lembrei-me do caso de um médico que consultou o senhor por causa de seu medo de sudorese excessiva e pensei que minha situação era parecida. Mas eu não levo a psicoterapia muito a sério, muito menos a logoterapia.

<sup>53</sup> Palestra no *Simpósio sobre Logoterapia em Montreal*, organizado pela American Psychological Association em 1973.

Mas, por isso mesmo, a situação parecia ser uma oportunidade única para experimentar a intenção paradoxal. O que era mesmo que o senhor havia sugerido ao seu colega? Que tal se ele fizesse algo diferente e mostrasse aos outros o que é suar de verdade? “Até agora, sempre suei 1 litro, mas vou chegar a 10 litros!”, era o que dizia o seu livro. E enquanto eu continuava falando no seminário, disse a mim mesmo: mostre também a eles o que é suar, Spencer! Com força total, isso não é nada, você pode suar muito mais! E não se passaram mais que alguns poucos segundos para eu observar como minha pele começava a secar. Ri secretamente. Eu não estava esperando que a intenção paradoxal funcionasse, muito menos tão rápido. “Diabos”, eu disse baixinho, deve haver algo nessa intenção paradoxal – deu certo e olha que sou muito cético em relação à logoterapia!.

Destacamos o seguinte caso de um relato de Mohammed Sadiq:

“A senhora N., uma paciente de 48 anos, sofria de tremores tão intensos que era incapaz de segurar uma xícara de café ou um copo de água sem derramar um pouco de líquido. Ela também não conseguia escrever ou segurar um livro com tranquilidade suficiente para lê-lo. Certa manhã, estávamos frente a frente, e ela começou a tremer de novo. Naquela hora, decidi tentar a intenção paradoxal, e com muito humor. Assim, comecei: ‘Senhora N., que tal fazermos um concurso de tremedeira?’ Ela: ‘Como assim?’ Eu: ‘Vamos ver quem consegue tremer mais e por mais tempo’. Ela: ‘Eu não sabia que o senhor também sofria de tremores’. Eu: ‘Não, nada disso. Mas se eu quiser, também posso tremer (e eu comecei – e como!)’. Ela: ‘Ora, o senhor faz melhor do que eu (e, rindo, ela começou a acelerar seus tremores)’. Eu: ‘Mais rápido! Vamos, senhora N., a senhora tem de tremer mais rápido’. Ela: ‘Mas eu não consigo. Pare com isso, não aguento mais’. Ela realmente tinha se cansado. Ela se levantou, foi até a cozinha e voltou – com uma xícara de café. Ela bebeu-a toda, sem derramar um gota sequer. Desde então, sempre que a flagro tremendo, preciso apenas dizer: ‘E aí, senhora N., que tal um concurso de tremedeira?’ E ela costuma responder: ‘Tudo bem, tudo bem’. E isto sempre a ajudou.”

Georg Pynummootil (EUA) relata o seguinte:

“Um jovem veio ao meu consultório por causa de um tique severo de piscar os olhos que começava quando era preciso falar com alguém. Como as pessoas costumavam lhe perguntar o que estava acontecendo, ele ficava cada vez mais nervoso. Indiquei-o a um psicanalista. Mas ele voltou após uma série de sessões a fim de me informar que o psicanalista não tinha conseguido achar a causa, muito menos ajudá-lo. Por essa razão, orientei-o de que na próxima vez que falasse com alguém, piscasse o máximo possível para mostrar ao seu interlocutor como ele fazia isso bem. Mas ele disse que achava que eu tinha enlouquecido, pois esse conselho só iria piorar a situação. E ele se foi e ficou algumas semanas sem aparecer. Certo dia, porém, ele voltou e me contou, muito satisfeito, o que havia acontecido nesse meio tempo. Como ele não deu a mínima para o meu conselho, também não tencionava colocá-lo em prática. Mas as piscadas pioraram muito, e uma noite, quando se lembrou daquilo que eu lhe dissera, ele falou a si mesmo: ‘Já tentei de tudo e nada me ajudou. O que pode haver de mal nisso? Vou tentar aquilo que aquele médico me sugeriu.’ E no dia seguinte, ao encontrar a primeira pessoa pela frente, ele resolveu piscar o máximo possível – e, para sua surpresa, ele simplesmente foi incapaz de piscar. A partir daí, seu tique de piscar os olhos nunca mais se manifestou.”

Um assistente universitário nos escreveu:

“Eu devia me apresentar num lugar qualquer, depois de ter concorrido a uma vaga que me era muito interessante, visto que poderia trazer minha mulher e meu filho para a Califórnia. Mas eu estava muito nervoso e me esforcei ao máximo para deixar uma boa impressão. Sempre que fico nervoso, sinto uns espasmos na perna, e isso é tão forte que as pessoas percebem. E aconteceu de novo nessa vez. Eu disse a mim mesmo: vou fazer com que esses músculos se movimentem tanto que não vou conseguir ficar sentado, e terei de me levantar e dançar pela sala e as pessoas vão achar que eu sou louco. Esses músculos vão se movimentar como nunca – hoje

vou bater o recorde. Bem, os músculos não se movimentaram nem uma vez sequer durante a entrevista e ganhei a vaga, e logo minha família estará comigo na Califórnia.

Dois exemplos de Arthur Jores combinam bem nesse contexto:

Uma enfermeira veio falar com Jores, “reclamando que sempre ficava ruborizada quando precisava entrar na sala do médico para discutir algo com ele. Treinamos juntos a intenção paradoxal e poucos dias depois recebi uma carta feliz: tinha funcionado direitinho”. Outra vez, Jores falou com um estudante de medicina “que precisava tirar uma ótima nota numa prova a fim de receber uma bolsa. Ele se queixava de medo do exame. Também treinamos a intenção paradoxal e, veja só, ele se manteve completamente calmo durante o exame, tendo passado com uma boa nota”<sup>54</sup>

Agradecemos a Larry Ramirez o seguinte relato de caso:

“A técnica que me ajudou mais frequentemente e apresentou maior eficácia nas minhas sessões de *counseling* (aconselhamento) foi aquela da intenção paradoxal. Ilustro com um exemplo. Linda T., uma bela universitária de 19 anos, escreveu na sua ficha que estava tendo problema em casa, com os pais. Quando nos encontramos, era evidente que ela estava muito tensa. Gaguejava. Minha reação natural teria sido dizer ‘relaxe, está tudo bem’ ou ‘fique tranquila’, mas a experiência me ensinou que pedir para relaxar iria apenas fazer com que sua tensão aumentasse. Em vez disso, falei justamente o oposto, ‘Linda, quero que você fique o mais tensa possível. Aja com o maior nervosismo que puder’. ‘Ok,’ ela me disse, ‘ficar nervosa é fácil para mim’. Ela começou cerrando os punhos e balançando as mãos, como se estivessem tremendo. ‘Está bom’, eu falei, ‘mas tente ficar mais nervosa.’ O humor da situação ficou óbvio, e ela disse: ‘Eu estava realmente nervosa, mas não consigo continuar. É estranho, porque quanto mais tento ficar tensa, menos sou capaz de ficar.’ Relembrando esse caso, é evidente para mim

<sup>54</sup> Arthur Jores, *Der Kranke mit psychovegetativen Störungen*. Göttingen, Vandenhoeck, 1973, p. 52.

que o humor que nasceu do uso da intenção paradoxal é que ajudou Linda a se dar conta de que ela era um ser humano em primeiríssimo lugar e uma paciente em segundo lugar, e que eu, também, era primeiro um ser humano e, em segundo lugar, seu conselheiro. O humor foi aquilo que melhor ilustrou nossa humanidade.”

J. F. Briggs ministrou uma palestra para a Royal Society of Medicine, da qual destacamos o seguinte trecho:

“Fui chamado para consultar um jovem de Liverpool, gago. Ele queria dar aulas, mas a gagueira e a carreira de professor não combinam. Seu maior medo e sua maior preocupação era o embaraço que sentia ao gaguejar, de maneira que se sentia mentalmente agoniado toda vez que tinha que dizer algo. Lembrei-me de que tinha lido um artigo de Viktor Frankl um pouco antes sobre a reação paradoxal. Então, lhe passei a seguinte orientação: ‘Neste final de semana, você vai mostrar às pessoas como você gagueja tão bem!’. Ele retornou na semana seguinte e estava claramente aliviado porque sua fala estava muito melhor. Ele disse: ‘Você nem sabe o que aconteceu! Fui a um *pub* com os amigos e um deles me disse que achava que eu era gago. Respondi que era, e daí? Foi nesse instante que peguei o touro à unha e deu certo.”

Outro caso de gagueira se refere a um aluno da Duquesne University, que me escreveu o seguinte:

“Durante dezessete anos, gaguejei muito. Houve tempos em que fiquei incapacitado de falar. Fiz diversos tratamentos, mas nenhum com sucesso. Certo dia, um professor me passou a incumbência de falar sobre seu livro *Man’s Search for Meaning* [Em Busca de Sentido] num seminário. Li o livro e conheci sua intenção paradoxal. Decidi usá-la em meu próprio caso e, veja só, logo na primeira vez ela funcionou maravilhosamente. Não havia nem sinal de gagueira. Em seguida, decidi me confrontar com as situações nas quais eu sempre gaguejava, e novamente nem sinal da gagueira. Algumas vezes não a usei, e a gagueira voltou imediatamente. Enxergo nisso uma prova de que realmente foi a intenção paradoxal que me livrou da gagueira.”

O chiste não poderia ficar de fora desses relatos: agradeço a Uriel Meshoulam, logoterapeuta da Universidade Harvard, pelo que se segue:

Um de seus pacientes foi convocado pelas forças armadas australianas e estava convencido de que não seria aceito por sofrer de gagueira severa. Quando finalmente foi alistado, ele tentou mostrar ao médico, por três vezes, como era grave seu problema, mas lhe era impossível gaguejar. Por fim, ele foi dispensado por causa de pressão alta. “As forças armadas australianas provavelmente não acreditam até hoje que ele seja gago”, encerra o relato.

O emprego da intenção paradoxal nos casos de gagueira foi muito discutido na literatura científica. Manfred Eisenmann dedicou ao tema a sua dissertação de 1960 na Universidade de Freiburg im Breisgau. J. Lehembre publicou suas experiências com crianças ressaltando que apenas uma vez registrou-se o aparecimento de sintomas substitutivos;<sup>55</sup> isso corresponde às observações de L. Solyom, Garza-Perez, Ledwidge e C. Solyom, que não encontraram nem um único caso de sintoma substitutivo na aplicação da intenção paradoxal.<sup>56-57</sup>

Certa vez, Jores<sup>58</sup> tratou de uma paciente que vivia convicta de que tinha sempre de dormir o suficiente. Mas ela se casara com um homem que tinha muitos compromissos sociais, de maneira que volta e meia ela tinha de se deitar muito tarde. Ela disse que sempre suportara mal isso. Muitas vezes era acometida, ainda durante a noite, de um ataque de enxaqueca por volta de uma da manhã, ou no mais tardar na manhã seguinte. A eliminação dessas

<sup>55</sup> J. Lehembre, “L’intention paradoxale, procédé de psychothérapie”. *Acta neurologica belgica*, vol. 64, 1964, p. 725.

<sup>56</sup> L. Solyom; J. Garza-Perez; B. L. Ledwidge; C. Solyom, “Paradoxical Intention in the Treatment of Obsessive Thoughts: a Pilot Study”, op. cit.

<sup>57</sup> Ascher não observou sintomas substitutivos após o emprego da intenção paradoxal. Ele também é contra considerar a intenção paradoxal como uma sugestão: “A intenção paradoxal foi eficiente mesmo quando as expectativas dos pacientes eram claramente contrárias ao funcionamento da técnica” (L. M. Ascher, “A Review of Literature on the Treatment of Insomnia with Paradoxical Intention”, *paper* inédito).

<sup>58</sup> Arthur Jores, op. cit.

enxaquecas, associadas a dormir tarde, foi lograda com o emprego da intenção paradoxal. A paciente recebeu o conselho de dizer a si mesma: 'Bem, agora você vai sofrer uma enxaqueca daquelas, bem terrível'. Desde então, como relata Jores, os ataques cessaram.

Esse caso leva ao emprego da intenção paradoxal em casos de distúrbios de sono.

Sadiq, que já citamos, tratou certa vez de uma paciente de 54 anos que tinha se tornado dependente de soníferos e fora internada num hospital. "Ela saiu de seu quarto às dez da noite e pediu os soníferos. Ela: Onde estão meus comprimidos? Eu: Sinto muito, eles acabaram e a enfermeira se esqueceu de pedir mais. Ela: Como vou dormir, então? Eu: Hoje terá de ser sem remédio. Ela reapareceu duas horas mais tarde. Ela: Simplesmente não dá. Eu: E que tal a senhora se deitar novamente e, para variar, não tentar dormir, mas, ao contrário, se esforçar para ficar acordada a noite toda? Ela: Sempre achei que eu fosse maluca, mas acho que o senhor também é. Eu: Sabe, às vezes gosto de ser maluco... a senhora entende? Ela: O senhor está falando sério? Eu: O quê? Ela: Isso de eu tentar não dormir. Eu: Claro que estou falando sério. Tente! Vamos ver se a senhora consegue ficar acordada a noite toda. Pode ser? Ela: O.k. Quando a enfermeira entrou no quarto pela manhã para lhe trazer o café, a paciente ainda não tinha acordado."

Há ainda uma anedota que merece ser citada nesse contexto; está registrada no conhecido livro de Jay Hayley, *Strategies of Psychotherapy*.

Durante uma palestra ministrada pelo famoso hipnotizador e terapeuta Milton H. Erickson, um jovem se levantou e lhe disse: "Talvez o senhor consiga hipnotizar outras pessoas – mas não a mim". Erickson convidou o jovem a subir no palco e sentar-se, e depois lhe falou: "Você está completamente desperto – você continuará desperto – você está ficando cada vez mais desperto, mais desperto, mais desperto...". E imediatamente o jovem entrou em transe profundo.<sup>59</sup>

<sup>59</sup> Jay Hayley, *Strategies of Psychotherapy*. Nova York, Grune & Stratton, 1963.

R. W. Medlicott, psiquiatra da Universidade da Nova Zelândia, levou o mérito de empregar a intenção paradoxal pela primeira vez não apenas no sono, mas também nos sonhos. Ele já tinha tido muito êxito com ela – inclusive no caso de um paciente que era psicanalista.

Havia uma paciente que sofria regularmente de pesadelos, sempre sonhando que era perseguida e, por fim, atacada com uma faca. Em seguida, ela gritava, e seu marido também acordava. Medlicott orientou-a a se esforçar ao máximo para sonhar esses terríveis pesadelos até o fim, até que o esfaqueamento tivesse um fim. E o que aconteceu? Os pesadelos cessaram, mas o sono do marido continuou abalado: a paciente tinha parado de gritar enquanto dormia, mas passou a rir tão alto que o homem também se incomodava.<sup>60</sup>

Uma leitora dos Estados Unidos nos relata algo semelhante:

“Na quinta-feira, acordei deprimida e achei que nunca mais recobriria a saúde. Durante a manhã, comecei a chorar e estava desesperada. Lembrei-me então da intenção paradoxal e disse a mim mesma: Vamos ver o quão deprimida consigo ficar. Vou chorar tanto que o apartamento será inundado de lágrimas. E imaginei minha irmã entrando e dizendo: ‘Que diabos é toda essa torrente de lágrimas?’. Tive de rir tanto disso que fiquei com medo. Dessa maneira, não me restou outra alternativa senão dizer a mim mesma: Vou rir tanto que os vizinhos virão correndo ver o que está acontecendo. Nesse meio tempo, deixei de estar deprimida, convidei minha irmã para sair comigo; era quinta-feira, como eu disse, e hoje estamos no sábado e continuo me sentindo ótima. Creio que a intenção paradoxal funcionou há dois dias como uma tentativa de chorar e, ao mesmo tempo, olhar no espelho – sabe Deus por quê, mas ficou simplesmente impossível chorar de novo.”

Pode ser que ela não esteja tão errada. Afinal, ambas – a intenção paradoxal e a autorreflexão – são veículos da capacidade humana do autodistanciamento.

<sup>60</sup> R. W. Medlicott, “The Management of Anxiety”. *New Zealand medical journal*, vol. 70, 1969, p. 155.

Observamos o tempo todo que a intenção paradoxal também funciona em casos sérios e crônicos, há tempos instalados, e também quando o tratamento é curto. Foram descritos casos de neuroses obsessivas instaladas há sessenta anos, às quais a intenção paradoxal conseguiu trazer uma melhora decisiva.<sup>61</sup> Os sucessos terapêuticos que foram alcançados com o emprego dessa técnica são no mínimo surpreendentes e notáveis quando os confrontamos com o pessimismo ubíquo que o psiquiatra de hoje dedica às neuroses obsessivas graves e crônicas. L. Solyom, Garza-Perez, Ledwige e C. Solyom<sup>62</sup> fazem referência ao resultado de doze pesquisas subsequentes, originárias de sete países diferentes: as neuroses obsessivas de 50% dos casos eram consideradas não influenciáveis terapêuticamente. Os autores consideram o prognóstico da neurose obsessiva pior do que o prognóstico de outras formas de neurose, e a terapia comportamental, na opinião deles, não trouxe nenhuma mudança nesse cenário, pois apenas 46% dos casos publicados por terapeutas comportamentais apresentavam melhoras. Mas também segundo D. Henkel, C. Schmook e R. Bastine<sup>63</sup> apontam, recorrendo a psicanalistas experientes, “principalmente neuroses obsessivas graves se mostram incuráveis, apesar de intensivos esforços de tratamento”, enquanto a intenção paradoxal, que está em oposição à psicanálise, “deixa reconhecer claramente possibilidades para uma influência essencialmente mais rápida em distúrbios neurótico-obsessivos”.

A partir de sua dissertação de 1968,<sup>64</sup> Friedrich M. Benedikt demonstrou que o emprego da intenção paradoxal em casos severos e crônicos exige um empenho pessoal muito grande. Nesse contexto, queremos também repetir que “o efeito terapêutico da intenção paradoxal depende da coragem do terapeuta em interpretar para

<sup>61</sup> K. Kocourek, Eva Niebauer e Paul Polak. In: Viktor E. Frankl, Victor E. von Gebattel; J. H. Schultz (orgs.). *Ergebnisse der klinischen Anwendung der Logotherapie, Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie*. Munique/Berlim, Urban & Schwarzenberg, 1959.

<sup>62</sup> L. Solyom; J. Garza-Perez; B. L. Ledwige; C. Solyom, “Paradoxical Intention in the Treatment of Obsessive Thoughts: a Pilot Study”, op. cit.

<sup>63</sup> D. Henkel; C. Schmook; R. Bastine In: *Praxis der Psychotherapie*, vol. 17, 1972, p. 236.

<sup>64</sup> Friedrich M. Benedikt, *Zur Therapie angst- und zwangsneurotischer Symptome mit Hilfe der paradoxalen Intention und Dereflexion nach V. E. Frankl*. Munique, 1968. (Dissertação)

o paciente sua aplicação”,<sup>65</sup> o que já foi demonstrado a partir de um caso concreto.<sup>66</sup> A terapia comportamental também reconhece a importância de tais procedimentos ao cunhar uma expressão própria para tanto, chamando-os de *modeling*.

O seguinte caso deve comprovar que a intenção paradoxal também funciona em casos de longa duração e que o tratamento pode ser breve.

Ralph G. Victor e Carolyn M. Krug,<sup>67</sup> do Departamento de Psiquiatria da Universidade de Washington, aplicaram essa técnica no caso de um homem viciado em jogo desde os 14 anos. Eles orientaram-no a jogar três horas por dia, mas ele perdeu tanto que em três semanas estava sem dinheiro. E o que os terapeutas fizeram? Friamente, eles aconselharam-no a vender o relógio. De um modo ou de outro, era a primeira vez em vinte anos (“after 20 years and five psychiatrists”, como está literalmente na publicação) que o paciente se livrou de sua paixão pelo jogo.

No livro *Clinical Behavior Therapy*,<sup>68</sup> Max Jacobs comenta o seguinte caso:

A senhora K. sofria havia pelo menos 15 anos de uma severa claustrofobia quando foi se consultar com Jacobs na África do Sul, uma semana antes de voltar para casa, na Inglaterra. Ela é cantora lírica e tem de viajar muito pelo mundo a trabalho. Sua claustrofobia concentra-se justamente em aviões, elevadores, restaurantes – e teatros.

“Aplicamos a técnica da intenção paradoxal de Frankl”, ele escreve. Jacobs orientou a paciente a procurar por situações que desencadeassem sua fobia e desejar aquilo que sempre temeu – sufocar. Ela tinha que dizer a si mesma: “Vou sufocar agora, já” [*let it do its damndest*]. Além disso, a

<sup>65</sup> Viktor E. Frankl, “Die Psychotherapie in der Praxis”, op. cit., 1947/1961.

<sup>66</sup> Ibidem.

<sup>67</sup> Ralph G. Victor; Carolyn M. Krug, “Paradoxical Intention in the Treatment of Compulsive Gambling”. *American Journal of Psychotherapy*, vol. 21, 1967, p. 808.

<sup>68</sup> Max Jacobs. In: Arnold A. Lazarus (org.), *Clinical behavior therapy*. Nova York, Brunner-Mazel, 1972.

paciente recebeu treinamento de “relaxamento progressivo” e “dessensibilização”. Dois dias mais tarde, ela estava apta a entrar num restaurante sem maiores problemas, andar de elevador e até de ônibus. Quatro dias depois ela pôde ir a um cinema sem medo e não estava mais ansiosa pelo seu voo de volta até a Inglaterra. De Londres, ela relatou que foi capaz de andar de metrô, coisa que não fazia havia anos. E a paciente continuava sem sintomas quinze meses depois de um tratamento tão breve.

Na sequência, Jacobs também descreve um caso de neurose, mas dessa vez não uma neurose de angústia, e sim uma neurose obsessiva:

O senhor T. sofreu uma neurose por 12 anos, tendo passado, sem sucesso, tanto por uma psicanálise quanto por um tratamento com eletrochoques. Seu principal temor era sufocar enquanto comesse, bebesse ou atravessasse uma rua. Jacobs orientou-o a fazer exatamente aquilo de que sempre teve medo: “Usando a técnica da intenção paradoxal, ele recebeu um copo d’água e foi instruído a tentar, de todas as maneiras, se sufocar. Isso deveria ser repetido três vezes ao dia”. Além disso, o paciente treinou relaxamento. Na 12ª sessão, o paciente disse que não tinha mais qualquer sintoma.

Sempre se pergunta quais são as condições e pré-requisitos para uma formação no método logoterapêutico. E é justamente a técnica da intenção paradoxal que atesta às vezes ser suficiente o fato de conhecê-la bem a partir da bibliografia existente. De toda maneira, há entre os psiquiatras e psicanalistas que lidam com a intenção paradoxal de maneira mais eficiente e consciente também aqueles que nunca entraram em contato conosco. Sabemos por meio de suas publicações que eles conhecem a intenção paradoxal apenas por meio de nossas publicações. Mas também é interessante notar como os diferentes autores modificam a intenção paradoxal e a combinam com outros procedimentos. Essa percepção apenas reforça nossa convicção de que a psicoterapia – ou seja, não somente a logoterapia – depende da contínua disposição para improvisar. Onde existe a possibilidade de organizar a formação a partir de demonstrações clínicas, é essa improvisação que deve ser ensinada, no fim das contas. E que também pode ser aprendida.

A frequência com que os leigos aplicam com êxito a intenção paradoxal em si mesmos é surpreendente.

Diante de nós está a carta de uma mulher que sofreu de agorafobia por catorze anos, tendo feito um tratamento psicanalítico ortodoxo por três anos sem melhoras. Durante dois anos, ela se consultou com um hipnotizador, e sua agorafobia melhorou um pouco. A paciente chegou até a ser internada por seis semanas. Nada a ajudava de verdade. Ela escreve: “Nada mudou realmente em catorze anos. Cada dia de todos esses anos foi um inferno”. Chegou um tempo em que ela queria dar meia-volta no meio da rua, tão severa estava sua fobia. Foi quando ela se lembrou daquilo que tinha lido no meu livro *Man's Search for Meaning* [Em Busca de Sentido] e disse a si mesma: “Agora vou mostrar a todos ao meu redor como eu sou mestre nisso: entrar em pânico e ter um ataque”. E, de repente, ela se acalmou. Ela continuou seu caminho até o supermercado e fez as compras. Na hora de pagar, porém, começou a suar e a tremer. E voltou a dizer a si mesma: “Vou mostrar agora ao caixa como posso me ensopar de suor. Ele vai ficar espantado”. Apenas no caminho de volta ela percebeu que tinha se acalmado. E continuou assim. Depois de poucas semanas, com a ajuda da intenção paradoxal, ela era capaz de dominar de tal maneira a agorafobia que às vezes não conseguia acreditar que tivesse estado doente um dia. “Tentei muitos métodos, mas nenhum me deu o rápido alívio do seu método. Acredito na intenção paradoxal porque a testei em mim mesma tendo lido apenas um livro.”

Não podemos deixar de registrar, por curiosidade, que essa mulher – agora saudável – teve a ambição de completar seu conhecimento sobre a intenção paradoxal oriundo da leitura de apenas um livro. Por uma semana, ela publicou no jornal *Chicago Tribune* o seguinte anúncio: “Gostaria de entrar em contato com qualquer pessoa que conheça o tratamento da agorafobia pela intenção paradoxal ou que tenha passado por ele”. Um recorte acompanhava sua carta. Mas ninguém se manifestou.

O fato de o leigo poder usar a intenção paradoxal, e ainda mais em si mesmo, se torna compreensível quando lembramos que ela se baseia em *coping*

*mechanisms* (mecanismos de enfrentamento) disponíveis no ser humano – o que as já citadas observações de Hand comprovam. Desse modo, podemos compreender também o seguinte caso:

Ruven A. K., de Israel, estudante na U. S. International University, foi alistado no serviço militar aos 18 anos. “Estava ansioso por servir o exército. Achava que a luta do meu país por sua sobrevivência fazia sentido. Assim, tentei dar o melhor de mim. Ingressei voluntariamente nas tropas de elite como paraquedista. Fui exposto a situações nas quais minha vida esteve em perigo. Por exemplo, ao saltar do avião pela primeira vez, senti medo e estava literalmente tremendo, e tentar esconder me fez tremer ainda mais. Então, decidi escancarar meu medo. E, depois de um tempo, os tremores desapareceram. Usei a intenção paradoxal de maneira involuntária, e surpreendentemente ela funcionou.”

Mas a intenção paradoxal não é descoberta de um único indivíduo *ad usum proprium*. Seu princípio básico também foi descoberto pela psiquiatria pré-científica. Em sua palestra *Logotherapy and Religious Ethnopsychiatric Therapy*,<sup>69</sup> J. M. Ochs defendeu sua convicção de que a etnopsiquiatria aplica princípios que, mais tarde, foram sistematizados pela logoterapia. A medicina dos Ifaluk seria, em sua opinião, especialmente logoterapêutica. “O xamã da psiquiatria popular mexicano-americana, o *curandero*, é um logoterapeuta.” Ochs também se refere a Wallace e Vogelsson – segundo os dois últimos, a medicina popular também faz uso de princípios gerais que também têm um papel na psiquiatria moderna: “Parece que a logoterapia é um elo entre os dois sistemas”.

Tais hipóteses parecem plausíveis quando comparamos dois relatos como os que se seguem.

O primeiro se detém num esquizofrênico de 24 anos, que sofria de alucinações auditivas. Ele escutava vozes que o ameaçavam e desdenhavam. Nosso informante travou contato com o paciente durante uma internação num

<sup>69</sup> Palestra ministrada na Pennsylvania Sociological Society em 1968, na Villanova University.

hospital. “O paciente deixava seu quarto no meio da noite para reclamar que as vozes não o deixavam dormir. Ele tinha sido orientado a ignorá-las, mas isso era impossível. Deu-se então o seguinte diálogo: ‘Médico: Que tal tentar de outro jeito? Paciente: Como assim? Médico: Deite-se e siga da maneira mais atenta possível aquilo que as vozes lhe dizem – não perca nem uma palavra, certo? Paciente: O senhor está falando sério? Médico: Claro que sim. Não vejo por que você não possa se divertir com essas malditas vozes (*these God damn things*), só para variar um pouco. Paciente: Mas eu achava... Médico: Tente. Depois a gente volta a conversar.’ Depois de 45 minutos ele tinha adormecido. Na manhã seguinte, estava feliz – as vozes o tinham deixado em paz pelo restante da noite.”

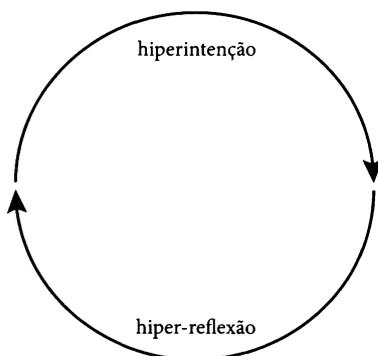
E, agora, outro relato. Jack Huber<sup>70</sup> visitou certa vez uma clínica gerenciada por psiquiatras adeptos do zen. O lema que conduzia o trabalho desses psiquiatras era: “A ênfase é viver com o sofrimento em vez de reclamar dele, analisá-lo ou tentar evitá-lo”.

Certo dia, uma monja budista que estava sofrendo de um severo estado de confusão mental foi internada. Ela estava tensa e amedrontada, pois imaginava que cobras andavam sobre ela. Médicos europeus, psiquiatras e psicólogos já tinham dado o caso como insolúvel, quando foi a vez do psiquiatra adepto do zen. “O que aconteceu?”, ele perguntou. “Tenho tanto medo das cobras – há cobras ao meu redor, em todos os lugares.” O psiquiatra zen pensou um pouco e depois disse: “Infelizmente tenho de ir, mas volto em uma semana. Enquanto isso, quero que você observe atentamente essas cobras. Depois você terá de me descrever cada um de seus movimentos”. Uma semana mais tarde, a freira já tinha voltado ao seu estado normal. “E aí, como vai?”, perguntou o psiquiatra zen. “Observei as cobras da maneira mais atenta possível, mas não consegui por muito tempo, pois quanto mais eu prestava atenção, mais elas sumiam.”

<sup>70</sup> Jack Huber, *Through an Eastern Window*. Nova York, Bantam Books, 1968.

Resta-nos agora comentar o terceiro padrão patológico de reação. Enquanto o primeiro padrão é caracterizado pela neurose de angústia e o segundo pelas neuroses obsessivas, o terceiro se refere a um mecanismo que encontramos nas neuroses sexuais, ou seja, em casos nos quais a potência e o orgasmo apresentam problemas. Nesses casos, observamos ainda que, como nas neuroses obsessivas, o paciente luta; mas nas neuroses sexuais ele não luta contra algo (dissemos que o neurótico compulsivo luta *contra* a compulsão). O neurótico sexual luta *por* algo, e ele o faz à medida que luta por prazer sexual, na forma de potência e orgasmo. Infelizmente, porém, quanto mais se busca o prazer, mais ele se esvai. Pois o prazer não é nem o real objetivo de nosso comportamento e ação, nem uma meta possível; ele é muito mais um efeito, um efeito secundário, que surge espontaneamente sempre que vivenciamos nossa autotranscendência, sempre que nos entregamos no amor a alguém ou a serviço de algo. Assim, quando não estamos mais prestando atenção ao parceiro, mas apenas ao prazer, essa nossa vontade de prazer atrapalha a si mesma. A automanipulação fracassa. O caminho para o prazer e a autorrealização passa necessariamente pela entrega de si mesmo, pelo esquecimento de si mesmo. Quem considera esse caminho um desvio tenta escolher um atalho e ir direto ao encontro do prazer como uma meta. Mas esse atalho se mostra um beco sem saída.

FIGURA 3



Novamente podemos observar como o paciente entra num círculo vicioso. A luta pelo prazer, a luta por potência e orgasmo, a vontade do prazer, que forçou

uma hiperintenção do prazer (Figura 3), não somente tira o prazer da pessoa como traz uma hiper-reflexão também forçada: a pessoa começa a se observar durante o ato e vigiar também o parceiro. E a espontaneidade acaba.

Se nos perguntamos o que pode ter iniciado a hiperintenção nos casos de distúrbios de potência, vamos notar que o paciente enxerga no ato sexual um desempenho que lhe é exigido. Resumindo, o ato sexual tem um caráter de exigência. Já em 1946<sup>71</sup> apontávamos que o paciente “se sente, por assim dizer, obrigado a cumprir o ato sexual” e essa “compulsão à sexualidade pode ser uma compulsão de seu próprio eu ou uma compulsão gerada por uma situação”. A compulsão pode também vir da parceira (parceiras exigentes do ponto de vista sexual, “de temperamento forte”). O significado desse terceiro aspecto foi confirmado experimentalmente até em animais. Konrad Lorenz conseguiu fazer com que a fêmea de um peixe-beta não nadasse de maneira “coquete” até o macho, mas de maneira enérgica. O peixe-beta macho reagiu, diríamos, de maneira humana: por reflexo, seu órgão de copulação se fechou.

Às três instâncias citadas que oprimem a sexualidade dos pacientes, juntaram-se, mais recentemente, mais dois fatores. Primeiro, o valor que a sociedade que preza o desempenho dá à capacidade de desempenho sexual. A dependência que o indivíduo sente em relação a seus pares e àquilo que os outros, o grupo ao qual pertence, consideram “in” – (*peer pressure*) –, faz com que a potência e o orgasmo sejam tentados de maneira forçada. Mas não é apenas a hiperintenção que é criada coletivamente assim, mas também a hiper-reflexão. O restante da espontaneidade que a *peer pressure* deixou intocado é abocanhado pelos *pressure groups* [grupos de pressão]. Estamos falando da indústria do prazer sexual e da indústria da informação sexual. A pressão para a consumação sexual que elas têm como objetivo é levada às pessoas pelos *hidden persuaders* [persuasores ocultos], e a mídia de massa se presta a isso. O paradoxo é que também o jovem se deixa dominar pelo capital industrial e balança com a onda sexual, sem perceber que ela o está manipulando. Quem atua contra a hipocrisia deveria fazê-lo também onde a pornografia, para que seus negócios não sejam atrapalhados, é usada como arte ou informação.

<sup>71</sup> Viktor E. Frankl, *Ärztliche Seelsorge*, op. cit., 1946.

A situação se agravou de tal maneira que cada vez mais autores observam um aumento da impotência entre os jovens e culpam a emancipação feminina por esse aumento. J. M. Stewart fala a respeito de “impotência em Oxford”: as jovens andam para cima e para baixo exigindo seus direitos sexuais (*demanding sexual rights*) e os jovens ficam com medo de ser considerados amantes medíocres por parceiras com muita experiência.<sup>72</sup> Mas também George L. Ginsberg, William A. Frosch e Theodore Shapiro publicaram um trabalho chamado “Die neue Impotenz” [A nova impotência] em que falam explicitamente que “o homem jovem sente-se exigido, na medida em que se descobre nesse caso de nova impotência que a iniciativa para o ato sexual veio do lado feminino”.<sup>73</sup>

Enfrentamos logoterapeuticamente a hiper-reflexão com uma derreflexão, enquanto para o combate da hiperintenção patológica nos casos de impotência existe uma técnica logoterapêutica que data de 1947.<sup>74</sup> Orientamos que o paciente não encare o ato sexual “de maneira programática, mas o conduza com carinhos contínuos fragmentados, como no caso de preliminares sexuais mútuas”. Também pedimos que “o paciente diga à parceira que eles estão sob uma estrita proibição do ato sexual. Na verdade, o paciente deve transgredir essa proibição em algum momento, mas, já livre da pressão de exigências sexuais que até então vinham do lado da parceira, começará uma aproximação crescente até o coito, correndo o perigo de ser rejeitado pela parceira (por causa da inútil proibição do ato sexual). Quanto mais ele é rejeitado, mais terá sucesso”.

William S. Sahakian e Barbara Jacquelyn Sahakian<sup>75</sup> acreditam que os resultados das pesquisas de W. Masters e V. Johnson corroboraram integralmente nossas próprias. Realmente, o método de tratamento desenvolvido em 1970 por Masters e Johnson apresenta pontos muito parecidos com nossa técnica publicada

<sup>72</sup> M. Stewart. In: *Psychology and Life Newsletter*, vol. I, 1972, p. 5.

<sup>73</sup> George L. Ginsberg; William A. Frosch; Theodore Shapiro. In: *Archives of General Psychiatry*, vol. 2, 1972, p. 218.

<sup>74</sup> Viktor E. Frankl, “Die Psychotherapie in der Praxis”, op. cit., 1947.

<sup>75</sup> William S. Sahakian; Barbara Jacquelyn Sahakian, “Logotherapy as a Personality Theory”. *Israel Annals of Psychiatry*, vol. 10, 1972, p. 230.

em 1947 e apresentada aqui rapidamente. Mais uma vez, vamos confirmar nossas afirmações com alguns casos.

Godfryd Kaczanowski<sup>76</sup> traz um relato sobre um casal que o consultou.

Eles tinham se casado havia poucos meses. O homem estava impotente e muito deprimido. O casamento acontecera por amor, e o homem estava tão feliz que só tinha um objetivo, que era tornar sua mulher o mais feliz possível, também sexualmente, fazendo com que ela chegasse a orgasmos muito intensos. Depois de poucas sessões, Kaczanowski chegou à conclusão de que era exatamente a hiperintenção do orgasmo da mulher que devia ter impossibilitado a potência do homem. E também notou que o marido daria mais à mulher do que um orgasmo ao “se entregar” a ela – visto que esse orgasmo aconteceria automaticamente, desde que não fosse a intenção última. Segundo as regras da logoterapia, Kaczanowski prescreveu uma proibição de sexo até segunda ordem, o que claramente aliviou o paciente de sua ansiedade antecipatória. Como esperado, depois de poucas semanas o paciente ignorou a proibição, sua mulher foi contra por algum tempo, mas depois também resolveu ignorá-la e desde então a vida sexual de ambos está 100% normalizada.

Há um caso análogo de Darrell Burnett, que trata não de impotência, mas de frigidez:

Uma mulher que sofria de frigidez ficava o tempo todo observando o que acontecia com seu corpo durante o ato sexual, tentando fazer tudo de acordo com os manuais. Ela foi orientada a prestar atenção no marido. Uma semana depois, teve um orgasmo.

Assim como no caso de Kaczanowski, em que a hiperintenção foi eliminada pela intenção paradoxal, ou seja, pela proibição do ato sexual, a hiperreflexão da paciente de Burnett foi eliminada pela derreflexão, mas isso só foi possível porque a paciente conseguiu praticar a autotranscendência.

<sup>76</sup> Godfryd Kaczanowski, “Logotherapy: a New Psychotherapeutic Tool”. *Psychosomatics*, vol. 8, 1967, p. 158.

Algo semelhante ocorreu no caso seguinte, da minha própria casuística.

A paciente veio até mim por causa de sua frigidez. Na infância, ela tinha sido abusada sexualmente pelo pai e estava convencida de que isso viria à tona. Mas imersa na ansiedade antecipatória, ela sempre estava “à espreita” quando mantinha um contato íntimo com o parceiro, porque ela queria finalmente consolidar sua feminilidade e confirmá-la. Isso fazia com que sua atenção estivesse dividida entre o parceiro e ela própria. Tudo isso devia também dividir o orgasmo; pois a atenção que prestamos ao ato sexual é diretamente proporcional à nossa incapacidade de entrega. Disse-lhe que estava sem tempo de atendê-la e pedi que voltasse dali a dois meses. E até lá ela não deveria se preocupar com sua capacidade ou incapacidade de chegar ao orgasmo – pois iríamos falar longamente a respeito durante o tratamento –, mas dirigir toda sua atenção ao parceiro durante o ato sexual. E o que aconteceu em seguida me deu razão. Aconteceu o que eu previa. A paciente voltou não depois de dois meses, mas depois de dois dias – e curada. A mera liberação da atenção que prestava em si mesma, de sua capacidade ou incapacidade de orgasmo (em outras palavras, uma derreflexão), e uma entrega menos tensa ao parceiro foram suficientes para provocar um orgasmo pela primeira vez.

Por vezes, nosso “truque” só funciona quando nenhum dos dois parceiros está ciente dele. Agradeço o seguinte caso a Myron J. Horn, ex-aluno meu, que mostra o quão inventivos temos de ser em tais situações.

“Um jovem casal me procurou por causa da impotência do marido. Sua mulher lhe dissera várias vezes que ele era um amante horrível (*a lousy lover*) e que ela estava pensando em procurar outros homens a fim de finalmente ser satisfeita. Pedi aos dois que ficassem, durante todos os dias de uma semana, deitados lado a lado na cama, nus, fazendo de tudo; a única coisa estritamente proibida era o ato sexual. Revi os dois uma semana mais tarde. Eles disseram ter tentado seguir as instruções, mas ‘infelizmente’ tinham tido relações por três vezes. Fiz de conta que estava enfurecido e insisti que se mantivessem

firmes pelo menos na semana seguinte. Passaram-se apenas poucos dias e eles me ligaram para dizer que, novamente, tinham sido incapazes de seguir minha ordem – muito pelo contrário, tinham tido relações mais de uma vez por dia. Um ano mais tarde, soube que o sucesso perdurava.”

Mas também é possível que o “truque” tenha de ser aventado não ao paciente, mas à sua parceira. Aconteceu assim no caso a seguir.

A participante de um seminário de logoterapia ministrado por Joseph. B. Fabry na Universidade de Berkeley usou nossa técnica, sob a orientação de Fabry, com seu próprio parceiro, que era psicólogo e também conduzia um serviço de aconselhamento sexual (ele tinha sido formado por Masters e Johnson). Esse conselheiro sexual estava com um distúrbio de potência. “Usando a técnica de Frankl”, nos disseram, “decidimos que Susan deveria dizer ao parceiro que estava sob os cuidados de um médico que lhe prescrevera alguns remédios e que pedira que ela se abstinêsse do sexo por um mês. Eles estavam liberados para ficar fisicamente próximos, sem qualquer restrição, exceto o ato sexual em si. Na semana seguinte, Susan relatou que tinha dado certo.” Mas então houve uma recaída. Susan, a aluna de Fabry, foi inventiva o suficiente para resolver sozinha a questão de impotência do marido. “Desde então, ela não repetiu a história da proibição do médico, mas disse ao parceiro que raramente, senão nunca, tinha chegado ao orgasmo e lhe pediu ajuda nesse sentido.” Ou seja, ela assumiu o papel de uma paciente, a fim de impingir ao parceiro o papel do conselheiro sexual ativo e assim fazê-lo praticar a autotranscendência. Isso também fez surgir a derreflexão e eliminou a hiper-reflexão patogênica outrora existente. “Deu certo de novo. Desde então, os problemas de impotência não se repetiram.”

Gustave Ehrentraut, conselheiro sexual da Califórnia, certa vez tratou da seguinte maneira um paciente que sofria de ejaculação precoce desde os 16 anos.

Primeiro o caso foi abordado pela terapia comportamental, mas mesmo depois de dois meses não houve progressos. “Tentei aplicar a intenção paradoxal de Viktor Frankl”, ele diz. “Informei ao paciente que ele não seria capaz

de alterar sua ejaculação precoce, e por isso ele deveria se importar apenas em satisfazer a si mesmo.” E quando Ehrentraut orientou o paciente a consumir o ato o mais rapidamente possível, a intenção paradoxal fez com que a duração do coito se quadruplicasse. Não houve mais recaídas desde então.

Outro terapeuta sexual da Califórnia, Claude Farris, enviou-me um relato que mostra que a intenção paradoxal também pode ser usada no caso de vaginismo.

Para a paciente educada num convento católico, a sexualidade era um tabu extremo. Ela veio se tratar por causa de muitas dores durante o ato sexual. Farris orientou-a a não relaxar a região genital, mas pressionar tanto a musculatura da vagina a fim de tornar impossível a seu marido penetrá-la. Uma semana mais tarde, o casal apareceu para contar que o ato sexual tinha transcorrido sem dores pela primeira vez em sua vida conjugal. Não se sabe de recaídas. O curioso nesse caso é o fato de usar a intenção paradoxal a fim de se chegar a um relaxamento.

Nesse contexto, devemos mencionar também uma experiência de David L. Norris, pesquisador californiano. Steve, o voluntário, foi orientado a relaxar, o que ele tentou, sem sucesso, visto que se esforçou muito para isso. Norris conseguiu observar o processo muito bem, visto que o voluntário estava ligado a um eletromiógrafo que registrava sempre 50 microamperes. Em certo momento, Norris disse a Steve que ele nunca conseguira relaxar de verdade. Nessa hora, Steve explodiu: “Que se dane o relaxamento. Estou me lixando para isso”. E a agulha do eletromiógrafo baixou imediatamente para 10 microamperes. “Tão rapidamente”, disse Norris, “que eu pensei que a unidade (aparelho) estivesse desconectada. Nas sessões seguintes, Steve teve sucesso porque *não* tentou relaxar.”

Algo análogo vale também para os diversos métodos de meditação, para não dizer seitas, que hoje não estão menos na moda que o relaxamento. Uma professora de psicologia americana escreveu para mim: “Passei recentemente por um treinamento de meditação transcendental, mas desisti após algumas semanas porque senti que conseguia meditar sozinha, mas quando começava a fazê-lo formalmente, não conseguia mais”.

# TEORIA DAS NEUROSES E PSICOTERAPIA

*...tu laborem et maerorem consideras,  
ut ponas ea in manibus tuis.*

# Esquema da teoria das neuroses

## I. TEORIA DAS NEUROSES COMO PROBLEMA

### DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DAS DOENÇAS NEURÓTICAS

O termo “neurose” foi cunhado por Cullen (1777). Mas apoiar-se na definição de Cullen para a neurose pode levar a uma desorientação, pois o conceito, desde então, passou por uma mudança de significado, como Quandt e Fervers ressaltaram. E poderíamos dizer que os diferentes significados foram se sobrepondo uns aos outros ao longo do tempo. Assim é possível compreender que tanto Bumke quanto Kurt Schneider advogassem a extinção do conceito de “neurose”. Também Kloos estaria disposto a ingressar nessa coluna, pois ele ainda considera o conceito muito pouco definido e, no mais, totalmente dispensável; mesmo assim, ele próprio acrescenta que a expressão parece ser inextinguível.

Em geral, parece haver na literatura correspondente duas tendências em relação aos limites do conceito de neurose: uma inflacionária e outra deflacionária. No que diz respeito à última, seu representante mais vigoroso é Werner Villinger, que advoga contra uma ampliação do conceito, ou seja, contra uma ampliação de seu conteúdo. Do outro lado, estão autores como Rümke, que amplia as fronteiras de tal maneira que não enxerga a neurose como doença, como uma unidade nosológica, mas como uma síndrome, ou seja, uma mera unidade sintomatológica.

Nós próprios queremos tomar posição intermediária desses dois pontos extremados, na medida em que fazemos uma diferenciação entre a neurose em seu sentido literal, exato, e aquela no sentido lato, mais amplo. Podemos separar uma

neurose autêntica das pseudoneuroses, o que não quer dizer que precisemos expressar o prefixo “pseudo” – podemos também deixá-lo de lado, sem mais.

Ao menos no sentido de uma hipótese de trabalho, ou seja, num sentido mais ou menos heurístico, sugerimos partir da definição que diz que está correto chamar de neurótica toda doença que é psicogênica.

FIGURA 4

Etiologia		Sintomatologia	
		Fenopsíquica	Fenossomática
	Somatogênica	Psicose	Doença no sentido comum
	Psicogênica	Psiconeurose	Neurose orgânica

Assim que tomamos essa posição de partida, surge naturalmente um esquema das possibilidades de doenças do ser humano. Como princípios de classificação nosológicas, usamos:

1. a sintomatologia ou fenomenologia e
2. a etiologia da doença em questão.

Isso quer dizer que colocamos, de um lado, as doenças de acordo com as manifestações (patológicas) – sintomas ou fenômenos – que elas geram e, do outro, como surgiram: dessa maneira diferenciamos doenças fenopsíquicas ou fenossomáticas e somatogênicas ou psicogênicas (Figura 4).

Vamos começar primeiro com a psicose como uma doença que gera manifestações psíquicas (fenopsíquicas), mas que surge por causas somáticas (somatogênicas). Isso não quer dizer, evidentemente, que as supostas causas somáticas das psicoses já foram pesquisadas cientificamente. (Se quisermos, seria possível falar das psicoses como doenças criptossomáticas.) Pelo contrário, Kurt Schneider define como um escândalo da psiquiatria o fato de os *morbi* das psicoses endógenas serem desconhecidos até hoje. A delimitação da somatogênese também não quer dizer que uma doença somatogênica não possa ser tratada de maneira psicoterapêutica (veja p. 87).

Pelo que foi dito, acabamos de criar limites – e onde há limites há também os casos limítrofes. Temos de nos afastar da tentação de procurar comprovar ou

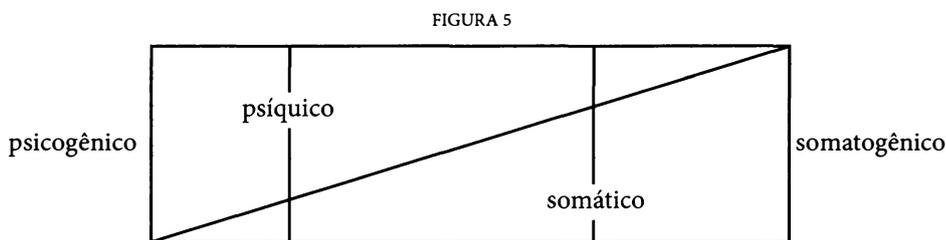
negar algo com casos limítrofes, pois com a ajuda de casos limítrofes tudo pode ser comprovado ou negado – e isso quer dizer que nenhuma comprovação e nenhuma negação são possíveis. Com razão Jürg Zutt disse certa vez que também há seres vivos dos quais não podemos dizer com certeza se são animais ou plantas; apesar disso, ninguém se dá ao direito, por este motivo, de afirmar que não há uma distinção essencial entre animais e plantas. Heyer diz algo semelhante quando aponta que ninguém usará a existência dos hermafroditas para negar a diferença essencial entre homens e mulheres.

Também não se deve negar de modo algum que o psíquico e o somático (ou seja, não apenas o psicogênico e o somatogênico) formam uma unidade íntima – a unidade psicossomática do ser humano. Porém, não podemos confundir *unidade* com *identidade* (*mesmidade*), muito menos com *totalidade*. Isso significa que embora o psíquico e o somático no ser humano estejam assim tão intimamente ligados, ambos continuam sendo duas maneiras de ser com diferenças essenciais, e o que eles têm de comum é apenas o fato de serem maneiras de um mesmo e único ser. Entre essas maneiras de ser existe, porém, um abismo intransponível. Um exemplo: a lâmpada – física – que eu enxergo sobre mim é clara e redonda [...] enquanto a percepção – psíquica – dessa mesma lâmpada ou sua ideia – igualmente psíquica – não é (depois de fechar os olhos) nada clara e redonda: uma ideia, por exemplo, pode ser viva, mas nunca redonda.

Trata-se de uma questão à parte saber como conseguir manter e proteger a unidade da existência humana também na teoria, na observação do homem, na imagem do homem, apesar desse abismo insuperável entre o psíquico, de um lado, e o somático, de outro – sendo cada um deles uma maneira de ser essencialmente diferente. Em minha opinião, isso é possível no contexto de uma consideração da ontologia dimensional do problema psicofísico. Pois enquanto falarmos dessas maneiras de ser apenas em analogia com uma estrutura em degraus ou camadas – por exemplo, como fazem Nicolai Hartmann e Max Scheler –, continua existindo o perigo de o ser humano ser dividido, por assim dizer, num ser corporal e num ser anímico – como se esse ser, como se o homem fosse “composto” de corpo e alma (e espírito). Mas se eu projeto, por exemplo, esse copo que está aqui na minha frente sobre a mesa, no nível da mesa, tenho como resultado um círculo, e se depois o projeto em

um plano vertical tenho como resultado um retângulo; apesar disso, não posso dizer que o copo é composto por um círculo e um retângulo. Muito menos posso dizer que o homem é composto por corpo e alma (e espírito). E por esse exato motivo o corporal e o anímico não podem ser tomados por degraus ou camadas existentes por si mesmos, mas como dimensões do ser humano unitário e total. Somente então essa unidade e totalidade podem ser abarcadas antropologicamente de maneira correta. Somente então é possível entender a compatibilidade do incomensurável, a unidade do ser humano apesar da diversidade das dimensões que o constituem.

Resumindo: apesar da unidade do ser humano, há uma diferença essencial entre o somático e o psíquico como seus constituintes (sobre seu constituinte essencial, o espiritual, logo trataremos). O fato de haver apenas diferenças graduais entre a psicogênese e a somatogênese não muda isso em nada. Nesse sentido, meu professor Oswald Schwarz costumava apresentar o seguinte esquema:



Nesse esquema, as verticais representam diferentes doenças com maior ou menor participação psicogênica ou somatogênica. Uma doença sempre é mais ou menos psicogênica ou somatogênica. Sua posição no esquema é variável, e a vertical que a representa é móvel. A diagonal, entretanto, continua sendo um limite rígido e preciso – quer dizer, o limite entre a região psíquica e a somática tomadas como regiões em si, cada uma como uma região ontológica diferente, uma dimensão antropológica diferente.

No mais, vale o seguinte: qualquer doença pode apresentar tanto componentes psicogênicos quanto somatogênicos, em proporções mutuamente variáveis; porém, do ponto de vista pragmático, o mais importante para nós médicos, terapeutas, não é saber o quanto de psicogênese ou somatogênese está contido na

etiologia. Para nós, o que importa é saber a causa primária: se é psicogênica ou somatogênica. O velho ditado *qui bene distinguit, bene docet* poderia ser adaptado aqui, no sentido de nossa busca por uma terapia objetiva, da seguinte maneira: *qui bene distinguit, bene curat*.

Um único reparo precisa ser feito à objeção de que nunca se pode falar de uma psicogênese ou somatogênese primária, visto que em cada caso os componentes causais psíquicos e somáticos se ligam num círculo causal, de modo que o somático está sempre condicionado pelo psíquico, assim como o psíquico sempre está condicionado pelo somático. Essa objeção não se coloca só quando se pode falar de um círculo causal numa observação de corte transversal do evento da doença – enquanto numa observação horizontal logo resulta que se trata, na realidade, de uma *espiral causal*, isto é, o caso concreto permite a definição precisa de onde o evento circular começou – na área psíquica ou somática –, mesmo se depois houver um condicionamento mútuo do psíquico e do somático. (Isso não valida também a objeção de que nossa pergunta sobre o que é primário, o psicogênico ou o somatogênico, seja parecida com a pergunta de quem veio primeiro, o ovo ou a galinha, pois no caso particular concreto de uma galinha e um ovo colocados à minha frente, por exemplo, eu poderia muito bem decidir quem veio primeiro.) O círculo causal representa apenas uma projeção da espiral de causas, quer dizer, a subtração de uma dimensão (no caso dado, a dimensão do tempo).<sup>1</sup>

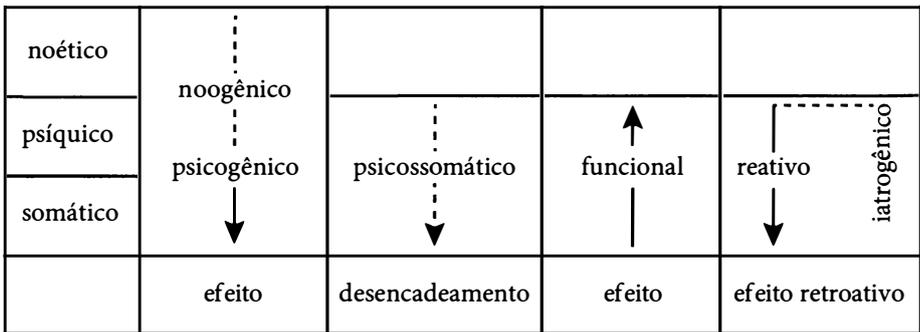
Se voltarmos agora ao ponto de partida de nossas reflexões, podemos definir a neurose como uma doença psicogênica, mas, ainda além, como uma doença psicogênica primária. Essa definição vale no sentido estrito de neurose – ou seja, não no das pseudoneuroses.

<sup>1</sup> Cf. H. J. Weitbrecht, *Kritik der Psychosomatik*. Stuttgart, 1955, p. 87/88: “A ideia da simultaneidade psicossomática, tão venerada hoje em dia como a pedra angular dos sábios, leva, concretamente, a uma simplificação suspeita do problema corpo-alma [...] sem levar em conta a banalidade de dizer que em tudo o que é anímico há algo um pouco somático em jogo, mesmo que apenas sustentador. Em nome de um conhecimento aparente da totalidade, a problemática da sequência, dos processos do tempo, da compensação e descompensação das relações mútuas entre as fileiras dos fenômenos corporais e anímicos são deixados de lado. Há desde a constatação de uma camada anímica-espiritual que simplesmente descansa sobre o orgânico, até o efeito retroativo de operações anímico-espirituais sobre essa camada sustentadora, [...] inúmeros tipos de relações possíveis”.

Ao destacarmos e ampliarmos o campo inferior direito da Figura 4, veremos que no caso das neuroses orgânicas – como doenças psicogênicas fenossomáticas – trata-se sempre do efeito do psíquico no campo somático. Se confrontarmos esse caso de uma neurose (orgânica) autêntica com uma pseudoneurose, ou seja, com neuroses não no seu sentido literal, mas num sentido mais abrangente, então teremos de fazer uma distinção entre “efeito” e mero “desencadeamento”. (Essa diferenciação entre efeito ou causa, de um lado, e mero desencadeamento, de outro, é importante não apenas em relação às neuroses, como também em relação às psicoses: as psicoses como doenças somatogênicas [fenopsíquicas], sob determinadas circunstâncias, podem ser desencadeadas também pelo psíquico – apesar de sua somatogênese principal.)

Também há doenças que são apenas desencadeadas pelo anímico – e não realmente causadas; assim, não são condicionadas animicamente, não são psicogênicas em senso estrito. Chamamos as doenças que não são causadas pelo anímico, mas apenas por ele desencadeadas, de doenças psicossomáticas (Figura 6).

FIGURA 6



Também é possível que se trate de um efeito autêntico, mas não do efeito do psíquico no campo somático (como no caso de neuroses orgânicas genuínas), e sim o contrário: um efeito do somático no campo psíquico. Como já sabemos, tais doenças – de acordo com a Figura 4, fenopsíquicas e somatogênicas – são, *ex definitione*, psicoses; porém, num contexto especial, no qual falamos de tais doenças fenopsíquicas-somatogênicas, trata-se principalmente de distúrbios funcionais do

tipo vegetativo e endócrino, que às vezes transcorrem de maneira monossintomática, sendo esse sintoma de caráter psíquico; nesse contexto, estaria fora de questão chamar tal doença de psicótica. (Comparemos com aqueles casos que Hans Hoff tem em mente ao se referir às “anomalias congênitas ou adquiridas das reações vegetativas”, nas quais “o paciente tende à direção simpática ou parassimpática” e “atuam as anomalias do conceito glandular de secreção interna”). Ou seja, não levamos em conta, conscientemente, as psicoses, e podemos agir assim porque nos reportamos apenas às neuroses e pseudoneuroses ou às neuroses em sentido lato ou estrito. Chamamos de doenças funcionais aqueles estados semelhantes à neurose, nos quais ocorre o efeito do somático no campo psíquico.

O paciente costuma reagir de alguma maneira psíquica aos mencionados efeitos “funcionais” de distúrbios de funções somáticas (vegetativas ou endócrinas) no campo psíquico. Trata-se então de efeitos retroativos psíquicos ante distúrbios de base somática. E chamamos esses efeitos retroativos, essas reações, de neuroses reativas. Mas temos de completar o seguinte: no caso das neuroses reativas, também podemos estar lidando com reações neuróticas em relação a algo psíquico, que não é somatogênico (no sentido de uma doença funcional), mas psicogênico.

Por fim, pode ser que “atrás” de uma neurose reativa ou de uma reação neurótica esteja um médico – à medida que o ensejo para a reação neurótica tenha sido uma afirmação impensada ou despropositada do médico. Nesse caso – por assim dizer, um subgrupo das neuroses reativas –, falamos de neuroses iatrogênicas.

E pode também acontecer que, “para além” da psicogênese de uma neurose psicogênica (não falamos mais de meras neuroses orgânicas), a verdadeira causa da doença não seja procurada no campo psíquico, mas noutro que está essencialmente além do psíquico: no campo noético, no campo do espiritual. Nesses casos em que um problema espiritual, um conflito de consciência ou uma crise existencial está na base etiológica da neurose em questão, falamos de uma neurose noogênica.<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Descartaríamos tanto a formulação “neurose noética” quanto a expressão “neurose existencial” (cf. Gebattel) simplesmente porque o noético ou o existencial não pode ser neurótico em si, e por isso a neurose também não pode ser noética ou existencial. A frustração existencial, por exemplo, pode ser patogênica (não necessariamente: é apenas facultativamente patogênica), mas não é patológica.

O campo espiritual é aquela dimensão que deixamos de lado até o momento, quando falamos do somático e do psíquico como dimensões da existência humana – e da possível existência humana num estado patológico. Essa terceira dimensão, a espiritual, é necessária à integridade da dimensão humana, à sua “totalidade” (como já mencionado), mas não como mais uma dimensão em si, pois ela é justamente aquela – se não a única – dimensão de fato humana, visto que o ser humano se constitui como tal apenas por meio de tais atos (espirituais), nos quais ele se eleva da dimensão somático-psíquica e alcança a espiritual.

## II. TEORIA DAS NEUROSES COMO SISTEMA

### 1. Psicoses endógenas

#### PESSOA E PSICOSE

##### 1. Psicogênese nas psicoses

###### 1.1. *Gênese criptossomática*

As explicações que se seguem não enunciarão nenhuma novidade, mas tratarão apenas de reorganizar coisas antigas de uma maneira nova e de ordenar coisas novas com as antigas.

Conhecemos a classificação das doenças humanas de acordo com dois princípios de classificação – sintomatologia e etiologia. Em seguida, diferenciamos doenças fenopsíquicas e fenossomáticas – de acordo com seus sintomas psíquicos ou somáticos – e, no que diz respeito à etiologia, doenças somatogênicas e psicogênicas. Segundo esse esquema de classificação, a psicose é uma doença fenopsíquica-somatogênica.<sup>1</sup>

Entretanto, a somatogênese das psicoses não pode ser apresentada somente de maneira transversal; assim que uma observação longitudinal é aplicada, ela inclui também a heredogênese.

Assim como as relações colocadas pela chamada medicina psicossomática não são suficientes para se duvidar da somatogênese nas “doenças no sentido banal da palavra”, aquilo que K. Schneider chama de “escândalo da psiquiatria” (veja p. 60) também não muda nada na somatogênese principal de doenças psicóticas, e, apesar de todas as limitações que ainda serão comentadas, continuamos defendendo a gênese somática de tais doenças. Entre essas circunstâncias

<sup>1</sup> Por motivos heurísticos, vamos considerar, a princípio, a psicose como uma doença somatogênica, e veremos então quando sobra espaço para uma psicogênese, que se chamaria então patoplástica psíquica ou desencadeamento a partir do psíquico.

“escandalosas” não há nada que nos impeça de falar de uma gênese criptossomática – a fim de darmos um nome à coisa.

Tal somatogênese fundamental de maneira alguma descarta uma psicogênese parcial. Só que aqui temos de entender parcial como estrutural, e não como aditiva. Não podemos somar *somatogênese* e *psicogênese* à *noogênese* e *sociogênese*, que ainda serão comentadas. Mais importante é o valor correspondente de cada uma, e esse valor está localizado em diferentes dimensões da existência humana, pois também a psicose se espraia em diferentes dimensões da existência humana – e a psiquiatria deve persegui-la em todas elas. Não devemos adicionar os elementos e fatores individuais, mas sim dimensioná-los. Principalmente, porém, não devemos contaminá-los misturando as diferentes dimensões. Mas isso acontece por confusões, que serão comentadas a seguir.

### **1.2. Efeito e causa**

A “racionalização secundária”, assim chamada pelos psiquiatras, é um fenômeno bem conhecido. Encontramo-la, por exemplo, quando um paciente parafrênico aponta as alucinações da sensação corporal da qual sofre para alguma direção – seja quando ele, como em tempos passados, se considerava possuído, talvez pelo demônio; seja quando ele, como nas últimas décadas, falava sobre hipnose, pois achava que estava sob sua influência; ou ainda quando incluiu o radar no sistema de sua alucinação de explicação, como aconteceu tão frequentemente nos últimos anos. Mas não vemos também muitas vezes os familiares de nosso paciente fazendo uma racionalização secundária? Escutamos, por exemplo, que um noivado rompido carrega a culpa pela doença esquizofrênica de uma filha ou a masturbação mais ou menos excessiva é causa da psicose de um filho. Em todos esses casos acontece uma confusão entre *post hoc* e *propter hoc*, nunca se levando em conta que cada *hoc* em si era *effetus*.

Para nos mantermos no último exemplo: o onanismo excessivo não era causa, mas o efeito da doença. Em outras palavras, não se trata de um fato patogênico, mas antes de um fato patognomônico. Na verdade, porém, nós psiquiatras não podemos atirar a primeira pedra por causa disso, pois nós próprios não estamos livres da tendência da racionalização secundária. Quantas vezes nossa própria

necessidade causal não nos prega uma peça? São principalmente os traumas, os complexos e os conflitos – incriminados do ponto de vista patogênico e muito citados – que devem ser avaliados não como patogênicos, mas apenas patognômicos. O surgimento de traumas e complexos e o fato de alguém não ser capaz de enfrentar seus conflitos fazem parte do campo da sintomatologia, mas não da etiologia da psicose em questão.

Vamos usar como exemplo a depressão endógena. Como já tentamos apontar antes, o ser humano vivencia e experimenta numa dimensão exagerada as tensões entre o ser [*Sein*] e o dever [*Sollen*]. O paciente enxerga com a lupa da depressão endógena que aumenta e desfoca aquilo que seu ser ainda precisa cumprir em relação ao seu dever. A distância entre o ser e o dever é vivenciada e experimentada como se fosse um abismo. Mas a tensão entre ser e dever (ser) – a tensão existencial, como também a chamamos – é, em si, insuperável e imprescindível: enquanto o homem está consciente, seu ser está devendo algo ao seu dever (ser). Não é essa tensão existencial intensificada, essa distância ao dever que se tornou um abismo o que fez surgir a depressão endógena (no sentido da patogênese); ao contrário, é a depressão endógena que faz surgir o abismo (no sentido de patognomia). Não é a tensão existencial que torna o homem doente, mas sim a doença da depressão endógena que faz com que o homem se dê conta dessa tensão de maneira desfocada e ampliada.

E o que é a depressão endógena em si? Apesar de tudo, ela continua sendo algo somatogênico – uma “somatose”. E talvez sua caracterização mais efetiva seja a de uma baixa vital. Contudo talvez também seja válido falar de uma vazante do “biotônus” (Ewald).

E quando se enxerga um recife na vazante? Ninguém vai ousar afirmar que o recife seja a causa da vazante; ao contrário: é a maré vazante que o torna visível. Acontece algo diferente com o abismo entre o ser e o dever? Ele também não é apenas visível pela depressão endógena, por essa vazante (baixa) vital? Dessa maneira, vale o seguinte: *assim como a maré vazante não é causada pelo recife que surge, a psicose também não é causada por um trauma psíquico, um complexo ou um conflito.*

Para ficarmos na parábola da maré vazante: se a maré continua a vazar, o recife vai aumentando. Algo análogo acontece na vazante vital chamada depressão endógena.

Conhecemos uma paciente com depressão endógena que trabalhou como auxiliar no correio durante a Primeira Guerra Mundial, no lugar de colegas homens recrutados. Décadas mais tarde, durante uma anamnese numa fase depressiva endógena, ela afirmou ter roubado um saco inteiro de correspondências naquela época. É sabido que a culpa real quase não aparece nas autoincriminações alucinatórias de pacientes com depressão endógena. Depois de mais questionamentos, descobriu-se que o roubo foi de um saco de correspondências velho, vazio... sem correspondências! O fato de a paciente lembrar-se desse mínimo delito é efeito da depressão endógena, e não sua causa. Nem a grande culpa subjetiva nem a pequena culpa objetiva eram patogênicas nesse caso; eram apenas patognomônicas.

### ***1.3. Causa e desencadeamento***

Além da inversão citada acima da relação entre efeito e causa, a psiquiatria não poucas vezes cai no erro de não distinguir a causa psíquica autêntica e o mero desencadeamento psíquico. Doenças que são desencadeadas pelo anímico (ou seja, não são verdadeiramente causadas por ele) não devem receber o nome de psicogênicas; trata-se de uma pseudopsicogênese.

É trivial dizer que doenças psíquicas, e portanto também psicoses, podem ser desencadeadas por excitações. Precisamos apenas lembrar aqui que esse tipo de excitação não precisa ser apenas da natureza da angústia: excitações de felicidade também podem colocar em andamento uma doença psíquica. De um ou de outro modo, trata-se sempre de um efeito de estresse psíquico. Por outro lado, não podemos deixar de notar que não são apenas essas cargas extremas que podem atuar como fator patogênico de desencadeamento de algo psíquico, mas também o liberar-se dessas cargas, principalmente uma descarga brusca. Cito nesse contexto a situação característica da libertação de um campo de concentração ou de um cativeiro de guerra.<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Cf. Viktor E. Frankl, *Ärztliche Seelsorge*. Viena, 1946, p. 81: “A súbita libertação, a libertação da pressão anímica, significa [...] um perigo. O que ameaça aqui, no plano caracterológico, representa nada mais do que a contrapartida psíquica da doença de Caisson”.

No entanto, é característico das doenças psicóticas, em alguns casos, não necessitar de um fator desencadeante. E já que acabamos de falar de prisão nos campos de concentração: conhecemos um paciente que foi acometido por uma mania no campo de Dachau; depois de sua libertação, entretanto, apesar da surpresa feliz de uma chance de emigração absolutamente favorável, ele ficou seriamente depressivo no sentido de uma fase melancólica. Tudo isso atesta a pura independência das psicoses autênticas da fatalidade – ou em outras palavras: aponta para o caráter de destino dos processos psicóticos em si. Em relação a isso, as pesquisas estatísticas de J. Hirschmann apresentaram de maneira mais que suficiente a relativa “estabilidade em relação ao mundo” das psicoses e também das neuroses.<sup>3</sup>

Por fim, a possibilidade de desencadeamento de doenças psicóticas – sem nos referirmos às suas causas! – é um fato bem conhecido e reconhecido no campo somático: basta que nos recordemos do típico desencadeamento de quadros psicóticos por intercorrências somáticas como *typhus abdominalis*<sup>4</sup> ou *commotio cerebri*.<sup>5</sup> Mas não só isso: não apenas esses processos patológicos mas também processos fisiológicos podem ser considerados fatores desencadeantes do campo somático. Citemos a puberdade como um tempo típico de predileção para o surgimento de ataques esquizofrênicos (típico na medida em que esse estado recebeu o antigo nome de *dementia praecox*), enquanto para fases endógenas depressivas o tempo típico de predileção seria o climatério. Ambos – puberdade e climatério – são como um desencadeamento por parte do sistema

<sup>3</sup> Max Malzacher, Jörg Merz e Daniel Ebnöther (“Einschneidende Lebensereignisse im Vorfeld akuter schizophrener Episoden”. *Arch. Psychiatr. Nervenhk.*, vol. 230, 1981, p. 227), da direção de pesquisas da Clínica Psiquiátrica da Universidade de Zurique, analisando um grupo de 70 pacientes que apresentavam sua primeira manifestação de psicose esquizofrênica, não conseguiram comprovar a função desencadeadora de eventos decisivos de vida para psicoses esquizofrênicas postulada por Brown e Birley.

<sup>4</sup> As experiências de Hoff e Heilig, relatadas na p. 95, explicam que o tifo pode ser desencadeado por via inversa, a partir do psíquico.

<sup>5</sup> Viktor E. Frankl, “Manisch-depressive Phasen nach Schädeltrauma”. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, vol. 119, 1950, p. 307.

endocrinológico; mesmo assim, ninguém chegaria a dizer que a depressão endógena é uma doença endócrina.

É compreensível que justamente no caso de estados depressivos desencadeados no climatério se questione também um desencadeamento simultâneo do psíquico: pensemos no pânico ante a finitude da vida e no *balanço existencial* – isto é, o *balanço entre aquilo que a vida deve ao indivíduo e aquilo que o indivíduo continua devendo a ela*; se esse resulta negativo, mesmo se somente do ponto de vista da suposição e da subjetividade, então, se quisermos, tratar-se-á menos de um desencadeamento psíquico de uma psicose endógeno-depressiva e mais de uma combinação de uma depressão endógena, psicótica, com uma depressão psicogênica, neurótica.

Se nos perguntarmos qual é a diferença última e essencial entre causa e desencadeamento, em certo sentido veremos que o desencadeamento também é uma causa, quando não a causa principal; é, por assim dizer, uma causa secundária. Porém, uma causa secundária, nesse sentido, não é apenas um desencadeamento, mas também o que chamamos comumente de condição. Afinal, condicionar algo também não quer dizer originar e causar esse algo. É sabido que existem as condições necessárias e suficientes, e podemos dizer o seguinte: enquanto a causa principal pode ser compreendida como a condição suficiente, o desencadeamento – enquanto ele possa ser também compreendido como condição –, como causa secundária, não é condição nem suficiente e muito menos uma condição necessária. Seria preciso cunhar um termo novo para ela: (mera) condição *possível!*

#### **1.4. Patogênese psíquica e patoplástica psíquica**

##### **1.4.1 Patoplástica temática**

Psicogênicos, no sentido mais amplo da palavra, são os conteúdos – por exemplo, os conteúdos de ideias delirantes: um fato que foi admitido há muito e sobre o qual se insiste há muito. De todo modo, nesse sentido amplo, material psicogênico entra na temática das ideias delirantes.

É *mérito da psicanálise* investigar analiticamente os fatores que coincidem dessa maneira com a temática de pensamentos delirantes, com o intuito de

persegui-los até a infância. Com razão, pois se entende por si que o indivíduo, como ser temporal que é, literalmente se explica e se desenvolve através da vida que transcorre – de maneira que apenas uma visão geral sobre a vida transcorrida pode permitir um olhar para a individualidade, para o indivíduo em si.

#### *Patoplástica individual*

Mas isso não vale apenas para o patológico: também dentro da normalidade, esse ou aquele conteúdo da consciência prepondera – de acordo com a individualidade. E no caso de acometimentos de doenças posteriores, costumamos chamar de personalidade pré-mórbida esse conjunto de conteúdos de consciência desde sempre preponderantes. O pensamento dos pacientes gira em torno deles “como a agulha que fica presa no sulco de um disco”, como uma de nossas pacientes definiu tão bem. Isso acontece quando um paciente não se livra de sua culpa, enquanto outro paciente pode não estar tão preocupado com sua culpa, sua culpa moral, mas mais com suas culpas financeiras, as dívidas. No primeiro caso, lidamos com um delírio de pecado, no último com a angústia do empobrecimento. Quando ideias delirantes hipocondríacas são preponderantes, elas, por sua vez, levam à angústia do adoecimento.

#### *Patoplástica coletiva*

É evidente que a escolha do delírio, como queremos chamá-lo, depende também do conjunto dos pensamentos coletivos – e, em determinadas circunstâncias, do pensamento coletivista de nosso tempo. E é nesse sentido que é possível falar de uma *sociogênese* na etiologia das psicoses. Isso acontece num sentido para-clínico – ou seja, num sentido que nos dá direito a falar de neuroses coletivas. Dessa maneira, teríamos também o direito de falar de psicoses coletivas, à medida que entendemos sob esse conceito nada mais nada menos do que o total de elementos e fatores sociogênicos e coletivos, da maneira como eles conseguem visivelmente entrar na psicose individual – na psicose no sentido clínico.

Estudá-las seria objeto de uma *patologia do espírito da época* [Zeitgeist]. As psicoses em si sempre foram expressão e reflexo de tal patologia, pois as ideias predominantes se orientam de acordo com a época – de acordo com o *Zeitgeist*

– e com as doenças do espírito da época, que acompanham a mudança do tempo. Resumindo: sempre há uma troca de dominância das ideias predominantes.

Dessa maneira, sabemos que nos anos 1920 a depressão endógena encoberta típica era comumente mascarada sob a imagem de ideias obsessivas escrupulosas, enquanto hoje ela se assemelha principalmente a sugestões de angústia hipocondríaca, desenvolvendo-se sob um quadro fóbico e, por esse motivo, recebe a etiqueta diagnóstica de depressão vegetativa. Ninguém se espanta que num tempo desses o pensamento depressivo-endógeno gire mais raramente ao redor do tema da culpa do ser humano do que dos conteúdos principais da saúde corporal e da capacidade de trabalho profissional.<sup>6-7</sup>

#### *1.4.2. Patoplástica estilística*

##### *Patoplástica da personalidade*

A patoplástica psíquica – nesse (e só nesse) sentido uma “psicogênese” – se torna perceptível e atuante não só do ponto de vista temático sobre determinado tema de delírio, mas também do ponto de vista estilístico, levando-se em conta o “estilo de vida” como um todo (A. Adler), e isso nos interessa em primeira instância pelo fato de que também esse estilo de existência da personalidade pré-mórbida pode ser rastreado até o psicoticamente caricaturizado.

Nesse sentido, devemos muita coisa não somente à psicologia individual de A. Adler; temos de valorizar igualmente a contribuição de L. Binswanger com sua *Daseinanalyse* para a análise estilística das psicoses. Não que o conhecedor não perceba o quanto a *Daseinanalyse* é semelhante a uma ontologização da teoria da “apercepção tendenciosa” segundo a psicologia individual.

##### *Patoplástica da pessoa*

Para além de tudo que é individual e pessoal, podemos confirmar que a psicose é mais do que um mero tipo de doença: ela também é sempre uma maneira e uma possibilidade da existência humana. Em relação à depressão endógena, da

<sup>6</sup> H. Kranz. In: *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie usw.*, vol. 23, 1955, p. 58.

<sup>7</sup> A. von Orelli. In: *Schweizer Archiv für Neurologie*, vol. 73, 1954, p. 217.

sua análise existencial específica<sup>8</sup> chegou-se à conclusão, como já mencionamos, de que a depressão endógena em si, como *morbus*, não é mais nem menos do que uma baixa vital; mas e o ser humano que dela sofre, o que ele é além daquilo que a análise existencial, a análise existencial geral, demonstrou? Um indivíduo que é responsável por seu ser e pelo seu dever-ser. Há pouco, falamos que essa tensão existencial é vivenciada e experimentada de maneira específica e exagerada pelo indivíduo endógeno-depressivo. Bem, a baixa vital em si não geraria nem mais nem menos do que uma sensação de vaga insuficiência; mas o fato de o ser humano, aquele ser humano acometido por essa doença não se esconder simplesmente como um animal selvagem ferido, mas vivenciar sua insuficiência como culpa em relação à sua consciência ou ao seu Deus – tudo isso não está mais contido no *morbus* da depressão endógena, sendo mais a contribuição do ser humano à doença; corresponde e nasce de um confronto entre o humano no doente e do doentio no humano. Vai muito além da mera baixa vital, de uma psicossomatose; lidamos com um ingrediente da pessoa, algo pessoal e, desse modo, algo transmórbido, pois a pessoa é uma pessoa espiritual e, por isso, está além de ser saudável e doente.

## 2. Análise existencial das psicoses

O objetivo da análise existencial é apontar o que existe de pessoal na psicose e deixar isso em evidência. Ela tenta tornar o caso transparente em relação à pessoa, transcender a imagem da doença para uma imagem do homem. A imagem da doença é apenas uma imagem desfigurada e sombreada da pessoa em si – sua mera projeção no nível clínico, saindo de uma dimensão da existência humana que está colocada para além da neurose e da psicose. Entrando nesse espaço metaclínico, a análise existencial também investiga os fenômenos e os sintomas da doença neurótica e psicótica.

Nesse espaço, ela descobre e suscita algo. O que ela descobre é uma humanidade intacta e imune a deteriorações; a análise existencial quer nos ensinar a enxergá-la por trás de todas as desfigurações neuróticas e deformações psicóticas.<sup>9</sup>

<sup>8</sup> Viktor E. Frankl, *Ärztliche Seelsorge*. Viena, Franz Deuticke, 1946). [Edição brasileira: Viktor E. Frankl, *Psicoterapia e Sentido da Vida*. 4. ed. São Paulo, Quadrante, 2003.]

<sup>9</sup> É mérito eterno de H. Baruk ter sido provavelmente quem ousou dar o primeiro passo nessa área.

Como outros conteúdos que emergem do inconsciente, nesse sentido também a religiosidade inconsciente pode emergir na psicose e, por seu intermédio, chegar até a consciência. Dessa maneira, o que é autêntico e primário pode se tornar manifesto na psicose, enquanto permaneceria latente na normalidade, coberto e ocultado pelo que é regular e cotidiano.

No geral, porém, continua tão evidente quanto antes que um organismo psicofísico de bom funcionamento seja a condição para que a espiritualidade humana se desenvolva. Não podemos esquecer que o psicofísico, independentemente de quanto possa condicionar o espiritual, não tem qualquer efeito, não consegue criar tal espiritualidade. Também não deveríamos esquecer que é sempre unicamente o organismo psicofísico que é afetado – por exemplo, no sentido da doença psicótica. De qualquer maneira, um distúrbio funcional psicofísico pode fazer com que a pessoa espiritual que está por trás desse organismo psicofísico (e, como veremos adiante, de alguma maneira também acima dele) não consiga mais se expressar, se manifestar: é esse – e não mais nem menos – o significado da psicose para a pessoa. Também em R. Allers lemos: “A doença impede a pessoa em sua automanifestação” e o autor não se furta de apontar explicitamente nesse contexto que isso também vale para “os sérios estados defeituosos, por exemplo, o idiotismo de alto grau, causado pelo desenvolvimento precário do cérebro, ou para a demência avançada, causada pela devastação do cérebro”.

O espírito humano está condicionado à funcionalidade de seu corpo; sim, mais ainda: o corpo também pode renunciar aos seus serviços – em contextos semelhantes e apoiando-me na *potentia oboedientialis*, falei de uma *impotentia oboedientialis*.<sup>10-11</sup>

<sup>10</sup> Viktor E. Frankl, “Dimensionen des Menschseins”. *Jahrbuch für Psychologie und Psychotherapie*, vol. I, 1953, p. 186.

<sup>11</sup> Aquele que enxerga somente os condicionamentos biológicos, psicológicos e sociológicos do ser humano de maneira individual e não o *poder de obstinação do espírito* em relação a eles assemelha-se àquela pessoa que enxerga o câmbio no motor dos carros, mas não a embreagem. O ser humano pode distanciar-se do “mecanismo” das pulsões, da herança e do ambiente – essas três “marchas” – e por força do poder de obstinação do espírito também “desengatar” as influências vitais e sociais. O fato de esse poder de obstinação do espírito não ser sempre necessário é um assunto à parte; felizmente, o ser humano não precisa fazer uso constante dele. Afinal, com a mesma frequência com

Quando e enquanto eu não puder reconhecer a pessoa espiritual porque a psicose construiu uma barreira na sua frente e impede meu olhar, tanto será o tempo em que não poderei evidentemente me aproximar dela de maneira terapêutica, e *um apelo necessariamente fracassará*. Disso resulta que um procedimento logoterapêutico só pode ser colocado em questão em casos de psicoses leves até medianas.

### **2.1. Interpretação e busca de sentido**

Costumamos diferenciar entre encontrar o sentido e dar sentido. A tentativa de uma interpretação de sentido na formação delirante, de que falamos antes, deveria ser compreendida como encontrar o sentido. Mas não podemos nos esquecer de que a interpretação da formação delirante é interpretação de um sentido para mim, como médico – e seria preciso perguntar se a psicose também carrega um sentido não para mim como médico, mas para o próprio paciente. Em nossa opinião, a psicose de fato tem também um sentido para o próprio paciente, mas esse sentido não é dado; antes, ele será dado pelo próprio paciente. É o doente que deve dar o sentido à sua doença. Primeiro ele tem de procurar por ele, investigá-lo.

Recordemos que a análise existencial não almeja apenas descobrir algo mas também despertar algo. Aquilo que ela descobre é a humanidade intacta e invulnerável. São três “existenciais” que não apenas caracterizam mas constituem a existência humana como tal, como humana: espiritualidade, liberdade e responsabilidade. E no instante em que a análise existencial tenta descobrir a espiritualidade também na existência psicótica, ela se esforça em despertar nela também liberdade e responsabilidade.

Na realidade, a existência psicótica também se caracteriza por um grau de liberdade – liberdade em relação à dominação pela psicose – e um último resto de responsabilidade. Responsabilidade essa pelo domínio da psicose – pela conformação do destino, chamado de psicose, pois esse destino continua podendo ser plasmado e está para ser plasmado.

que o homem se afirma, *apesar* de sua herança, apesar de seu ambiente e apesar de suas pulsões, ele também o faz *graças* à sua herança, graças ao seu ambiente e *em virtude* de suas pulsões.

## 2.2. Revelar e apelar

A análise existencial revela uma espiritualidade intacta e invulnerável, que ainda se mantém por trás da psicose, e apela para uma liberdade que continua ainda por cima da psicose: a liberdade de se confrontar com a psicose, da forma que for: reprimindo-a ou reconciliando-se com ela. Em outras palavras: a análise existencial, à medida que é psicoterapia, ou assim que se torna logoterapia, revela não apenas o espiritual, mas também apela a esse espiritual – ela apela a um obstinado poder espiritual. Sabemos o quanto a expressão “apelar” parece algo abominável aos olhos da psiquiatria contemporânea. Mas não foi W. von Baeyer<sup>12</sup> quem disse “A pedagogia médica dos loucos apela à liberdade e à responsabilidade”? Não foi J. Segers que disse que, “é preciso alguma coragem moral para se apelar a uma liberdade responsável”, que, “apesar disso, precisamos alcançar esse estágio na clínica”? Não foi E. Menninger-Lerchenthal que chamou atenção para o fato de que “a melancolia às vezes não avança até o cerne da personalidade, no qual sua postura básica está ancorada”? Em nossa opinião, a pessoa que sofre de depressão endógena – enquanto pessoa espiritual – pode obstar essa afecção do organismo psicofísico e dessa maneira manter-se fora do processo orgânico da doença. Na realidade, no caso da depressão endógena, estamos lidando com uma afecção psicofísica, pois nela o psíquico e o físico estão em pé de igualdade, caminham em paralelo. A depressão psicofísica anda de mãos dadas com anomalias somáticas da menstruação, da secreção do suco gástrico ou coisas semelhantes. O ser humano sofre de depressão endógena com o estômago, com a pele e os cabelos, com o corpo e a alma, mas não com o espírito. É somente o organismo psicofísico que é afetado, não a pessoa espiritual, que como tal, como pessoa espiritual, nem tem condições de ser afetada. O fato de uma pessoa se distanciar de sua depressão endógena enquanto outra se deixa cair na depressão endógena, *ceteris paribus*, não depende da depressão endógena, mas da pessoa espiritual. E assim vemos como o paralelismo psicofísico contrasta com um antagonismo psiconoético. Trata-se de mobilizá-lo.

<sup>12</sup> W. von Baeyer: Relatório da palestra do 1º Congresso da Sociedade Alemã de Psiquiatria e Neurologia em Bad Nauheim, 1 e 2 de abril de 1955.

### 2.3. *Daseinanalyse das psicoses*

A *Daseinanalyse* [análise da existência] de L. Binswanger não se dedica tanto à possibilidade de tal mobilização e apelo. Isso não deve ser visto como uma desvantagem numa avaliação comparativa da *Daseinanalyse* e da análise existencial. Afinal, o tema da *Daseinanalyse* não é terapêutico; pelo menos é o que afirma M. Boss: “A *Daseinanalyse* não tem nada que ver com a prática psicoterapêutica”. Enquanto a análise existencial tenta servir ao tratamento de neuroses, a *Daseinanalyse* contribui para a compreensão de psicoses. (Nesse sentido, a *Daseinanalyse* não é contrária à análise existencial, mas complementar.)

Por conta dessa compreensão, a *Daseinanalyse* tem de orientar-se pela unidade do “estar no mundo” [*in-der-Welt-Seins*] (M. Heidegger), enquanto a análise existencial salienta a pluralidade nessa unidade, decompõe a unidade de maneira dimensional na pluralidade de existência e facticidade, de pessoa e organismo, de espiritual e psicofísico para conseguir apelar à pessoa e conseguir convocar o poder de obstinação do espírito. Se ela deixasse a pessoa espiritual absorvida em um *Dasein* no psicofísico neutro, como faz a *Daseinanalyse*, a quem esse apelo e essa convocação seriam dirigidos? O destinatário seria desconhecido. Qual poder de obstinação deveria ser convocado? Contra qual poder ilusório ele deveria ser lançado? Nessa imagem do ser humano, não é mais possível diferenciar entre a pessoa espiritual e o evento da doença orgânica. A pessoa depressiva endógena não poderia mais se distanciar de si mesma. Ela seria depressivo-endógena de maneira unitária, pois a pessoa psicótica, cujo “ser no mundo dessa maneira e não de outra”, que a *Daseinanalyse* tenta clarear com tanto sucesso e com tantos méritos, é tão determinada e impregnada por esse “estar no mundo” que a pessoa psicótica se encontra totalmente enredada em sua maneira do “estar no mundo”, que é preciso falar de uma infiltração, embebição e difusão de tal *Dasein* pela psicose. Do ponto de vista da *Daseinanalyse*, não há como a pessoa psicótica sair da pele psicótica do “ser no mundo dessa maneira e não de outra”.

Se no começo delimitamos a área de validade da psicanálise no que diz respeito à sua pretensão para contribuir na compreensão do psicogênico nas psicoses, lembremo-nos agora que a psicanálise se autocompreende e descreve como psicologia dinâmica; em contrapartida, a *Daseinanalyse* corresponderia a uma psicologia

caracterizada como estática, enquanto a logoterapia deveria ser caracterizada como psicoterapia apelativa em relação às outras duas. *Para a logoterapia, um fato biológico como a psicose está longe de ser, apesar de tudo, um fato biográfico*; pois enquanto a *Daseinanalyse* se orienta pela unidade da pluralidade do “corpo-alma-espírito”, a logoterapia se orienta, ao contrário, pela pluralidade dentro da existência humana e apesar da unidade da existência humana; é justamente o espírito num antagonismo facultativo à alma corporal, que nós – em oposição ao paralelismo psicofísico (que é obrigatório) – designamos como antagonismo psicoonético. Essa tese da logoterapia sobre o caráter de destino da psicose não é uma tese fatalista. Embora ela não reconheça, dentro da gênese das psicoses, nenhuma psicogênese autêntica, apenas pseudopsicogêneses (ou seja, patoplástica psíquica), mesmo assim ela reconhece uma indicação estrita para a psicoterapia também nas psicoses, evidentemente que apenas no contexto de uma somatoterapia simultânea.

### 3. A logoterapia em psicoses

Vimos o seguinte: no âmbito da gênese da psicose, *a psicogênese existe apenas no sentido de patoplástica psíquica*; além disso, vimos também que – nesse sentido – também há noogênese, ou seja, uma patoplástica a partir do espiritual. Dessa maneira, é evidente que lá onde há uma patoplástica a partir do espiritual deva existir também uma psicoterapia a partir do espiritual – mesmo nas psicoses. Como psicoterapia a partir do espiritual entende-se, *ex definitione*, o que chamamos de logoterapia. Esse é o ponto em que a análise existencial se torna logoterapia.

A logoterapia<sup>13</sup> tem de se esforçar em dois pontos: não diferentemente da psicoterapia das neuroses, ela deve orientar e encorajar o paciente a objetivar o evento da doença e se distanciar dele. Resumindo: o paciente deve aprender a enfrentar e a rir na cara de coisas como a angústia e a obsessão (método da intenção paradoxal). É justamente a colocação da doença como algo imposto pelo destino e

<sup>13</sup> A logoterapia em psicoses (!) (não existe realmente uma logoterapia das psicoses) é essencialmente terapia no que permanece saudável, é o tratamento da atitude do que permaneceu saudável no doente, diante do que se tornou doente no ser humano. Pois o que permaneceu saudável não é capaz de adoecer, e o que adoeceu não é passível de tratamento do ponto de vista de uma psicoterapia (não apenas da logoterapia!), mas acessível somente por meio de uma somatoterapia.

a aceitação da doença nesse seu caráter de fatalidade que capacita o paciente a permitir que o antagonismo facultativo psicoonético se torne um fato, atualizando-o, de maneira que o evento primário da doença se desnude de todas as reações psicogênicas neuróticas e superestruturas e superposições secundárias, reduzindo-se ao seu núcleo verdadeiramente fatídico.

Mas, no caso das psicoses, a logoterapia tem de fazer mais do que isso: ela não deve apenas objetivar – deve também subjetivar o evento da doença: deve incentivar o paciente para que ele imprima nela a marca de sua personalidade – ele deve personalizar a psicose. Resumindo: *temos de garantir que os debates entre o humano na doença e o doentio no homem aconteçam.*

### **3.1. Patoplástica implícita**

Os debates entre o humano no doente e o doentio no humano também só pode ocorrer na forma de uma reconciliação. Para citar apenas um único exemplo entre muitos, como são frequentes na clínica: uma de nossas pacientes esquizofrênicas diz que escuta vozes, mas que ela prefere isso a ser surda. Quando H. J. Weitbrecht diz: “A nobreza e a decadência parecem tragicamente entrelaçadas”, seria possível completar: não raro também de maneira engraçada.

Exatamente esse caso concreto mostra que a pessoa conseguiu dar forma a seu pesado destino, chamado alucinações acústicas – exatamente esse destino que dissemos que basicamente “continua podendo ser plasmado e está para ser plasmado”; esse exemplo concreto mostra que tais conformações também podem ocorrer sem que a pessoa envolvida tivesse de prestar, conscientemente, um mínimo de contas a respeito do que se passa. Resumindo: esse feito não acontece de maneira reflexiva, acontece de maneira muito mais implícita – o ocupar-se com isso (no caso concreto, a reconciliação) é algo totalmente silencioso. Tudo acontece de maneira não expressa, natural; pois é exatamente isso que a pessoa do psicótico não consegue: expressar-se. Justo a função expressiva (e, mais ainda, a função instrumental) a serviço da pessoa espiritual, que vem ao encontro do organismo psicofísico, está perturbada.

Dessa maneira, a análise existencial mostra que – e em que medida – o destino, chamado psicose, “continua podendo ser plasmado” e a logoterapia mostra

que – e em que medida – “esse destino está ainda para ser plasmado”. Mas percebemos agora que esse destino, chamado psicose, já está plasmado, visto que a pessoa sempre esteve em ação, ela sempre esteve no jogo, ela sempre ajudou a conformar o evento da doença que acomete uma pessoa: um animal se rende à afetividade patológica – um animal necessariamente se deixa levar por uma impulsividade patológica; o homem pode se ocupar com tudo isso. E ele sempre se ocupou com tudo isso – ele o fez no momento em que aconteceu o delírio do empobrecimento ou o delírio do pecado, de acordo com a situação.

É preciso ressaltar apenas que tal patoplástica implícita não deve ser confundida com a afirmação corrente de que o delírio apresenta a reação psíquica num processo somático; pois não estamos falando de reações psíquicas, mas de atos espirituais; mais especificamente, da postura e atitude da pessoa em relação à psicose. Quanto esses atos espirituais de posicionamento e atitude pessoais se diferenciam de meras reações psíquicas fica patente pelo fato de que a postura e a atitude pessoal de cada um ainda podem, devem ser e serão adotadas em relação ao delírio em si.

Torna-se necessário diferenciar exatamente entre o somático, o psíquico e o espiritual. Em casos isolados, o delírio de ciúmes é realmente a reação psíquica a um processo somático; mas o fato de um doente paranoide desses – como num caso concreto de nosso conhecimento – não ser arrastado por seu delírio para cometer um assassinato, mas consolar a sua mulher que adoeceu de repente e começar a paparicá-la,<sup>14</sup> é uma mudança espiritual totalmente atribuível à pessoa espiritual, nesse caso plenamente sadia.

### ***3.2. Valores de vida e dignidade humana***

Falamos do sentido da psicose para mim como médico e falamos que ele deve ser encontrado depois do sentido da psicose para o paciente em si, e ainda dissemos que ele deve conferi-lo. Agora, um terceiro e último apenso: temos de

<sup>14</sup> Nesse sentido: a força de resistência do espírito aparece no fato de não poder ser tirada nenhuma consequência do delírio; no presente caso, ela se apresenta única e exclusivamente nisso, e não numa compreensão do delírio como delírio ou do ciúme como uma doença, numa assim chamada compreensão da doença.

falar do valor do paciente para nós. Será que não falamos o suficiente sobre a “vida que não vale a pena”? E será que estávamos nos referindo a outra coisa além da vida de pacientes psicóticos? O doente psicótico, de prognóstico mais reservado, pode ter perdido toda sua utilidade, mas ele mantém sua honra, pois o lugar na escala de valor do *Homo patiens* é mais alto do que o do *Homo faber*. O homem que sofre está mais no alto que o homem ativo. E se não fosse assim, então não haveria sentido em ser psiquiatra, pois não quero ser um médico de almas de um “mecanismo psíquico” estragado, de um “aparelho” psíquico arruinado e nem de uma máquina quebrada, mas sim do humano no doente, o humano que está por trás de tudo isso e acima de tudo isso.

## Apêndice

### PSICOTERAPIA EM DEPRESSÕES ENDÓGENAS

#### 1. Gênese criptossomática e terapia somática simultânea

Quando se fala de depressões endógenas, isso quer dizer que essas depressões como tais, enquanto endógenas – ao contrário das depressões exógenas, reativas, psicogênicas –, não têm uma psicogênese, mas uma somatogênese. Temos apenas de lembrar que entendemos essa somatogênese como primária, e é claro que essa somatogênese meramente primária ainda dispõe de espaço suficiente para aquela patoplástica psíquica que envolve a patogênese somática e somente assim completa o quadro clínico do caso concreto. A psicoterapia deve se inserir nesse espaço livre que fica fora da somatogênese.

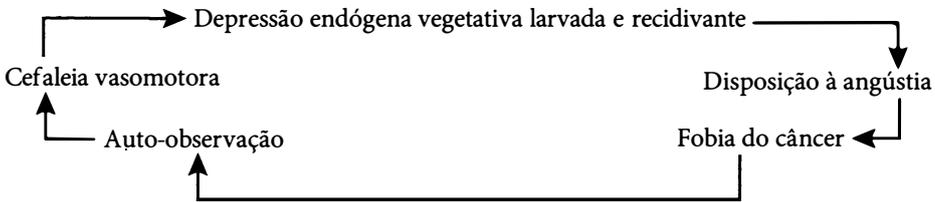
A partir da somatogênese principal dos estados depressivos endógenos, mesmo se esta é apenas primária, resulta que sua psicoterapia não pode ser uma terapia causal. Temos de ter consciência disso também: a somatoterapia, pelo menos até os dias de hoje, está impedida de se tornar terapia causal. Não apenas as causas da doença em questão mas tampouco os efeitos do tratamento correspondente, no que se refere ao mecanismo de seu surgimento, estão esclarecidos. Pensemos nas muitas suposições a respeito do mecanismo de ação do eletrochoque.

Bem, quanto menos direito e menos pretensão de ser terapia causal nas depressões endógenas tiverem a psicoterapia e também a somatoterapia, maior é o motivo para realizarmos uma terapia que, em não sendo causal, seja muito mais ativa.

No sentido de tal atividade, entretanto, devemos sugerir uma *terapia simultânea somatopsíquica*, e por isso queremos incluir, a partir do exemplo de um caso, a terapia medicamentosa em nossas reflexões e considerações terapêuticas. A depressão endógena latente está expressa do ponto de vista do diagnóstico:

Fritz T., 32 anos de idade. Está em tratamento por causa de uma “neurose de angústia”, precisamente uma fobia de câncer. Seu maior medo é o de estar com um tumor no cérebro. Por causa disso, já passou por muitos médicos, entre eles especialistas de renome, já fez vários exames – até mesmo uma encefalografia – e se submeteu aos mais diversos tratamentos. A anamnese revela que um de seus tios realmente apresentou um tumor cerebral e se suicidou. O paciente sofre de uma cefaleia crônica de origem vasomotora. Apesar disso, o quadro de neurose vasovegetativa não nos convence inteiramente; investigamos com mais ênfase na direção da depressão vegetativa, como aqueles casos de depressão endógena cuja sintomatologia em primeiro plano apresenta menos as costumeiras queixas hipocondríacas e mais as queixas especialmente vegetativas, pois, como dissemos: enquanto antigamente a depressão endógena larvada se mascarava com escrupulosas ideias obsessivas, encontramos nos últimos tempos uma crescente mudança de sintomas, com os temas escrupulosos indo para o segundo plano se comparados com os temas hipocondríacos. A suspeita de que também nesse caso concreto estávamos lidando com uma depressão vegetativa pode ser verificada num diagnóstico ao investigarmos a caracterização anamnésica da depressão endógena, enfatizando: oscilações diárias do humor com uma exacerbação matinal e remissão noturna; fases anteriores; hereditariedade correspondente. No caso em questão, os dois primeiros fatores não eram difíceis de ser comprovados. Como agir terapêuticamente? Primeiro, vamos observar a estrutura patogênica a partir de um esquema (Figura 7).

FIGURA 7



A depressão endógena vegetativa larvada e recidivante traz consigo, enquanto endógena, uma típica disposição à angústia; essa disposição à angústia é, em si, vazia de conteúdo: como cada mera disposição à angústia, ela primeiro procura – e sempre consegue encontrar – um conteúdo; no caso concreto, trata-se da dor de cabeça do paciente, para em seguida se apoiar num detalhe da anamnese familiar, ou seja, o caso do tumor cerebral que tinha levado um de seus tios. O tumor cerebral torna-se então o objeto concreto da angústia, o objeto de uma fobia – na qual a angústia vaga, sem conteúdo, por assim dizer, se condensa, enquanto sua dor de cabeça e a doença do tio formam ao mesmo tempo o núcleo da condensação. O temor de que a dor de cabeça fosse originada por um tumor no cérebro leva, compreensivelmente, a uma auto-observação forçada na dor de cabeça, e essa auto-observação já é suficiente por si só para aumentar as queixas – e assim o círculo se fecha.

E agora vamos à terapia simultânea somatopsíquica: ela deveria – de acordo com o círculo apresentando anteriormente – partir para um ataque concêntrico, contra quantos “pontos de ataque” for possível. Primeiro era o caso de abrir fogo com uma medicação específica contra o substrato depressivo-endógeno do caso. As explicações a seguir mostram como o caso precisaria ser abordado do lado psíquico.

## 2. Acompanhamento psicagógico de depressivos endógenos

### 2.1. Acompanhamento ambulatorial e tratamento hospitalar

Em razão da somatogênese principal, primária, está claro que a psicoterapia só é adequada para os casos de grau. Isso não quer dizer que a psicoterapia da depressão endógena deva se limitar a um tratamento ambulatorial num contexto

policlínico. Resumindo, não se deve imaginar que o conjunto de casos em que se pode considerar a indicação psicoterapêutica seja igual ao âmbito dos casos levados a cabo no contexto do acompanhamento ambulatorial, ou que a indicação à hospitalização e a indicação à psicoterapia sejam mutuamente excludentes.

As indicações são as seguintes:

- a) Indicação à hospitalização para o tratamento e
- b) Indicação à hospitalização por causa da própria doença.

a) *Indicação à hospitalização para o tratamento.* Tanto o clássico tratamento de choque quanto os métodos medicamentosos – os últimos, quando usados em altas doses – via de regra necessitam, enquanto são usados *lege artis*, de internação hospitalar. Sabemos que em todos esses casos uma psicoterapia em paralelo deveria ser tentada.

b) *Indicação à hospitalização por causa da própria doença.* Em relação à doença em si, são dois os motivos que nos levam a pedir a internação:

I. Porque naquele momento os estados depressivos endógenos estão coincidindo com uma tendência bem típica a autorrecriações e

II. Porque eles fazem surgir uma não menos característica tendência ao suicídio.

I. *Tendência a autorrecriações.* A hospitalização nesses casos tem a vantagem de afastar o paciente de seu meio, que traz consigo uma cadeia de obrigações, sejam elas de natureza familiar ou profissional. Trata-se aqui de obrigações que fazem com que o paciente se confronte incessantemente com uma *tríade do fracasso*, como chamamos; são três insuficiências que levam muito sofrimento ao paciente:

- sua incapacidade de trabalhar;
- sua incapacidade de sentir prazer – e nos casos da chamada *melancholia anaesthetica*:
- sua incapacidade de sofrer.

Sua incapacidade de trabalhar torna-se conteúdo e objeto de recriações que ele faz a si mesmo, mas que também escuta de seu meio, o que é apenas mais combustível para suas autorrecriações. Analogamente, *conselhos no sentido de que o paciente deveria fazer uma força e controlar suas autorrecriações* podem

provocar um efeito paradoxal, indesejado, à medida que o fracasso depois de uma tentativa dessas por parte do doente seja considerada por ele uma insuficiência pessoal e a culpa subjetiva só faça aumentar.

*O mesmo vale também para o prosaico conselho de se esforçar para se divertir, com o que não se atinge a incapacidade de trabalhar, mas a incapacidade de sentir prazer.*

II. *Tendência ao suicídio e indicação à internação.* Em relação ao aumento da suscetibilidade do paciente à tendência de suicídio, indica-se não apenas uma hospitalização, mas uma internação. Para avaliar se o grau de perigo da ameaça de suicídio torna aconselhável e adequado o encaminhamento do paciente a uma instituição fechada ou, ao contrário, a sua liberação da instituição fechada, indicamos um método-padrão idealizado por nós, que está continuamente se comprovando eficaz (e não só para nós); ele nos possibilita diagnosticar o perigo existente ou a dissimulação da tendência ao suicídio como tal.

*Primeiro, perguntamos ao paciente em questão se ele (ainda) tem intenção de se suicidar:* em todos os casos – tanto naquele que ele diz a verdade quanto naquele da mera dissimulação de intenções reais de suicídio –, ele vai negar essa primeira pergunta; em seguida, lhe fazemos *uma segunda pergunta*, mesmo que soe brutal: *por que não quer (mais) se matar?* Acontece que aquele que realmente não tem intenção de suicídio tem uma série de argumentos e contra-argumentos de prontidão, todos contrários ao suicídio: que ele considera sua doença curável, que está pensando na família ou nas suas obrigações profissionais, que é muito religioso etc. *Enquanto aquele que apenas dissimulou suas intenções de suicídio se trai no momento de nossa pergunta, pois não tem uma resposta.* Em vez disso, este reage com um constrangimento característico, a começar porque ele realmente não tem argumentos contrários ao suicídio, não estando apto a citar um motivo sequer para se afastar (supostamente) das tentativas de suicídio no futuro. No caso de um paciente já internado, *ele começa tipicamente a exigir sua alta* ou a dizer que não existem intenções de suicídio que possam impedi-lo de receber alta.

Nesse ponto, devemos lembrar que nossa exploração se dedica a comprovar as *intenções* de suicídio (dissimuladas ou manifestas), não o mero pensamento de suicídio. Pois ao contrário dos *pensamentos* de suicídio, as *intenções* de suicídio

implicam também o posicionamento do paciente em relação a esses pensamentos – o pensamento em si, apesar de todo o posicionamento em relação a ele, é na verdade irrelevante: o que deve nos importar é muito mais a resposta à questão de quais consequências o paciente tira dos pensamentos de suicídio que surgem dentro dele: *se ele se identifica ou se distancia de tais pensamentos*. Trata-se de uma empiria clínica, que infelizmente ameaça cair no esquecimento com muita frequência, que esse distanciamento – como maneira e possibilidade de posicionamento pessoal a uma doença orgânica – seja possível pelo menos no sentido de ser *facultativo* e possa se transformar num *fato* à medida que se permite ser atualizado de maneira terapêutica.

Nós próprios tentamos impedir que pensamentos de suicídio se transformem em intenções de suicídio ou até mesmo em tentativas de suicídio colocando em jogo uma das duas tendências, cuja relação com a depressão endógena citamos há pouco: *colocamos em jogo a tendência à autorrecriação contra a tendência ao suicídio*. Nos casos correspondentes, fazemos com que nossa conversa com o doente seja infiltrada pelo risco que assumimos ao tratá-lo apenas de maneira ambulatorial: costumamos mostrar aos nossos pacientes tudo aquilo que eles carregariam em suas consciências caso mesmo assim tentassem se suicidar. Dizemos a eles que o médico de plantão ou a enfermeira de plantão seriam “levados à polícia”, etc. – e nisso estaríamos avançando no terreno da psicoterapia em depressões endógenas.

## **2.2. Psicoterapia em depressões endógenas**

### **2.2.1. Profilaxia de depressões secundárias**

Como dissemos, nosso procedimento não quer ser de modo algum uma terapia causal; entretanto, isso está longe de afirmar que nosso procedimento não se trate de terapia específica e orientada. E ela é específica e orientada à medida que se endereça à pessoa espiritual do paciente. É certo que, nas depressões endógenas, a psicoterapia deve focar centralmente a posição pessoal do doente em relação ao evento orgânico da doença, pois não é a doença em si e como tal que deve ser influenciada psicoterapeuticamente, mas sim a atitude pessoal do doente em relação à sua doença ou uma transformação dessa atitude. Resumindo: uma transformação do doente. Na verdade, porém, essa transformação não é mais do que uma

profilaxia – uma profilaxia de uma depressão secundária, posterior, adicional, que se enxerta sobre a depressão primária, inicial, de base.

Vemos com frequência que os doentes em si nem estariam tão desesperados, ou seja, não teriam de sofrer tanto por motivos endógenos, se não passassem a se desesperar pelo fato de se encontrarem num estado de ânimo desesperançoso (que é exatamente somatogênico): eles estão (psicogenicamente) deprimidos por causa da depressão (endógena). Sim, conhecemos casos em que os doentes choram porque são muito chorosos; mas isso não segundo umnexo causal, ou seja, no sentido de causa e efeito, mas essencialmente no sentido de uma relação motivacional, ou seja, no sentido de motivo e consequência. Tais pessoas – como também em casos isolados de choro compulsivo ou incontinência emocional em *arteriosclerosis cerebri* – tomam consciência de sua lamúria, mas de maneira tão desesperada que esse fato, em vez de ser sabido e simplesmente aceito, provoca uma reação de choro (agora psicogênica). Enquanto aquela lamúria primária correspondia a um evento necessário, orgânico, o choro secundário nasce de uma tristeza desnecessária, puramente acessória.

Uma profilaxia da *depressão enxertada*, psicogenicamente secundária, em casos endógenos primários, é mais do que adequada hoje em dia pelo motivo apontado por Edith Weisskopf-Joelson da Universidade da Geórgia. Essa autora apontou num artigo<sup>15</sup> que a noção de mundo de hoje, baseada na psico-higiene, coloca em primeiro plano a concepção de vida que diz que o homem existe para ser feliz e que qualquer desespero é apenas sinal de uma adaptação deficiente. Tal juízo, continua Edith Weisskopf-Joelson, pode fazer com que a carga e o peso da infelicidade inevitável se tornem ainda maiores pelo desespero de estar desesperado.

### 2.2.2. *Psicoterapia orientada nas depressões endógenas*

Até aqui vimos o que se refere ao lado psico-higiênico de todas as ações e esforços psicoterapêuticos em relação a pacientes com depressão endógena – agora

<sup>15</sup> Edith Weisskopf-Joelson, “Some comments on a Viennese school of psychiatry”. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, vol. 51, 1955, p. 701-3.

passemos à questão psicoterapêutica em si: em primeira linha, devemos atentar para que a psicoterapia escolhida não se torne (o que é muito fácil nesses casos) um ato nocivo [*noxe*] iatrogênico. *Qualquer tentativa de apelar ao paciente para que ele se controle é totalmente errada.*

Uma tentativa de terapia de acordo com o modelo da psicologia individual também pode ser contraindicada, pois a possível insinuação (de acordo com a ubíqua interpretação psicológica individual da depressão endógena) de que o paciente quer tyrannizar seus familiares com sua depressão pode facilmente provocar uma tentativa de suicídio. Isso não difere de outro erro psicoterapêutico análogo num outro círculo de doenças psicóticas, no caso a esquizofrenia: quando diagnosticada erroneamente como neurose e tratada com hipnose, podem ser provocadas florescentes ideias delirantes por influência ou hipnose.

A direção em que uma psicoterapia objetiva da depressão endógena deve se movimentar é muito mais a seguinte: *temos de fazer com que o paciente não tente mais “se controlar”, mas, ao contrário, que suporte a depressão; que ele a aceite como endógena. Resumindo, que ele a objetive e, dessa maneira, distancie-se dela – na medida do possível, e isso é possível em casos leves e até medianamente graves.*

Em princípio, temos de advertir a cada vez o paciente de que ele está doente – realmente doente. Assim estamos combatendo também sua tendência às autorrecriações, na medida em que ele traz de casa a tendência de não compreender seu estado como uma doença, mas como algo meramente histórico, ou de repreender moralmente a si próprio, chegando até a afirmar que “se deixa levar” simplesmente. E principalmente pedimos ao doente (e, claro, também ao seu entorno) que ele não exija nada de si: como um autêntico doente, ele precisa estar *liberado de todas as obrigações*. A fim de reforçar essa noção, em certas situações é recomendável até internar o doente, ou ao menos levá-lo a um ambiente médico (mesmo que aberto). Essa é a melhor maneira de demonstrar que nós o consideramos autenticamente doente.

Evidente que acrescentamos que ele não padece de uma doença mental no sentido estrito, mas uma doença que afeta seus sentimentos – assim esvaziamos também todos os temores psicofóbicos.

E continuamos dizendo que a doença que afeta seus sentimentos tem um caráter de exceção, permitindo um prognóstico excepcionalmente favorável; pois – assim lhe explicamos – no caso de uma doença comum como uma angina não podemos falar de antemão e com 100% de certeza que ela será curada sem as menores complicações ou sem efeitos colaterais ou residuais (pois mesmo nesse caso seria possível que restasse ao afetado uma poliartrite ou uma endocardite), mas a doença que o afeta é o único caso (assim continuamos a lhe falar) em que podemos afirmar com absoluta certeza que prevemos uma cura – e, ademais, espontânea. E dizemos ainda que ele não vai contradizer essa lei, conhecida e reconhecida desde os primórdios da psicopatologia, e que essa é a verdade e que não é nossa culpa se isso lhe seja um consolo “casual” – e que por isso não precisamos esconder isso dele.

Dizemos ao paciente, literalmente: podemos lhe assegurar que você vai sair dessa sua doença, pelo menos da sua fase atual, exatamente como o homem que era nos dias de saúde. Até o dia desse restabelecimento, não se tem outra coisa a fazer no tratamento senão mitigar o estado, suavizar e diminuir queixas individuais, torturantes. No mais, *a crise atual se atenuará e se curará*, e isso – vamos reforçar de modo explícito – basicamente também sem tratamento, ou seja, por si. *Pois não somos nós que o curamos, mas é ele quem se tornará saudável por si*. Pelo menos tão saudável como era no passado: nem melhor nem pior; isso quer dizer que ele será tão metódico ou nervoso como antes.

E, por fim, não vamos deixar de lhe dizer que ficar á saudável apesar de seu ceticismo, tão sintomático; de qualquer maneira, mesmo que ele não acredite nisso e não faça nada a respeito; mesmo que ele se obstine. Pois inicialmente o paciente com depressão endógena não vai acreditar no nosso prognóstico tão favorável, não vai conseguir acreditar: pois entre os sintomas da depressão endógena estão o ceticismo e o pessimismo. Ele sempre vai encontrar “cabelo na sopa”, e não verá nada de bom nem nele nem em ninguém. Ele sempre vai se recriminar por estar ajudando pouco; mas tanto faz se ele realmente não se tomar por doente ou considerar suas autorrecriminações condenáveis, ou se achar doente, incuravelmente doente – por fim ele vai se agarrar às palavras de seu médico e à esperança que delas emana.

Mas temos de nos esforçar em criar mediante a psicoterapia um possível grau de *compreensão da doença* para além da clara *sensação da doença* concomitante à depressão endógena. Sabemos que o depressivo não é capaz de perceber valor ou sentido nem em si mesmo nem nos outros ou no mundo. Por isso mesmo temos de lhe apontar constantemente que também sua cegueira em relação aos valores, sua incapacidade de encontrar um valor em si mesmo e um sentido na vida fazem parte de seu transtorno de humor. Mais que isso: o fato de ele duvidar apenas confirma que ele sofre de depressão endógena e que o prognóstico favorável está justificado.

O paciente deve ser exortado a parar de emitir continuamente juízos sobre valor ou falta de valor, sentido ou falta de sentido de sua existência a partir de sua tristeza, seu medo ou sua repugnância à vida, pois tais juízos são ditados pela vida afetiva doente, e os pensamentos (catatímicos) que emanam daí não podem ser os corretos.

Anteriormente, mencionamos que tínhamos de dizer com veemência ao paciente que ele estava doente – doente de verdade – e que tipo de doença era essa; essa recomendação, mais do que todas as tentativas psicoterapêuticas para que a mera sensação patognomônica da doença se amplie na direção de uma compreensão da doença, tem o legítimo objetivo de despertar e manter viva a consciência de que o paciente está livre e dispensado de todas as obrigações. Por essa razão, advogamos que o trabalho profissional seja reduzido à metade mesmo para casos de depressão endógena leve, mas não interrompido: essa atitude se justifica porque, como sempre fica patente, o trabalho profissional muitas vezes é a única possibilidade que o paciente tem de se distrair de seus pensamentos. Sugerimos então, por motivos compreensíveis, um trabalho apenas vespertino e orientamos ao paciente, pela manhã, não apenas se afastar de qualquer trabalho organizado como também ficar na cama se possível: tendo em vista a remissão noturna espontânea, tão comum na depressão endógena, e a exacerbação matinal das excitações de angústia, o paciente reagiria a qualquer trabalho matinal com profundos sentimentos de insuficiência, enquanto é no período da tarde que esse trabalho poderia ser encarado como deve: uma “tarefa diligente” que distrai, que – pelo menos em casos de sucesso – é adequada para mitigar seus sentimentos de insuficiência profissional.

Assim, não o desincumbiremos apenas de suas tarefas, muito pelo contrário: temos de exigir duas coisas do paciente, que são confiança no médico e paciência em si mesmo.

*Confiança:* significa confiança em relação a um prognóstico 100% favorável que o médico lhe prediz. Como lhe dissemos, ele precisa apenas lembrar que, embora talvez não conheça mais ninguém com o mesmo sofrimento, nós médicos conhecemos milhares e milhares de casos e pudemos acompanhar seu desenrolar. Dessa maneira, perguntamos ao paciente: em quem confiar? Em si mesmo ou no especialista? E continuamos dizendo que, à medida que ele se apoia em nosso diagnóstico e em nosso prognóstico e tem esperança, nós especialistas podemos não apenas esperar, mas nos convencer de nosso prognóstico tão favorável a ele.

*Paciência:* justamente em relação ao prognóstico favorável de sua doença. Paciência na espera da cura espontânea, paciência para esperar que a nuvem que escurece seu horizonte de valores se dissipe, a fim de limpar sua visão para o que há de valioso e significativo em sua existência. E assim ele finalmente *será capaz de deixar sua depressão endógena se dissipar feito uma nuvem, que, embora possa obscurecer o Sol, não deixa esquecer que existe um Sol.* O paciente com depressão endógena deve se agarrar ao fato de que sua enfermidade afetiva pode obscurecer o sentido e o valor da existência, fazendo com que não encontre nada em si e na vida que possa fazê-la digna de ser vivida – mas também essa cegueira para os valores vai passar e ele também compreenderá aquilo que Richard Dehmel falou com palavras tão belas: “Veja: com a dor do tempo, joga a felicidade eterna”.

Isso tudo quer dizer que nesse caminho psicoterapêutico curamos apenas um único caso de depressão endógena? De maneira alguma. Somos mais comedidos já na determinação de nossos objetivos: satisfazemo-nos em aliviar o destino do doente, e isso não por longo tempo, mas – de acordo com a gravidade da doença – por algumas horas ou dias; pois o que vale, no fim das contas, é não deixar o doente “submergir” pela duração de sua doença e fazê-lo atravessar a fase de sua depressão, aplicando uma psicoterapia de “suporte” (como dissemos, não causal, mas nem por isso menos ativa – e, sim, uma psicoterapia objetiva).

Apesar disso, essa psicoterapia é, no fim das contas, um dos tratamentos psíquicos mais gratificantes que um psiquiatra encontra no consultório – e esses são os doentes mais gratos que encontramos em tal prática.

Sabemos e continuamos a par da banalidade – para não usar de eufemismos – que está contida na maior parte dos conselhos e orientações que estamos aptos a oferecer ao paciente com depressão endógena em seu caminho. Mesmo assim: quem não tem coragem para tal banalidade vai negar o êxito a si mesmo – e aos seus pacientes.

## 2. Doenças psicossomáticas

### OBSERVAÇÕES CRÍTICAS EM RELAÇÃO À MEDICINA PSICOSSOMÁTICA

#### A) PARTE GERAL

A psicossomática hoje é um *slogan* e uma moda. O quanto ela é um *slogan* e, como todo *slogan*, mal-compreendido fica claro a partir da história que um famoso profissional americano da área de saúde mental contou: depois de uma matéria no rádio sobre psicossomática, ele recebeu a carta de um ouvinte que lhe pedia para informar em quais farmácias ele poderia comprar um frasquinho de medicamento psicossomático.

Por outro lado, embora a psicossomática esteja na moda, ela não é nenhuma novidade, e isso fica claro no momento em que definimos uma *doença psicossomática como uma doença desencadeada pelo anímico – ao contrário da doença psicogênica, condicionada e causada pelo anímico*. Por exemplo, no caso de uma *asthma bronchiale*, à medida que a entendemos como uma doença psicossomática e nos perguntamos o que nela é “desencadeado pelo anímico”, a resposta será: o ataque de asma em si. Mas o fato de um asmático ou de alguém que sofre de crises de *angina pectoris* só ter ataques quando está nervoso é uma trivialidade e não apresenta nada de novo. No mais, isso não quer dizer que a asma ou a *angina pectoris* como tais, em seu todo – ou seja, não no episódio singular da crise, mas como doenças de base –, sejam psicossomáticas ou psicogênicas.

Em 1936, R. Bilz publicou um livro chamado *Die psychogene Angina*. Ele não estava se referindo a uma *angina pectoris*, mas a angina no senso comum, a *angina lacunaris seu tonsillaris*. Mesmo em relação a ela não deve haver nenhum caso psicogênico – mas, por vezes, pode ser psicossomática no sentido definido anteriormente. Pois é sabido que seu causador é ubíquo, que permanece saprófito no geral e só às vezes se torna patogênico. Quando isso acontece, porém, não depende só de sua virulência, mas da condição imunológica do organismo em questão; essa condição imunológica é, por seu lado, apenas a expressão do “biotônus” geral (Ewald). Se esse último, se o elã vital (Bergson) diminui, isso levará a um *abaissament vital*, ou seja, uma baixa vital (variando aqui a expressão de Janet, “*abaissement mental*”) e, ao mesmo tempo, a uma diminuição das forças de defesa e de resistência do organismo em relação a um vírus. Para ficarmos no exemplo dado, a comum *angina tonsillaris* pode acontecer por meio de um resfriado mas também pode ser causada por uma excitação, ou seja, desencadeada pelo psíquico. Em uma palavra, *o nível de imunidade depende, entre outros, do estado afetivo*.

Hoff e Heilig conseguiram provar, há décadas, que voluntários hipnotizados por eles e que receberam sugestões de sentimentos felizes ou de angústia apresentaram um índice de aglutinação de soro maior ou menor em relação ao bacilo do tifo. Décadas mais tarde, foi feita outra experiência, a experiência das massas no campo de concentração. Na época entre o Natal de 1944 e o ano-novo de 1945, registraram-se mortes em massa em todos os campos, mas que não podiam de maneira alguma ser explicadas por mudanças que piorassem as condições de trabalho ou de vida, ou pelo surgimento ou acréscimo de outras doenças infecciosas, mas sim muito mais pelo fato de os prisioneiros terem se aferrado, de maneira estereotipada, à esperança “de estar em casa no Natal”; o Natal chegou, mas as pessoas não estavam em casa; ao contrário, era preciso abrir mão de toda a esperança de voltar para casa num tempo razoável. Isso foi o suficiente para levar a uma baixa vital, que significou a morte para alguns. A palavra da Bíblia foi confirmada naquela época: “A esperança que tarda deixa doente o coração” (Provérbios 13,12).

Tudo isso aparece de maneira mais drástica e dramática no seguinte caso:

No início de 1945, um colega de campo me contou que tivera um sonho curioso em 2 de fevereiro de 1945: uma voz, que se dizia profética, disse que responderia a tudo o que ele lhe perguntasse. E ele perguntou quando a guerra chegaria ao fim para ele. A resposta foi: 30 de março de 1945. Bem, o dia 30 de março se aproximava, mas não havia nenhum indício de que a “voz” teria razão. Em 29 de março, meu colega teve febre e começou a delirar. Em 30 de março, perdeu a consciência, vindo a morrer no dia 31: o tifo exantemático o levou embora. Realmente foi em 30 de março que ele ficou inconsciente – “para ele”, a guerra tinha acabado. Não vamos errar se afirmarmos que a decepção que o verdadeiro transcorrer das coisas havia lhe proporcionado tinha baixado tanto o biotônus, o nível imunológico, a força de resistência e defesa do organismo, que uma doença infecciosa que o rondava não precisou fazer muita força para agir.

Resumindo, o estado psicofísico do prisioneiro do campo dependia de sua atitude espiritual. Agradecemos a Meusert o conhecimento de experiências análogas, justamente no campo da assim chamada distrofia, como aconteceu com os campos de prisioneiros de guerra. E o psiquiatra militar Nardini também relatou sua experiência com soldados americanos em prisões japonesas, tendo oportunidade de constatar o quanto a chance de sobreviver à prisão dependia da concepção de vida da pessoa, ou seja, de seu posicionamento espiritual em relação à situação concreta. Por fim, Stollreiter-Butzon mostrou há poucos anos o quanto o transcorrer da doença em paraplégicos – ou seja, o aparecimento de complicação e doenças intercorrentes – dependia da postura e da atitude da pessoa em relação ao seu estado.

Vemos com frequência que os muito citados complexos, conflitos etc. não são os eventos patogênicos em si nessas situações. Não é algo inerente ao complexo ou ao conflito que define quando eles se tornarão patogênicos, mas a estrutura psíquica geral da pessoa. Pois todos os complexos e conflitos incriminadores são quase ubíquos e já por isso não poderiam ser patogênicos. Mas a medicina psicossomática afirma mais: ela afirma não só o caráter patogênico

desses complexos e conflitos, mas também a especificidade desse caráter patogênico. Quer dizer, ela afirma simplesmente que determinadas doenças são causadas de maneira habitual e evidente por determinados complexos e conflitos. Nesse sentido, ela está dando um ponto sem nó ao não atentar, mais uma vez, à estrutura geral somática do paciente. De maneira que é possível dizer: *a medicina psicossomática não vai atrás da questão de por que determinado complexo ou conflito se tornou patogênico justamente em determinado paciente; por outro lado, ela passa longe da questão de por que o paciente adoeceu justamente dessa doença*. Wolfgang Kretschmer escreve com razão: “Não é possível derivar psicologicamente a especificidade do motivo de um conflito, por exemplo, ter levado somente a uma anorexia”.

Como se vê, a problemática em si das relações psicossomáticas começa exatamente lá onde a psicossomática “cessa”, quando começa a ficar devendo respostas às nossas questões. Pois o conhecedor sabe que estamos diante do antigo problema da escolha do órgão (que tem acima de si, como o mais geral, o problema da escolha do sintoma). Freud se viu obrigado a recorrer ao somático ao introduzir o conceito de “facilitação somática”. Em seu estudo sobre a inferioridade orgânica, Adler, por sua vez, reconheceu não menos que um substrato somático de toda escolha do órgão.

Nesse contexto, Adler falava de um “dialeto dos órgãos”, no qual a neurose se expressa. Podemos dizer que *a boca do povo também fala no dialeto dos órgãos* – basta nos lembrarmos de expressões como “trazer algo no coração”, “estar de estômago embrulhado” e “ter que engolir alguma coisa”.

Quanto a essa última expressão há uma contribuição experimental incrivelmente instrutiva de um autor italiano na literatura correspondente:

Ele hipnotizou uma série de voluntários e lhes sugeriu que eram funcionários de baixo escalão maltratados por um chefe tirânico, sem que pudessem protestar; ao contrário, eles tinham de “engolir” tudo aquilo. Em seguida, ele colocou os voluntários, ainda hipnotizados, atrás de uma tela de raios x e iluminou sua região abdominal, e todos tinham se transformado em aerófagos. Todos apresentavam maior concentração de ar no estômago.

Ou seja, eles não tinham “engolido” de maneira apenas metafórica, mas concretamente – nesse caso, o ar.

E ninguém vai se espantar se funcionários de baixo escalão, que realmente sofrem com chefes tirânicos, consultarem seus médicos queixando-se, por exemplo, de pressão na região do coração (condicionado pelo posicionamento alterado do diafragma) ou distúrbios semelhantes.

Nesses casos, onde o órgão em questão – no caso concreto, o estômago – “é complacente” no sentido da expressão simbólica de um fato neurótico, podemos também falar de uma “complacência simbólica” do órgão em questão (como fiz em *Psychotherapie in der Praxis*, em 1947).

Fora a complacência somática em geral e a complacência simbólica nesse sentido que mencionamos, há ainda uma *complacência “social”*. Penso aqui especialmente na “complacência” que a previdência social oferece ao paciente facultativo. Pois não raramente é apenas a previsão de afastamento por dificuldades no trabalho que atíça ou ao menos fixa uma neurose. E se Freud falou de um “motivo secundário da doença” e de “benefício da doença”, então é possível chamar aquilo que acabei de designar de complacência social de um *benefício financeiro da doença* – em sentido literal –, com grande importância também na etiologia das neuroses, na psicogênese em geral.

## B) PARTE ESPECÍFICA

### 1. Crítica da psicossomática americana

Há três fatores principais que temos de expor de maneira reflexiva e crítica em relação à psicossomática americana: (1) ela se apoia excessivamente tanto em resultados estatísticos quanto em (2) resultados de testes e (3) se limita demais em um modo de interpretação psicanalítico.

(1) Como caso ilustrativo dessa orientação de pesquisa, cito um trabalho de Grace e Graham, cujo título – curiosamente – é: “The Specificity [!] of the Relation between Attitudes and Diseases” [A especificidade da relação entre posturas e doenças]. Nesse trabalho, os autores discorrem sobre a avaliação das

entrevistas com 127 pacientes que tinham 12 doenças diferentes. Dessa maneira, concluem que determinadas doenças estão correlacionadas com determinadas posturas e atitudes mentais – e, como o título do trabalho indica, numa correlação específica. Assim, descobriu-se, por exemplo, que o denominador comum de todas as posturas e atitudes anímicas dos pacientes com, digamos, *rhinitis vasomotória*, diarreia, etc., em um dos casos era: “Os pacientes não queriam lidar com seus problemas”; e, no outro: “Os pacientes desejavam estar livres de seus problemas” e assim por diante. Durante a leitura da esquerda para a direita, quer dizer, quando vemos numa lista primeiro a “doença” em questão e depois a “atitude” coordenada, não notamos aquilo que notaríamos de pronto assim que repassássemos a lista não da esquerda para a direita, mas de cima para baixo: são apresentados os mais diferentes tipos de doença, mas a lista das posturas anímicas não raro é praticamente idêntica, como o exemplo anterior deixou claro. Afinal, é evidente que “não querer lidar com seus problemas” é praticamente idêntico a “querer estar livre de seus problemas”. Dessa maneira, a avaliação estatístico-psicossomática dos resultados das pesquisas depende também do modo de ler.

Além disso, para falar apenas da úlcera, doença psicossomática por excelência, Kleinsorge negou categoricamente a afirmação de que há relação entre úlcera e estrutura do caráter. Kellock conseguiu combater a bobagem da pesquisa psicossomática de orientação estatística com as próprias armas desta, ou seja, com o auxílio de meios estatísticos: o autor comparou as vivências de infância – de cuja influência traumatizante somos todos tão convencidos – de 250 pacientes com úlcera com as experiências de 164 pessoas saudáveis, sem descobrir a mínima diferença entre eles.<sup>16</sup>

<sup>16</sup> Há pouco tempo David M. Sarch e John E. Hunter (“Personality Differences Between Randomly Selected Migrainous and Non-Migrainous People”. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, vol. 16, 1979, p. 297) confirmaram que, com base em populações de pacientes com enxaqueca e sem enxaqueca, escolhidas aleatoriamente, não era possível determinar nenhuma diferença de personalidade, o que também fala contra a etiologia defendida por psicanalistas (“*self-punishment for hostile impulses*” e “*repressed anger*”). As aparentes diferenças também na enxaqueca seriam – como Kidson e Kochrane puderam verificar na hipertensão – que as pessoas em tratamento eram, desde o início (e isso comprovado empiricamente!), pessoas com traços neuróticos de caráter.

(2) No que se refere àquela direção de pesquisa psicossomática que se apoia de maneira exagerada em resultados de testes, lembramos, por exemplo, de um trabalho do Departamento de Patologia Oral de uma Universidade de Boston, que afirma haver uma correlação marcante entre tendências neuróticas de um lado e cáries dentárias de outro. Este resultado foi obtido de um teste com 49 pessoas no total.

Nessa oportunidade nos parece adequado perguntar pela confiabilidade de tais métodos de testes. Manfred Bleuler já alertava para a supervalorização dos testes nos trabalhos clínico-psiquiátricos. No que diz respeito ao diagnóstico clínico-psiquiátrico em particular, Richard Kraemer é de opinião que uma investigação bem feita no geral tem o mesmo peso que o trabalho com testes. Não devemos imaginar que uma tal investigação deva durar sabe-se lá quanto e só possa ser realizada num ambiente hospitalar. Langen, a partir de pesquisas estatísticas exatas, conseguiu comprovar que o diagnóstico final de casos psiquiátricos depois de um longo período de observação concorda em 80% com a primeira impressão que o médico teve do paciente; no caso das neuroses, esse índice chega a quase 100%.

Mas, a princípio, existe também um limite para os testes. Ele aparece quando tentamos, por exemplo (como realmente aconteceu), descobrir a partir de testes o grau de tendência ao suicídio em pacientes tomados individualmente. O psiquiatra não tira qualquer proveito disso, nem do ponto de vista teórico nem do prático. Pois a intensidade da tendência ao suicídio nesse caso não é o mais relevante; o importante é, talvez, a consequência que o paciente em questão tira da tendência ao suicídio, do seu impulso ao suicídio ou de seu impulso compulsivo ao suicídio – resumindo, como ele, enquanto pessoa espiritual, se comporta frente à tendência ao suicídio, enquanto fato psicológico-organísmico. Sair aplicando testes nesse caso sem levar isso em conta não leva a nada. Pois não é a tendência ao suicídio que mata – mas é a pessoa que “se mata”. Evidentemente que há um tipo de teste, ou seja, um caminho, com o qual é possível conhecer a postura e a atitude da pessoa espiritual em relação à doença psicofísica. Refiro-me aqui ao método que apresentei para descobrir a dissimulação das tendências ao suicídio (ver p. 87). Sempre é possível, com o auxílio desse método de diagnóstico diferencial, distinguir a mera dissimulação da tendência ao suicídio da sua autêntica inexistência.

Não precisamos dizer a nenhum clínico psiquiátrico da importância de tal diagnóstico diferencial em relação à questão de internar ou não o paciente num caso concreto ou, estando ele já internado, se lhe pode ser dada alta ou não.

(3) O terceiro aspecto sobre o qual nos manifestamos criticamente em relação à direção psicossomática americana foi o fato de ela se limitar à interpretação psicanalítica. Como exemplos, quero citar apenas dois: N. Fodor afirma que hemorroidas trombóticas podem ser o preço que os adultos pagam por suas fantasias de parto anal. Ou: Byschowski explica que a obesidade pode representar uma defesa do ego, assim como às vezes é uma proteção contra desejos exibicionistas e ataques masculinos.<sup>17</sup>

Fazendo um interlúdio, vamos nos voltar mais uma vez à crítica da psicossomática e refletir o seguinte:

1. O psíquico e o físico (ou seja, o somático) formam uma unidade muito íntima no homem; mas isso não quer dizer que unidade seja o mesmo que identidade, que o psíquico e o somático sejam uma mesma coisa. 2. Mesmo a unidade psicossomática mais íntima no homem não forma a sua totalidade; para essa última falta o noético, o espiritual, visto que o homem é um ser espiritual – não somente espiritual, mas essencialmente espiritual; em outras palavras, a dimensão espiritual lhe é constitutiva na medida em que representa adimensão autêntica (não a única, contudo) de sua existência.

Se o psicologismo apresenta aquele procedimento científico que ignora o espiritual como uma dimensão própria, a psicossomática americana ainda não alcançou nem esse psicologismo – muito menos o ultrapassou; ela se manteve presa a um *psicologismo somático*, que se movimenta apenas desse lado e não vai além do psicologismo; pois ele afirma não apenas a unidade, mas também a identidade entre o psíquico e o somático. Essa tendência (sustentada especialmente por F. Alexander) considera os fenômenos psíquicos e somáticos como dois aspectos de um mesmo processo.

<sup>17</sup> Vamos dar a palavra a um médico atuante: Felix Mlczoch diz que “as técnicas analíticas que mais fracassaram no tratamento de asmáticos foram principalmente aquelas nas quais, a partir da exposição das raízes das falhas no desenvolvimento infantil, se tentou alcançar melhorias nas consequências desse desenvolvimento irregular. Esse é o método mais seguro para se espantar o paciente” (“Zur Konzeption des Asthma bronchiale”. *Therapiewoche*, vol. 26, 1976, p. 7.630).

Dessa maneira, mostra-se que a psicossomática americana não superou o psicologismo nem chegou a seu nível; por outro lado, a psicossomática alemã que se agrupa em torno da grande figura de Viktor von Weizsäcker *superou-a*. Sobre essa orientação psicossomática seria possível afirmar que ela – no sentido da discussão anterior entre o somático, o psíquico e o noético ou entre unidade, identidade e totalidade – não superou o psíquico, mas o saltou. De maneira que podemos dizer resumidamente e antecipar o seguinte: a psicossomática alemã é propriamente uma noossomática.

## 2. Crítica à psicossomática alemã

Segundo a psicossomática alemã, a história da doença só pode ser entendida a partir da história de vida, sendo cada detalhe da história da doença determinado pela história de vida, de maneira que se pode falar de um determinismo biográfico. Resumindo: *só fica doente [krank] quem se magoa [kränkt] a si mesmo*.

Uma mágoa pode, sim, levar a uma doença. Kleinsorge e Klumbies conseguiram provar que a inquietação, ou seja, a mágoa se comporta no eletrocardiograma da mesma maneira como um veneno convulsivo coronariano, enquanto a alegria tem o efeito de nitrito nesse mesmo exame.

Existem, porém, não apenas pessoas de excitação temerosa ou de temperamento alegre, mas também aquelas de excitação alegre. Por exemplo, agradecemos a Fervers a indicação de que os ataques de *angina pectoris* acontecem também após uma alegria intensa, e ele cita, nesse contexto, “a volta inesperada de um filho de uma prisão russa de guerra”.

Outro exemplo, tragicômico, do efeito patogênico de uma excitação alegre:

Em nosso setor estava internado um paciente que fora um célebre jogador de futebol décadas atrás. Por acaso, a Copa do Mundo estava sendo transmitida pelo rádio durante sua internação, e foi impossível evitar que nosso veterano acompanhasse as narrações dos jogos. Nessas horas, ele se excitava ora em grau maior, ora em grau menor, mas principalmente quando o time do seu país, a equipe austríaca, ganhava um jogo – e acabou sofrendo um severo colapso após uma vitória da Áustria.

É compreensível que quem se aflige fique doente; errada seria a afirmação de que “apenas” essa pessoa fique doente. Acabamos de ver que *quem se alegra também fica doente* – e qual o sentido disso do ponto de vista da biografia? Tal sentido precisaria ser construído.

Embora a sintomatologia devesse ser considerada totalmente determinada pela biografia, nem nos casos de malformações congênitas e suas consequências nem em doenças hereditárias é possível observar a sintomatologia sendo totalmente determinada pela biografia (Weitbrecht).

Coisa semelhante se passa com os acidentes: afirmar que todos os acidentes têm um sentido biográfico só é possível com justificativas muito aleatórias.<sup>18</sup> Claro que existe algo como um *accident proneness* [propensão ao acidente], como Alexandra Adler apontou há décadas; mas isso não quer dizer que cada acidente provenha de uma inclinação para tal.

Se os envenenamentos também devem ser compreendidos do ponto de vista da história de vida, então toda intoxicação seria uma autointoxicação num sentido humorístico involuntário, como o de um médico que certa vez internou uma paciente que tentara se suicidar ao inalar gás de rua, definindo o diagnóstico como “autointoxicação por gás de rua”.

É certo que algumas passagens da existência humana têm um valor biográfico e, à medida que têm tal valor, têm também um valor de expressão pessoal. A biografia, no fim das contas, não é outra coisa senão a explicação temporal da pessoa: *na vida que transcorre, na existência que vai desenvolvendo-se, a pessoa se explicita, desabrocha, é desenrolada feito um tapete, que apenas então mostra seu desenho inconfundível*. Assim também a pessoa: ela se revela em sua biografia, ela se abre em seu ser-assim [*Sosein*] – sua essência inconfundível – a uma explicação biográfica, enquanto se fecha a uma análise direta.

Nesse sentido, há um valor biográfico e uma expressão pessoal para cada dado biográfico, cada detalhe da história de vida – mas só até certo grau e apenas dentro de determinados limites. Essa limitação corresponde à condicionalidade do homem, que só é incondicional de maneira facultativa, enquanto permanece

<sup>18</sup> Cf. Müller-Eckhard: “Não há acidentes casuais”. Ou von Weizsäcker: “Um machucado não é casual”.

faticamente sendo condicionado – pois por mais que sua essência seja uma essência espiritual, ele continua sendo um ser finito. Disso resulta que a pessoa espiritual não necessariamente consegue se impor através das camadas psicofísicas. Nem sempre a pessoa espiritual é visível ou eficaz através das camadas psicofísicas. Embora o organismo psicofísico seja o conjunto dos órgãos, das ferramentas, dos meios para um fim, esse fim é duplo, de acordo com ambas as funções do organismo em relação à pessoa espiritual: a função expressiva e a instrumental. O organismo é um meio para esse fim duplo a serviço da pessoa. Mas esse meio é, enquanto função expressiva, absolutamente obscuro e, enquanto função instrumental, absolutamente inerte. Por causa da obscuridade, a pessoa espiritual nem sempre é visível através do meio do organismo psicofísico. E, por causa da inércia, nem sempre é eficaz. Resumindo: esse meio a serviço da pessoa não está sempre à altura de um serviço completo – a *potentia oboedientialis* está quebrada, tem alguma rachadura (servindo-me das palavras de meu assessor teológico, o falecido Dr. Leopold Soukup). De modo que é possível também falar de uma *impotentia oboedientialis*. De qualquer forma, não é possível dizer que o organismo psicofísico ou que todos os seus eventos patológicos sejam representativos da pessoa espiritual que está por trás e se serve dele de uma maneira ou de outra, visto que ele não é capaz disso sob quaisquer condições e circunstâncias. A pessoa espiritual não é efetiva em nenhuma circunstância por meio do organismo psicofísico, e pela mesma razão ela também não é visível através do organismo psicofísico em quaisquer circunstâncias<sup>19</sup> – pois o meio é inerte e, por isso, também é obscuro. À medida que o organismo, especialmente nos eventos das doenças, é um espelho no qual a pessoa se reflete, esse espelho não está livre de manchas. Em outras palavras: nem todas as manchas vêm da pessoa que se espelha nele.

É dessa maneira que a medicina psicossomática chega a conclusões imprecisas – sem contar com o organismo psicofísico. Apenas um corpo transfigurado seria representativo da pessoa espiritual; o corpo do homem “caído” (corruptível) apresenta um espelho quebrado e, por essa razão, deformador.

<sup>19</sup> Afinal, também não vamos aceitar literalmente o que for dito por um afásico.

*Não é apenas uma mente saudável que pode morar num corpo saudável; não, uma mente doente também pode. Atesto isso como psiquiatra clínico – assim como, na qualidade de neurologista clínico, sou capaz de afirmar que, ao contrário, uma mente saudável pode morar num corpo enfermo (por exemplo, paralisado). Não é lícito atribuir toda insanitas corporis a uma mens insana ou deduzi-la de uma insanitas mentis. Nem toda doença é noogênica. Quem afirma isso é espiritualista ou, no que se refere ao adoecimento corporal, noossomático. Enquanto tivermos consciência de que o homem não pode impor a si mesmo enquanto organismo psicofísico tudo o que deseja enquanto pessoa espiritual, estaremos nos prevenindo, no sentido daquela *impotentia oboedientialis*, de atribuir todas as doenças do corpo a um fracasso no espírito. Já estamos deixando de lado os extremos da noossomática, como a afirmação de que ser acometido por um carcinoma não é somente um suicídio inconsciente, mas uma sentença de morte executada inconscientemente contra si mesmo por um complexo de culpa qualquer.<sup>20</sup>*

É certo que tudo, até cada uma das doenças, tem um sentido; mas esse sentido não está lá onde a pesquisa psicossomática o procura: é o doente que dá um sentido à sua doença, e justamente ao enfrentar-se com ela como um destino; esse sentido acontece no enfrentamento pessoal como pessoa espiritual com a doença que afeta o organismo psicofísico. No enfrentamento com o destino de estar doente, na postura adotada diante desse destino, o homem doente – *Homo patiens* – preenche não um, mas o mais profundo sentido. *O sentido do sofrimento não está no simples fato de sofrer, mas em como se sofre.*<sup>21</sup>

<sup>20</sup> Em todo caso, posso imaginar que a dor de cabeça seja “idêntica” à preocupação; mas o que eu não imagino é que a aspirina, que combate a dor de cabeça, seja idêntica à alegria.

<sup>21</sup> O conhecido psiquiatra americano Fritz A. Freyhan publicou em *Comprehensive Psychiatry* um artigo intitulado “Is Psychosomatic Obsolete?”, no qual dizia: “Uma grande quantidade de distúrbios psicossomáticos se mostra como uma expressão de uma depressão endógena encubada, cuja etiologia biológico-fisiológica deveria ser comprovada por êxitos terapêuticos correspondentes. Também as pesquisas sobre a relação de eventos da vida e o início de doenças não trouxeram até agora provas para um predomínio da psicogênese nas doenças psicossomáticas. Os poucos estudos de corte longitudinal apontam antes para uma influência pequena dos eventos e circunstâncias de vida” (Fritz A. Freyhan, “Is Psychosomatic Obsolete?”. *Comprehensive Psychiatry*, vol. 17, 1976, p. 381).

Uma consideração final. Entre outras coisas, no começo falamos da angina psicogênica (Bilz), que tratamos como uma doença psicossomática. Conhecemos um caso duplo de uma angina psicossomática, instrutivo e ilustrativo, que acometeu um médico e seu assistente:

Ambos são acometidos pela angina, se é que o são, numa quinta-feira. O assistente é surpreendido na quinta-feira, quando na sexta subsequente deve dar uma palestra científica – o que sempre significa para ele certo nervosismo. O médico, porém, é supostamente acometido pela angina também na quinta-feira, simplesmente porque sempre tem de dar suas aulas às quartas. Nesse dia ele nunca sente sua angina; embora possamos suspeitar com razão que ela já esteja incubada, não se manifesta. O colega simplesmente não pode se dar ao luxo de adoecer no dia de sua aula, e a manifestação da doença, que já devia ter acontecido, é adiada.

Em vez de um registro de caso, podemos trazer também ao debate uma história da literatura:

Goethe trabalhou por sete anos no manuscrito de *Fausto II*; em janeiro de 1832 ele fechou esse manuscrito e selou-o – em março de 1832, morreu. Certamente não estaremos errados em supor que Goethe viveu

Lene Skolnick acrescenta ao tema: “A infância de pessoas psiquicamente doentes apresenta com frequência fatores negativos: essas pessoas provêm muitas vezes de casamentos desfeitos, famílias litigantes, tiveram de sofrer por causa de uma mãe que era dominadora ou ausente ou excessivamente possessiva, tiveram um pai violento ou absolutamente inadequado. Normalmente argumenta-se que tais circunstâncias levam a desenvolvimentos defeituosos. Mas o fato é que a maioria das crianças que passaram por distúrbios em seu desenvolvimento e sofrimento precoce cresceram e se tornaram adultos totalmente normais. Uma pesquisa do Institute for Human Development, da Universidade da Califórnia, partiu do pressuposto de que as crianças de famílias desfeitas teriam dificuldades quando adultas e que crianças que tinham tido uma infância feliz, coroada de sucesso, seriam adultos felizes. Em dois terços dos casos, isso não se comprovou. Os efeitos traumáticos de estresse na infância tinham sido superestimados. Mas não só isso; mesmo nos sujeitos do experimento com infância sem problemas houve um erro: muitos deles, enquanto adultos, eram tudo menos pessoas felizes, satisfeitas, despreocupadas ou até mesmo personalidades maduras” (Lene Skolnick, “Kinder sind hart im Nehmen”. *Psychologie heute* vol. 5, 1978, p. 44).

grande parte desses sete anos, se posso me expressar assim, acima de seus recursos biológicos. O que foi adiado aqui não foi o sofrimento, mas a morte, que já devia ter acontecido havia tempos, foi adiada até que a obra estivesse pronta.

Ou seja, *a medicina psicossomática esclarece muito menos o motivo de alguém adoecer do que o motivo de alguém se manter saudável.*<sup>22</sup> Pelo menos os últimos casos apresentados nos permitem falar com mais propriedade de saúde psicossomática do que de doença psicossomática. Nesse sentido, a medicina psicossomática realmente pode nos oferecer valiosas indicações. E, assim sendo, ela sai da esfera do necessário tratamento de doenças para a esfera da possível profilaxia de doenças. Afinal, está claro que lá onde existe um desencadeamento por parte do anímico deve haver também igual proteção. Dessa maneira, porém, a medicina psicossomática transforma-se numa questão de psico-higiene.<sup>23</sup>

<sup>22</sup> Cf. o caso de um colega que, mesmo muito cansado, exausto de tanto trabalhar, foi chamado a fazer parte de uma expedição alpina de salvamento que duraria algumas horas; logo depois de cumprida sua tarefa médica, sofreu um colapso, e foi difícil para ele se agarrar com segurança na rocha. O fato de ter havido um colapso é compreensível, mesmo sem uma medicina psicossomática; mas a única explicação para isso não ter acontecido um segundo antes de o médico ter cumprido sua função é psicossomática.

Ou seja, fica evidente que não apenas a situação imunológica depende da situação afetiva como também a situação afetiva depende da motivação. Mas o quanto a motivação pode ser decisiva justo nas situações-limite da existência humana é sabido pelas experiências colhidas nos acampamentos de prisioneiros de guerra. Uma série de psiquiatras pôde comprovar que tanto no Japão quanto na Coreia do Norte e, por fim, no Vietnã do Norte, os prisioneiros de guerra com mais chance de sobreviver eram aqueles que se orientavam por um sentido, ao qual se sentiam obrigados. Recebi essa confirmação também de três oficiais americanos que sobreviveram ao mais prolongado cárcere de guerra (até sete anos) e, como o acaso quis, foram meus alunos na US International University (Califórnia). Lá eles relataram detalhadamente suas experiências e seu resumo coincidente é: foi a orientação para o sentido que, no fim das contas, os manteve vivos!

<sup>23</sup> Nesse meio-tempo, o professor Hiroshi Takashima, de Tóquio, também meu aluno, contribuiu para o esclarecimento da problemática do ponto de vista logoterapêutico em seu livro *Psychosomatic Medicine and Logotherapy* (Hiroshi Takashima, *Psychosomatic Medicine and Logotherapy*. Nova York, Viktor Frankl Institute of Logotherapy, 1977).

### 3. Doenças funcionais

#### PSEUDONEUROSES SOMATOGÊNICAS

Partimos do pressuposto de que as neuroses podem ser definidas como doenças psicogênicas. E a neurose orgânica representa os efeitos de uma causa psíquica no âmbito somático. Mas também há o inverso: os efeitos do somático no psíquico. Embora, *ex definitione*, as psicoses é que deveriam ser classificadas de somatogênicas e fenopsíquicas. Mas em relação ao que analisaremos agora, trata-se de quadros de doenças semelhantes a neuroses; sua sintomatologia é, por assim dizer, micropsíquica. De todo modo, uma agorafobia não pode ser comparada a uma melancolia de angústia. Mas também sua etiologia é, ao mesmo tempo, microssomática, não havendo alterações estruturais de órgãos e sistemas orgânicos, e sim meros distúrbios de funções, motivo pelo qual podemos classificar essas doenças como funcionais.

Os sistemas orgânicos em questão são o vegetativo e o endócrino. E seus distúrbios funcionais podem – o que é essencial – transcorrer também de maneira monossintomática, podendo esse monossintoma ser também psíquico. Isso resulta que os distúrbios funcionais vegetativos e endócrinos,<sup>24</sup> enquanto transcorrem sob o quadro clínico da neurose, são larvados. Em contraste com as neuroses autênticas, as neuroses em sentido estrito, aquelas que, como dissemos, podem ser definidas como doenças psicogênicas, trataremos em seguida das doenças somatogênicas, que devem ser definidas como pseudoneuroses.

Claro que a maioria dessas pseudoneuroses está sobre-edificada e sobreposta pelo anímico. Em outras palavras, sua somatogênese é uma mera somatogênese primária. Do ponto de vista terapêutico, é absolutamente relevante o que está posto primeiro: uma psicogênese ou uma somatogênese.

Enquanto nos guiamos por pontos de vista práticos, podemos diferenciar os mais importantes grupos de pseudoneuroses somatogênicas da maneira que explicaremos a seguir.

<sup>24</sup> Viktor E. Frankl, “Die Leib-Seele-Geist-Problematik vegetativer und endokriner Funktionsstörungen”. In: E. Speer (org.), *Die Vorträge der 2. Lindauer Psychotherapiewoche 1951*. Stuttgart, 1952, p. 32.

Em relação ao que chamamos de etiologia microssomática desse tipo de doença, é compreensível que se busque primeiro por uma causa somática. Ou seja, dependendo das circunstâncias, cada distúrbio funcional, vegetativo ou endócrino só pode ser comprovado laboratorialmente. E nem todos os casos apresentam achados objetiváveis. Conhecemos, por exemplo, a pouca confiabilidade relativa de achados como o Chvostek ou até a relação entre potássio e cálcio. Mas com exceção desses achados do grupo tetanoide (Figura 8), também no grupo de Basedow não é preciso, de maneira alguma, haver sempre um aumento do metabolismo basal – assim como também não se espera uma diminuição da pressão arterial no grupo de Addison. Apesar disso, mesmo em tais casos de diagnósticos pobres, vemos como eles respondem de maneira significativa à terapia de nossa escolha.

FIGURA 8

	Monossintoma psíquico	Achado objetivável	Terapia de escolha
Grupo de Basedow (hipertireoidismo larvado)	Agorafobia	Metabolismo basal >	Di-hidroergotamina
Grupo de Addison (hipocortisolismo larvado)	Despersonalização, síndrome psicodinâmica	Pressão arterial <	Desoxicorticosterona
Grupo tetanoide	Claustrofobia, <i>globus "hystericus"</i> , queixas à inspiração profunda	Chvostek + K: Ca >2	Cálcio, di-hidrotaquisterol, ácido glicérico do o-metoxi-fenil

#### A) PSEUDONEUROSES DO TIPO BASEDOW

Primeiro, um exemplo casuístico:

A paciente em questão sofre há cinco anos de severa agorafobia. Está se tratando com uma psicanalista, que não é médica, há meio ano. Encerrou o tratamento simplesmente porque não teve qualquer sucesso terapêutico; muito pelo contrário, as depressões até se aprofundaram. Do ponto de vista

objetivo, a paciente apresentava tremor nos dedos e nas pálpebras; a tireoide está aumentada de maneira difusa e o metabolismo basal é +44%. A paciente recebeu di-hidroergotamina parenteral e já no dia seguinte relatou que a injeção “fez milagre”: “Nunca teria pensado”, ela disse, “que avançaria tanto em tão pouco tempo”. Depois de mais algumas injeções, ela está livre do medo e percebe, entre outras coisas, que os sonhos terríveis, que a faziam sofrer no passado, agora “terminam bem”. “A psicanalista havia interpretado os sonhos, mas eles continuavam assustadores”, ela diz com ironia.

Claro que no caso de sucessos terapêuticos assim, é preciso prestar atenção e saber se não se trata de efeitos sugestivos. Embora um efeito sugestivo não seja desonroso, sempre desorienta o clínico. Para o profissional não é necessário nem possível descartar um efeito sugestivo de antemão no tratamento ou excluí-lo posteriormente na avaliação do sucesso do tratamento. Mas ele precisa se precaver em relação a isso, e é evidente que os casos que baseiam nossa exposição das pseudoneuroses somatogênicas mais importantes só foram incluídos quando tinham sido tratados anteriormente com outros medicamentos e só responderam favoravelmente à medicação específica – ou, por outro lado, quando foram tratados posteriormente com outros medicamentos e só haviam respondido favoravelmente à medicação específica. Também é claro que os pacientes não estavam a par do que lhes era ministrado ou até imaginavam estar tomando outro medicamento. Propositamente deixamos o paciente acreditar que estava recebendo o medicamento que, segundo suas indicações, lhe fizera tão bem. Mas pode também haver a situação inversa, na qual o paciente (com ou sem razão) teme quaisquer efeitos de uma injeção e é tomado por um temor dos efeitos colaterais ou posteriores da medicação. Caso exista essa antissugestão, o efeito terapêutico positivo da medicação específica (não esperado pelo paciente) se torna ainda mais patente.

Na sequência, vamos tratar de dois casos atípicos, que apesar de tais atipicidades fazem parte da zona de pseudoneuroses do tipo Basedow. O primeiro é atípico, pois a sintomatologia era mista, composta pela síndrome 1 (grupo do tipo Basedow) e da síndrome 2 (grupo do tipo Addison). A terapia teve de ser combinada e mirar de maneira concentrada os fatores patogênicos. É lógico que entre

esses fatores também estava a reação psíquica da paciente (ou de sua neurose reativa), fazendo com que a terapia adequada, multicausal, pudesse ser apenas uma terapia simultânea somatopsíquica.

Judith K. (Policlínica Neurológica, ambulatório 376/1955; hospital 1779/1955), paciente de 37 anos, sofre há treze anos de agorafobia severa; na infância, foi muito medrosa: medo de fogo e de terremotos; *há treze anos não sai à rua sozinha* por medo de desmaios e tonturas; também evita aglomerações, o que – além da indicação de “sensação de estrangulamento na garganta” – aponta menos para uma direção agorafóbica do que para uma claustrofóbica. Há quatro anos a paciente não é mais capaz de ficar sozinha em casa. Queixa-se também de pressão na região do coração, diarreias, micção frequente e tremedeiras; apresenta sensibilidade à mudança do tempo e em relação aos ventos. Já se consultou com um famoso colega da área, já passou por uma hipnose, uma narcoanálise e recebeu vários eletrochoques numa clínica psiquiátrica – entretanto, nenhuma dessas medidas obteve sucesso. Nos últimos tempos, teve perda de peso de consideráveis 22 kg; pesa agora 47 kg. O metabolismo basal já foi de +50%. O eletrocardiograma indica uma leve lesão do miocárdio. Do ponto de vista terapêutico, tentou-se, desde o início, no sentido de uma terapia simultânea somatopsíquica, combinar a condução psicoterapêutica da paciente com medicamentos específicos. Esses últimos deveriam preparar o terreno onde a psicoterapia pudesse ser desenvolvida. O caso apresentava, como já foi dito, traços agorafóbicos e claustrofóbicos; classificamos esses últimos no geral com o grupo tetanoide das doenças pseudoneuróticas, assim como já afirmamos que os psicocorrelatos monossintomáticos dos estados agorafóbicos muitas vezes<sup>25</sup> ocultam (ou apontam, no caso do especialista) um estado do tipo Basedow. Então, pelo fato de esse caso também apontar na direção tetanoide, resolvemos ministrar, ao lado da di-hidroergotamina,

<sup>25</sup> Evidentemente que em tudo isso não se deve achar que toda agorafobia é uma pseudoneurose somatogênica, no sentido que a entendemos.

também miosina E, depois que fomos capazes de demonstrar<sup>26</sup> que esse ácido glicérico do o-metoxi-fenil consegue reduzir o medo (pseudo)neu-rótico de casos de distúrbios “funcionais” (no sentido que entendemos).

O efeito desse tratamento medicamentoso duplo, completado pela psico-terapia (segundo o método da intenção paradoxal) foi o seguinte: no 13º dia do tratamento hospitalar, a paciente – que havia treze anos não saía sozinha de casa – foi capaz de ir de Hernalds (onde mora) até a policlínica; *no 17º dia, ela foi sozinha ao cinema depois de vinte anos; no 18º dia, visitou pela primeira vez na vida um salão de café* (ela sentiu apenas “medo do medo”, mas que logo se dissipou). Na 4ª semana de sua presença na clínica ela atravessa a cidade na garupa da moto do marido e também anda sozinha num bonde lotado (cuja lotação já deveria horrorizá-la de antemão, por motivos claustrofóbicos). Quando ela recebe alta da internação, depois de um período total de tratamento de quatro semanas, ela se sente como que “renascida”. Sem que tivesse de tomar mais quaisquer medicamentos, a paciente se mantém sem queixas também durante o período de controles periódicos; nessa ocasião, acontece também de ela retomar o contato sexual com o marido – após uma carência de quatro anos. Citamos isso apenas porque queremos ressaltar como seria errôneo construir a etiologia de tal neurose baseando-se na abstinência sexual, enquanto, na realidade, é o oposto: a carência sexual (não a causa) é mero efeito da (pseudo)neurose, assim como a reabilitação sexual de nossa paciente é um efeito (secundário) de nossa terapia.

Vejamos agora um segundo caso, também atípico, pois se apresentava o sintoma 3 (grupo tetanoide), mas o efeito terapêutico deveu-se à terapia indicada via de regra para os casos típicos de pseudoneurose do tipo Basedow – a di-hidroergotamina.

Margarete Sch. (Policlínica Neurológica, ambulatório 3641/1953; hospital 677/1953), paciente de 39 anos, diz sofrer há vários anos de um medo crescente do qual é acometida quando fica em ambientes fechados; ela

<sup>26</sup> Viktor E. Frankl, “*Zur Behandlung der Angst*”. Wiener medizinische Wochenschrift, vol. 102, 1952, p. 535.

também não tolera nenhuma peça de roupa muito justa. Há quatro semanas, ela tomou uma injeção no dentista, sofrendo em seguida uma severa excitação de medo; sentiu taquicardia – que se manteve mesmo com as medicações prescritas pelo médico, como quinino, digitalis e luminal. Por fim, a paciente se queixa de sensação de opressão e globus. Enquanto esse último é tantas vezes interpretado erroneamente no sentido histérico, somos da opinião de que ele pode ser avaliado da mesma maneira na direção tetanoide como o sentimento de opressão e sufocamento. Nossos pacientes costumam relatar dificuldades em inspirar profundamente.

No que se refere ao caso em questão, revelou-se uma proporção de potássio-cálcio de 20,7:8,8 – suspeita no sentido tetanoide –, enquanto o metabolismo basal era de apenas +4%. Dessa maneira, tínhamos direito de suspeitar de uma afecção de um distúrbio larvado funcional vegetativo e endócrino do grupo tetanoide e, por essa razão, receitamos uma medicação de cálcio e também miosina E; apesar de todas essas ações terapêuticas, não houve qualquer efeito terapêutico. Por outro lado, as doses de di-hidroergotamina 45 funcionavam “muito bem”. Curiosamente, a paciente se sentia “muito cansada” durante meia hora logo depois de cada injeção, queixando-se de tonturas e enjoos. Caso isso fosse apenas um efeito sugestivo, se trataria de uma antissugestão, ou seja, a paciente teria esperado, no máximo, um agravamento de seu estado. Mas não foi assim; logo tudo isso sumiu, e seu estado objetivo melhorou, assim como a taquicardia.

Além disso, a paciente fez um tratamento logoterapêutico, que foi direcionado (no sentido da intenção paradoxal) contra seu medo de ter medo. Quando veio a nós, a paciente estava num estado de máxima agitação ansiosa, pois tinha medo de enlouquecer. Ou seja, a paciente reagia com uma “psicofobia” às diversas queixas que interpretamos (em nossa terminologia) como uma doença funcional. Já não podemos falar de uma mera doença funcional, já que temos de caracterizar o quadro, em sua totalidade, como uma neurose reativa. Em poucas semanas, a paciente ficou livre de quaisquer distúrbios e se manteve assim durante todos os anos que se passaram, desde seu tratamento hospitalar conosco.

Escolhemos propositalmente dois casos atípicos para prevenir o uso do esquema teórico para realizar uma prática esquemática.

Por fim, vale a pena citar que o empirismo clínico reforça que a agorafobia e a claustrofobia pseudoneuróticas podem ser relacionadas de maneira tão específica com as pseudoneuroses do tipo Basedow e do tipo tetanoide (respectivamente), que conseguimos chegar a um diagnóstico diferencial (e a indicação da terapia específica), a partir de uma pergunta-teste, mesmo nos casos em que não se contava com uma ou outra fobia manifesta. Procuramos distinguir uma agorafobia ou claustrofobia latentes ao perguntar ao paciente o que mais o abalaria: ficar sozinho em meio a uma praça vazia ou ter de se sentar no meio de uma fileira de um cinema lotado? A mera disposição claustrofóbica ou agorafóbica possível de ser testada assim é tão significativa para a pseudoneurose coordenável que, a partir dos resultados dos testes, podemos também escolher a terapia correspondente.

#### B) PSEUDONEUROSES DO TIPO ADDISON

Vamos começar com um relato de caso:

Dr. Sch., médico, se queixa de dores de estômago, sofre com diarreias e precisa fazer dieta por longos períodos, abstendo-se de pão preto, frutas e verduras. Sabe-se que isso leva a uma carência de vitaminas do complexo B, no sentido de um distúrbio de absorção como também de uma oferta insuficiente. A anamnese registra, de maneira característica, uma intolerância ao calor e ao sol. O paciente também confessa que frequentemente tem vontade de comer comidas salgadas, o que também é característico. E agora vamos à descrição dos sintomas de despersonalização: o paciente afirma que nada lhe parece verdadeiramente real, ele próprio também não tem a sensação de “estar presente”, ele se sente como se fosse “sem essência” – “como se uma corda tivesse quebrado em mim”, ele diz. “Me sinto como se estivesse num sonho, minha consciência é muito limitada, a consciência do eu inexistente, não volto ao meu verdadeiro eu. E tenho de me perguntar: Por que eu sou eu e não aquele que estou olhando no momento? Tudo me parece tão distante e eu mesmo

me sinto estranho; minha voz soa tão estranha; é como se meus membros não fossem meus, como se eu estivesse acima do meu corpo ou nem tivesse corpo, como se eu fosse puro espírito”. Além disso, há noxas iatrogênicas: em primeiro lugar, são prescritos, como tão frequentemente na medicação de rotina, barbitúricos, dos quais sabemos que via de regra diminuem ainda mais a pressão arterial já baixa (neste caso, a pressão arterial era de apenas 95 mmHg). Não apenas a hipotonia arterial é agravada, como também a “hipotonia da consciência”, nas palavras de J. Berze, que explica a despersonalização. Além disso, o colega médico que cuidava do caso anteriormente falou de maneira impensada, para não dizer irresponsável, de uma “clivagem”, fazendo com que o paciente começasse a desenvolver uma psicotofobia reativa.

Agora, de nossa parte, a terapia compreendeu um comprimido de Percorten diário, sublingual. Após poucos dias, o paciente se sente “ótimo”: “Tudo está normal – tudo voltou a ficar tão próximo, claro e límpido como nos tempos normais”. (Um caso análogo, um estudante inglês, relata o efeito terapêutico subjetivo da desoxicorticosterona: “Clareou minha mente; minha capacidade de pensar está melhor”). “Consciência e memória também estão mais afiadas”. Nos meses seguintes, ele se livrou totalmente de suas queixas e continua assim, apesar de já não tomar mais Percorten.

Nos outros casos, ministramos a desoxicorticosterona também de maneira parenteral, como no caso de uma jovem farmacêutica que, devido aos seus sérios eventos de despersonalização, recebeu três aplicações de 5 mg de Cortiron, com intervalos de uma semana entre elas. Como ela afirma, o efeito das duas primeiras injeções durou cinco dias cada e resultou que “tudo se tornou muito mais claro e imediato”. No caso dessa medicação parenteral é preciso atentar, porém, ao fato de termos de acelerar as funções do córtex suprarrenal, mas sem acostamá-lo a isso. Do ponto de vista prático, isso quer dizer que não é inofensivo aplicar remédios de efeito retardado, pois suas formas de administração são como flechas que, uma vez disparadas, fogem ao nosso controle. Então, quais são condições para que o córtex suprarrenal continue funcionando de maneira parecida com o normal assim que é acelerado? Nas circunstâncias presentes em nossos casos de distúrbios funcionais

leves, via de regra é suficiente provocar essa capacitação espontânea na forma de uma mudança da reação do corpo a uma reação vegetativa – e o treinamento esportivo talvez seja a maneira mais eficiente de se conseguir isso. *Ad hoc* o caso seguinte, que agradecemos ao colega J. M. David (Buenos Aires):

Trata-se de um oficial argentino de 30 anos, que há seis anos não sofre apenas de severa despersonalização como também de uma completa síndrome psicodinâmica: falta de concentração e de memória.<sup>27</sup> Já foi tratado por cinco médicos e fez psicanálise por dois anos; choques de acetilcolina e dez eletrochoques. Passa a receber Percorten, combinado com vitamina B, parenteral, e também um tratamento breve logoterapêutico por causa de sua frustração existencial concomitante. Depois de três injeções de hormônios do córtex suprarrenal, há uma melhora surpreendente no que se refere à despersonalização: o paciente se sente ótimo, viaja para o campo, mas se esquece de levar o medicamento hormonal via oral e sofre uma severa recaída. No decorrer da semana seguinte, começa a praticar esportes de maneira sistemática e logo não precisará mais dos remédios.

O caso seguinte também é muito instrutivo sob muitos pontos de vista:

Trata-se de uma jovem paciente do exterior, que foi tratada lá durante seis anos, por seis horas semanais, por uma psicanalista, e que teve de interromper o tratamento por motivos alheios à sua vontade. Depois de anunciar isso à psicanalista, essa última explicou que não se podia falar em interrupção, visto que a análise ainda nem tinha começado – o fracasso se devia à resistência da paciente. De nossa parte, diagnosticamos aqui um hipocorticosismo com despersonalização em primeiro plano; sendo medicada com desoxicorticosterona, a paciente “começou a se sentir melhor, não apenas em relação à despersonalização, mas também fisicamente”, segundo relato de sua médica (a paciente estava de cama no início de nosso tratamento). Além disso, segue

<sup>27</sup> Viktor E. Frankl, “Psychodynamie und Hypokortikose. *Wiener klinische Wochenschrift*, vol. 61, 1949, p. 735; idem, “Ein über Psychodynamisches Syndrom und seine Beziehungen zu Funktionstörungen der Nebennierenrinde. *Schweizerische medizinische Wochenschrift*, vol. 79, 1949, p. 1.057.

o relato, “ela ganhou peso, está com mais resistência, conseguiu redigir uma dissertação e não precisa mais de tratamento”.

Mais uma vez, vemos que para diagnosticar uma neurose é preciso primeiro excluir uma pseudoneurose somatogênica – isso é necessário,<sup>28</sup> mas está ao alcance somente de um médico com formação clínica completa. Por mais que a exclusão de uma pseudoneurose somatogênica seja condição necessária para o diagnóstico de uma neurose autêntica (psicogênica), ela não é suficiente: pois o fato de se excluir uma pseudoneurose somatogênica está longe de dar o direito de se diagnosticar uma neurose (psicogênica). Em outras palavras: o diagnóstico de neurose dado por exclusão não é válido. O próximo caso ilustra esse alerta:

Há cinco anos, Cäcilie D. vai de uma clínica neurológico-psiquiátrica a outra e passa por todos os tipos de procedimentos, tanto diagnósticos quanto terapêuticos: da punção lombar à encefalografia, da narcoanálise até o eletrochoque. Por fim, eis a conclusão literal: “Está descartada qualquer causa orgânica; trata-se de uma histeria de conversão”. Sob essa etiqueta diagnóstica, a paciente é transferida para nossa seção. Já ao ouvir sua anamnese, tudo nos indica que o tálamo está envolvido. O exame radiográfico aponta para um aumento crônico na pressão endocranial, e o achado oftalmológico fala de uma *chrorioditis centralis peracta*. Por esse caminho, fomos do (suposto) diagnóstico topográfico no tálamo para o diagnóstico específico de toxoplasmose. O teste Sabin-Feldman dá positivo, e a reação à toxoplasmina também é positiva.

### C) PSEUDONEUROSES TETANOIDES<sup>29</sup>

Mais uma vez, quero apresentar exemplos concretos da fenomenologia desse terceiro grupo de pseudoneuroses somatogênicas.

<sup>28</sup> Cf. T. Riechert; R. Hemmer; Clínica Neurológica Universitária de Freiburg i. Br. *München Medizinischen Wochenschrift*, vol. 98, 1956, p. 543: de 584 tumores cerebrais, comprovados por cirurgia, 33 foram diagnosticados e tratados como neurose.

<sup>29</sup> Em Viena, foram principalmente K. Nowotny e P. Polak os que se destacaram em seu esclarecimento e delimitação frente à neurose autêntica.

Uma instância de autoridade encaminha o estudante de medicina K. a nossa seção com a indicação expressa de psicoterapia. Há quatro anos ele sofre de “espasmos nervosos”: estados semelhantes a espasmos que duram até uma hora, com parestesias na forma de formigamento e sensação de tensionamento, parcialmente também com rigidez das extremidades. O paciente, ao demonstrá-lo, coloca a mão numa posição de pata (mesmo que apenas insinuada), bem típica. Além disso, relata “respirar de um jeito esquisito” de tempos em tempos. Temos todos os motivos para suspeitar de que ele hiperventila nesses casos. Queixas estomacais vagas completam o quadro. Objetivamente, seu Chvostek é positivo, a relação potássio-cálcio está em 22,4:9,8, mais que o dobro. Depois de tomar uma injeção de cálcio, em caráter experimental, o paciente relata “um efeito extraordinário”; assim que recebe miosina E, cessam de todo os seus ataques.

Como falamos no início, no caso de pseudoneuroses tetanoides, o di-hidrotaquisterol também é indicado, inclusive nos casos que são acompanhados por angústia. Como prova casuística, apresentamos o seguinte caso:

Irene Z., 32 anos, queixa-se de estados de angústia: não consegue andar sozinha de bonde (reação claustrofóbica típica), também sente um estrangulamento no pescoço e falta de ar, além de uma sensação de câibra no braço. Objetivamente o Chvostek é positivo, enquanto a proporção de potássio-cálcio é de 2,9. Tomando miosina E, sente claro alívio no que diz respeito à angústia: a paciente vem pela primeira vez sozinha. Em seguida, passa a tomar Calcamin [diidrotaquisterol] – evidentemente com um controle de seu nível de cálcio – e depois de poucas semanas já não apresenta mais sintomas. Meses mais tarde, há uma recidiva: a paciente não conseguiu tomar o Calcamin regularmente. Mais tarde, ela para com essa medicação, mas continua sem queixas, durante dois anos. Passado esse período tem uma segunda recidiva. A paciente vem nos procurar, pois há poucas semanas tem novamente a sensação de sufocamento e opressão e não consegue respirar livremente. Melhora instantaneamente com a miosina E,

mas já é elegível para uma injeção experimental de cálcio. Desde então, há anos que não tem queixas, sente-se bem e consegue viajar sozinha, inclusive nos bondes mais cheios, sem a menor angústia.

#### D) SÍNDROMES VEGETATIVAS

G. von Bergmann cunhou o termo “estigmatização vegetativa”, e Siebeck, “labilidade vegetativa”; hoje falamos de distonia vegetativa, conceito criado em 1934 por Wichmann. Os sintomas vegetativos também ocupam de tal maneira o primeiro plano dos estados depressivos psicóticos, quer dizer, endógenos, que se fala com razão de uma depressão vegetativa. Ao contrário da latência escrupulosa da depressão endógena larvada na geração anterior, encontramos agora, no quadro dessa doença, principalmente danos vegetativos e queixas hipocondríacas-reativas.

Enquanto se trata de estados neuróticos ou pseudoneuróticos, preferimos falar de síndromes vegetativas e não de uma distonia vegetativa. Do ponto de vista terapêutico, entretanto, é necessário diferenciar os sintomas vegetativos. Nesse sentido, por exemplo, W. Birkmayer tem razão em contrapor sintomas simpatotônicos aos vagotônicos. É sabido também que F. Hoff advoga em favor dessa separação e diferenciação, e F. Curtius diz expressamente: “Os tipos da vagotonia e da simpaticotonia têm se justificado, apesar de algumas limitações de ordem clínica”. O fato de encontrarmos repetidamente na prática superposições dos dois grupos vegetativos é natural e não muda em nada a possibilidade diagnóstica e a necessidade terapêutica de se definir o que prevalece em cada caso: simpaticotonia ou vagotonia.

Parece-nos que conhecer os estados simpatotônicos ou vagotônicos é mais importante quando estamos lidando com ataques vegetativos, principalmente ataques vegetativos do coração. Nesse sentido, temos muito a agradecer à pesquisa de K. Polzer e W. Schober, que avançaram muito na diferenciação das síndromes simpático-vagal e vasovagal. Não nos furtaremos de afirmar que os pacientes sofrem injustiças, diariamente e em todas suas consultas, ao serem estigmatizados e etiquetados como neuróticos ou histéricos, quando na realidade seu diagnóstico é errôneo, visto que se trata de ataques vegetativos.

Como ressaltamos de início, nos guiamos por pontos de vista da prática clínica ao diferenciar os três grupos das pseudoneuroses do tipo Basedow, Addison e tetanoide. É claro que não apenas os distúrbios funcionais do sistema endócrino e do sistema nervoso vegetativo podem transcorrer sob o quadro de neuroses, como também lesões orgânicas e afecções do sistema nervoso central. O exemplo mais clássico é o estado prodrômico da assim chamada “pseudoneurastenia” da paralisia progressiva. O clínico sabe e está familiarizado com o fato de que também outros sistemas orgânicos – e não somente o sistema nervoso – podem adoecer no sentido de distúrbios funcionais pseudo-neuroticamente larvados.

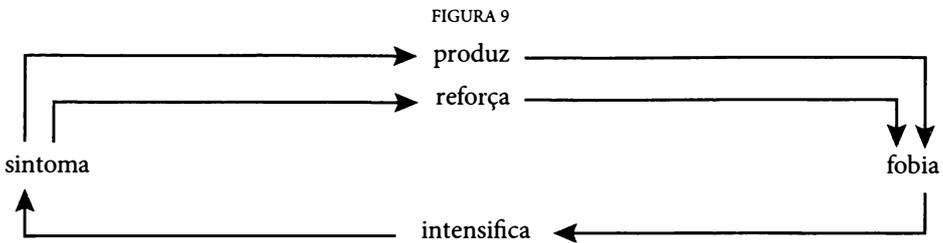
#### 4. Neuroses reativas

Inicialmente vimos que as neuroses podem ser definidas como doenças psicogênicas. Em seguida, mostrou-se que elas precisam ser separadas das pseudoneuroses; essas últimas, embora transcorram sob o quadro das neuroses, devem ser classificadas como somatogênicas. Agora, vamos contrapor a essas neuroses outras neuroses que são psicogênicas no sentido lato – ou seja, neuroses no sentido mais amplo da palavra.

No caso das pseudoneuroses somatogênicas em que temos *efeitos psíquicos de causas somáticas*, vemos constantemente que devido a esses *efeitos se produzem efeitos psíquicos reativos* – reações neuróticas, que também podemos chamar de neuroses reativas. Como essas reações são psíquicas, as doenças correspondentes também serão psicogênicas.

Há entre as reações neuróticas em questão também as reações típicas. O denominador comum desse padrão de reações é a ansiedade antecipatória (medo do medo).

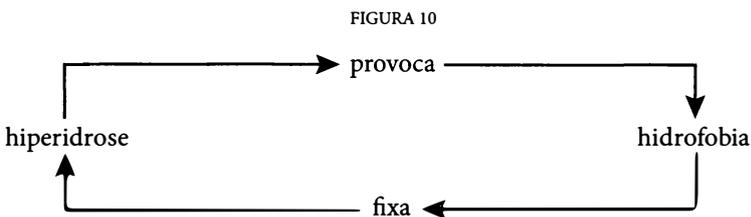
Como o clínico desprovido de preconceitos sabe, *a ansiedade antecipatória* não raro é o verdadeiro patogênico na etiologia da neurose, de maneira a se *fixar num sintoma fugaz e, portanto, inofensivo, fazendo com que a atenção do paciente se mantenha focada nesse sintoma.*



O mecanismo da ansiedade antecipatória é conhecido pelo clínico: o sintoma produz uma fobia correspondente, a fobia correspondente intensifica o sintoma, e esse sintoma intensificado reforça o temor do paciente a um retorno do sintoma (Figura 9).

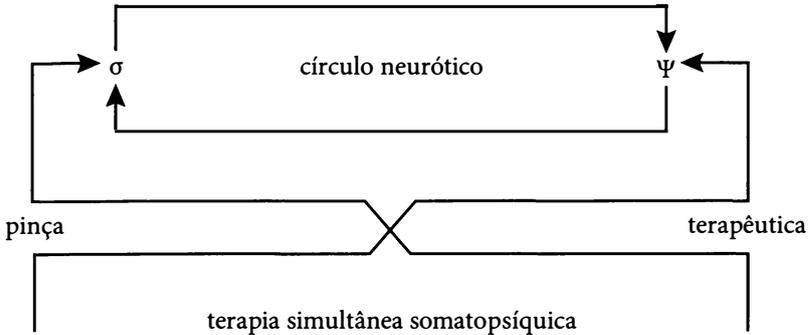
O paciente se enreda nesse círculo vicioso – como se estivesse num casulo. Um caso concreto pode explicar isso:

Um jovem colega se dirige a nós; sofre de hidrofobia grave. Tem uma labilidade vegetativa congênita. Certo dia, ao apertar a mão de um superior, observa como literalmente se empapa de suor. A próxima vez, numa situação análoga, ele já está esperando pela suadeira, e a ansiedade antecipatória já faz com que o suor desponte de seus poros, fechando-se o círculo vicioso. A hiperidrose provoca a hidrofobia, e a hidrofobia fixa a hiperidrose (Figura 10).



Visto que as neuroses podem surgir de um processo circular, sua terapia precisa corresponder a um movimento de pinças. Numa aproximação concêntrica, temos de atacar tanto o sintoma quanto a fobia. Em outras palavras: no sentido de uma terapia simultânea somatopsíquica, um dos braços da pinça terapêutica – aquela que consegue quebrar e explodir o círculo neurótico – tem de ser aplicado na labilidade vegetativa na qualidade de polo somático, e o outro braço deve dirigir-se à ansiedade antecipatória reativa, na qualidade de polo psíquico (Figura 11).

FIGURA 11



A partir do exemplo da ansiedade antecipatória fica claro que o temor concretiza aquilo que teme. Resumindo: *se o desejo é o verdadeiro pai do pensamento, o temor é a mãe do evento*, ou seja, do processo da doença. Muitas vezes a neurose aparece apenas quando a ansiedade antecipatória se apodera do processo patológico.

#### A) PADRÃO DE REAÇÃO DA NEUROSE DE ANGÚSTIA

O que é mais temido no âmbito dessa ansiedade antecipatória? Primeiro precisamos dizer que nossos pacientes neuróticos concordam com F. D. Roosevelt, que parece ter dito numa de suas famosas *Conversas ao pé da lareira*: “A única coisa a se temer é o próprio temor”. Realmente, uma das coisas que os pacientes mais temem é o temor em si. Nesse caso especial de ansiedade antecipatória, podemos também falar de expectativa do medo. Os pacientes falam comumente de um *medo do medo*.<sup>30</sup> Trata-se da expectativa angustiada do retorno de um ataque de pânico, já vivenciado anteriormente.

O medo do medo traz consigo um fenômeno de potenciação igual ao que vemos, de maneira análoga, na depressão endógena, que, apesar de seu caráter endógeno, implica um fator reativo – não no sentido de um componente exógeno,

<sup>30</sup> Não há apenas um medo do medo, mas também uma vergonha do medo. Conhecemos um caso em que o paciente sentia vergonha de seu medo porque, sendo alguém tão “crente”, não conseguia compreender como ainda assim tinha medo. Na realidade, seu medo não atestava contra sua fé, mas sim um hipertireoidismo.

mas no de uma reação à depressão enquanto endógena. A tristeza injustificada do paciente lhe dá motivo para uma tristeza adicional.<sup>31</sup>

Por fim, e na realidade, nossos pacientes não temem a angústia em si; pois se investigarmos a fundo seu medo do medo, literalmente, quer dizer, quando procuramos pelo motivo de esses pacientes temerem a angústia, vemos que eles temem principalmente que as excitações causadas pela angústia possam ter “consequências” prejudiciais à saúde. Em primeira instância, essa angústia se refere a três coisas: (1) os pacientes podem, tamanha sua excitação, ter um colapso no meio da rua; (2) podem ser acometidos por um ataque cardíaco ou (3) por um derrame cerebral e ficar inválidos. Em outras palavras, por trás da angústia de expectativa está a colapsofobia, a infartofobia, a insultofobia (medo de um derrame cerebral).

*Angústia de expectativa*

1. Colapsofobia
2. Infartofobia
3. Insultofobia

Tudo isso motiva o paciente ao seu medo do medo; e qual a consequência dessa angústia de expectativa? *Por medo do medo, os pacientes fogem do medo.* Resumindo: *eles saem correndo do medo – e, paradoxalmente, essa corrida significa ficar em casa.* Pois o primeiro tipo de reação com o qual temos de lidar é o padrão agorafóbico de reação. Uma prova casuística:

Marie B. (Policlínica neurológica, 394/1955 ambulatório; 6264/1955 hospital). A paciente foi tratada e sua história médica foi registrada pelo dr. Kocourek. A mãe da paciente sofria de uma compulsão por se lavar. Ela própria estava havia onze anos em tratamento por causa de uma distonia vegetativa; apesar disso, seu nervosismo aumentou gradualmente. No quadro de sua enfermidade, ataques taquicárdicos estão em primeiro plano; a isso se soma o medo e uma “sensação de colapso”. Depois do primeiro ataque

<sup>31</sup> Encontramos fenômenos de potenciação análogos também fora do ambiente clínico. Quem ainda não se irritou com a própria irritação? Agradecemos a Hans Weigel a última descoberta nesse sentido, aquela da “consciência pesada por não ter a consciência pesada” (Hans Weigel, *Unvollendete Symphonie* (romance). Innsbruck, Österreichische Verlagsanstalt, 1951).

cardíaco e de medo, surgiu o medo de que tudo poderia se repetir, fazendo com que a paciente já começasse a sentir a taquicardia. Ela também temia, principalmente, cair na rua ou sofrer um derrame. A angústia de expectativa era acompanhado por uma compulsão de observação – quer dizer, a paciente observava as próprias queixas, checando sempre sua pulsação, por exemplo. A vida familiar da paciente é descrita como boa. Objetivamente, sua tireoide está aumentada; nota-se agitação e tremores nas pálpebras.

Como terapia, a paciente recebe, três vezes ao dia, dois comprimidos de miosina E, e o dr. Kocourek a orienta a dizer a si mesma: “É para o coração bater ainda mais. Vou tentar cair no meio da rua.” A paciente é orientada a listar todas as suas queixas, como um treino, e não fugir delas. Cura específica pela proteção da penicilina. Duas semanas após a administração a paciente relata: “Sinto-me muito bem e quase não tenho mais taquicardia. As palpitações já não me incomodam, afinal nada vai acontecer comigo. Os estados de ansiedade sumiram por completo. Estou quase totalmente saudável”. Dezesete dias após a alta, a paciente afirmou: “De vez em quando tenho palpitações e digo para mim mesma: ‘O coração deve bater ainda mais’. E as palpitações param, enquanto no passado sempre eram motivo de angústia, porque eu pensava: pelo amor de Deus, vai acontecer alguma coisa comigo. Sempre achei que ia sofrer um ataque cardíaco. Afinal, não sabia o que era. Tinha medo de desmaiar na rua. Não tenho mais medo.”

Assim fica demonstrado que o medo do medo, cujo motivo tentamos desvendar, realmente tem um “motivo”, que é a colapsofobia, a infartofobia ou a insultofobia. Temos apenas de lembrar que o medo do medo é um medo secundário na medida em que ele se refere a um medo primário, que o paciente sentia no começo, enquanto o medo do medo lhe veio posteriormente. Em oposição ao medo secundário, o medo primário não tem um motivo, mas muito mais uma causa.

A diferença entre motivo e causa pode ser explicada a partir do medo de altura. Ele pode remeter ao fato de o indivíduo ter medo e receio porque não possui uma preparação adequada ou equipamento suficiente (para o alpinismo). O medo de altura pode ser derivado também da falta de oxigênio. Num dos casos, há uma

covardia frente à altura e no segundo uma doença devido à altura (mal de montanha). O primeiro tem um motivo e o segundo, uma causa. O primeiro caso é psíquico e o segundo, somático. A diferença entre motivo psíquico e somático também fica clara a partir do seguinte exemplo: *Uma cebola não é motivo para chorar, mas ela pode ser a causa de uma secreção lacrimal*. E as cócegas não são motivo para rir (fazer piadas, sim), muito mais a causa que pode disparar um reflexo de riso.

Qual a causa somática do medo primário de nossos pacientes? Podemos demonstrar que a agorafobia não raramente se origina de um hipertireodismo. Mas isso não significa que o hipertireodismo possa, por si só, criar uma neurose de angústia no sentido de uma pseudoneurose somatogênica – pois o efeito secundário e concomitante de uma doença hipertireodiana é apenas a mera disposição à angústia (ao medo), e uma *ansiedade antecipatória reativa precisa primeiro se acoplar à disposição vegetativa de angústia*. Apenas então se estabelece a neurose de angústia completa, agora no sentido de uma neurose reativa.

Na realidade, chegamos dessa maneira à questão da base neuropática das neuroses; seu substrato psicopático será abordado adiante. Assim como W. Villinger, também concordamos que “há motivos importantes contrários a uma extensão do conceito de neurose” e também lamentamos que “à deflação nas áreas da psicopatia e neuropatia segue-se uma inflação que chama a atenção nas áreas da neurose”. Não diferentemente de H. Kranz, consideramos a psicopatia como um “conceito que vale a pena ser mantido”, apesar de sua idade (foi criado em 1891 por Koch) – e o mesmo vale para a neuropatia. A expressão de uma neuropatia pode ser a simpaticotonia ou a vagotonia; não precisamos duvidar da legitimidade desses conceitos (F. Curtius; F. Hoff; W. Villinger). A correlação entre a simpaticotonia e o hipertireoidismo é conhecida: eles se entrecruzam. *Ad hoc* um caso:

A senhora W. tem 30 anos. Ela nos procura por causa de estados fóbicos. Atrás deles desenha-se uma psicopatia de caráter anancástico. Mas, além da constituição psicopática existe também uma constituição neuropática, na forma de uma simpaticotonia ou hipertireoidismo: tireoide aumentada – exoftalmia – tremores – taquicardia (140 bpm) – perda de peso (5 kg) – metabolismo basal +72%. As constituições psicopática e neuropática formam a base constitucional da neurose. A esta se associa uma base disposicional: há dois anos

a paciente passou por uma estrumectomia, o que acarretou um desarranjo vegetativo. Por fim, chegou-se a um desequilíbrio vegetativo (no que vemos a base condicional) depois que a paciente tomou, há dois meses, um café muito forte – algo fora de seus hábitos –, sofrendo um ataque vegetativo de angústia. E somos confrontados com uma afirmação significativa na anamnese: “Depois do primeiro ataque de angústia, bastava me lembrar dele para imediatamente me sentir angustiada”. Isso nos faz concluir que uma ansiedade antecipatória de natureza reativa tomou conta do ataque de angústia de caráter vegetativo.

Uma análise existencial do caso evoca – para além da sua disposição psicopática e neuropática e da sua base constitucional e disposicional – o pano de fundo existencial da neurose. A paciente o verbaliza assim: “*Há em mim um vazio espiritual. Estou pendurada no ar, tudo me parece sem sentido; o que sempre mais me ajudou foi cuidar de alguém, mas agora estou sozinha; quero que minha vida tenha um sentido novamente*”. No caso dessas palavras, já não se trata apenas da anamnese de uma paciente. Escutamos delas muito mais o grito de socorro de um ser humano. Em contextos semelhantes, falamos de uma *frustração existencial*. Consideramos como tal a *frustração da vontade de sentido*, essa exigência tão característica do ser humano por uma existência o mais plena possível de sentido.

A frustração existencial não é patológica, mas apenas patogênica, e nem isso é obrigatório, mas facultativo. E todas as vezes em que ela se torna factualmente patogênica, todas as vezes em que a exigência frustrada de sentido da vida de uma pessoa a faça adoecer, chamamos tais doenças de neuroses noogênicas. No caso anterior, a neurose não é noogênica, mas reativa. Mesmo assim, fica patente como todas as formações circulares, das quais falamos o tempo todo, não conseguem proliferar senão dentro de um *vazio existencial* (como o temos chamado), e o que a paciente tentou descrever com palavras não foi nada menos do que um vazio existencial. Se as proliferações psíquicas devem ser eliminadas, então o vazio existencial precisa ser preenchido. Somente quando isso acontece a terapia pode se completar e a neurose é totalmente superada. É preciso ousar a entrada na dimensão espiritual, incluir

o espiritual na teoria e na terapia das neuroses. Dessa maneira, também nesse caso é possível esclarecer à paciente, no sentido de uma logoterapia – como chamamos uma psicoterapia a partir do espiritual –, que também sua existência não carece de um sentido concreto e pessoal.

Nosso recurso à disposição neuropática implica que abandonemos as armas terapêuticas e nos rendamos a um niilismo terapêutico ou a um fatalismo? Não enxergamos como destino [*fatum*] o fato [*factum*] de uma simpaticotonia ou uma vagotonia. Pode ser que um simpatotônico esteja muito agitado e outro simpatotônico – de igual disposição neuropática – esteja menos agitado, mas alerta: de certa maneira, ele está desperto até no campo visual periférico. Isso deve apontar para um trabalho de E. Bachstez e W. Schober, da Policlínica Neurológica, que “encontraram um campo visual especialmente grande naqueles tipos de pacientes alertas, muito despertos, sensíveis e facilmente excitáveis, com fortes reações de expansão”. De maneira análoga, um paciente vagotônico é tenso e contido – até chegar a uma prisão de ventre, no sentido de uma constipação espasmódica –, enquanto outro vagotônico é contido, somente apoiando-se em si mesmo. Confirma-se o que Goethe diz em *Os Anos de Aprendizagem de Wilhelm Meister*: “Não temos vício que por natureza não possa se transformar em virtude, nem virtude que não possa se transformar em vício”. Pois aquilo que o indivíduo faz de sua simpaticotonia ou vagotonia, como ele a insere em sua vida, que vida ele constrói sobre ela, depende da pessoa espiritual e não do tônus simpático ou parassimpático de seu organismo psicofísico. Uma constituição neuropática ou psicopática não precisa se manifestar clinicamente. Enquanto tal não acontece, na verdade não temos o direito de falar mais do que de uma mera neurolabilidade ou psicolabilidade constitucional.

Vamos nos dirigir novamente ao medo secundário. É preciso ainda dizer que não se trata apenas de uma angústia reativa – mas a primeira forma de angústia reativa, de cujas outras formas ainda trataremos. Na forma de angústia de expectativa, a angústia reativa é uma angústia reflexiva; quer dizer, ela se distingue de uma angústia transitiva, que queremos chamar de angústia fóbica (ou seja, medo de algo determinado). De uma maneira ou de outra: com o tempo, a angústia sempre procura – e também acha – um conteúdo e um objeto concreto.

Ela se concretiza, se condensa, ao redor do conteúdo e objeto como um núcleo de condensação. E o conteúdo e o objeto também podem se alternar.

Gisela R., uma paciente no pré-climatério, nos procura por causa de uma astrofobia: tem medo de raios e relâmpagos. Sua casa foi incendiada após ser atingida por um raio. Perguntada sobre o que tem medo no inverno, quando não há raios, a paciente responde: “Daí não sofro com o medo dos raios, mas com o medo do câncer”. A mãe da paciente tinha morrido alguns anos antes de câncer. Câncer e raios se tornaram núcleos de condensação de uma fobia que se alternava.

O contrário também pode ser o caso. A angústia reflexiva pode se transformar numa angústia transitiva: um paciente tem medo do seu superior, depois tem medo de falar com o superior, depois tem medo de falar, depois tem medo do medo. Um caso análogo:

Uma paciente sofre de eritrofobia severa. A anamnese revela o seguinte: primeiro a paciente enrubesce quando sua mãe fala de determinado rapaz; em seguida, enrubesce quando a conversa é sobre outros rapazes; mais tarde, enrubesce também por outros motivos; por fim, ela enrubesce não apenas diante da mãe, mas sempre que fica com medo de enrubescer.

Não encontramos pseudoneuroses somatogênicas apenas em relação com o hipertireoidismo, mas também com hipocorticoses, nas quais não se trata de uma função exagerada da tireoide, mas de uma função diminuída do córtex suprarrenal. O fenômeno secundário e concomitante é o que chamamos de síndrome psicodinâmica, em cujo primeiro plano está a despersonalização. Ela também leva a algo que vai além das pseudoneuroses somatogênicas, ou seja, as neuroses reativas.<sup>32</sup> Novamente, o paciente reage com angústia em relação a esse algo estranho e inquietante que percebe: à despersonalização. Mas ele reage a tudo isso

<sup>32</sup> Cf. H. Kranz. In: *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift*, vol. 11, e *Prothetik und Werkstoffkunde*, vol. 5, 1956, p. 105: “Eventos de estranhamento e despersonalização sempre são altamente inquietantes”; “um fator constante de perturbação da consciência de nosso eu pode ser fonte de reações vivenciais extremamente anormais”.

não como o paciente com hipertireodismo, angustiado por quaisquer efeitos de seu estado, mas angustiado pelas causas que possam estar por trás desses estados. E a maioria dos pacientes teme que se possa tratar de prenúncios ou até indícios de uma doença mental, do pródromo ou até mesmo do sintoma de uma psicose. Chamamos isso de psicotofobia. Tais pacientes acabam presos a camas com grades e vestindo camisas-de-força.

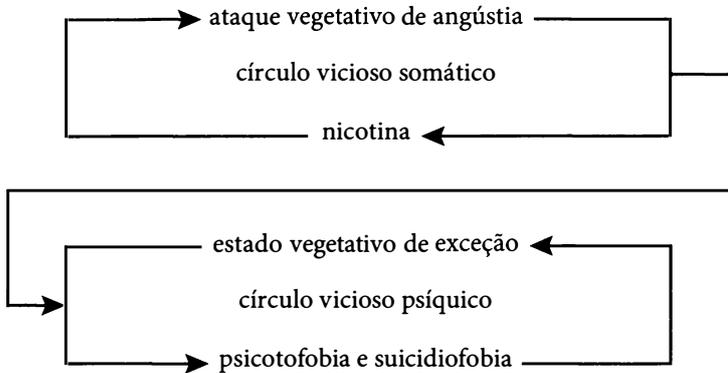
Mais uma vez encontramos um fenômeno de potenciação; desde a publicação de Haug sobre o tema, sabemos que a despersonalização pode ser provocada por uma auto-observação forçada, também em pessoas normais. Assim como a angústia se potencializa através do círculo da angústia de expectativa reativa, até o medo do medo, potencializa-se também a despersonalização assim que ela ingressa no turbilhão da auto-observação forçada e da psicotofobia reativa.

Não é apenas a despersonalização que pode se tornar o ponto de cristalização de uma psicotofobia. O caso seguinte mostra que a psicotofobia também pode focar-se em outras circunstâncias.

O senhor Matthew W., 40 anos, nos procura num estado muito agitado, que já dura semanas. Ele ficou preso preventivamente durante duas semanas por causa de um comércio clandestino (este caso se passa logo depois do final da guerra). A libertação da cadeia foi festejada, e o paciente, contra seus hábitos, tomou várias doses de bebidas de alto teor alcoólico. Em seguida, foi acometido por um ataque supostamente vegetativo, acompanhado por uma sensação de angústia. O paciente tentou dominar essa sensação de angústia quando passou a fumar cigarros, também contra seus hábitos. Mas sua angústia só fez aumentar e ele entrou num estado vegetativo de exceção. Vimos que o medo procura e encontra um conteúdo e um objeto – e não nos surpreende saber que o paciente se dá conta, de repente, que um tio é doente mental, que um outro cometeu suicídio e que ele próprio já testemunhou como um doente mental foi para a rua de pijamas e se suicidou em seguida. Dessa maneira, o paciente começou a temer ainda mais que sua inexplicável excitação ansiosa pudesse ser um

prelúdio ou até um indício de uma doença mental e ele também pudesse cometer suicídio. Resumindo: o paciente desenvolveu uma psicotofobia e uma suicidiofobia, e ao círculo vicioso somático, comentado anteriormente, de “medo – nicotina – medo”, acrescenta-se um círculo vicioso psíquico: disposição vegetativa ao medo – psicotofobia e suicidiofobia reativas – excitação ansiosa (Figura 12).

FIGURA 12



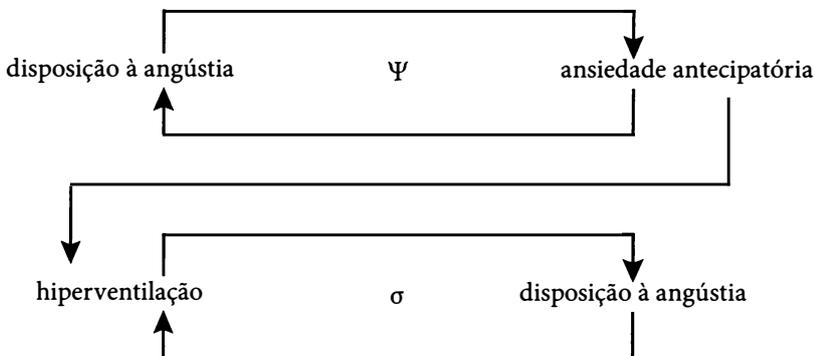
Nesse caso, não apenas a doença mental como também o suicídio age como núcleo fóbico de condensação. Segue-se outro caso.

A senhora B. encontra-se no período de lactação e, certo dia, é acometida por um ataque vegetativo. Subjetivamente, em primeiro plano há parestesias. A paciente relata uma “sensação de membros pesados como chumbo”. Essa afirmação nos leva ao caminho “endócrino”,<sup>33</sup> e passamos a pesquisar na direção tetanoide. O Chvostek resulta em alto positivo. Sabemos que as pseudoneuroses tetanoides são acompanhadas pela disposição vegetativa à angústia, mas apontamos a correlação desses estados com a claustrofobia. No caso concreto, a disposição vegetativa à angústia não conduz à claustrofobia, mas a sensação estranha, terrível, que sobreveio à paciente fez com que ela passasse a ficar angustiada, com medo de que seus

<sup>33</sup> Cf. Beichl, “Endokrinologische Spurenkunde”.

estados pudessem piorar, de que ela própria pudesse enlouquecer (psicofobia), de que pudesse fazer algo de errado (em estados análogos, falamos de criminfobia) em relação a si (suicidifobia) ou ao filho: falamos de uma homicidifobia. Tudo isso gera na paciente o medo de ficar sozinha com o filho; ou seja, uma claustrofobia – não de caminho direto, mas indireto. Nesse caso, encontramos, ao lado do círculo psíquico (disposição à angústia – ansiedade antecipatória – disposição à angústia), um círculo somático, pois uma das afirmações colhidas na anamnese dizia o seguinte: “De tanto medo, comecei a respirar de maneira estranha”. Não erraremos ao supor que a paciente tenha começado a hiperventilar e que essa hiperventilação elevou e potenciou a disposição à angústia. Mesmo a pessoa mais saudável pode ser conduzida a um estado metabólico tetanoide assim que é estimulada a hiperventilar (Figura 13).

FIGURA 13



Em tais casos, não se trata mais de medo do medo, mas de algo novo: o medo que o paciente tem de si próprio.

#### *Medo de si próprio*

O paciente pode ter medo:

1. De que seu estado possa piorar, ser prenúncio ou até indício de uma doença mental. (Psicotofobia)
2. De que ele possa fazer algo errado em relação: a) a si próprio (suicidifobia) ou b) a outro (homicidifobia). (Criminfobia)

## B) PADRÃO DE REAÇÃO NEURÓTICO-OBSESSIVO

As chamadas fobias não precisam começar somente no âmbito somático, elas também podem começar no âmbito psíquico. Em outras palavras: no sentido das bases constitucionais, é possível comprovar não só uma predisposição neuropática como também uma predisposição psicopática. Trata-se da psicopatía anancástica, na qual, conforme o caso, esta ou aquela expressão do medo de si mesmo está como que “enxertada” no paciente. O resultado são ocorrências obsessivas, e a reação do paciente é seu temor de realmente poder concretizar as ocorrências obsessivas, que lhe parecem desprovidas de sentido.

O senhor G. (policlínica neurológica, 19/1050) tem medo de sofrer um derrame cerebral, de ser acometido por um câncer, de jogar o filho pela janela, de se jogar diante do trem, etc.

A reação do paciente é apenas *lutar contra as ocorrências obsessivas*, arremeter-se contra elas, *opor-se a elas – em oposição ao neurótico de angústia, que foge das ocorrências de medo*. Resumindo: trata-se de um tipo de reação neurótico-obsessiva: *enquanto o neurótico de angústia foge da angústia, o neurótico-obsessivo luta contra a obsessão*.

Crise de ansiedade → medo do medo → fuga do medo → neurose de angústia reativa

Ocorrência obsessiva → medo da obsessão → luta contra a obsessão → neurose obsessiva reativa

Mas *pressão gera pressão contrária, e a pressão contrária reforça a pressão*. Isso vale também para a pressão interna sob a qual o paciente está submetido, que, pela pressão contrária que ele exerce, é potencializado à sua tensão máxima, de uma maneira não diferente do medo quando potenciado pela angústia de expectativa.

A reação neurótica de angústia se soma à constituição neuropática assim como a reação neurótico-obsessiva se soma à constituição psicopática – mas a neurose obsessiva reativa também pode ser subtraída da psicopatía anancástica. Resumindo: a reação neurótico-obsessiva diante do anancasmo psicopático é reversível. No lugar do confronto e embate contra as ocorrências obsessivas, no lugar da atividade inadequada, é preciso apenas surgir a passividade adequada

do paciente – e ela pode ir tão além que as ocorrências obsessivas cairiam num tipo de atrofia por inatividade.<sup>34</sup>

O que importa em cada caso é o paciente aprender a lidar da maneira correta com os ataques de angústia ou as ocorrências obsessivas – no final das contas, consigo mesmo. Quanto mais o paciente se reorienta nesse sentido, mais vezes se interrompe, voluntariamente, a luta e o embate realmente patogênicos contra as ocorrências obsessivas, chegando-se por fim a uma redução dos sintomas obsessivos a um mínimo tolerável, a um núcleo fatídico – e esse núcleo é *realmente* fatídico: sabemos que o encefalograma em neuroses obsessivas se mostrou anormal em 48,4% dos casos, segundo Silvermann; em 53%, segundo Leonardo; e em 75%, segundo Hill e Waterson; no caso de psicopatias anancásticas, são 100%, segundo Rockwell e Simons. Além disso, Von Dytfurth – se nos concentrarmos apenas na literatura mais recente – pesquisou as relações das neuroses obsessivas com o tronco encefálico, confirmando as suspeitas de outros autores a esse respeito. Peter Hays<sup>35</sup> é de opinião que um fator hereditário também está presente: “A predisposição genética é quase sempre um *sine qua non*”.

Mas nós não somos nem fatalistas no que diz respeito à hereditariedade nem mitólogos do cérebro, e estamos longe de enxergar um destino [*fatum*] no fato [*factum*] da psicopatia. Também não somos niilistas na terapêutica. Acreditamos que uma psicoterapia específica é absolutamente possível e necessária também no que diz respeito à psicopatia. Pensamos numa espécie de ortopedia da alma. O paciente precisa parar de lutar contra as ocorrências obsessivas; entretanto, temos de nos lembrar que a luta contra a obsessão tem um motivo. E o motivo está no medo da obsessão. Desse medo pode ser retirado o objeto quando apontamos ao paciente a relativa imunidade contra psicoses que é própria da personalidade neurótico-obsessiva, dizendo ainda que é praticamente impossível que a neurose se transforme numa psicose. Resumindo: o neurótico-obsessivo psicotofóbico

<sup>34</sup> A atividade inadequada do neurótico está na luta do neurótico sexual pelo prazer (veja p. 142 ss.) e na luta do neurótico-obsessivo em seu embate contra a obsessão, e a passividade inadequada no temor do neurótico de angústia está na sua fuga do medo.

<sup>35</sup> Peter Hays, “Determination of the Obsessional Personality”. *American Journal of Psychiatry*, vol. 129, 217, 1972, p. 217.

teme algo que, exatamente como neurótico-obsessivo psicotofóbico, não teria motivos para temer. Evidentemente que isso não vale apenas para os temores psicotofóbicos, mas também para os temores criminofóbicos de nossos pacientes.

A fim de ilustrarmos isso com um exemplo concreto, vamos nos voltar novamente ao instrutivo caso do senhor Matthew N.:

Devido à sua suicidiofobia e psicotofobia, nosso procedimento foi o seguinte: falamos ao paciente, sem rodeios, que ele sempre foi meticuloso e escrupuloso, e lhe perguntamos se ele não cultivou sempre o hábito de checar reiteradamente o fechamento total do bico do gás ou da porta do corredor, e assim que o paciente, surpreso, diz que sim, lhe explicamos: “Veja, qualquer pessoa pode ter uma doença mental, até alguém sem antecedentes familiares; entretanto, há apenas um grupo de pessoas que escapa a essa generalização, que é imune à doença mental, que é aquele de caráter neurótico-obsessivo. Essas pessoas tendem a ter diversos temores obsessivos ou até deles padecem. E chamamos aquilo que o senhor acabou de afirmar de obsessão de checagem e repetição: trata-se de temores obsessivos típicos. Dessa maneira, tenho de destruir suas ilusões, o senhor não pode se tornar um doente mental, não o senhor!”. Falando assim com o paciente, chegamos a ouvir o peso caindo de suas costas. Em 48 horas seu estado começa a melhorar e, anos mais tarde, num encontro casual, ele relata ter ficado totalmente livre de sintomas.

Um ator de teatro tem medo de sofrer um derrame cerebral, de ser acometido por um câncer na cabeça, de começar a berrar no palco, etc., etc. Há dois anos, ele se machucou depois de subir ao palco, e três semanas depois teve de fazer o mesmo papel e sofreu uma crise de tontura. Questionado, disse ter sentido angústia de expectativa. Objetivamente, a pressão sanguínea está baixa. Imediatamente aproveitamos isso de maneira terapêutica, dizendo-lhe que ele não precisa se preocupar com um derrame; mais ainda: que a hipotonia explica suas tonturas. Em seguida, perguntamos ao paciente se ele não foi sempre meticuloso e escrupuloso. Ele diz que sim, e então recebe as explicações adequadas (ver caso anterior). Além disso, ele é orientado

a se dizer logo antes da próxima subida ao palco: *Ontem comecei a berrar por duas vezes no palco e anteontem, três vezes; hoje vou ter quatro xiliques e estou começando com um agora.*

No caso seguinte, o médico pôde limitar o tratamento psicoterapêutico ao método da intenção paradoxal:

O senhor Wilhelm K. (Policlínica Neurológica, 89/1956), 40 anos. Há dezessete anos foi acometido por um medo súbito de enlouquecer. Uma angústia sem fundamentos, uma sensação desconhecida até então, apossou-se dele, e ele disse a si mesmo: essa nova sensação deve ser aquela do início da loucura. Assim que começou a sentir essa angústia, pediu que uma ambulância seguisse para seu local de trabalho (o paciente é inspetor de polícia), afirmando que alguém tinha tido um ataque nervoso e precisava ser internado. O médico lhe ministrou gotas de valeriana e lhe deu alta. “Desse dia em diante, fiquei esperando enlouquecer. E fiquei esperando fazer coisas que um louco faz: poderia quebrar uma vidraça ou a vitrine de uma loja. Se estou sozinho com meu filho, fico esperando que o mate: quem vai conter você, eu me pergunto, se você enlouquecer agora e matar a criança? Tenho medo de pontes e de janelas abertas, tenho medo de saltar. Tenho medo de me jogar diante de um carro ou de um trem de movimento. Por fim, tenho medo de disparar contra mim. Na rua, tenho medo de ser acometido por um ataque do coração, um derrame ou não sei mais o quê. Espero por tudo isso há 17 anos. Fico me observando, não consigo abstrair de mim mesmo”. Além disso, há o jeito escrupuloso, obsessão em ficar matutando, de ficar contando e um complicado ritual de leitura. “Me saio bem em todas as coisas, o serviço vai bem, sem dificuldades, sem esforço. O casamento está bom, a vida conjugal excelente, os filhos não me dão preocupação nem vergonha”. O paciente já esteve por duas vezes em tratamento hospitalar em clínicas psiquiátricas. Há um ano e meio vem sendo tratado com psicoterapia por um médico especialista com orientação em psicologia individual. São três sessões por semana. “Descobriu-se meu complexo de inferioridade, motivado pelo meu cabelo ruivo, e um impulso de me impor”. Do ponto de vista terapêutico, o

paciente é orientado a encarar sua angústia de frente, rir na cara da angústia. Com a ajuda da intenção paradoxal, o paciente tem condições de enfraquecer seu medo, “tirar o vento das velas” da angústia.

Podemos comprovar<sup>36</sup> que a obsessão de repetição, tão típica da neurose obsessiva, pode ser atribuída a uma insuficiência da sensação de evidência,<sup>37</sup> e que a obsessão de checagem se deve a uma insuficiência de segurança dos instintos. Com razão, E. Straus apontou que o neurótico obsessivo é caracterizado por uma aversão a tudo o que é provisório. Em nossa opinião, não menos característico é uma intolerância em relação a tudo o que é imprevisível. Onde se trata de conhecimento, nada pode ser imprevisível; onde se trata de decisão, nada pode ser provisório. Tudo deve ser definido e definitivo. O neurótico obsessivo quer, preferencialmente, comprovar tudo – inclusive aquilo que não pode ser comprovado racionalmente, como, por exemplo, sua própria existência ou até a realidade do mundo exterior. Afinal, o mundo exterior é tão indiscutível quanto impossível de ser comprovado.

O neurótico obsessivo tenta compensar a insuficiência cognitiva relativa ao conhecimento com um excesso de consciência psicológica, e a insuficiência deliberativa em relação às decisões com um excesso de consciência moral. No campo cognitivo, chega-se a uma *hiper-reflexão*, a uma obsessão de observação, enquanto no campo da decisão chega-se a uma *hiperacusia da consciência*. Basta a consciência pigarrear e o paciente ouve um rugido.

Um impulso fáustico anima o neurótico obsessivo, uma *vontade pelos cem por cento*, pelo absoluto, a luta por um conhecimento cem por cento seguro e pela decisão cem por cento correta. Assim como Fausto, o neurótico obsessivo falha, na medida em que percebe “que nada é perfeito no homem”.

<sup>36</sup> V. E. Frankl, *Ärztliche Seelsorge*. Viena, 1946, p. 158.

<sup>37</sup> Cf. Franziska S. (Policlínica Neurológica, 550/1956), uma paciente que foi lobotomizada por nossa orientação: “[...] sempre tinha a impressão de que não sou aquela que está na cama; tive de me deitar na cama muitas vezes até ser eu realmente. Sempre achei que não era eu subindo na cama, mas um vizinho de quarto ou outra pessoa, e por isso eu ficava saindo dela, às vezes por horas. [...] No passado, só conseguia parar de me lavar depois de conseguir me convencer de maneira muito firme que era eu que estava sendo lavada [...]”

O paciente não desiste da totalidade do conhecimento e da decisão tão facilmente, pois, como no caso das neuroses de angústia, nas quais a angústia se concretiza e se condensa ao redor do conteúdo e do objeto como um núcleo de condensação, no caso das neuroses obsessivas o absolutismo se foca num *pars pro toto* (R. Bilz). Limita-se a um pseudoabsoluto. O aluno estudioso se contenta com mãos absolutamente limpas, a dona de casa prendada se contenta com a casa absolutamente limpa e o intelectual se contenta com a escrivanhinha absolutamente arrumada.<sup>38</sup>

O que importa terapêuticamente é construir uma ponte de ouro ao neurótico obsessivo que o leve à autocessação do racionalismo. Nesse caminho, damos ao paciente o lema: *O mais razoável é não querer ser razoável demais.*

O que importa profilaticamente é a orientação para a superação da vontade pelos cem por cento, uma renúncia à exigência por um conhecimento absoluto e uma decisão absolutamente justa. Essa orientação foi dada há muito: “Não sejas demasiadamente justo e nem te tornes sábio demais: por que irias te destruir?” (Eclesiastes 7,16). A pessoa em questão não se tornará louco, demente, doente mental; mas quem pode reclamar da Bíblia por ela não ter ainda estabelecido o diagnóstico diferencial entre neurose e psicose?

### C) PADRÃO DE REAÇÃO NEURÓTICO-SEXUAL

Dissemos anteriormente que o desejo é o pai do pensamento, enquanto o temor é a mãe do evento, ou seja, da doença. Isso vale ao menos para a assim chamada ansiedade antecipatória: um sintoma em si inofensivo, passageiro, gera uma fobia correspondente, a fobia correspondente reforça o sintoma, e o sintoma reforçado reforça ainda mais a fobia no paciente. Fecha-se o círculo vicioso. Mas não há apenas uma ansiedade antecipatória nesse sentido geral, mas outra num sentido mais particular. Nesse sentido particular, diferenciamos (1) o medo do medo (como o encontramos sobretudo nas neuroses de angústia) e (2) o medo de si próprio (que aparece nas neuroses obsessivas).

<sup>38</sup> Uma de nossas pacientes expressou isso do seguinte modo: “Meu ‘santuário’ [...] o quarto que só eu limpo e no qual só eu tenho acesso. Tudo gira em torno da arrumação e da limpeza do material – que não me serve, mas a quem sirvo”.

Também encontramos a ansiedade antecipatória nas neuroses sexuais, tanto no sentido geral como no particular. No que se refere ao primeiro, vemos reiteradamente como nossos pacientes do sexo masculino se tornam inseguros em relação ao seu desempenho sexual depois de um fracasso sexual único, para não dizer casual; uma vez inseguros, são tomados por uma ansiedade antecipatória de uma repetição de seu distúrbio de potência. Não raramente é quando nasce sua verdadeira neurose sexual, de maneira que a *ansiedade antecipatória é que fixa a disfunção da potência* – ou, em outras palavras: o fracasso único é fixado como sendo o primeiro fracasso.

Se nos perguntarmos como é provocada a ansiedade antecipatória geral que fixa a disfunção erétil, diríamos: pela ansiedade antecipatória fora do comum daquele que sofre da disfunção, que consiste em ele esperar que algo seja esperado *dele* – que algo seja exigido dele. E aquilo que ele tanto teme é que lhe seja exigido um desempenho – o ato sexual –, e é exatamente esse *caráter de exigência* que tem um efeito tão patogênico. A exigência que é inerente ao ato sexual para o neurótico sexual pode partir de três instâncias:

3. da parceira com a qual deve coabitar;
4. da situação na qual a coabitação deve ocorrer;
5. do próprio paciente, que se dispõe à coabitação – principalmente porque *ele mesmo* está exageradamente proposto a isso.

(1) O neurótico sexual angustia-se em não estar à altura das exigências sexuais de uma parceira muito exigente nesse sentido, “de personalidade forte”. É igualmente típico que esse medo ocorra quando o paciente é muito mais velho do que sua parceira, pois ele se sente sobrecarregado no que diz respeito ao seu desempenho sexual. No caso de ela ser mais velha do que ele, a sensação é de inferioridade, pois ele assume que ela tem mais experiência sexual e iria comparar seu desempenho com o de um antecessor.

(2) O neurótico sexual não suporta estar em situações que envolvem uma exigência de caráter sexual, ou seja, que se parecem, se me permitem dizer, um *hic Rhodus hic salta*. O neurótico sexual costuma fracassar sempre que vai a uma *garçonnière*, um motel ou apenas aceita um convite que tem um desempenho sexual

implícito, enquanto o mesmo paciente, assim que tem oportunidade de improvisar a relação, não apresenta qualquer disfunção sexual.

(3) Não apenas o *hic et nunc* tem importância, como já apontamos ao afirmar que é bem característico ao nosso paciente com disfunção erétil o fato de “propor-se” ao ato sexual. Resumindo, ele foca muito em si. Vamos observar a situação num motel: lá o lema não é *carpe diem*, mas *carpe horam*. Para o tipo neurótico que estamos observando, tempo é dinheiro, mas esse dinheiro deve se transformar em prazer. Esse tipo neurótico quer resgatar tudo o que investiu – por exemplo, no aluguel de uma *garçonnière*. Só que ele se esquece de que isso é quase impossível, ele não fez a conta direito, *pois quanto maior o foco no prazer, mais esse prazer se esvai e, no final, ele se perde totalmente*.

Na sequência, tudo o que foi colocado será comprovado e explicado a partir de casos.

(1) Senhor W., ex-prisioneiro de guerra, descobriu que a mulher o traía enquanto estava fora e reagiu a isso com uma redução da potência sexual. Consequentemente, a mulher o deixou, intensificando a disfunção. Ele se casou uma segunda vez, mas a segunda mulher também o traiu por causa da disfunção sexual muito acentuada. Além disso, ela exigiu que ele mantivesse relações com ela, ameaçando-o continuar a traí-lo se o problema persistisse. E acabou por concretizar a ameaça várias vezes. Trata-se de um *distúrbio de potência ginogênico*, caso possamos chamá-lo assim, que se opõe aos distúrbios sexuais femininos androgênicos, como já os conceituamos e descrevemos em outros trabalhos (pensemos nos frequentes casos de frigidez na presença de ejaculação precoce).

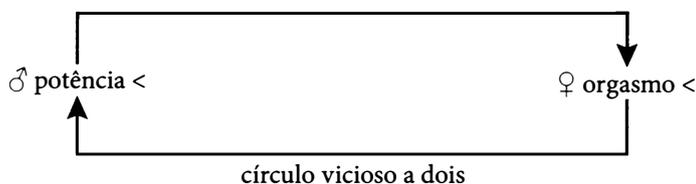
Um distúrbio de potência em grande parte ginogênico também está presente no próximo caso:

(2) Josef K. (Policlínica Neurológica 795/1953), 44 anos, já se consultou com dez especialistas, sem sucesso. Eis a anamnese: depois de três semanas de férias, ele voltou para casa e sua mulher o chamou – contrariando seu hábito – ao seu quarto, o que foi suficiente para disparar um (primeiro) distúrbio de potência, que mais tarde veio a se fixar pela falta de jeito da mulher:

depois de ela ter roubado a espontaneidade e a iniciativa *in sexualibus* ao paciente – cuja falta gerou a impotência –, ela começou a jogar-lhe na cara a disfunção erétil. O distúrbio de potência ginogênico foi inevitável.

(3) Georg S. (Policlínica Neurológica 632/1952), paciente de 43 anos, ouviu falar algo a respeito de *climacterium virile*. Sua mulher estava grávida, o que tornava as relações irregulares. Depois do parto, apenas praticam o coito interrompido. O dialeto vienense tem uma palavra específica para isso, *achtgeben*, prestar atenção. Ora, quem “presta atenção” não consegue se entregar totalmente, e não é de espantar que isso tinha como consequência uma disfunção erétil, que por sua vez leva a uma dispareunia na mulher. Depois de a mulher ter cometido o erro de comentar sua incapacidade de sentir prazer ao paciente, o círculo vicioso a dois tinha se fechado. A diminuição da potência masculina leva a uma diminuição do orgasmo feminino, que leva a uma maior diminuição da potência masculina (Figura 14).

FIGURA 14



Todos os casos citados de distúrbio de potência são neuroses sexuais reativas, ou seja, um tipo especial de distúrbio psicogênico de potência. Como se estrutura a terapia? Em primeiro lugar, temos de fazer com que o paciente aprenda a ver algo compreensível, do ponto de vista humano, nas reações neurótico-sexuais.<sup>39</sup> Além disso, é preciso *retirar o caráter de exigência do coito*: nesse caso, é preciso fazer com que um recuo seguro esteja garantido. No que se refere à exigência do próprio paciente, é preciso motivá-lo a *não praticar a coabitação de maneira*

<sup>39</sup> Konrad Lorenz fez com que, durante o acasalamento, uma fêmea de peixe-beta não se afastasse do macho nadando de maneira coquete, mas fosse em sua direção de maneira enérgica. O macho reagiu de maneira humana: num reflexo, seu aparelho reprodutor se fechou.

*programada*, mas se contentar com carinhos fragmentados, como no caso de preliminares sexuais mútuas. O coito acontece por si; o paciente se coloca espontaneamente frente a esse *fait accompli*. No que se refere à parceira e sua exigência, usamos do seguinte truque: o próprio paciente ficou incumbido de explicar a ela que *impusemos uma estrita proibição das relações sexuais* – na verdade, não se trata disso, pois cedo ou tarde o paciente não seguirá mais a proibição. Mas, livre da pressão de exigências sexuais que poderiam ser colocadas pela parceira, ele pode se aproximar gradualmente do objetivo instintivo, sem o risco de ser rejeitado pela parceira (como antes da proibição). Assim que isso acontece, o paciente está com o jogo ganho: *quanto mais se recusar, mais terá sucesso*.<sup>40</sup>

A ejaculação precoce é um capítulo à parte. É conhecida a tendência fisiológica à ejaculação precoce que se manifesta também em homens sãos depois de relações sexuais sem regularidade. Via de regra, porém, ela só os incomoda quando se constata também ansiedade antecipatória reativa. Terapeuticamente é aconselhável forçar o *coitus repetitus*, mesmo sob o preço de uma medicação estimulante. (Isso implica dizer que é errôneo prescrever sedativos nesses casos.) Assim que se alcança no *coitus repetitus* uma ejaculação ao menos relativamente retardada, mesmo que seja uma sugestão nesse sentido, medicamentosamente larvada ou verbal, o antigo reflexo acelerado é anulado e a ansiedade antecipatória perde seu objeto.

O paciente com ejaculação precoce quer, na realidade, liberar o esperma e descarregar a tensão. Resumindo, trata-se de libertar-se do desprazer – do prazer negativo dessa liberação. Isso, por sua vez, quer dizer que a ele importa essencialmente o restabelecimento de um estado anímico, quer dizer, o paciente com ejaculação precoce é orientado pelo estado e não pelo objeto: o objeto de algo como o amor não é visto. E o que é o objeto do amor? A pessoa do parceiro, pois amor

<sup>40</sup> Fomos confrontados com dificuldades apenas uma vez: a parceira do paciente fazia questão da relação sexual, visto que a via como a única prova de amor. Por essa razão, pedimos ao paciente que explicasse à parceira que, segundo S. Freud, as mulheres podem ser vistas como virgens ou como prostitutas, e que, quando os homens as enxergam como virgem, reagem a ela com impotência, já que não a desejam, mas a amam. A partir de então a esposa do paciente passou a interpretar o distúrbio de potência como uma prova de amor: nesse mesmo instante, a potência foi restabelecida.

significa poder dizer-lhe “tu” (ou seja, perceber o outro) e, mais do que isso, conseguir dizer “sim”. Nesse sentido, a sexualidade do paciente com ejaculação precoce é igual a uma sexualidade “sem percepção da pessoa” do parceiro.

Enquanto a ejaculação precoce dispensa a pessoa – ou seja, o objeto do instinto, para usar a linguagem psicanalítica –, a masturbação dispensa também o objetivo do instinto. A masturbação significa, nas palavras de A. Moll, uma renúncia à contraecção,<sup>41</sup> de sentir e satisfazer o outro; quem se masturba só se interessa pela detumescência. A sexualidade perde tudo o que tem de intencionalidade. O amor, porém, é intencionalidade. Não existe qualquer relação de pessoa a pessoa, do “eu” para o “tu”. Dessa maneira, o mal-estar *post masturbationem* pode ser explicado antropologicamente.

Acabamos de dizer que o paciente com ejaculação precoce quer se libertar do desprazer, do prazer negativo. O paciente com distúrbio de potência, por sua vez, quer o prazer positivo. Dissemos também que exatamente por isso, porque quer tanto o prazer, esse prazer lhe escapa. Resumindo, o princípio do paciente com distúrbio de potência é um princípio de prazer. Ele fracassa em si próprio – ele atrapalha o seu próprio caminho. *O prazer é uma daquelas coisas que devem permanecer um efeito e não podem ser colocadas como intenção*; entre elas está também o sono (Dubois diz que o sono é como um pombo que voa quando tentamos agarrá-lo). *O prazer também é um efeito que não pode ser “agarrado”*. Kierkegaard afirmou, de maneira análoga, que a porta para a felicidade se abre para fora; e quanto mais alguém quer forçar sua abertura, mais ela se fecha. Podemos dizer que a corrida à felicidade espanta a felicidade – a luta pelo prazer espanta o prazer. Podemos dizer que o neurótico sexual é quem mais corre atrás da felicidade, do prazer. *A luta pelo prazer é o que caracteriza o padrão de reação neurótico-sexual*. Estamos tratando aqui de uma intenção forçada ao prazer sexual e ao orgasmo.

No caso das neuroses sexuais, a intenção forçada se junta a uma reflexão forçada – ambas são patogênicas: um excesso tanto de atenção quanto de intenção. O paciente se observa, ele não observa a parceira, não lhe dá atenção, não se entrega

<sup>41</sup> “O desejo de uma união mais íntima com uma pessoa que é amada”. Roger Money-Kyrle, *Obra Seleccionada*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1996, p. 95.

a ela, e tudo isso afeta a potência e o orgasmo. Acontece uma *hiper-reflexão*, como a chamamos. Um caso concreto:

A senhorita S. (Policlínica Neurológica) nos procura por causa de sua frigidez. Na infância, a paciente foi abusada sexualmente pelo pai. Do ponto de vista heurístico, fazemos de conta que não há algo como um trauma psicosexual; concentramos-nos em perguntar à paciente se ela temeu ter sofrido um dano por causa do incesto. A paciente confirma nossa suposição, influenciada por uma publicação de caráter popular que apresentava a psicanálise interpretada de maneira vulgar. A convicção da paciente era de que “isso traria consequências”. Resumindo, estabeleceu-se uma ansiedade antecipatória bibliogênica, ou seja, criada por um livro. Tomada por essa ansiedade de expectativa, sempre que estava num momento íntimo com seu parceiro, ela “ficava à espreita” – e sua atenção se dividia entre o parceiro e si mesma. Tudo isso estragava o orgasmo, pois, à medida que prestamos atenção ao ato sexual, já nos tornamos incapazes de nos entregar. Em outras palavras: o foco central da atenção sai do objeto do amor e se transfere ao ato sexual. No caso de nossa paciente, foi provocada, sob a influência da ansiedade antecipatória bibliogênica, não apenas uma reflexão forçada do ato sexual, mas mais do que isso: também uma intenção forçada do prazer sexual, a intenção forçada do orgasmo. A paciente queria finalmente se certificar de sua feminilidade. Fala-se atualmente de tratamento biblioterapêutico; neste caso, a tentativa de uma autobiblioterapia levou a uma neurose bibliogênica.

A terapia centrou-se na intenção e na reflexão forçadas. Nesse sentido, esclarecemos à paciente que a parábola de Dubois em relação ao sono também valia para a relação sexual. “Assim como o sono”, lhe explicamos, “a felicidade amorosa pela qual você luta com tanta tensão e violência é como um pássaro que voa para longe quando sua mão tenta agarrá-lo. Não pense no orgasmo – quanto menos você se preocupar com ele, mais cedo ele acontecerá por conta própria.” O lema de uma ordem monástica é *abstinendo obtinere*; se não soasse uma blasfêmia, seríamos tentados a orientar nossos pacientes a se manter nessas sábias palavras também no caso em que

a modesta felicidade de uma vida terrena está em jogo. Convenci minha paciente de que não tinha tempo de assumir o tratamento por ora e pedi que voltasse dali a dois meses. Até seu retorno, ela não deveria se preocupar com sua capacidade ou incapacidade de chegar ao orgasmo – assunto que debateríamos longamente durante o tratamento –, mas direcionar toda sua atenção ao parceiro durante o ato sexual.

E o transcorrer do caso me deu razão. Aconteceu o que eu esperava. A paciente não voltou apenas depois de dois meses, mas sim depois de dois dias – curada. O fato de simplesmente deixar de prestar atenção em si mesma, em sua própria capacidade ou incapacidade ao orgasmo – resumindo: uma derreflexão – e sua entrega mais espontânea ao parceiro foram suficientes para fazê-la chegar pela primeira vez ao orgasmo.

Dois exemplos masculinos semelhantes ao caso anterior:

Um de nossos pacientes, que nos procurou por um distúrbio de potência, destacou um detalhe de sua anamnese: ele tinha estado em Paris e foi a uma casa noturna juntamente com colegas; enquanto observavam números de dança com mulheres nuas no palco, ele se decepcionou por não estar tendo uma ereção. De acordo com nossas suspeitas, ele não prestou atenção somente ao palco, mas também em sua ereção.

Dr. Hermann N., 24 anos, casou-se há três semanas e está impotente. Antes do casamento, não manteve relações sexuais com a esposa. O casal sempre improvisou alguns atos sexuais. A primeira relação propriamente dita não funcionou de maneira nenhuma. “Fico me observando minuciosamente para ver como a ereção vai ser – razoável ou não? Nessa hora, toda excitação some, porque estou atento a mim mesmo.”

A patogênese das neuroses sexuais reativas consiste em que a sexualidade é considerada como simples meio para um fim. Isso joga uma luz não apenas nas necessidades terapêuticas, mas também nas possibilidades profiláticas. Ou seja, existe um risco sempre que se transforma a vida sexual numa técnica sexual.

O neurótico sexual desnaturaliza e degrada a sexualidade reduzindo-a a um mero meio de prazer, ao passo que, na realidade, ela é um meio de expressão – o meio de expressão de uma aspiração de amor. Na medida em que ele retira a vida sexual da totalidade da vida amorosa, em que desintegra e isola a vida sexual, nessa mesma medida ele perde aquela “imediatez”, aquela espontaneidade, que é condição e pré-requisito para o funcionamento sexual normal e da qual o neurótico sexual tanto necessita.

*A sexualidade humana sempre é mais do que a mera sexualidade*, pois se trata da expressão de uma aspiração amorosa. Não sendo assim, não se alcança um prazer sexual completo. Maslow observou certa vez: “As pessoas que não conseguem amar não alcançam a mesma emoção no sexo do que aquelas que conseguem amar”. Mesmo sem outros motivos para tanto, deveríamos – *ao menos pelo interesse do maior prazer possível* – lutar pela exaustão de todo o potencial humano que está contido na sexualidade, ou seja, de encarnar o amor: o relacionamento mais íntimo e pessoal entre as pessoas.

A tabulação de 20 mil respostas a 101 perguntas que foram colocadas pela revista *Psychology Today* dá a medida da razão de Maslow. Descobriu-se que entre os fatores que contribuem para o incremento da potência e do orgasmo, o mais importante é o romantismo (que vai do apaixonamento até o amor).

Evidentemente, a sexualidade não pode ser, por princípio, humana. Afinal, ela é algo que os seres humanos dividem com outros seres vivos. É possível dizer que a sexualidade humana se *tornou* mais ou menos humana, que ela se humanizou mais ou menos. Na realidade, o desenvolvimento e o amadurecimento sexual seguem uma série de etapas, que se cristalizam três estágios diferentes.

Sabemos que Freud introduziu a diferenciação entre meta pulsional e objeto pulsional. No estágio menos maduro da sexualidade humana, a pulsão persegue apenas a meta – que é o descarregamento de excitação e tensão –, e o caminho para alcançá-la pode ser qualquer um. A masturbação também resolve. O segundo estágio foi alcançado quando a relação sexual se torna meta pulsional, integrando também o objeto pulsional; aí, o estágio maduro é alcançado. Em contraste a isso, consideramos que a pessoa que usa outra pessoa apenas com o intuito de descarregar excitação e tensão transforma *o ato sexual num ato*

*masturbatório*. Nossos pacientes costumam falar de uma “masturbação com a mulher”. Em nossa opinião, o estágio maduro só chega quando a pessoa se relaciona com outra pessoa não mais como um meio para o fim, não mais como um objeto, mas como um sujeito. No estágio maduro, o relacionamento elevou-se ao nível humano, tornou-se um encontro no qual um parceiro é abarcado pelo outro em toda sua humanidade. E o encontro se transforma numa relação de amor quando um for vivenciado pelo outro não apenas em sua humanidade, mas também em sua singularidade e unicidade. Quem não alcança o estágio maduro da sexualidade humana, mas está fixado no estágio imaturo, não é capaz de ver no parceiro um sujeito singular e único, ou seja, uma pessoa.

Porém, a maior “personificação” possível da sexualidade seria desejável não apenas do ponto de vista de uma profilaxia das neuroses sexuais na direção da pessoa do parceiro mas também na direção da própria pessoa. O desenvolvimento e amadurecimento sexual do ser humano levam a uma crescente *integração* da sexualidade na estrutura total da própria pessoa. Isso explica por que cada isolamento da sexualidade é contrário a todas as tendências de integração e, dessa maneira, alimenta as tendências neurotizantes. A desintegração da sexualidade – o apartar-se da conexão transsexual pessoal e interpessoal – significa, resumindo, uma regressão.

## 5. Neuroses iatrogênicas

As neuroses iatrogênicas formam um subgrupo das neuroses reativas. Chamamos de neuroses iatrogênicas aqueles estados mórbidos (principalmente neuróticos) nos quais se comprova, posteriormente, ter sido o médico – *ιατρός* (iatros) – seu fator patogênico. Essa patogênese desencadeada pelo médico se apoia essencialmente na ansiedade antecipatória; pelo menos esse é o caso quando a ansiedade antecipatória fixa o sintoma correspondente. Há pouco citamos F. D. Roosevelt, que, mesmo num contexto totalmente diferente, também vale aqui: não devemos temer nada tanto quanto o temor em si. Além disso, nada nos deveria atemorizar mais do que aqueles médicos que conseguem, a partir de

afirmações imprudentes ou irresponsáveis para os pacientes, a proeza de serem chamados, com razão, de *iatrogênicos*.

Se nos voltarmos à questão da possível profilaxia das neuroses iatrogênicas, podemos dizer que ela deve começar com a anamnese. O principal nesse momento é deixar o paciente falar e, dessa maneira, proporcionar-lhe um alívio que já deriva da própria expressão: ela permite que o paciente objetive o sintoma e, ao mesmo tempo, se distancie dele.

Tão precisa quanto a anamnese deve ser também a diagnose, o *status* do paciente: o exame deve ser ostensivamente detalhado – sua precisão deve ficar patente. De maneira alguma podemos banalizar as queixas do paciente ou considerá-las apenas como nervosas, imaginárias, inventadas. Acreditamos que tais expressões displicentes se devem à irritação do médico que, com um exame cansativo, que acaba chegando a um resultado negativo, descarrega essa irritação sobre o paciente, que é liberado e talvez até tachado de histérico. Mas todos os pacientes consideram que histeria é simulação e, por isso, algo vergonhoso. No caso de queixas que não se baseiam em causas orgânicas comprovadas, temos de dizer mais ou menos o seguinte ao paciente: “Você não está imaginando nada – o que está sentindo é verdadeiro. Não quero lhe tirar a razão; por sorte, porém, não há nenhum acometimento orgânico, o estado é desagradável, mas não é perigoso, e isso é melhor do que se fosse o contrário”. Dessa maneira é mais fácil tirar sua atenção do sintoma subjetivo, ao passo que, se banalizamos tudo, criamos uma postura de protesto por parte do paciente. Muitas vezes a possível cura está muito menos na eliminação do sintoma em si do que na eliminação dessa atenção – pois exatamente no se concentrar (iatrogenicamente) nela está o primeiro fator patogênico.

Mas sabemos que não basta apenas deixar o paciente falar, mas sim falar e deixar falar. Falar de maneira compreensível e traduzir termos técnicos estrangeiros.

Conheço o caso de uma paciente que dizia saber exatamente do que padecia: ela sofria de *corpulmo* – ela tinha lido isso num relatório, mas não notou a anotação “o. B.” [*ohne Befund*, sem comprovação].

Por fim, trata-se de não apenas falar, mas, em determinadas circunstâncias, também silenciar. Embora já tenha se chamado, por graça, a psicoterapia

de falatório, o psicoterapeuta e o clínico geral devem saber fechar a boca. Não é certo dizer que “tudo aquilo que não pode ser diagnosticado é uma neurose”. Ao lado do mandamento “Não se fará nenhum diagnóstico de neurose por exclusão”, há um segundo: “Não se fará nenhum diagnóstico *ex iuvantibus* [decorrente da melhora]”.

Conheço, entre outros, o caso de uma paciente que se queixava de dores; suas queixas tinham um caráter marcadamente histérico. Uma injeção de soro fisiológico – nesse caso, quero chamá-lo de “soro psicológico” – teve efeito imediato. Apesar disso, ela passou por um controle com raio x, sendo diagnosticada uma metástase cancerígena.

Nunca deveríamos fazer um diagnóstico a todo custo, pois são exatamente esses diagnósticos forçados que têm um efeito neurotizante. Lembremo-nos de uma afirmação de Karl Kraus, que dizia: Uma das doenças mais comuns é o diagnóstico.

Tão prejudicial quanto falar demais pode ser também o silêncio; é quando o médico se torna muito misterioso e, ainda que com boas intenções, oculta totalmente um achado desfavorável. O doente não sabe qual é a sua situação e tende a suspeitar de algo mais grave. Por isso, recomenda-se revelar um resultado desfavorável expressamente como tal ao paciente.

O psiquiatra também deve se ater a isso – e até em primeiro lugar. Lembremos que, entre as fobias iatrogênicas, está a psicotofobia e que ela é mais disseminada do que se imagina. E são exatamente os tipos de personalidades neurótico-obsessivas que reagem com psicotofobia a suas vivências doentias. Mas o médico que os atende não pode alimentá-las ainda mais – ao contrário, ele deve atacá-las com medidas correspondentes. Uma dessas medidas é dizer ao paciente que exatamente a neurose obsessiva empresta certa imunidade contra uma doença psicótica.

Gertrude H. (Ambulatório da Policlínica Neurológica, prot. n. 694, ex. 1951), 25 anos. Médica e esposa de médico. Pseudoneurose iatrogênica e traços agorafóbicos, posteriormente psicotofóbicos e criminofóbicos.

Agorafobia severa e tremores. Perda de 15 kg em seis meses. Metabolismo basal +31%. Relata que, desde que se consultou com o psiquiatra, todas as outras fobias foram disparadas: “A espada de Dâmocles da loucura iminente estava sobre minha vida. Tentei me conformar com ela, com a esquizofrenia. Perguntei ao meu marido mais ou menos isso: ‘O que acontece com uma pessoa esquizofrênica, ela tem de passar a viver numa instituição fechada?. ‘Apenas quando se torna perigosa para a comunidade’, foi sua resposta. Comecei a sentir um medo infernal de mim mesma, o medo de me tornar perigosa para a comunidade. Tinha medo de olhar para qualquer faca ou qualquer martelo, tamanha minha preocupação de me tornar subitamente assassina em meio a um ataque de loucura. Estava me vendo perpetuamente presa a uma cela, separada de meus dois garotinhos, que talvez já tragam dentro de si esse fim terrível”.

Desde Haug, sabemos que a auto-observação forçada leva a fenômenos anormais, como manifestações de despersonalização, que são tomados pela psicotofobia. A tendência à auto-observação exagerada não é necessariamente patológica em si. Na puberdade, por exemplo, ela tem uma orientação fisiológica, mas também acontece condicionada pela profissão, em estudantes de psicologia e psiquiatria: as conversas desconcertantes sobre a cisão da consciência, esquizofrenia,<sup>42</sup> dupla personalidade, etc. logo podem ser vistas como “fantasmas” – no sentido da peça homônima de Ibsen.

Uma aluna de psicologia me perguntou, certa vez, se não seria possível que a esquizofrenia do irmão tivesse advindo de um trauma craniano sofrido na infância. Durante uma briga, um colega de escola golpeou sua cabeça com uma tábua – sua personalidade não teria se cindido por causa disso?

<sup>42</sup> O termo *Spaltungsirresein* [em tradução literal, “loucura de desdobramento”, aqui traduzido como esquizofrenia] se deve à antiga psicologia associacionista, sob cuja influência Eugen Bleuler pensou a esquizofrenia como uma autonomização, ou seja, uma dissociação de complexos de associação. Mas não é correto que essa doença mental seja acompanhada por um autêntico desdobramento da personalidade ou que sua essência possa ser vista aí.

Nenhuma terapia a qualquer preço: essa máxima também vale. Nenhuma terapia *ut aliquid fieri videatur*, para mostrar que algo foi feito. Alguns tratamentos desnecessários, físicos ou locais, apenas contribuem para fixar os sintomas cada vez mais neuróticos.

Conheço o caso de uma paciente suíça que era completamente normal do ponto de vista psíquico e que se tratou durante anos com uma psicanalista apenas porque essa última ameaçou-a dizendo que caso contrário o “Id”, o inconsciente, iria se vingar dela, atacar sua consciência, surpreendê-la e dominá-la. Por que ela foi fazer análise? Simplesmente porque sua amiga, muito rica, lhe disse certa vez que estava fazendo análise, que isso lhe fazia muito bem e que ela precisava, necessariamente, ter também essa experiência.

Hans H., 35 anos. Há dois anos, depois de uma febre, teve a primeira ocorrência de um distúrbio motor. Esteve duas vezes numa clínica neurológica; da primeira vez, internado com suspeita de esclerose múltipla, da segunda – sob o efeito terapêutico favorável de radiações de alta frequência –, com um quadro funcional. Um especialista em doenças do sistema nervoso, que também orientou seu tratamento, prescreveu injeções de hormônios. Tudo sem efeito. No momento, o paciente se trata com um charlatão. O paciente apresenta um distúrbio motor, que lembra um caso severo de distrofia muscular de Erb, e consegue andar apenas com o auxílio de duas muletas. Entretanto, não existe nenhum achado neurológico objetivo.

O paciente comparece a uma de minhas preleções; ele vai tomar uma injeção contendo “um soro” e lhe asseguro que, como os alunos podem testemunhar, isso já funcionou excepcionalmente bem em outros casos. Em seguida, ele recebe 5 ccm de tiopental (dosagem mais fraca), injetados lentamente, e é instado a relatar continuamente suas sensações subjetivas. Aproveitamos imediatamente o gancho quando ele afirma que está sentindo um vazio na cabeça: dizemos que toda “força nervosa” do

cérebro está sendo levada para as pernas e que logo ele sentirá a “força vital se concentrando” nas pernas. Será que já era o caso? “Sim, mas de início somente nas coxas.” Depois de poucos minutos, que eu preencho com sugestões verbais correspondentes, mas sempre indiretas, “larvadas”; o paciente finalmente diz que a “força nervosa” alcançou as partes distais das extremidades inferiores. Ele é colocado em pé e peço-lhe que caminhe ao redor da sala de aula; asseguro-lhe que isso acontecerá com tranquilidade e dá certo: sem muletas, e depois de alguma hesitação e palavras encorajadoras, ele caminha sem apoio e vai sorridente abraçar a mulher, que o acompanhava. Ele se despede e agradece ao colega que lhe aplicou a injeção pela “cura milagrosa”.

Uma última palavra sobre a terapia de neuroses iatrogênicas: ela precisa começar fazendo o paciente compreender o que foi ressaltado anteriormente – o papel da ansiedade antecipatória no surgimento da doença e o significado da auto-observação forçada, que como tal pode atrapalhar todas as funções que são reguladas automaticamente. A mera concentração da atenção, ou seja, a auto-observação forçada, já é suficiente para tornar conscientes sensações subliminares.

Todo esclarecimento nesse sentido terá efeito terapêutico caso não nos esqueçamos de informar ao paciente que o mecanismo da ansiedade antecipatória, que é o fator patogênico em si e que está na base de suas queixas iatrogêniconeuróticas, é algo que entendemos como totalmente humano e que não deve ser visto de maneira nenhuma como patológico. Ele deixará de se sentir estigmatizado e todos os temores iatrogênicos perderão seu fundamento.

## 6. Neuroses psicogênicas

A psicogênese de neuroses autênticas não significa de maneira nenhuma, como tantas vezes se imagina, que a neurose em questão seja condicionada por um trauma psíquico ou por um conflito psíquico. Esses não são a última e verdadeira

causa da doença. O fato de um trauma anímico, ou seja, uma experiência grave, ter sobre alguém um efeito danoso e prejudicial a longo prazo, depende da pessoa, de toda a estrutura de seu caráter, e não da vivência em si pela qual ela teve de passar.

O fundador da psicologia individual, Alfred Adler, costumava dizer: o homem é que faz as experiências. Com isso ele queria dizer que depende da pessoa o fato de ela se deixar – e de que maneira – influenciar pelo ambiente.

Nem todos os conflitos têm de ser patogênicos e levar a doenças psíquicas; é preciso primeiro comprovar que o conflito que vem à tona é patogênico – pois apenas então a doença em questão é psicogênica.

Passamos a cuidar de uma paciente que tinha sido examinada e tratada durante meses – por meio de narcoanálise – em outra instituição, com o diagnóstico de doença psicogênica motivada por um conflito conjugal e, ainda por cima, insolúvel. Na realidade, tratava-se (como descobrimos rapidamente) não de uma doença psicogênica, mas funcional, ou seja, de algo que nós próprios chamamos de pseudoneurose. A paciente, depois de algumas injeções de di-hidroergotamina, livrou-se totalmente de suas queixas. Curada, conseguiu também lidar com seu conflito conjugal. Esse conflito realmente existia, mas não era patogênico, e a doença de nossa paciente não era psicogênica. Se todo conflito conjugal fosse patogênico em si, então talvez 90% das pessoas casadas seriam neuróticas.

A ubiquidade já atesta contra a patogênese da maioria dos conflitos. Segundo Kloos, no que se refere à maioria dos traumas, eles “podem ser comprovados, com um pouco de argúcia e habilidade interpretativa, em todas as vidas humanas”. Em minha opinião, não é preciso nem de argúcia.

A fim de comprovar essa minha afirmação para mim mesmo, fiz esse teste aleatório e pedi à minha colaboradora Lotte Bodendorfer que analisasse dez casos de nosso ambulatório psicoterapêutico, procurando por conflitos, problemas e traumas psíquicos levantados durante a anamnese. Chegou-se a vinte conflitos e afins. Esses conflitos, problemas, etc. foram organizados em categorias. Enquanto isso, outra série de dez casos psiquicamente normais de nossa seção neurológica foram examinados e organizados da

mesma maneira, isto é, investigou-se os mesmos problemas nesses doentes somáticos. O resultado foi 51 conflitos e afins. Esses doentes não neuróticos tinham vivenciado até mais traumas psíquicos e, para usar uma expressão de Speer, conseguido até “elaborá-los”. O que não era de espantar tendo-se em vista que cada uma de suas doenças somáticas já trazia consigo uma série de problemas. Eventos do mesmo tipo e igualmente graves tinham prejudicado animicamente um grupo e não o outro; ou seja, o que importa não é a vivência, o ambiente, mas cada pessoa individualmente e sua postura frente ao que teve de vivenciar.

Dessa maneira, não haveria qualquer sentido praticar uma profilaxia de neuroses – ou seja, proteger as pessoas dessas doenças anímicas, poupando-as de qualquer conflito e eliminando todas as dificuldades de seu caminho. Ao contrário, seria mais indicado até “fortalecer” as pessoas do ponto de vista psíquico. Seria principalmente errado supervalorizar o significado patogênico da carga anímica advinda de problemas. Afinal, é sabido há muito que situações de extrema necessidade e crise, via de regra, são acompanhadas por uma diminuição de doenças neuróticas; vemos com frequência também, na vida dos indivíduos, que uma carga no sentido de uma exigência chega a melhorar a saúde mental. Costumo comparar isso com o fato de que uma construção que está para ruir pode ser apoiada e reforçada ao receber uma carga extra.

De outro lado, também se mostra que exatamente as situações de alívio – ou seja, de liberação de uma carga psicológica longa e intensa – são perigosas do ponto de vista da higiene mental. Pensemos em situações como a saída da prisão. Não foram poucas as pessoas que só depois da libertação vivenciaram sua verdadeira crise mental. No tempo em que ficaram encarceradas, foi essa pressão interna e externa que as obrigou e as tornou aptas a dar o melhor de si, tanto psíquica quanto moralmente. Assim que essa pressão cessa, ou até quando isso acontece repentinamente, esse súbito desaparecimento da pressão ameaça o homem. Essa situação lembra, em certo sentido, a doença de Caisson, na qual o mergulhador de águas profundas que volta muito rapidamente à superfície pode morrer pela súbita diminuição da pressão atmosférica.

Nós mesmos<sup>43</sup> e, posteriormente, Walter Schulte,<sup>44</sup> Manfred Pflanz e Thure von Uexküll<sup>45</sup> demonstramos que o alívio súbito pode ser pelo menos tão patogênico quanto a pressão, ou seja, o estresse.<sup>46</sup> Quanto à etiologia de doenças neuróticas, mais do que a carga anímica importa a carga hereditária – e a escola de Kretschmer não se cansa de apontar que também todos esses complexos conseguem desenvolver sua patogenicidade apenas num terreno constitucional correspondente. Ernst Kretschmer aponta, com razão, que a constituição decide se um complexo se tornará patogênico ou não, que a constituição não raro “cria seus próprios conflitos” e, como Wolfgang Kretschmer conseguiu provar, devido “à influência potencializadora das interações constitucionais dentro da família”. Segundo Kurt Schneider, as neuroses sempre crescem sobre personalidades psicopáticas. Resumindo: nem mesmo as neuroses autênticas, quer dizer, psicogênicas, são totalmente psicogênicas.

Tudo isso deveria fazer com que, também no que diz respeito a essa categoria de doenças – não psicossomáticas nem funcionais ou reativas, mas neuróticas no sentido literal da palavra, ou seja, psicogênicas –, nos abstivéssemos de levar

<sup>43</sup> Ver Viktor E. Frankl, *Ärztliche Seelsorge*, 1. Viena, Auflage, 1946, p. 81: “O alívio da pressão psíquica significa um perigo”.

<sup>44</sup> Ver Walter Schulte. In: *Der Nervenarzt*, vol. 22, 1951, p. 149, e *Acta Neurovegetativa*, vol. 4, 1952, p. 503: “O período de alívio após uma sobrecarga parece ser um ponto crítico para o surgimento e a manifestação de distúrbios vegetativos (e não só para esses), pois em certas circunstâncias é mais significativo do que o período da pressão em si”.

<sup>45</sup> Ver Thure von Uexküll, *Klinische Wochenschrift*, vol. 30, 1952, p. 414: “Não apenas as assim chamadas cargas mas também exatamente seu oposto, a súbita cessação de situações de pressão psíquica e esforço corporal, podem levar a distúrbios que se manifestam também no somático. Por vezes, a supressão de cargas pode ser tão significativa como uma carga excessiva. A existência de um objetivo, que mantém as forças e os desejos da pessoa em alerta tem um efeito antipatogênico. Ir em direção a um objetivo uma tarefa, tem um efeito antipatogênico. Uma opinião enérgica não é suficiente. O conceito da falta de sentido reflete melhor esse contexto”.

<sup>46</sup> Cf. o caso de um colega que, mesmo muito cansado, exausto de tanto trabalhar, foi chamado a fazer parte de uma expedição alpina de salvamento que duraria algumas horas; logo depois de cumprida sua tarefa médica, sofreu um colapso, e foi difícil para ele se agarrar com segurança na rocha (veja p. 107 ss.). Ver Hermann Buhl: “Alpinistas salvos não raro morrem ao serem transportados na maca, simplesmente porque a resistência ativa contra o perigo diminui muito rapidamente”.

muito ao pé da letra essa psicogênese. Esse cuidado no sentido etiológico não deve se tornar um entrave nem criar exasperação por não estarmos dispostos a tirar quaisquer consequências fatalistas dele. Consideramos, porém, que um tipo de ortopedia psíquica é perfeitamente possível. Pois também onde estamos dispostos a estipular uma base psicopática-constitucional, mesmo em relação a doenças “psicogênicas” e, nesse sentido, a neuroses, isso não quer dizer que não exista sempre um espaço suficiente para nossa intervenção psicoterapêutica.

Ainda mais: exatamente quando colocamos diante do paciente o cerne fatídico de uma constituição psicopática – por exemplo, da psicopatia anancástica – como tal, como fatídico, poderemos corrigir a postura errada em relação a esse destino e alcançar um êxito terapêutico ótimo, reduzindo o sofrimento a um mínimo inevitável. Sabemos que a luta vã do paciente contra os sintomas neurótico-obsessivos apenas torna esses mesmos sintomas mais torturantes e, às vezes, até os estabelece pela primeira vez.

Dessa maneira, a base psicopático-constitucional das neuroses é totalmente compensável (de maneira pedagógica e terapêutica). E a neurose talvez não seja outra coisa senão uma “manifestação de descompensação”, a descompensação de uma “constituição insuficiente” (Ernst Kretschmer). Sob certas circunstâncias, é possível transmitir ao paciente, por meio da logoterapia, aquele apoio espiritual especialmente forte que a pessoa sã necessita menos, mas que é imprescindível àquela insegura psiquicamente. Qualquer psicopata encontrar-se-á, uma vez na vida, diante da encruzilhada dessa decisão entre a predisposição vazia, de um lado, e a sua conformação à verdadeira psicopatia, de outro. A bem da verdade, ele não poderia ser chamado de psicopata antes dessa decisão. Em contraposição à psicopatia, classificamos de “psicolabilidade” aquilo de que poderá surgir (mas não necessariamente) sua psicopatia.

Depois dessa reserva em relação à etiologia, dessa *reservatio mentalis* em relação à psicogênese das neuroses psicogênicas, ou seja, no sentido mais estrito do termo, vamos à casuística:

Maria..., atriz, sofre de um tique que é dependente de determinada situação: sempre que tem de ser fotografada, ela joga involuntariamente a cabeça para trás. Ou seja, ela se movimenta apesar da foto – ao se mover, ela se

rebela; na realidade, seu tique representa – no sentido da “representação simbólica” (E. Straus) – um gesto de obstinação, de rebeldia. Ela se rebela contra o quê? A narcoanálise não traz resultado. No dia seguinte durante a consulta, porém, a paciente se lembra (sem narcoanálise) que o tique apareceu pela primeira vez na sessão de fotos presenciada pelo colega com o qual ela traíra o marido na noite anterior; por fim, ela se recorda que a primeira vez foi mesmo quando sua mãe estava presente numa sessão de fotos. A sequência da anamnese revela o seguinte: “Meu pai disse: ‘Maria, venha até aqui e se sente no meu colo’. Minha mãe disse: ‘Você fica onde está’. Meu pai disse: ‘Levante-se e me dê um beijo!’. Minha mãe disse: ‘Não, ela vai ficar sentada onde está’. Fique sentada e venha cá, de ambos os lados: minha vida sempre foi assim. Já quando criança eu fazia assim, na escola e em casa, ou eu batia os pés”. Podemos supor que se a paciente não se transformasse em atriz de cinema, mas em modelo, e tivesse de posar com meias de náilon, certamente teria desenvolvido um tique de bater os pés.

Resumindo, a análise traz o seguinte: o fotógrafo, do lado do qual a mãe se postou, representa a mãe no sentido da imago materna, enquanto o ator, que ficou ao lado da atriz durante a sessão de fotos, representa o pai nesse confronto, ou seja, é a imago paterna. A atriz afirma de maneira espontânea que, realmente, o colega ator é parecido com seu pai. O fato de o fotógrafo representar sua mãe ou pelo menos aquela instância que proíbe sentar no colo do pai, ou de quem representará a imago paterna, explica que o tique é uma reação ao trabalho do fotógrafo. Explica também por que aconteceu pela primeira vez exatamente no momento em que uma tal imago paterna estava ao lado da paciente, ou seja, forma-se a *constelação do campo de forças polares entre a imago do pai e a imago da mãe*. Essa constelação é patogênica porque a matéria de conflito atual coincide com a matéria de conflito infantil. Perguntada sobre o marido, a paciente explica que ele a tiraniza excessivamente. O jugo que o tique parece querer sacudir para longe é o casamento. Mas também nesse caso existe a atuação da ansiedade antecipatória, pois a paciente confessa que não somente aguardou o retorno do tique após essa sua primeira aparição, como também o temeu.

A terapia tentou substituir a descarga de rancor, ressentimento, etc., na forma do tique através de um relaxamento, por uma combinação terapêutica não muito diferente da do olhar cinematográfico e da logoterapia, como sugerida por Betz e chamada de “logoterapia em símbolos”. Nesse sentido, a paciente foi orientada a substituir, durante exercícios de relaxamento, seu protesto inconsciente por uma decisão consciente, que deveria ser tomada por causa do filho e diante dele, que “lhe era mais importante do que tudo”. Evidentemente que foram empregados exercícios de relaxamento também protocolados para o tratamento de tiques em *Psychotherapie in der Praxis*<sup>47</sup> (“Operação no esquema corporal”).

Vamos utilizar a clássica interpretação dos sonhos baseada no método da livre associação, como introduzido por Freud na ciência; mas nosso intuito é trazer à consciência – e à responsabilidade – não apenas a pulsão inconsciente, mas também a espiritualidade inconsciente. Nos sonhos, essas produções autênticas do inconsciente, entram não apenas elementos do inconsciente pulsional, mas também aqueles do inconsciente espiritual. Mas se usamos os mesmos métodos para compreendê-los que os usados por Freud para investigar o inconsciente pulsional, podemos – mesmo perseguindo outro objetivo, que é a descoberta do inconsciente espiritual – dizer à psicanálise: marchamos juntos, mas atacamos em separado. Queremos nos guiar pela grande virtude da psicanálise, a objetividade, também em relação aos fatos empíricos do inconsciente espiritual. Entretanto, não exigimos tal objetividade apenas do lado do analisando, mas também do analista. Exigimos honestidade absoluta não apenas do objeto a ser pesquisado (no que diz respeito, por exemplo, aos eventos produzidos), mas exigimos uma imparcialidade absoluta também do sujeito pesquisador, que não permita que ele feche os olhos diante dos fatos da espiritualidade inconsciente.

A psicanálise notou corretamente que pode haver conflitos entre diferentes impulsos no ser humano. A teoria da interpretação dos atos falhos, iniciada pela

<sup>47</sup> Ver Viktor E. Frankl, *Die Psychotherapie in der Praxis. Eine kasuistische Einführung für Ärzte*. Viena, 1947, p. 144. [Edições brasileiras: Viktor E. Frankl, *Psicoterapia: uma Casuística para Médicos*. São Paulo, EPU, 1976. *A Psicoterapia na Prática*. Campinas, Papirus, 1989.]

psicanálise, mostrou quantos conflitos de impulsos podem existir dentro da “psicopatologia do cotidiano” (assim chamada por Freud). Casuística:

1. Um colega, discorrendo sobre instituições manicomiais, que certa vez estiveram envolvidas em boatos sobre a eutanásia, diz: “Lá os pacientes são assassinados [*umgebracht*]... acolhidos [*untergebracht*] de maneira mais humana do que na instituição [...]”.

2. Um colega, defendendo a prevenção da concepção [*Empfangnisverhütung*], se engana várias vezes ao dizer prevenção da fatalidade [*Verhängnisverhütung*].

3. Um colega, defendendo um plebiscito – “consulta nacional” [*Volksbegehren*] – contra o aborto legal até determinada semana de gravidez, se engana ao dizer: “Caso nem isso faça com que os deputados do Parlamento mudem sua opinião, vamos nós mesmos iniciar um ‘parto nacional’ [*Volksgebären*]”. (Informação dada pessoalmente pelo dr. Konrad Schima, docente na cadeira de criminologia.)

O caso Maria... foi interpretado analiticamente quando julgado de maneira causal; os casos seguintes podem ser interpretados de maneira combinada, causal e final, ou seja, também julgados pelo ponto de vista da psicologia individual:

Leo H. (Policlínica Neurológica, ambulatório) afirma ser homossexual, mas na verdade é bissexual. Causalidade: aos 7 anos, um empregado seduziu-o homossexualmente; aos 17, apaixonou-se por uma garota e se sente sexualmente excitado por ela, ou seja, se comporta de maneira normal, mesmo com ejaculação precoce. Mais tarde, ele reage e fantasia de maneira homossexual, por exemplo, às vezes com poluição noturna. Finalidade: assim que o paciente é perguntado diretamente se tem medo do casamento ou é obrigado a se casar, ele diz: “Sim, devo me casar com uma moça que seja adequada para minha mãe e para nossas terras, e não posso me casar com quem seja adequada para mim”.

Rosa S. (Policlínica Neurológica, ambulatório 619/1951): Há três anos, a paciente sofreu um colapso (pressão arterial atual: 110) e teve taquicardia;

reclama de dor de cabeça, parestesias e da sensação de que o coração vai parar. Nesse sentido, o quadro é cardiovascular e angioneurótico ou vasovegetativo; e ao componente vegetativo se acrescenta um endócrino: o climatério iniciou-se há dois anos. Ambos os componentes formam o lado funcional da neurose de angústia da paciente, cujo lado reativo está na sua ansiedade antecipatória (ela “iria desmontar novamente”), ou seja, numa fobia de colapso – à qual a paciente reage com o medo primário, que se condensa ao redor do colapso como “núcleo de condensação” em um medo secundário (e que não é mais medo, mas um temor). Seu marido (com o qual ela estava sempre em conflito) mudou seu modo de vida por causa da fobia e se tornou “o melhor dos maridos”. Aqui está o terceiro lado do caso, um lado psicogênico, no sentido de um “motivo secundário para a doença” (Freud), que é secundário porque ele apenas fixa um evento primário de doença, enquanto um “*arrangement*” (Adler) seria patogênico num sentido primário.<sup>48</sup>

Se imaginarmos o campo de uma fenomenologia das neuroses psicogênicas circunscrito numa elipse, *medo e obsessão* representariam ao mesmo tempo os dois focos dessa elipse. Eles são, por assim dizer, dois *fenômenos clínicos primários*. E isso não acontece por acaso, pois o medo e a obsessão correspondem às duas possibilidades básicas da existência humana, o “medo” e a “culpa” (o sentimento de culpa tem grande importância na psicologia da neurose obsessiva). As condições ontológicas para essas duas possibilidades, ou seja, aquilo que dá origem ao medo e à culpa, são a liberdade e a responsabilidade do ser humano. Apenas um ser livre pode ter medo (Kierkegaard: “O medo é a vertigem da liberdade”), e somente um ser que é responsável pode ser culpado. Disso resulta que um ser que foi agraciado com a liberdade e a responsabilidade foi também condenado ao medo e à culpa.<sup>49</sup>

<sup>48</sup> Há na Bíblia uma alusão a um possível caráter de *arrangement* em relação a um tipo de “angústia de rua”: “O preguiçoso diz: ‘Um leão está lá fora! Serei morto no meio da rua!’” (Provérbios 22,13). Em condições bíblicas de vida, o preguiçoso que usa o pretexto de agorafobia como desculpa não teme, é claro, um colapso, um infarto ou um derrame cerebral, mas sim os leões, os tigres e as hienas.

<sup>49</sup> “Ser responsável” é “a essência da existência humana” (Viktor E. Frankl, “Philosophie und Psychotherapie, Zur Grundlegung einer Existenzanalyse”. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, vol. 69, 1939, p. 707). A logoterapia é acusada constantemente de afirmar e reforçar o mesmo que a

Evidentemente o medo e a culpa também têm seu papel nas psicoses. Mas (por exemplo, no caso de depressões endógenas) enquanto no presente os sentimentos de culpa são predominantes diante de antigos sentimentos de medo (veja p. 69 ss.), podemos dizer que uma geração que não fez o que deveria tem culpa; uma geração que não *sabe* o que fazer tem medo.

## 7. Neuroses noogênicas

Falamos repetidamente de uma terapia simultânea somatopsíquica ou, se quisermos, de uma terapia bidimensional, baseada numa etiologia somatopsíquica, bidimensional; por fim, queremos mostrar que temos de seguir também o existir humano (e, dessa maneira, também o homem doente) para além de ambas as dimensões do somático e do psíquico até uma terceira dimensão, a do espiritual. Mas não somente isso: essa última é a verdadeira dimensão do existir humano, o que o psicologismo não quer aceitar (enquanto o espiritualismo comete o erro de fazer como se essa dimensão espiritual fosse a única do existir humano). Podemos encontrar neuroses enraizadas também nessa dimensão – desse modo, falamos de neuroses noogênicas (surgidas do espiritual). Pois também pode ter uma doença neurótica um ser humano que está sob a tensão de um conflito de consciência ou sob a pressão de um problema espiritual, assim como um ser humano numa crise existencial.

Há crises de amadurecimento existenciais que transcorrem sob o quadro clínico de uma neurose, sem ser uma neurose no sentido estrito da palavra, ou seja, no sentido de uma doença psicogênica. Também é fácil entender que um ser humano que está sob a pressão de um problema espiritual ou sob a tensão de um conflito de consciência, pode adoecer por causa de uma sintomatologia vegetativa quanto qualquer outro neurótico, no sentido banal da palavra. É importante

Psicologia Individual, ou seja, a responsabilidade do ser humano. Mas dessa maneira confundem-se duas coisas: (1) A responsabilidade do paciente neurótico por seu sintoma (no sentido do *arrangement* segundo Alfred Adler) e (2) a responsabilidade do ser humano como tal, ou seja, não do doente e não por seu sintoma, mas por sua existência em geral. Claro que isso implica também a responsabilidade do homem doente, mas não em relação à sua doença, mas à sua atitude diante dela.

ficar alerta quanto a essas ocorrências e quanto às suas interpretações equivocadas, principalmente num tempo em que cada vez mais pacientes se dirigem aos psiquiatras trazendo não sintomas psíquicos, mas problemas humanos.

Apesar da noção contrária amplamente disseminada, não houve – pelo menos nas últimas décadas (Johannes Hirschmann) – um aumento das doenças neuróticas; mas, temos de assinalar um acréscimo da “necessidade de tratamento psicológico mais compreensivo e empático” (W. G. Eliasberg). Não nos equivocaremos ao supor que atrás dessa “necessidade psicoterapêutica” esteja a necessidade metafísica, ou seja, a necessidade do ser humano de perguntar-se sobre o sentido de sua existência. Charlotte Bühler afirma que “o problema do sentido e do valor da vida pode ser muito importante” no contexto da psicoterapia.

No passado, tais pessoas falavam com um religioso. Mas vivemos num século secularizado e não devemos nos espantar com o fato de também o cuidado com a alma ter sido secularizado. No século XIX, Kierkegaard já dizia: “Os sacerdotes já não são mais pastores de almas; agora são os médicos”.

Não é que temos a mesma opinião que Sigmund Freud, para quem esse “afastamento da religião acontece com a inexorabilidade fatal de um processo de crescimento”, mas a “migração da humanidade ocidental do pastor de almas ao médico” (nas palavras de V. E. von Gebattel) é um fato diante do qual o pastor de almas não deve se fechar e uma exigência perante a qual o psiquiatra não deve falhar, pois se trata de uma situação difícil, que exige ao último oferecer uma cura médica das almas.

O médico religioso é o que menos pode fugir dessa exigência. Justamente ele se absteria de uma alegria farisaica caso o paciente não encontrasse apoio no sacerdote. Seria também hipocrisia se ele, tendo em vista o sofrimento de um não crente, sentisse uma alegria maliciosa e pensasse: se ele fosse crente, consolar-se-ia com o sacerdote. Quando alguém que não sabe nadar está em situação de perigo de afogamento, não falamos: “ah, se ele tivesse aprendido a nadar”. Vamos, sim, prestar auxílio, mesmo não sendo professores de natação. O médico que presta cura médica de almas encontra-se numa situação compulsória, pois, “goste disso ou não, o médico é obrigado a atuar como médico de almas em situações de necessidade vital que não têm relação com a doença” e “não se pode negar que,

atualmente, a maioria das pessoas em situações de necessidade vital sai à procura do conselheiro experiente não na pessoa do sacerdote, mas na do médico” (H. J. Weibrecht). “São os pacientes que nos confrontam com a tarefa de assumir o papel de médico de almas na própria psicoterapia” (Gustav Bally), e foi o “nosso tempo” que “impeliu o médico a um papel de assumir mais e mais tarefas que antes eram do âmbito do sacerdote e do filósofo” (Karl Jaspers). Também para Alphons Maeder “esse deslocamento foi imposto pela própria situação”, e “a psicoterapia com muita frequência é obrigada a desembocar na cura de almas” (W. Schulte).

Em relação à “migração da humanidade ocidental do pastor de almas ao médico”, o psiquiatra pode errar o diagnóstico diferencial entre o que é verdadeiramente doente (como uma neurose) e o que é apenas humano (como uma crise existencial). O médico pode chegar a um diagnóstico errôneo de uma doença mental onde há algo muito diferente, ou seja, uma emergência espiritual – onde no lugar da psicogênese já apareceu, há muito, a noogênese.

Também não se exclui que uma psicoterapia que passe ao largo da problemática especificamente humana e que a retire do âmbito humano para projetá-la no subumano não somente não esteja à altura da frustração existencial, mas contribua com sua repressão e também com o surgimento de uma neurose noogênica. Zev W. Wanderer, do Center for Behavior Therapy (Beverly Hills, Califórnia) parece não ter se preocupado muito com tais objeções, ao tratar um caso de “depressão existencial” com a técnica da terapia comportamental chamada “*thought-stopping*”.<sup>50</sup>

O protocolo que se segue atesta que não apenas um tratamento com a terapia comportamental pode passar ao largo da problemática especificamente humana, mas também um tratamento psicanalítico. E que isso pode acontecer não apenas com o paciente mas também com o terapeuta:

“Sou psicólogo-assistente desde o verão de 1973 junto com dois psiquiatras em San Diego. Durante minhas sessões de supervisão, frequentemente discordei da teoria psicanalítica que tentavam me ensinar. Seus modos eram

<sup>50</sup> Zev W. Wanderer. In: *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, n. 3, vol. III, 1972.

muito autoritários, e eu tinha medo de expressar minhas opiniões contrárias. Temia pelo meu emprego. Dessa maneira, reprimi em larga escala minhas próprias opiniões. Após vários meses dessa autorrepressão, comecei a sentir ansiedade durante minhas sessões de supervisão. Comecei a aceitar a ajuda terapêutica de alguns de meus amigos. Entretanto, isso só aumentava minha ansiedade, pois tratávamos do problema de uma maneira psicanalítica. Conseguimos descobrir os traumas precoces em mim que estavam causando minha ansiedade de transferência com meus supervisores. Estudamos meu relacionamento passado com meu pai, etc. – em vão. Eu me encontrava num estado de hiper-reflexão, e minha condição só fazia piorar. Minha ansiedade chegou a tal ponto durante as sessões de supervisão que tive de mencioná-la aos psiquiatras, a fim de explicar meu comportamento. Eles recomendaram que eu fosse me consultar com um psicoterapeuta de orientação psicanalítica a fim de fazer uma terapia pessoal e descobrir o significado oculto da ansiedade. Como não podia pagar tal ajuda profissional, meus amigos e eu aumentamos nossos esforços para descobrir o significado profundamente oculto de minha ansiedade – e eu fiquei pior. Sofria de ataques de ansiedade extremos com frequência. Meu restabelecimento começou com uma aula ministrada pelo Dr. Frankl sobre “O homem em busca de um sentido”, em 8 de março de 1974. Escutei Dr. Frankl falando das dificuldades que surgem quando alguém tenta descobrir psicanaliticamente uma resposta autêntica. Durante as quatro horas da aula, comecei a ver como a terapia que eu havia feito aumentou meu problema: tratava-se quase de uma neurose iatrogênica. Comecei a notar que a causa da ansiedade era minha autorrepressão nas sessões de supervisão. Minha discórdia com os psiquiatras e meu medo de expressar essa discórdia causaram minha reação. Rapidamente encerrei a terapia e comecei a me sentir melhor a partir de então. Contudo, a verdadeira mudança aconteceu durante minha sessão seguinte de supervisão. Durante essa sessão, comecei a expressar minhas opiniões e discórdias com os psiquiatras quando era o caso. Não sentia mais medo de perder meu emprego, pois minha paz de espírito era mais importante. Assim que comecei a me expressar nessas sessões, senti imediatamente minha ansiedade diminuir. Nas últimas duas semanas, minha ansiedade tinha decrescido cerca de 90%.”

Visto que as neuroses noogênicas são neuroses que surgem “do espiritual”, é fácil compreender que elas também precisam de uma psicoterapia que parta “do espiritual”. E é assim que a logoterapia se entende.

## 8. Neuroses coletivas

Numa carta de 1923 a H. Blüher, Sigmund Freud fala “desses tempos fora dos trilhos”. Mas também hoje ainda se fala muito de uma doença da época, de uma doença do *Zeitgeist*, de uma patologia do “espírito da época”. A doença da época seria idêntica ao objeto de todas as psicoterapias, as neuroses? Será que a época está acometida pelo nervosismo? Existe um livro, de autoria de F. C. Weinke, que se chama: *Der nervöse Zustand, das Siechthum unserer Zeit* [O estado nervoso, a enfermidade de nosso tempo]. O livro foi lançado em Viena, na editora J. G. Heubner em 53 – porém não em 1953, mas em 1853. A grafia de “Siechthum” ainda era a antiga, com o “h”. Vemos que a atualidade da neurose não é algo muito original.

Johannes Hirschmann comprovou que as neuroses não aumentaram, mantendo-se estáveis durante décadas no que se refere à sua frequência; e, entre elas, as neuroses de angústia chegaram até a diminuir. Só o quadro clínico das neuroses foi alterado, e a sintomatologia é outra – dessa maneira, o medo retrocedeu.

Mas não foi só a neurose de angústia que se manteve estável, a angústia em geral também. Freyhan apontou que os tempos passados – por exemplo, o tempo da escravidão, das guerras religiosas, das queimas das bruxas, das migrações dos povos ou das grandes epidemias –, os “bons velhos tempos”, não deveriam ser mais livres de angústia do que nosso tempo. Sim, supostamente os séculos passados passaram por muito mais angústias e apresentaram muito mais motivos para angústia do que o nosso século. Fica claro que não é correto chamar nosso tempo de “a era da ansiedade”.

Dessa maneira, não podemos dizer que a frequência das doenças neuróticas tenha aumentado nos dias de hoje; o que aumentou foi outra coisa: a necessidade psicoterapêutica, ou seja, a necessidade das massas – em meio a suas crises espirituais – de procurar um psiquiatra.

Sabemos que a porcentagem das psicoses endógenas permanece espantosamente constante. As oscilações devem-se única e exclusivamente ao número de internações. Mas isso também tem bons motivos. É fácil explicar, por exemplo, que o hospital Steinhof, de Viena, bateu seu recorde com 5 mil internações em 1931 (em mais de 40 anos), e que suas 2 mil internações em 1942 foram seu mínimo: nos anos 1930 – ou seja, no tempo da crise econômica mundial –, os pacientes eram deixados o maior tempo possível nas instituições, por motivos econômicos absolutamente compreensíveis; esses mesmos pacientes sentiam-se aliviados por estar sob um teto e receber refeições quentes. Diferentemente do início dos anos 1940: por um motivo igualmente compreensível e justificado (o temor da eutanásia), os doentes eram levados para casa ou recebiam alta, assim que possível – ou nem chegavam a ser internados.

Não foi apenas o quadro clínico das neuroses que se transformou nem apenas sua sintomatologia que ficou diferente. Vemos o mesmo acontecer nas psicoses (Heinrich Kranz). Mostrou-se que o deprimido endógeno de hoje sofre mais raramente por culpa; em primeiro plano está a preocupação com o emprego e a capacidade para o trabalho: esses são os temas da depressão endógena atual (A. von Orelli), mas isso se dá supostamente apenas porque se trata dos assuntos candentes do homem médio atual.

No que se refere à etiologia da doença da época, afirma-se que é a velocidade de nossos dias que deixa os homens tão doentes. A explicação do sociólogo Hendrik de Man é a seguinte: “A velocidade não pode passar de um determinado limite sem consequências”. A profecia de que o homem não suportaria um aumento da velocidade – por exemplo, de seu deslocamento mecânico –, que ele não estaria à altura do progresso técnico, não é nova, mas é falsa. Quando os primeiros trens começaram a circular no século XIX, luminares médicos consideraram impossível o homem suportar, sem ficar doente, a aceleração inerente à viagem de trem. E até há poucos anos ainda se duvidava se era possível viajar em um avião que quebrasse a barreira do som sem prejudicar a saúde. Agora vemos o quanto Dostoiévski tinha de razão ao certa vez definir o ser humano como aquele ser que se acostuma a tudo. A velocidade dos dias de hoje está fora de cogitação como causa da doença da época. Até ousar dizer: a velocidade aumentada da vida de hoje

representa antes uma tentativa de autocura – mesmo que essa tentativa seja fracassada. Realmente a alta velocidade da vida pode ser compreendida com facilidade quando a entendemos como uma tentativa de autoentorpecimento: a pessoa está fugindo da monotonia interior e, nessa fuga, acaba caindo num turbilhão. Janet descreveu um sentimento chamado por ele de *sentiment de vie* – um sentimento de falta de conteúdo e vazio – em pessoas neuróticas, “psicastênicas” na sua definição. Agora, esse sentimento de vazio existe também em um sentido figurado, e me refiro ao sentimento de vazio existencial, o sentimento de falta de objetivo e conteúdo da existência. O homem de hoje vivencia diversas vezes aquilo que foi mais bem definido em *Egmont*, de Goethe, mudando-se apenas algumas palavras: ele mal sabe de onde veio – muito menos para onde vai. E seria possível acrescentar: quanto menos ele conhecer seu objetivo, mais vai aumentar sua velocidade ao percorrer esse caminho.

Chamamos de frustração existencial – de não realização da vontade de sentido – o sentimento de vazio existencial, o sentimento de uma existência sem objetivo e conteúdo. E contrapusemos essa vontade de sentido à vontade do poder, como aparece na psicologia individual de Adler na forma da ambição pessoal (e não sem razão). E contrapusemos a vontade de sentido também à vontade do prazer, de cuja dominância na forma do princípio do prazer a psicanálise de Freud está tão convencida. E vemos que exatamente quando a vontade de sentido permanece insatisfeita, a vontade do prazer serve para anestesiá-la a insatisfação existencial do ser humano, ao menos para sua consciência. Em outras palavras: a vontade do prazer aparece apenas quando o homem não alcança sua vontade de sentido. A libido sexual prolifera apenas num vazio existencial. Uma decepção do homem em relação à sua luta por um sentido de sua existência, uma decepção existencial, é compensada de maneira vicária por um entorpecimento sexual.

O vazio existencial pode se tornar manifesto ou se manter latente. Vivemos numa época de crescente automação, e essa traz consigo mais tempo livre. Mas não existe apenas um tempo livre de alguma coisa, como também um tempo livre para alguma coisa; o homem existencialmente frustrado não sabe como ele pode preencher esse tempo livre, não sabe como preencher seu

vazio existencial.<sup>51</sup> Schopenhauer dizia que a humanidade oscila entre o sofrimento e o tédio. Bem, hoje em dia o tédio nos afeta muito mais, inclusive a nós neurologistas, do que o sofrimento. O tédio se tornou causa de primeira ordem da doença mental.

Se nos perguntarmos pelas principais formas clínicas nas quais o vazio se apresenta diante de nós, poderíamos listar a chamada neurose dos domingos, ou seja, a depressão que surge assim que as atividades dos dias úteis cessam e o homem, sem saber direito qual o sentido concreto de sua existência pessoal, toma consciência da suposta falta de sentido de sua vida.

Mas não é somente o final da jornada de trabalho que coloca o homem diante da pergunta sobre como preencher seu tempo; o mesmo acontece com o “anoitecer” da vida: o envelhecimento da população confronta o homem muitas vezes arrancado bruscamente de sua vida profissional com seu vazio existencial. Por fim, ao lado da velhice, é a juventude que nos mostra muitas vezes o quanto a vontade de sentido é frustrada – “nos países com alto nível de vida, muitos jovens cometem seus delitos principalmente por tédio, que se torna um problema cada vez maior em nosso tempo” (Wolf Middelndorf).

O vazio existencial não precisa se tornar manifesto: ele pode continuar latente – larvado, mascarado –, e conhecemos as diferentes máscaras com as quais o vazio existencial se esconde. Pensemos apenas na doença dos executivos que, tomados por um afã de trabalho, se lançam numa atividade qualquer, enquanto a vontade de poder (para não dizer sua expressão mais banal e primitiva, a “vontade de dinheiro”) reprime a vontade de sentido.

Ao estudar cinquenta tentativas de suicídio que não eram basicamente devidas a doença ou necessidade material, nem a conflitos profissionais ou de outra monta, mas sim devidas ao tédio, H. Plügge mostrou que a frustração existencial em geral, mas principalmente a neurose dominical, pode culminar em suicídio.

<sup>51</sup> Cf. as conclusões de um instituto de pesquisas sociais de Hamburgo, segundo o qual 58% dos jovens entrevistados “não sabem o que fazer” nas horas livres; esse percentual não engloba os fanáticos por esportes, que certamente são mais que 30%. O resto também prefere eventos coletivos; outra pesquisa parece ter concluído que 43,6% de todos os frequentadores de cinema do mundo só vão ver os filmes porque “não sabem o que fazer com seu tempo”.

Dessa maneira, Karl Bednarik pode ter razão ao escrever: “O problema da miséria material das massas se tornou o problema do bem-estar, o problema do ócio”. No que diz respeito ao problema das neuroses, Paul Polak, em 1947, já ressaltava que não era possível se entregar à ilusão de que a solução das questões sociais resolveria por si as doenças neuróticas – e que precisamente o contrário era verdadeiro: apenas quando as questões sociais estão resolvidas é que as questões existenciais aparecem cada vez mais na consciência do ser humano: “a solução da questão social iria liberar propriamente a problemática espiritual, mobilizá-la verdadeiramente pela primeira vez. O ser humano se tornaria livre para se ocupar realmente de si mesmo e passaria a reconhecer o que é problemático nele próprio, passaria a reconhecer a problemática de sua própria existência”.

Definimos a neurose, em sentido estrito, como uma doença psicogênica. Ao lado dessa neurose no sentido literal da palavra, conhecemos as neuroses em sentido amplo, por exemplo, as (pseudo)neuroses somatogênicas, noogênicas e sociogênicas. Todas essas são neuroses no sentido clínico. Mas também há neuroses no sentido metaclínico e paraclínico. Entre estas últimas estão as neuroses coletivas. Elas são “quase neuroses”, neuroses num sentido figurado. Vimos que não é possível falar de um aumento das neuroses no sentido clínico. Isso quer dizer que as neuroses clínicas não aumentaram tanto a ponto de se tornarem coletivas. À medida, porém, que nos é justificado falar de neuroses coletivas no sentido paraclínico, nossa experiência aponta que a neurose coletiva contemporânea se define por quatro sintomas:

1. *Atitude existencial provisória.* O ser humano de hoje está acostumado a viver o dia.
2. *Atitude fatalista perante a vida.* Se aquele que vive de maneira provisória diz que não é necessário agir e tomar o próprio destino nas mãos, aquele que vive de maneira fatalista diz que isso não é nem possível. O ser humano de hoje está tomado por uma crença supersticiosa nas mais diversas forças do destino. Uma pesquisa do Instituto Gallup mostrou que apenas 45% das mulheres austríacas não “acreditam numa ligação astrológica entre sua vida e a posição dos planetas”.

3. *Pensamento coletivista*. Se o ser humano não é capaz de apreender a situação devido a essas duas posturas existenciais, a provisória e a fatalista, então os outros dois sintomas de uma patologia do espírito da época mostram que ele também quase não consegue apreender a pessoa – a própria e a de outro enquanto pessoa. O ser humano de hoje quer se sobressair na massa; na realidade, ele se afunda nela, abre mão de si mesmo como ser livre e responsável.
4. *Fanatismo*. Se o ser humano de postura coletivista ignora sua própria personalidade, o fanático ignora a personalidade do outro, daquele que pensa diferente. Ele não o aceita; para ele, vale apenas a própria opinião.

E quão disseminados estão esses sintomas neurótico-coletivos? Nesse sentido, pedi a meus colaboradores que fizessem alguns testes, escolhendo pessoas não neuróticas no sentido estritamente clínico.

A primeira pergunta do teste relacionava-se ao sintoma 1, ou seja, à atitude existencial provisória: “Você não acha que, na realidade, não há um propósito para agir e tomar o próprio destino nas próprias mãos, visto que a bomba atômica vai acabar por explodir e nada terá sentido?”. A pergunta relativa ao sintoma 2, sobre a maneira fatalista de viver era: “Você acha que o homem, no fim das contas, não passa de um joguete de forças e poderes internos ou externos?”. A pergunta relativa ao pensamento coletivista era: “Você acha que o mais importante é não chamar a atenção?”. E, por fim, a pergunta relativa ao fanatismo: “Você acha que uma pessoa que tem a melhor das intenções também tem o direito de usar qualquer meio que lhe pareça útil?”. Na verdade, consideramos que a característica mais marcante do fanático é o fato de que, para ele, tudo se transforma em meios para o fim. Em sua opinião, *o fim justifica os meios*. Na realidade, porém, *também existem meios que podem profanar o fim mais sagrado*.<sup>52</sup>

<sup>52</sup> Quando esses meios se tornam fins em si mesmos, deixamos de lidar com o fanatismo e passamos a lidar com o terrorismo.

Por meio desse teste, meus colaboradores puderam confirmar que, entre todos os pesquisados, apenas um estava realmente livre de todos os quatro sintomas da neurose coletiva, enquanto não menos que a metade dos pesquisados apresentavam pelo menos três dos quatro sintomas. Esse resultado de nossa amostra demonstra que as pessoas que não são neuróticas do ponto de vista clínico podem sofrer de uma neurose coletiva. A contraprova está no resultado de investigações psiquiátricas com acusados de crimes de guerra – eles eram clinicamente sãos.

Sabemos agora que uma neurose pode advir não apenas de um conflito psíquico, mas também de um conflito espiritual, por exemplo, um conflito de consciência. Nós a chamamos de neurose noogênica. Torna-se compreensível que um ser humano, enquanto capaz de ter um conflito de consciência, estará protegido contra o fanatismo, contra a neurose coletiva. Inversamente, quando aquele que sofre de uma neurose coletiva – por exemplo, um fanático político –, se torna novamente apto a ouvir a voz de sua consciência, a sofrer com ela, também estará apto a superar sua neurose coletiva.

Há anos discorri sobre esse tema (entre outros) num congresso médico, diante de colegas que vivem sob um regime totalitário. Finda a palestra, eles vieram falar comigo e disseram: “Conhecemos bem isso que o senhor falou; o senhor deve saber que chamamos isso de *doença dos funcionários*: alguns tantos funcionários do partido têm um colapso nervoso por causa do peso cada vez maior de suas consciências; mas daí também estão curados de seu fanatismo político”. Resumindo: enquanto a coexistência da neurose coletiva e a saúde clínica for possível, a relação de neurose coletiva e neurose noogênica será inversamente proporcional.

Todos os quatro sintomas da neurose coletiva – a atitude existencial provisória, a atitude fatalista, o pensamento coletivista e o fanatismo – podem ser relacionados à fuga da responsabilidade e ao temor da liberdade. Mas a liberdade e a responsabilidade são constitutivas da espiritualidade do ser humano. O homem de hoje está enfasiado espiritualmente, e esse fastio do espírito é precisamente a essência do niilismo contemporâneo.

# **LOGOTERAPIA E ANÁLISE EXISTENCIAL**

# Logoterapia como terapia específica de neuroses noogênicas

As neuroses noogênicas demandam uma terapia que comece onde a neurose está enraizada: uma terapia que parta do espiritual (que denominei logoterapia) e uma terapia que se dirija ao espiritual, orientada para a existência espiritual pessoal (a que chamei análise existencial). Um exemplo concreto da casuística exemplifica isso:

Uma paciente nos procura por causa de nervosismo, vontade de chorar a toda hora, gagueira, sudorese, tremores, tremores de pálpebras e perda de 7 kg em quatro meses. Na base de tudo isso está um conflito de consciência entre casamento e fé: ela deve sacrificar o primeiro pelo segundo ou o inverso? Ela dá muito valor à educação religiosa dos filhos, enquanto seu marido, ateu convicto, é decididamente contrário a isso. O conflito em si é humano e não patológico; apenas o efeito do conflito, a neurose, é uma doença. Mas essa neurose não pode ser tratada enquanto não lidarmos com uma questão de sentido e de valores. A paciente afirma que poderia ter a melhor das vidas, desfrutar de paz e sossego (*peace of mind!*) caso se adequasse ao marido – e, em geral, ao seu meio social. Mas o problema é o seguinte: é preciso se adaptar a qualquer preço, ainda por cima a esse homem, a essa sociedade? Adaptar-se ao conceito de vida do marido não é possível, em sua opinião, pois daí ela estaria sacrificando seu próprio eu.

Caso a paciente não tivesse feito essa observação, o tratamento psicoterapêutico – no caso concreto, logoterapêutico – da neurose em questão

(claramente noogênica, surgida de um conflito espiritual e, portanto, devendo ser tratada a partir do espiritual) não poderia seguir nenhuma das duas direções, seja a de reforçar a adaptação ao marido, seja a de reforçar sua concepção de mundo, pois a logoterapia deve fazer o ser humano tomar consciência de sua responsabilidade. Contudo, ela não deve lhe transmitir quaisquer valores concretos, limitando-se a permitir que o paciente concretize, ele próprio, os valores que o aguardam e os preencha com o sentido que lhe cabe. O que não deve acontecer, de maneira nenhuma, é a imposição de uma hierarquia de valores e da visão de mundo do terapeuta sobre o paciente. E a nossa paciente falou claramente: abrir mão de sua convicção religiosa ou de agir de acordo com esta significava sacrificar seu eu – e isso nos dá o direito terapêuticamente de lhe explicar que sua doença neurótica representa o resultado da própria violência espiritual, que ameaça acontecer ou que já aconteceu. O primeiro passo foi eliminar os efeitos psicofísicos do conflito espiritual por meio do amortecimento – pela via medicamentosa – da ressonância afetiva do organismo. Depois, seguimos também o caminho de uma terapia causal, na qual desencorajamos a paciente a se adequar ao seu marido à custa de seus princípios de concepção do mundo. Do ponto de vista tático, ela foi orientada, justamente a partir de sua convicção religiosa, a evitar qualquer confrontação com o marido e lhe abrir e aplainar o caminho para uma melhor compreensão de sua própria convicção.

Dessa maneira, o médico tem de se precaver para não impor qualquer concepção de mundo ou sua própria concepção de mundo. O logoterapeuta terá de cuidar para que o paciente não descarregue a responsabilidade sobre ele, pois a logoterapia é essencialmente educação para a responsabilidade. O paciente precisa avançar de maneira autônoma a partir dessa responsabilidade e alcançar o sentido concreto de sua existência pessoal. Chamo de análise existencial aquele método de tratamento psicoterapêutico que ajuda o paciente a encontrar momentos significativos em sua existência, perceber possibilidades de valor. Decerto essa análise existencial pressupõe uma imagem de ser humano que abarca necessariamente

sentido, valor e espírito, que ocupam o espaço que lhes é devido na realidade. Resumindo, a imagem do ser humano espiritual, livre e responsável é sempre uma pré-condição – responsável pela realização de valores e pelo cumprimento de sentido: a imagem de um ser humano orientado pelo sentido.

A logoterapia não quer substituir a psicoterapia no sentido estrito e atual do termo, mas quer apenas complementá-la – e complementar também a sua imagem de ser humano, para uma imagem de ser humano “completo” (já falamos que essa completude inclui, necessariamente, o espiritual). Referindo-se à logoterapia, Richard Kraemer se expressou com belas palavras certa vez: “Até o momento, o espírito era tido como o antagonista da alma; agora, porém, o espírito se transformou em nosso aliado pela saúde da alma, e seguimos agora com três colunas contra a doença: com a somatoterapia, a psicoterapia e a logoterapia”.<sup>1</sup>

Quando chamamos de logoterapia uma psicoterapia que não apenas não ignora o espiritual, mas que precisamente parte dele, então “logos” *significa o espiritual e, para além disso, o sentido – mas não se entenda espiritual no sentido religioso.*

A psicanálise nos deu a conhecer a vontade do prazer, a qual podemos entender como o princípio do prazer; a psicologia individual nos apresentou a vontade de poder na forma de ambição pessoal. Entretanto, aquilo que chamamos de *vontade de sentido*<sup>2</sup> está enraizado de maneira muito mais profunda no ser humano: sua luta por uma existência preenchida de sentido.

A psicologia individual partiu do sentimento de inferioridade. Bem, o ser humano contemporâneo não sofre tanto da sensação de ter menos valor do que qualquer outro, mas mais da sensação de que seu ser não tem sentido. Essa *sensação de falta de sentido desbanca* atualmente o sentimento de inferioridade no que diz respeito à etiologia das doenças neuróticas. Em nossa opinião, a insatisfação

<sup>1</sup> Cf. Richard Kraemer. In: *Zschr. Psychotherapie*, vol. 2, 1952, p. 125: “Sua (Frankl) abordagem dá início a uma nova fase da psicoterapia. A fórmula mágica para a primeira época, mais antiga, tinha sido encontrada por Klages: ‘O espírito é o antagonista da alma’. A nova fase terá como tarefa e obrigação tornar esse mesmo espírito um fiel companheiro de batalhas”.

<sup>2</sup> Ver Viktor E. Frankl, *Der unbedingte Mensch. Metaklinische Vorlesungen*. Viena, 1949, p. 117; Reinhard Lauth também fala – independentemente de mim – de uma “vontade de sentido” (Reinhard Lauth, *Die Frage nach dem Sinn des Daseins*. Munique, 1953, p. 250).

da aspiração do ser humano por uma existência preenchida de sentido não é menos patogênica do que a frustração sexual. E sempre temos oportunidade de ver que também nos casos em que a frustração sexual aparece em primeiro plano, há uma *frustração existencial* no fundo: a pretensão vã do homem por uma existência preenchida de sentido, que tornaria sua vida digna de ser vivida. *A libido sexual prolifera apenas num vazio existencial.*

Uma agorafobia não precisa ser expressão apenas de hipertireoidismo e simpaticotonia ou de colapsofobia na hipocorticose com hipotonia arterial, como nos casos discutidos anteriormente.

Lembro-me de um caso em que o medo da paciente era um medo existencial: “O infinito”, ela dizia, “me oprime; me perco nele; há uma espécie de inconsistência – como se eu fosse me dissolver”. Quem não se lembraria aqui do que Pascal falou sobre sua experiência do espaço infinito ou da afirmação de Scheler: “O vazio infinito do espaço e do tempo é o próprio vazio do coração do homem”. Visto que angústia, em última instância, é o medo do nada, o “vazio infinito do espaço” toma o lugar do nada; mas esse vazio do macrocosmo parece ser uma mera projeção do vazio interior, de um esvaziamento existencial, isto é, de um vazio do microcosmo; este é como um reflexo da falta de conteúdo da própria existência. E se a existência perde seu conteúdo ou o sujeito de tal existência perde seu objeto, não tem qualquer objeto que o preencheria existencialmente, então esse sujeito se torna seu próprio objeto – o objeto de uma autorreflexão. Desde Haug, sabemos que a auto-observação forçada é suficiente para produzir manifestações de despersonalização, e não é errado dizer que a angústia primordial se refere a essa despersonalização e não ao seu suposto motivo, trazendo à tona o que mais faz sofrer nossa paciente: medo da doença psicótica (ela considera a despersonalização como seu sinal mais alarmante), ou seja, uma psicofobia. Neste caso, acrescente-se ainda que nossa paciente teve de suportar repetidas vezes noxas iatrogênicas, que a enredavam cada vez mais numa angústia de expectativa psicotofóbica como num casulo. Por fim, ela só conhecia um único medo: “acabar numa cama com grades”.

O processo terapêutico desse caso teve de se adequar à sua estrutura multidimensional:

1. O aspecto funcional: a angústia, ou melhor, a disposição à angústia, se deve a um substrato vegetativo ou endócrino. Por essa razão, a paciente recebe injeções de di-hidroergotamina. Esse componente vegetativo da angústia não tem um motivo, mas uma causa; é ela quem cria os motivos – motivos fictícios.
2. O aspecto reativo, iatrogênico: as afirmações impensadas dos médicos que a examinam lhe dão esses motivos fictícios. A partir dessas afirmações, ela conclui que sua psicofobia é justificada e que a angústia é prenúncio de uma psicose. Por esse “motivo”, a paciente tem “medo do medo”. Essa angústia secundária, potenciada e potenciadora, é enfrentada terapêuticamente à medida que lhe é mostrado que esses motivos fictícios é que causam sua ansiedade antecipatória; que a psicofobia não tem fundamento e que a paciente tem direito de ignorar seus temores e agir como se não existissem.
3. O aspecto existencial: só pode agir ignorando um sintoma e aquele que o faz em direção a algum sentido. Dessa maneira, do ponto de vista da terapêutica da análise existencial, é necessário conduzir a paciente às possibilidades concretas de sentido de sua existência pessoal.

Dessa maneira, é compreensível que a logoterapia apele para a vontade de sentido – e que seja reconhecida como psicoterapia apelativa. Mas ela não apenas apela a essa vontade de sentido: lá onde essa vontade está inconsciente, até reprimida, ela precisa evocá-la, em primeiro lugar. Do lado do objeto, porém, no caso de uma neurose noogênica devida a uma frustração dessa vontade de sentido, ou seja, a uma frustração existencial, tal logoterapia sempre precisará tentar também evocar possibilidades concretas de uma realização pessoal de sentido. Essas possibilidades têm sua realização única e exclusivamente a cargo do paciente; são valores cuja concretização pode plenificar a vontade de sentido outrora frustrada e, dessa maneira, satisfazer a exigência de sentido que o homem tem em relação à sua existência. Nesse ponto, toda logoterapia desemboca numa análise existencial – assim como toda análise existencial culmina numa logoterapia. Se Darwin

enxergou a luta pela existência, e Kropotkin, para além disso, a ajuda mútua nessa luta, a análise existencial enxerga o embate por um sentido da existência e concebe a si mesma como auxílio na procura desse sentido.

Não é raro que, confrontado com a tarefa da cura médica de almas, o médico deserte – seja desviando para o campo do somático ou para o psíquico. O primeiro acontece sempre quando ele tenta literalmente despachar o paciente com um tranquilizante. De uma maneira ou de outra, ele se esforça por uma “bem-intencionada cessação de todas as assim chamadas torturas da alma e pesos de consciência” (Friedrich Nietzsche).

Enquanto o somatologismo ignora o espiritual, o psicologismo projeta o noético no puramente psíquico. Mas a vontade de sentido também faz parte desse noético. O médico se desvia para o psíquico quando confronta um paciente desesperado porque duvida do sentido de sua existência, mas não com argumentos racionais que sejam contrários ao suicídio, e sim procurando apenas pelos motivos emocionais do desespero, tentando “desmascará-los”. Como se a verdade de uma visão de mundo dependesse da saúde daquele que “vê o mundo”.<sup>3</sup> Na realidade, há verdade apesar da doença, e não apenas da doença neurótica, mas também da psicótica. Duas vezes dois é igual a quatro, *mesmo quando um paranoico o diga*. Os problemas e os conflitos em si não são nada doentios. Mesmo conflitos insolúveis, na sua qualidade de insolúveis, não são doentios. Não partilhamos a “opinião ingênua de que o homem saudável não conhece conflitos insolúveis” (H. J. Weitbrecht). *Assim como há verdade apesar da doença, há sofrimento apesar da saúde. O psicologismo esquece o primeiro, e o patologismo não enxerga o segundo*.

O patologismo não faz distinção entre o que é simplesmente humano e o que é realmente doentio. E o desespero não precisa ser nada doentio. Um de meus

<sup>3</sup> Ver Viktor E. Frankl, “Psychotherapie und Weltanschauung”. *Internationale Zeitschrift für Individualpsychologie*, setembro de 1925: “É evidente que não está dado, de pronto, que aquilo que não é ‘normal’ também seja errado. Da mesma maneira, é possível dizer que Schopenhauer enxergou o mundo com óculos de lentes cinza, que era como ele achava correto, mas os outros homens, os normais, usavam lentes rosas. Ou, em outras palavras, não era a melancolia de Schopenhauer que confundia, mas a vontade de viver do homem saudável que o mantinha preso no delírio de um valor absoluto de vida”.

pacientes, professor universitário, que sofria de estados depressivos endógenos periódicos, estava preocupado com o sentido de sua existência não nas fases depressivas, mas nos intervalos normais.

Por exemplo, o desespero de um ser humano em relação à suposta falta de sentido de sua existência, essa dúvida de sentido – que, no fim das contas, é a origem de todo o desespero –, está longe de ser algo patológico. Esse desespero é humano, mas não doentio. Afirmar que um homem que duvida do sentido de sua existência é doente por causa disso seria um patologismo. Em contrapartida, é nosso dever distinguir entre o que é humano e o que é mórbido.

Nem mesmo o suicídio é patológico. E de maneira nenhuma o suicídio é sempre “o desfecho de um desenvolvimento psíquico doentio”, para citarmos o subtítulo de um livro. Isso não quer dizer que o suicídio possa solucionar um conflito ou um problema. É possível demonstrar que a um suicida falta coragem e, a outro, humildade; mas mesmo se o primeiro não é um herói nem o segundo é um santo, ambos não são loucos. Eles não sofrem de uma doença mental, mas têm uma necessidade espiritual: crise de consciência. E mesmo que a consciência de um suicida se engane, esse engano continua sendo humano.

O patologismo mais problemático não é o que só confunde o humano com o doentio, mas aquele que confunde o doentio com o mais totalmente humano: a preocupação pela possível realização de sentido da existência humana. Nesses casos, esse totalmente humano é tido por algo demasiado humano, por uma fraqueza, um complexo. A exigência do homem por um sentido da existência, essa vontade de sentido, tem tão pouca relação com um sinal de doença que nós até a mobilizamos como um meio de cura (no sentido da psicoterapia que parte do espiritual).

Não devemos esquecer que não apenas a vontade de sentido representa o fenômeno mais humano que é possível existir, como também sua frustração está longe de ser algo doentio. Não precisamos estar doentes para considerar a própria existência sem sentido; sim, não é preciso ficarmos doentes por causa disso. A frustração existencial não é nem algo doentio nem algo que causa doença; em outras palavras, ela não é, em si, algo patológico, nem necessariamente algo patogênico; é patogênico apenas de maneira facultativa. Porém, sempre que de fato

se torna patogênica (patogênico = que produz uma doença), ou seja, sempre que leva a uma doença neurótica, chamamos tais neuroses de noogênicas (noogênico = surgido do espiritual).

A pergunta é: quando a frustração existencial se torna patogênica? Nesse caso, é preciso surgir uma afecção somática, que se liga a uma frustração existencial. Ou seja, para haver uma neurose noogênica, primeiro a afecção somática deve se engatar na frustração existencial. Na verdade, não é possível imaginar isso de outra forma, e exatamente por causa da logoterapia, pois – segundo seus preceitos – o início de um evento de doença só pode se dar no âmbito do organismo psicofísico, não no da pessoa espiritual: a pessoa espiritual não adoece. Mas o homem, sim, pode ficar doente. E sempre que isso acontece, o organismo psicofísico tem de estar envolvido. Para falar realmente de uma neurose, é preciso haver uma afecção psicofísica envolvida. Nesse sentido, falamos deliberadamente de neuroses noogênicas – mas não de neuroses noéticas. Neuroses noogênicas são doenças “surgidas do espírito”, mas não são doenças “no espírito”. Não existem “nooses” – algo noético não pode ser, em si, nada patológico e, por isso, não pode ser nada de neurótico. A neurose não é uma doença noética, não é uma doença espiritual, não é uma doença do homem apenas em seu âmbito espiritual; ela é a doença de um ser humano em sua unidade e totalidade. Isso quer dizer que a expressão “neuroses noogênicas” é preferível a “neuroses existenciais”. Apenas uma frustração pode ser existencial – entretanto, ela não é uma neurose, muito menos algo patológico.

Chegando a esse ponto de nossas reflexões, vemos – ao lado do citado perigo do patologismo – outro perigo: o perigo do noologismo. Cair no erro do noologismo é afirmar que toda neurose é noogênica. Por outro lado, cair no erro do patologismo é afirmar que toda frustração existencial é patogênica. Assim como nem toda frustração existencial já é algo neurótico, nem toda neurose tem raízes na frustração existencial. H. J. Prill, da clínica ginecológica do hospital universitário de Würzburg, comprovou uma patogênese existencial em 21% dos casos de neurose orgânica. E minha colaboradora Eva Niebauer, chefe do Ambulatório de Psicoterapia da Policlínica Neurológica de Viena, conseguiu identificar apenas 14% dos seus casos como neuroses noogênicas. R. Volhard e D. Langen chegaram a uma porcentagem semelhante de 12%, nem mais nem menos. Isso significa

que nem toda neurose é noogênica; nem toda neurose nasceu de um conflito de consciência ou de um problema de valor.

Enquanto o psicologismo diagnostica de maneira errônea como psicogênica qualquer neurose (e, por isso, também a neurose noogênica), o noologismo considera qualquer neurose (e, portanto, também a neurose psicogênica, assim como a pseudo-neurose somatogênica) como noogênica. Afirmações como as seguintes são paradigmáticas para tal flagrante noologismo: “A neurose sempre é um exagero de valores relativos”<sup>4</sup> E: “A questão de Deus é o conflito problemático central em toda análise”<sup>5</sup> Quando um dos autores afirma que a neurose é “sempre” (!) um exagero de valores relativos, ele (por si e por conta própria) não só está tornando algo relativo em absoluto, mas antes de tudo exemplificando um flagrante noologismo. Pois a neurose nem sempre pode ser relacionada a valores relativos tornados absolutos, nem esses valores tornados absolutos levam sempre a uma neurose. “Não sejamos mais papistas do que o Papa.” O padre franciscano J. H. Vander Veldt da Catholic University of America, de Washington, também confirma nossa própria opinião ao explicar de maneira explícita que nem toda neurose está baseada num conflito, muito menos um conflito moral ou religioso. E quando outro autor, contrário ao alerta de J. H. Vander Veldt, coloca o conflito religioso não como uma das bases da etiologia da neurose, mas como a única, e ainda o “idolatra” (para utilizar sua expressão favorita) ao afirmar que a questão de Deus é o conflito problemático central de “toda” (!) análise, ele está ignorando o alerta de H. J. Weitbrecht: *“Não temos o direito de posar de sacerdotes e julgar sobre a culpa, muito menos nos atrever a enxergar a doença como uma força de oposição à ordem divina. Temos de rejeitar a hybris de querer analisar tudo e desmascarar tudo”*.

Além da Cila do psicologismo, somos espreitados pela Caríbdis do noologismo.<sup>6</sup> Enquanto o psicologista projeta o espiritual a partir do espaço

<sup>4</sup> I. A. Caruso, *Die Wiener personalistische Tiefenpsychologie als symbolische Teilerkenntnis der menschlichen Person*. 1954, p. 3.

<sup>5</sup> Wilfried Daim, *Umwertung der Psychoanalyse*. Viena, 1951, p. 311.

<sup>6</sup> A expressão “entre Cila e Caríbdis” é uma forma invulgar que corresponde à tão conhecida “entre a espada e a parede” e que representa a sensação de se estar “num dilema, em perigo iminente, em grande dificuldade”. Orlando Neves, *Dicionário de Frases Feitas*. Lisboa, Lello & Irmão, 1991. (N. E.)

do humano (que só chega a ser constituído pelo espiritual) no plano do meramente psíquico, o noologista interpreta o corporal única e exclusivamente como uma expressão do espiritual. Na realidade, o evento de doença corporal não tem aquela importância na história de vida e aquele valor de expressão para a alma que a medicina psicossomática tão generosamente lhe confere. A medicina psicossomática ensina que só adoece quem se aflige. Entretanto, é possível mostrar que quem se alegra também adoece. E se as palavras de Juvenal *mens sana in corpore sano* são tão mal-entendidas a ponto de um espírito saudável ser condicionado por um corpo saudável, então posso afirmar, como psiquiatra, que também há uma *mens insana in corpore sano*; igualmente posso afirmar, como neurologista, que há uma *mens sana in corpore insano* (por exemplo, num corpo paralítico). Evidentemente, toda doença tem seu “sentido”, mas o verdadeiro sentido de uma doença não está no fato de se estar doente, mas no “como” se sofre, e é esse sentido que, em primeiro lugar, deve ser dado à doença. E isso acontece quando o homem que sofre, o *homo patiens* – em seu sofrimento justo e digno de um destino autêntico –, preenche de sentido possível um sofrimento necessário imposto pelo destino. Permitir o aparecimento de tais possibilidades de sentido, nesse aspecto, uma busca de sentido, é a tarefa da cura médica de almas.

Chamamos de doenças psicossomáticas aquelas doenças desencadeadas mas não causadas pelo anímico (ou seja, não psicogênicas). Ao contrário da medicina psicossomática, porém, não concordamos que são sempre os complexos, conflitos, problemas e traumas específicos que se tornam patogênicos. É fácil comprovar que os complexos, conflitos, problemas e traumas, cuja patogênese supostamente específica é quase sempre incriminada, podem ser considerados praticamente ubíquos. E sempre que esses são levantados na anamnese, não são os causadores das doenças. Tirar essa conclusão seria igual a dizer que um recife que aparece na maré baixa foi a causa dessa maré. Na realidade, a maré baixa apenas revela o recife – assim como os diversos complexos, conflitos, problemas e traumas não são a causa das doenças, mas aparecem nas anamneses apenas porque os pacientes em questão são seres humanos dominados pelo medo e pela preocupação, e cujo temor é o efeito dos transtornos neuróticos.

É possível aplicar algo análogo não apenas no âmbito da patogênese em geral, mas no da noogênese, em particular. A frustração existencial que pode ser a base das neuroses noogênicas é tão ubíqua que não pode ser, em si, patogênica. Também nesse caso uma afecção somatopsíquica precisa se juntar a ela e o organismo psicofísico tem de ser envolvido. A etiologia dos transtornos neuróticos é a seguinte:

### I. Reação pessoal

1. Passividade inadequada: fuga do medo – padrão de reação da neurose de angústia
2. Atividade inadequada
  - a. luta contra a obsessão – padrão de reação neurótico-obsessivo
  - b. luta pelo prazer – padrão de reação neurótico-sexual

(Diante disso, a correção terapêutica é a seguinte:

1. Passividade adequada: ignorar a neurose – o que só pode acontecer e até ser exigido ao paciente quando há um agir seu em direção a algo, isto é:
2. a atividade adequada.)

### II. Ressonância organísmica

Trata-se, *sit venia verbo*, de uma reação do organismo psicofísico à reação da pessoa espiritual. O terreno de ressonância organísmica constitui:

1. uma disposição correspondente e
2. uma constituição correspondente.

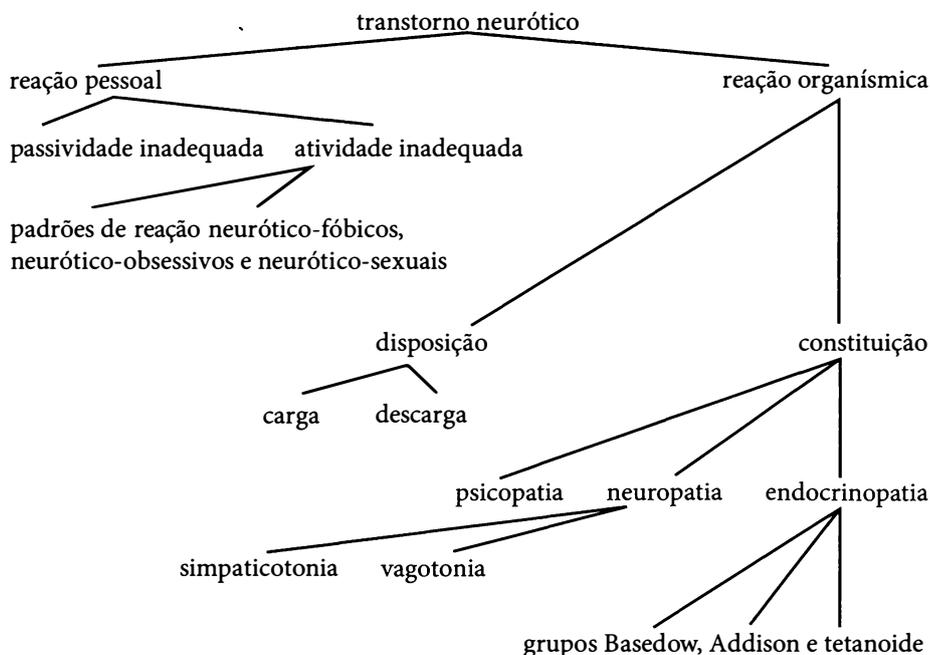
Em relação à disposição, aprendemos o papel tanto da carga excessiva quanto do relaxamento excessivo: Manfred Pflanz e Thure von Uexküll puderam mostrar que o homem, mesmo no sentido da medicina interna, adoece apenas quando está carregando uma carga excessiva ou está excessivamente relaxado. Em outras palavras, quando não possui uma tarefa correspondente às suas forças. Caso ele a possua, ela se torna “antipatogênica”, como mantenedora da saúde. O que importa é o corretivo terapêutico de uma exigência adequada a algo pelo qual valha a pena “agir na direção [desse algo]” (como já mencionamos anteriormente).

Em relação à constituição, aprendemos o papel desempenhado:

- a. pela psicopatia (principalmente em sua forma anancástica);
- b. pela neuropatia, ressaltando principalmente quadros clínicos simpaticotônicos ou vagotônicos, caso a caso;
- c. pela endocrinopatia, da qual destacamos os grupos de formas:
  - Basedow (hipertireoidismo);
  - Addison (hipocorticoidismo) e
  - Tetanoide.

Não podemos deixar de contemplar nenhum dos fatores que confluem para a etiologia dos transtornos neuróticos; também não podemos supervalorizar nenhum deles, a fim de não recairmos no somatologismo, no psicologismo ou no noologismo (Figura 15).

FIGURA 15



# Logoterapia como terapia inespecífica

Daquilo que afirmamos anteriormente, concluímos que a logoterapia é uma terapia específica para as neuroses noogênicas: as neuroses noogênicas, como neuroses que partem do espiritual, demandaram a logoterapia como terapia a partir do espiritual. Ou seja, no caso das neuroses noogênicas, a logoterapia é indicada, visto que essas neuroses estão na sua zona de indicação mais específica. Dentro dos limites dessa zona, a logoterapia é efetivamente uma substituta da psicoterapia. Porém existe também uma zona mais ampla de indicação da logoterapia, que são as neuroses em sentido estrito, ou seja, não as neuroses noogênicas, mas as neuroses psicogênicas. E, dentro dessa zona, a logoterapia não é uma substituição da psicoterapia, mas simplesmente sua complementação.

A logoterapia não é, de maneira alguma, apenas uma complementação da psicoterapia; ela é também uma complementação da somatoterapia – ou, melhor dizendo, de uma terapia somatopsíquica simultânea, que atua tanto no somático quanto no psíquico, a fim de investir contra a neurose a partir desses dois pontos. Observamos constantemente o surgimento de um círculo vicioso entre distúrbios funcionais vegetativos e endócrinos e padrões de reação patogênicos em relação a esses distúrbios funcionais, à medida que uma disposição vegetativa à angústia se intercala com uma reativa ansiedade antecipatória (veja p. 131), pela qual o paciente passa a ingressar numa neurose de angústia. A esse círculo neurótico, estabelecido dessa maneira, tem de corresponder uma pinça terapêutica cujos braços agarrem tanto o somático quanto o psíquico. Isso é concretizado, por exemplo, em casos com uma base de hipertireoidismo, quando a psicoterapia da ansiedade antecipatória reativa é simultânea ao tratamento da disposição vegetativa à angústia

através de uma terapia específica com o auxílio de injeções de di-hidroergotamina. Exatamente nesses casos ficou patente que uma terapia com essa orientação apenas pode ser aplicada, ou melhor, que a neurose só consegue ser superada quando o paciente se orienta e ajusta em direção a um sentido concreto de sua existência pessoal, que deve ser esclarecido a partir do caminho da análise existencial.

*Os círculos neuróticos só conseguem proliferar num vazio existencial*, e a terapia só se dá por completa quando consegue, no sentido da logoterapia, preencher o vazio existencial. Dessa maneira, a logoterapia representa uma complementação noética da terapia somatopsíquica.

A logoterapia de maneira alguma deixa de observar o biológico, o fisiológico; ela pretende apenas que o psicológico não seja esquecido diante do fisiológico e do psicológico. Quando se constrói uma casa e chega a hora de o telhadista fazer seu trabalho, ninguém vai censurá-lo por não se ocupar do porão.

Nos casos mencionados anteriormente, é difícil dizer que o vazio existencial, no qual o círculo neurótico conseguiu proliferar, era patogênico. Mesmo assim, o preenchimento desse vazio é antipatogênico (para usarmos o termo de Manfred Pflanz e Thure von Uexküll). E mesmo nos casos somatopsicogênicos, que não têm origem no espiritual, a terapia que parte do espírito – como se entende a logoterapia – também é adequada. Vale aqui a palavra de Paracelso: embora a doença venha da natureza, sua cura vem do espírito. As neuroses não eram noogênicas, e apesar disso uma logoterapia combinada com a terapia simultânea somatopsíquica também foi indicada. Nesses casos, podemos dizer que a logoterapia é uma terapia inespecífica.

Considero muito acertadas as afirmações de Edith Weisskopf-Joelson, da Universidade Georgia: “Embora a psicoterapia tradicional tenha insistido que a prática terapêutica deve se basear nos achados da etiologia, é muito possível que certos fatores possam causar neuroses na infância precoce e que fatores inteiramente diferentes possam aliviar neuroses durante a vida adulta. [...] Ajudar o paciente a desenvolver defesas eficientes e socialmente aceitáveis contra a ansiedade – como um sistema de apoio de valores éticos – parece ser um objetivo mais realista da terapia, até menos ambicioso, do que ‘chegar às raízes do distúrbio’”. A seguinte casuística deve comprovar isso:

Eleonore W. (Policlínica Neurológica, ambulatório 3070/1952) tem 30 anos. Ela sofre de severa psicotofobia e criminofobia, além de fobias de homicídio e suicídio. A psicotofobia refere-se a alucinações hipnagógicas; a paciente, aparentemente, é eidética. Além disso, ela tem um anancasmo grave, e esse anancasmo forma a base constitucional de sua neurose, enquanto o lado neuropático aparece na forma de uma simpaticotonia (de cuja legitimidade não temos por que duvidar, segundo F. Hoff e Curtius) e na forma de um hipertireoidismo, que se sobrepõe à primeira. A tireoide está aumentada – exoftalmia – tremores – taquicardia (pulsação 140 bpm) – perda de peso (5 kg) – metabolismo basal +72%. Um fator disposicional se associa a essa base constitucional: trata-se de um desarranjo vegetativo causado por uma estringectomia realizada havia dois anos e, por fim, um fator condicional: um desequilíbrio vegetativo, pois certo dia a paciente ingeriu, contrariamente a seus hábitos, um café muito forte, sofrendo um ataque vegetativo de ansiedade, ao qual respondeu com uma ansiedade antecipatória reativa (“depois do primeiro ataque de ansiedade, ficava angustiada apenas em pensar nele”). Mais tarde, ela condensou a ansiedade antecipatória ao redor de suas ocorrências obsessivas anancásticas. Esses são os fatores constitucionais, disposicionais e condicionais – ou a somatogênese e a psicogênese.

Além disso, no sentido de uma noogênese, a paciente vive num vazio existencial: “Há um ponto morto existencial; estou pendurada no ar; tudo me parece sem sentido; o que sempre mais me ajudou foi cuidar de alguém; agora, porém, estou sozinha; quero que minha vida volte a fazer sentido!”. A motivação da paciente, pela qual ela nos procurou, não estava em sua frustração existencial; mas o efeito da terapia só se fez notar quando lhe foi apontado o caminho para o preenchimento de seu vazio existencial e a desconstrução de todas as proliferações neuróticas vazias.

Em relação a esse amplo espectro de possíveis indicações e combinações da logoterapia analítico-existencial, a afirmação de M. B. Arnold se torna compreensível: “Qualquer terapia precisa ser logoterapia, qualquer que seja seu caminho, quaisquer que sejam suas restrições”.

# Intenção paradoxal e derreflexão

## I. INTENÇÃO PARADOXAL

### 1. Técnica terapêutica

Em seu prefácio para um livro sobre logoterapia, Allport diz que a logoterapia, nos Estados Unidos, é uma das orientações sob a denominação de “psiquiatria existencial”. Robert C. Leslie, entretanto, afirma que exatamente nesse sentido a logoterapia é “uma exceção muito significativa”, de maneira que, ao contrário das outras tendências da psiquiatria existencial, foi capaz de fazer surgir de seu meio uma técnica autêntica. Encontramos registros semelhantes nos escritos de Donald F. Tweedie, Aaron J. Ungersma, Godfryd Kaczanowski e Crumbaugh. Trata-se da intenção paradoxal, descrita em meu trabalho publicado em 1939, “Zur medikamentösen Unterstützung der Psychotherapie bei Neurosen” [“Do suporte Medicamentoso na Psicoterapia nas Neuroses”].<sup>1</sup>

A seguir, queremos introduzir a intenção paradoxal não a partir do caminho da indução, quer dizer, do caminho da terapia das neuroses, mas vamos derivá-la do caminho da dedução, ou seja, da teoria das neuroses.

Para tanto, retornemos à neurose de angústia. Observamos continuamente que o medo do paciente com neurose de angústia é potencializado por um medo do medo. E essa angústia de expectativa é motivada por uma fobia de colapso, uma

<sup>1</sup> Viktor E. Frankl, “Zur medikamentösen Unterstützung der Psychotherapie bei Neurosen”. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, vol. 43, 1939, p. 26.

fobia de infarto ou uma fobia de derrame cerebral (veja p. 123), dependendo do caso – se o paciente teme sofrer um colapso fora de casa, ou morrer de infarto, ou ter um derrame cerebral. Temendo o medo, ao paciente só resta fugir do medo; resumindo, ele foge do medo – isso ocorre, paradoxalmente, com ele ficando em casa. Estamos lidando com o primeiro dos padrões de reação, o *padrão de reação agorafóbico*.

Seu comportamento nas neuroses obsessivas é diferente: o paciente tem medo da obsessão. E esse medo é devido ao temor de que aquilo que ele sente no momento possa ser o prenúncio ou o início de uma doença mental (psicotofobia), de que ele possa vir a fazer algo de errado (criminfobia) contra si próprio (suicidifobia) ou contra os outros (homicidifobia) (ver p. 131 ss.). Enquanto o neurótico de angústia foge por causa desse medo, o neurótico obsessivo passa a lutar contra a obsessão. A reação do paciente passa a ser lutar contra as ocorrências obsessivas, atracando-se com elas, rebelando-se contra elas – ao contrário do neurótico de angústia, que sai correndo dos ataques de medo. Trata-se aqui do tipo de reação neurótico-obsessiva em relação ao anancasmo psicopático, e o *padrão de reação neurótico-obsessivo* potencializa a psicopatologia anancástica ao grau de neurose obsessiva reativa.

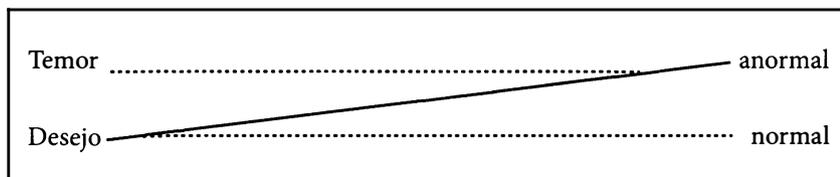
A neurose sexual, por sua vez, se comporta de maneira diferente: o que caracteriza o *padrão de reação neurótico-sexual* é a luta pelo prazer (veja p. 142). O neurótico sexual corre atrás do prazer e, justamente por isso, fracassa. O neurótico sexual caça o prazer; mas o prazer é um efeito que não se deixa “capturar”, mas permanece efeito e não pode ser o objeto da intenção. A caça pela felicidade espanta a felicidade, a luta pelo prazer afugenta o prazer. À intenção forçada do prazer sexual se associa uma reflexão forçada do ato sexual; mas atenção excessiva não é menos patogênica que intenção excessiva.

Os exemplos de ansiedade antecipatória mostram que o temor acaba realizando o que é temido. E assim como o temor realiza o que é temido, o desejo forçado impossibilita o que se propõe. A logoterapia se aproveita disso quando tenta fazer com que o paciente, de maneira paradoxal, deseje ou vá em direção daquilo que ele tanto teme.

Tanto no caso do temor da neurose de angústia quanto no caso do temor da neurose obsessiva, estamos lidando com o temor de algo anormal, enquanto a

intenção forçada da potência masculina e do orgasmo, que encontramos nos casos de neuroses sexuais, não são um temor de algo anormal, mas o desejo forçado de algo normal. Como seria se ligássemos o desejo com algo anormal, mudando os paradigmas da neurose (Figura 16)? Como seria se orientássemos o paciente fóbico a tentar desejar exatamente *aquilo que ele teme* (e mesmo que isso aconteça apenas por instantes)? Se eu sou alguém que sofre de distúrbio de potência, enfaticamente “quero” o ato sexual, ou seja, tenho essa intenção forçada e da mesma forma também já impossibilito esse ato. Mas como seria se eu, como alguém agorafóbico, também quisesse tão “enfaticamente” sofrer um ataque? Se nossos pacientes conseguem, paradoxalmente, manifestar a intenção por aquilo que temem, então essa medida psicoterapêutica de tratamento tem um efeito surpreendentemente favorável sobre o paciente fóbico. Pois no mesmo instante que o paciente aprende a permitir a intenção (paradoxal) no lugar do medo, ele acaba como que retirando o combustível que move seus temores.

FIGURA 16  
MUDANDO PARADIGMAS



Para ilustrar tudo isso, vamos nos valer novamente do caso de um jovem colega que sofre de severa hidrofobia.

Ele tem uma labilidade vegetativa congênita. Certo dia, ele dá a mão ao superior e percebe que começa a suar de maneira exagerada. A próxima vez, numa situação semelhante, ele já está esperando uma sudorese excessiva, e a ansiedade antecipatória já o faz suar. Diante de uma situação semelhante, nosso colega hidrófobo foi orientado por nós a exatamente tentar suar muito diante da pessoa a quem está se apresentando. “Até hoje, só consegui suar 1 litro”, ele dizia a si mesmo (como ele nos relatou posteriormente), “agora quero suar 10 litros!”. E o resultado?

Depois de sofrer por quatro anos de uma fobia, ele conseguiu se livrar dela, de maneira total e definitiva, por meio desse nosso caminho – após uma única sessão – em apenas uma semana.

Tais resultados terapêuticos de tratamento atestam que a assim chamada terapia breve pode ser breve e boa, mesmo quando não pretende ser psicologia profunda; e não é por isso que ela precisa ser superficial. No mais, o contrário de psicologia profunda não é terapia superficial, mas uma psicologia das alturas.<sup>2</sup> No que se refere à afirmação de que se trata de uma terapia de sintomas, remetemos a J. H. Schultz: “A dúvida, muitas vezes explicitada, de que o fim dos sintomas nesses casos deveria, necessariamente, ser seguido pelo surgimento de um novo sintoma substituto ou de outra postura inadequada, é uma afirmação totalmente infundada nessa generalização”.

O paciente deve objetivar a neurose e distanciar-se dela. Deve aprender a olhar o medo nos olhos, rir na sua cara. E isso demanda a coragem de enfrentar o ridículo. O médico não pode se vexar em mostrar, até interpretar, a maneira como o paciente deve se comportar. Nada faz com que o paciente se distancie mais de si mesmo como o humor. O humor mereceria ser chamado um existencial. Assim como a preocupação (M. Heidegger) e o amor (L. Binswanger).

## 2. Casuística clínica

Como se lida com a intenção paradoxal na prática?

Certo dia, um jovem cirurgião veio nos procurar. A cada vez que seu chefe entrava na sala de cirurgia, ele ficava com medo de tremer durante o procedimento; mais tarde, esse temor era suficiente para realmente fazê-lo tremer; por fim, ele conseguia apenas reprimir essa fobia de tremor ou o

<sup>2</sup> Ver Viktor E. Frankl. In: *Zentralblatt für Psychotherapie*, vol. 10, 1938, p. 33: “Onde está aquela psicologia terapeuticamente interessada em incluir essas camadas mais ‘altas’ da existência humana em seu escopo – e que nesse sentido (e em oposição ao termo ‘psicologia profunda’) mereça o nome de psicologia das alturas?”.

tremor por ela desencadeado ao se embriagar antes de cada operação. Esse caso desencadeou uma série de reações em cadeia. Depois de apresentar sua história médica e meu método de tratamento em minhas palestras clínicas, uma de minhas ouvintes, estudante de medicina, me escreveu poucas semanas depois contando o seguinte: Até aquele momento ela também sofria de uma fobia de tremores que sempre aparecia quando o professor de anatomia entrava na sala de dissecação, e ela realmente começava a tremer todas as vezes. Depois de escutar o caso do cirurgião na minha palestra, ela tentou aplicar a mesma terapia em si mesma. Assim, a cada vez que o professor vinha observá-la na dissecação, ela pensava o seguinte: “Vou mostrar a ele como é tremer de verdade – ele vai ver como sou boa em tremer!”. Tanto a fobia do tremor quanto os tremores em si desapareceram.

Mais um caso:

Marie B. (Policlínica Neurológica, 394/1955 e 6264/1955). A paciente foi tratada, e sua história médica, reproduzida de maneira resumida, foi registrada pelo Dr. Kocourek. No primeiro plano do quadro estão taquicardias em forma de ataques; com elas, angústia e uma “sensação de colapso”. Depois dos primeiros ataques de taquicardia e de medo, ela passou a temer que tudo isso pudesse acontecer novamente – o que já a fazia sentir taquicardia. Ela temia principalmente cair na rua ou sofrer um derrame cerebral. A paciente foi orientada pelo Dr. Kocourek a dizer a si mesma: “O coração tem de bater mais forte ainda. Vou tentar ter um colapso na rua.” A paciente foi orientada a listar todas as situações que considerava desagradáveis e não a fugir delas. Duas semanas após sua internação, a paciente relatou: “Me sinto muito bem e quase não tenho mais palpitações. Os estados de angústia desapareceram completamente”. Dezesete dias depois de a paciente ter recebido alta, ela me disse: “Se vez ou outra sinto palpitações, digo a mim mesma: ‘Que o coração bata ainda mais’. E as palpitações param”.

O caso seguinte deve comprovar, de maneira casuística, a adequação do uso da intenção paradoxal no caso de neurose obsessiva:

A senhora Hede R., de S., tem 52 anos; sua mãe já sofria de severa neurose obsessiva. Há catorze anos surgiram os primeiros sintomas de obsessão na paciente – até então, ela era apenas meticulosa. Ela passou a sofrer de uma obsessão de contagem. Às vezes, ela inicia uma leitura por dez vezes ou “empaca” numa palavra. Seus armários têm que se manter estritamente arrumados e ela precisa checar tudo; ela teme ser atrapalhada nessa hora. A fim de se certificar de que as gavetas estão realmente fechadas, ela as toca num determinado ritmo. De tanto fazer isso, os nós de seus dedos estão em carne viva; chaves e trincos quebrados são resultado de suas checagens constantes para ver se está tudo fechado. O marido também não tem acesso aos armários dela, e certa vez precisou comprar uma camisa nova porque a mulher não permitiu que ele abrisse o armário.

A paciente foi internada, e a Dra. Niebauer ficou responsável pela psicoterapia. O chefe da seção apresentou à paciente, pessoalmente, a intenção paradoxal. Logo na mesma tarde, a paciente desarrumou duas prateleiras de seu armário e ficou orgulhosa disso. Curiosamente, apenas depois desse efeito terapêutico ela revelou à Dra. Niebauer que seu irmão, na idade de cinco anos, estragara sua boneca predileta. Desde então, a paciente começou a guardar os próprios brinquedos. Aos dezesseis anos, a irmã começou a vestir as roupas da paciente sem seu consentimento, e essas também passaram a ser trancadas.

A Dra. Niebauer treinou a intenção paradoxal com a paciente: a intenção é a imperfeição – *tudo tem de estar o mais bagunçado possível*. A paciente deve abrir o armário com o desejo de bagunçar tudo. Dois dias após o início do tratamento, ela chegou ao ponto de não ter de contar ou checar mais nada. No quarto dia do tratamento, ela se esquece de trancar o armário. No sexto dia, não precisa repetir mais nada. Duas semanas após o início do tratamento, a paciente está apta – como ela própria afirma – a usar normalmente sua caneta-tinteiro, o que havia anos era impossível de ser feito, visto que era preciso seguir um determinado “sistema”: “Estou muito orgulhosa”. Dali a dois dias, a paciente é liberada e ela diz ao diretor: “Não tenho mais

medo. Tudo funciona normalmente. Volto para casa como outra pessoa”. A paciente tinha sofrido com a neurose obsessiva por catorze anos e sua melhora se deu no transcorrer de dezesseis dias. A melhora se mantém.

Outro caso:

O senhor Karl P. (Policlínica Neurológica, 901/1956), 44 anos, músico. O paciente foi tratado e sua história registrada pela Dra. Niebauer. Desde a infância o paciente era metuculoso. Aos dezesseis anos, teve escarlatina e foi internado num hospital para doenças infecciosas. Naquela época, os pacientes que dividiam o quarto com ele compravam comida de maneira irregular, com dinheiro vivo. Desde então, ele sofre com a ideia obsessiva de que toda nota de dinheiro pode ser uma fonte de contaminação e tem medo de bactérias, doenças infecciosas, doenças de pele e sexualmente transmissíveis. O paciente tem seu próprio ritual: ao voltar do trabalho para casa, limpa as maçanetas das portas inúmeras vezes e lava as mãos; os amigos que o visitam sabem disso e fazem o mesmo para acalmá-lo. Não é capaz de entrar numa loja onde teria de receber cédulas. Seu salário é pago em cédulas novinhas, e apenas as de 10 xelins. Ao fazer um pagamento, não recebe o troco em cédulas. As moedas são guardadas numa bolsa especial e em casa são lavadas e fervidas várias vezes. Ele carrega constantemente uma garrafa de água e sabonete consigo. Depois de uma visita, a casa é inteiramente lavada. Quando o filho vem para casa, ele o escova, e os cadernos e a mochila são limpos. Seu carro também é sempre lavado. Só então ele se acalma. Ele tem diversos aventais que o protegem das bactérias. Usando um desses aventais, ele está “imune” e pode até receber cédulas sujas. Durante o trabalho, ele sempre usa um desses aventais brancos. Quando vai a concertos, porém, tem de usar um terno escuro, e sente-se amedrontado e inseguro. Só consegue se deitar entre duas e duas e meia da manhã, visto que são tantas coisas a planejar e organizar antes; sempre adormece no trabalho. Quando era criança, sua mãe nunca o considerava limpo o suficiente e ele era obrigado constantemente a se lavar. Na puberdade, ouviu falar de um restaurante onde alguém contraiu lepra comendo

bananas. Desde então, evita bananas, visto que acredita que sejam colhidas por doentes e, portanto, uma grande fonte de infecção. Em 1953, passou por tratamento ambulatorial; depois de perder pela quinta vez a paciência com ele, o psiquiatra do lugar lhe disse que era impossível ajudá-lo.

A Dra. Niebauer orienta o paciente, no sentido da intenção paradoxal, a *desejar* exatamente aquilo que ele tanto teme e dizer a si mesmo: “*Agora meu intuito é contrair o máximo possível de doenças infecciosas*”. Ele deve colocar cédulas em todos os lugares, deixá-las espalhadas pela casa, tocar várias vezes nas maçanetas das portas e “se esbaldar entre as bactérias”.

Já na terceira sessão, o paciente explica à médica: “Parece um milagre. *Vivi 28 anos temendo as bactérias*; estou completamente mudado. Ao sair daqui, no sábado, comecei a seguir imediatamente o seu conselho. Simplesmente me sentei no meu carro, não limpei nada lá, joguei fora dois saquinhos que levava nele para as chaves e dinheiro extra e meti a carteira no terno. Também não limpei a garagem nem esfreguei o trinco dela com um papel, como de costume. Em casa, não lavei as mãos; parei de escovar meu filho e lavar sua mochila, mas passei a deixar que ele faça o que quiser. Além disso, trouxe bananas para meu filho e minha mulher, e eu também comi uma – antes eu nem entrava nas lojas que vendiam bananas”.

Quarta sessão: O paciente relata que não apenas manteve as novas práticas como deixou de acreditar que iria morrer subitamente (o que fazia até poucos dias) e que algum dia pararia com suas ações obsessivas.

Sexta sessão: “Usei o mesmo avental para ir a todos os lugares, também não tenho mais dois aventais, não preciso mais. A senhora nem sabe quantas coisas eu já consigo fazer. E o mais maravilhoso é que minha família também não precisa fazer mais nada. Se posso entrar em casa sem escovar minhas roupas antes, então é claro que minha mulher e meu filho também não precisam”.

Sétima sessão: O paciente relata que, durante a primeira infância, sofria vez ou outra com o medo de doenças. Uma vizinha que cuidava do garoto

quando ele estava doente tinha a mania terrível de lhe contar centenas de histórias mórbidas sobre hospitais.

Oitava sessão: Continua a melhorar muito. O paciente passa até a dar carona para conhecidos, não lava mais o veículo, passou a ajudar na hora de pagar os salários dos funcionários. Às vezes, entretanto, realiza algumas ações obsessivas de maneira totalmente mecânica, sem que tome consciência delas. Se a mulher chama a atenção para isso, consegue parar com facilidade.

Três meses após o início do tratamento – décima sessão: a melhoria se mantém. Ele está levando “*uma vida completamente normal*”. Três semanas mais tarde – décima primeira sessão: ainda cumpre uma ou outra ação obsessiva, mas é fácil interrompê-las a qualquer hora. Oito meses depois (25 de junho de 1957): “Ainda não estou 100% satisfeito. Ainda tenho umas recaídas aqui e acolá; mas, em comparação com antes, estou *muito* bem. 80% [das obsessões] sumiram!”.

A senhora Anna H. (Policlínica Neurológica, internação 3578/1953) é meticulosa desde sua juventude. Aos cinco anos, já exigia ter a própria toalha. Nunca nada estava limpo o suficiente. Ficava acordada até às cinco da manhã para ajeitar suas lições de casa. *Délire de toucher* de mais alto grau. O sofrimento se tornava cada vez mais pesado. Entre 1950 e 1951, a paciente esteve por duas vezes numa instituição para doentes mentais. Quando foi internada na policlínica, tinha de acordar às quatro da manhã para conseguir estar pronta ao meio-dia para conversar conosco – tamanhas as dificuldades geradas pela sua obsessão de repetição e checagem.

Ela passou a ter sessões diárias com a Dra. Niebauer, que a orientou a *desejar que tudo estivesse muito sujo*. A paciente foi incentivada a “pular de cabeça no meio da sujeira”; no oitavo dia de tratamento, ela – que passou *sessenta anos sofrendo, sendo uma neurótica obsessiva do mais alto grau* – não passou mais de meia hora por dia lavando as mãos. No décimo dia, ela começou a usar a pia coletiva dos pacientes no grande salão do hospital e não demorou mais do que a média dos pacientes. No décimo quinto dia,

ela ficou duas horas em casa e se lavou apenas uma vez por lá. No vigésimo primeiro dia aconteceu a segunda saída, quando ela se lavou também apenas uma vez fora do hospital. No vigésimo quinto dia, terceira saída, a “paciente, em casa, fez o próprio lanche – pela primeira vez havia anos; antes de deixar o hospital ela dissera que isso era pedir demais: ‘Impossível, nem pensar’. No trigésimo dia, ela praticamente recebeu alta, nem sem antes ter arrumado o salão do hospital de maneira voluntária. Meio ano depois, retornou para dizer que está trabalhando o dia inteiro e que não precisa de mais de uma hora para tomar banho e se vestir”.

Outro caso de obsessão por limpeza:

A senhora H. (Policlínica Neurológica, Ambulatório 3578/1973 e 34/1953) sofre de uma severa neurose obsessiva por causa de uma psicopatía anancástica. Os primeiros sintomas de obsessão surgiram na mais tenra infância. Ela sofre de uma sensação constante de sujeira e só toca naquilo que é absolutamente necessário. Tem medo de se sujar, ter de se lavar e não conseguir parar de se lavar. Tudo precisa ficar disposto na maior ordem possível. Ela só fica em casa; a mãe e a irmã sofrem igualmente com a doença. “Nada tem mais graça para mim”, diz a paciente. Para ela, sua vida não tinha sentido nem conteúdo. Ela foi orientada pelo médico do departamento, Dr. Kocourek, a ignorar a sensação de sujeira – mais do que isso: a ironizá-la, *ao pretender ficar o mais suja possível*. Ela se acostumou cada vez mais à falta de ordem. Ao ser internada, a paciente precisava de seis horas para se lavar e vestir. No terceiro dia do tratamento, eram dez minutos pela manhã e dez minutos à noite.

No quinto dia, ela foi capaz de reduzir esse tempo para cinco minutos. Logo a paciente se livrou de seus sintomas, passou a frequentar o cinema, ficava quatro horas em casa e, durante esse período, se lavava apenas uma vez. No momento da alta, ela se sentia bem, e essa sensação foi melhorando com o tempo. Ao contrário de antes, por exemplo, hoje ela anda de bonde, sem usar luvas.

Evidentemente, a psicopatia anancástica necessita de acompanhamento psicoterapêutico constante, ou até repetidas internações; a mera troca de ambientes já tira o paciente do lugar que dificulta uma superação do cerimonial neurótico obsessivo cristalizado. Outro caso de obsessão de limpeza.

A senhora Emilie B. (Policlínica Neurológica, Ambulatório 405/1951 e Internação 64/1953) tem 65 anos. *A paciente sofre de uma severa obsessão de limpeza, desde seus quatro anos de idade.* Quando não conseguia lavar as mãos, as lambia. Mais tarde, passou a ter medo de pessoas doentes, principalmente aquelas com afecções de pele. Há 25 anos conheceu um doente de lúpus e ficou com medo de ter sido contaminada. A partir daí, não parou de limpar as roupas. Guarda-chuvas e luvas eram descartados. Ela evitava as pessoas e não se sentava em lugar nenhum. Um doente de lúpus poderia ter se sentado nesse mesmo lugar... Ela não tocava em nenhuma maçaneta. Mesmo o marido precisava passar por um ritual antes de entrar no quarto: primeiro, tinha de esfregar as costas, depois passar um pano nos cabelos, escovar os sapatos, lavar as mãos, abrir e fechar a porta e depois lavar novamente as mãos e assim por diante. “Quando ele pega a sacola de compras que está num lugar determinado na cozinha, tem de sair de costas para eu ter certeza de que não tocou em nenhum lugar, etc.” A paciente não conseguia trabalhar havia anos e estava confinada na cama: “Essa é minha ilha de salvação”. Mas mesmo ali ela precisava se limpar o tempo todo com panos, e o marido não conseguia lavar todos eles. “Horas limpando as roupas e o corpo. A cama é esfregada até trezentas vezes, e os panos usados para isso são constantemente lavados.” (Esse relato foi anotado pela Dra. Niebauer.) “Seu marido lhe traz o café da manhã numa bandeja especialmente higienizada. Em seguida, ela precisa limpar um espaço na cama para seu café, gastando uma hora com isso, visto que esfrega o mesmo lugar inúmeras vezes.” O pano não podia apresentar nem o mais mínimo amassado. A paciente estava desesperada e disse: “*Para mim, a vida se transformou num inferno*”.

Lembrando-nos de um caso análogo, que lobotomizamos e conseguimos curar – aceitamos a paciente por causa da mesma indicação. *Nessa*

*época, para se despir e voltar a se vestir, ela precisava de seis horas.* A Dra. Niebauer começou o tratamento com a intenção paradoxal. Depois de nove dias de internação, ela passou a cerzir as meias de outros pacientes. Depois de onze dias, limpava a mesa dos instrumentos, lavava a caixa de agulhas, limpava injeções, levava cestos com roupas manchadas de sangue e bandagens sujas para fora. Depois de treze dias, pôde sair pela primeira vez e, em casa, não se lavou nem uma vez. Triunfante, ela relatou que comeu um pão com as mãos sujas. *Dois meses depois, ela não tinha mais queixas. Em casa, precisa de apenas meia hora para se despir ou se vestir, “vai às compras, realiza pequenas tarefas, costura roupas para si na máquina de costura (que antes nem tocava). Ela prepara café, tira o pó, todas as coisas que não fazia. Chega em casa sem tirar imediatamente a roupa, senta-se no quarto sem se escovar ou limpar antes. Ela faz piadas sobre sua neurose obsessiva”.* Devido a um eczema crônico, foi internada em outro hospital e levada ao setor de erisipela, mas não se incomodou nem um pouco. Porém, tem recaídas constantes. Precisa de constante ajuda médica e psicoterapia de apoio. Seu sofrimento, porém, sempre volta ao nível suportável, sem que a paciente precise passar por uma lobotomia.

Nos casos de criminfobia, a intenção paradoxal é igualmente indicada. Vejamos um exemplo:

A paciente (Policlínica Neurológica, Ambulatório n. 1015 ex 1957) tem 23 anos e sofre desde os 17 da ideia obsessiva de que pode ter matado alguém sem o ter percebido. Por isso, precisava voltar várias vezes seu caminho, a fim de se certificar de que não havia nenhuma mulher morta por ali. Ela foi tratada pela Dra. Niebauer. A paciente foi aconselhada a dizer a si mesma: “Ontem matei trinta, hoje já foram dez, preciso agilizar para cumprir minha meta a tempo”. Seis dias mais tarde: (gravação de voz) “Devo dizer que a intenção paradoxal funciona, não preciso olhar para trás. Estou conseguindo lidar muito bem com a ideia obsessiva de ter matado alguém!”. Dra. Niebauer: “Como você está se comportando agora?”. Paciente: “É muito simples; quando aparece uma ideia obsessiva, digo a

mim mesma que preciso andar logo, pois ainda há muitos para serem mortos. *Mas daí a obsessão também já passou*”.

Um caso análogo:

O senhor Karl G. (Policlínica Neurológica 19/1950) tem medo de sofrer um derrame cerebral, de ser acometido pelo câncer, de se jogar diante de um trem, de atirar o filho pela janela, etc., etc. (ver p. 132). *Por causa dessa motivação crimonofóbica, ele colocou grades em todas as janelas da casa*. O paciente foi tratado pela Dra. Niebauer com a intenção paradoxal: “Ontem matei um, anteontem foram dois – hoje vou matar três e aquele ali será o primeiro”. Três meses mais tarde: “Estou me sentindo maravilhosamente bem. Não tenho mais pensamentos obsessivos. Nem consigo imaginar que os tive algum dia”.

As ideias obsessivas blasfêmicas, um subgrupo de temores criminais, merece uma observação especial. A melhor conduta terapêutica nesses casos é tentar atingir o paciente por meio de sua própria neurose obsessiva: mostramos a ele que seu temor constante de estar cometendo uma blasfêmia *já é* uma blasfêmia – pois está considerando que Deus não tem a capacidade de diferenciar entre uma blasfêmia e uma ideia obsessiva. Temos de garantir ao paciente que Deus não culpa a pessoa pela ideia obsessiva. A psicopatia anancástica – o substrato da neurose obsessiva – realmente não é culpa de sua pessoa (espiritual), mas está muito mais ligada ao seu caráter (psíquico). Nesse sentido, o paciente não é livre nem responsável. Mas ele o é diante de sua *postura* em relação à ideia obsessiva: a de lutar constantemente contra seus momentos de blasfêmia, potencializando assim sua “força” e a própria tortura. O objetivo dessa técnica é *desligar* a luta contra o sintoma, à medida que o *motivo* que leva a ela é desligado.

Hans O. Gerz, diretor-clínico do Connecticut State Hospital/Estados Unidos, dispõe de uma casuística abrangente. Devido a sua experiência clínica de anos, o Dr. Gerz enxerga na intenção paradoxal uma técnica eficaz quase que específica para casos fóbicos e de neuroses de angústia e neuroses obsessivas. A técnica garante mesmo aos casos graves de neuroses obsessivas pelo menos um

alívio considerável. Nos casos agudos, ela se torna uma excelente terapia breve.<sup>3</sup> No simpósio sobre logoterapia, que aconteceu no 6º Congresso Internacional de Psicoterapia, Gerz relatou dois casos:

A V., 45 anos de idade, mãe de um rapaz de 16 anos, apresenta um histórico de doença de 24 (!) anos; nesse período, ela sofreu uma aguda síndrome fóbica, composta de claustrofobia, agorafobia, medo de altura, de elevadores, de atravessar pontes e mais coisas assim. Por causa de todas essas queixas, ela foi tratada por diversos psiquiatras nesses 24 anos, tendo passado, várias vezes, por análises longas. Além disso, foi internada outras tantas vezes, tendo recebido diversos eletrochoques. Por fim, a lobotomia lhe foi sugerida. Ela teve de passar os últimos quatro anos numa instituição fechada. Tanto os eletrochoques quanto o tratamento intensivo com barbitúricos, fenotiazínicos, inibidores de monoaminaoxidase e preparados anfetamínicos não apresentaram quaisquer resultados. Ela não queria sair de um determinado perímetro ao redor de sua cama. Apesar de todos os tranquilizantes que ingeria, ela estava sempre muito nervosa. Tampouco um tratamento psicanalítico intensivo de um ano e meio com um analista experiente obteve sucesso.

Em 1º de março de 1959, Gerz tomou a frente do tratamento e passou a aplicar a intenção paradoxal. Todos os remédios foram imediatamente suspensos, e, apesar disso, foi possível sanar um sintoma após o outro, uma fobia após a outra, a partir do caminho utilizado. Primeiro, a paciente foi orientada a *desejar* ter um colapso e a ter a intenção de se *atemorizar* o mais possível. Foram necessárias apenas poucas semanas, e a paciente conseguiu fazer tudo o que não lhe era possível antes: deixar a sessão, andar de elevador e coisas assim – tudo isso com a firme intenção de desmaiar e perder a consciência. No elevador, por exemplo, ela disse: “Veja, doutor, estou me esforçando tanto para cair e ter medo – não adianta: simplesmente não

<sup>3</sup> Hans O. Gerz, “Zur Behandlung phobischer und zwangsneurotischer Syndrome mit der ‘Paradoxen Intention’ nach Frankl” [Sobre o tratamento de Síndromes de Fobia de Neuroses mediante a ‘Intenção Paradoxal’, segundo Frankl]. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, vol. 12, 1962, p. 145.

consigo mais”. Em seguida, pela primeira vez depois de anos, ela começou a caminhar fora da instituição, com o intuito de sentir medo, mas foi incapaz de senti-lo de verdade. Cinco meses mais tarde, quando foi para casa no final de semana, pela primeira vez em 24 anos – segundo seu próprio relato –, a paciente sentiu-se realmente livre de quaisquer medos. Ou quase: apenas atravessar uma ponte atemorizou-a. Ao voltar à instituição, sentou-se na mesma noite no carro do Dr. Gerz e foi até uma ponte, a fim de atravessá-la. “Tente sentir medo, o máximo de medo possível!” – essas foram as palavras do médico. A reação da paciente foi: “Não dá, não consigo ficar com medo. Não é possível, doutor”. Logo em seguida, ela recebeu alta. Desde então, passou quatro anos e meio no círculo de sua família, vivendo uma vida normal e feliz. Ela se consulta algumas vezes por ano com o Dr. Gerz, mas apenas para transmitir-lhe sua gratidão.

E agora o caso de um paciente com neurose obsessiva:

O sr. M. P. é um advogado de 56 anos, casado, pai de um rapaz de dezoito anos. Há dezessete anos, ele sentiu “subitamente, como um raio, a terrível ideia obsessiva” de ter enganado o Estado ao pagar 300 dólares a menos de imposto de renda – embora tivesse feito sua declaração da maneira mais correta possível. “Não consegui me livrar mais dessa ideia – independentemente de quanto eu me esforçasse nesse sentido”, ele disse ao Dr. Gerz. Por causa da fraude, ele se sentia perseguido pelo governo, preso; já via os jornais cheios de artigos a seu respeito e sua posição profissional, perdida. Ele se internou num sanatório, tendo sido tratado primeiramente com psicoterapia e depois recebeu 25 eletrochoques – sem sucesso. Nesse meio-tempo, seu estado piorou tanto que ele teve de fechar seu escritório de advocacia. Em noites insones, ele tinha de lutar contra ideias obsessivas, que aumentavam dia a dia. “Mal me livrava de uma, já se desenvolvia outra”, disse ele ao Dr. Gerz. Sua ideia obsessiva mais terrível era a de que suas diversas apólices de seguro tinham expirado sem que ele tivesse se dado conta. Ele tinha de checá-las constantemente – em seguida, guardá-las num cofre especial, de aço, amarrando cada apólice várias vezes. Por fim, ele fez na Lloyds, em

Londres, um seguro personalizado, que deveria protegê-lo de consequências de quaisquer erros, conscientes ou inconscientes, que ele pudesse ter cometido durante seu trabalho como advogado. Logo parou também de advogar, pois a obsessão de repetição se tornou tão grave que o paciente teve de ser internado na clínica psiquiátrica de Middletown.

Nesse período, porém, iniciou-se seu tratamento com a intenção paradoxal, dirigido pelo Dr. Gerz. O paciente fez quatro meses de logoterapia, três vezes por semana. Ele foi constantemente orientado a aplicar a seguinte formulação de intenção paradoxal: “Não estou nem aí para tudo isso. Ao diabo com o perfeccionismo. Para mim, está tudo certo – que me prendam. Quanto antes, melhor! Sentir medo das consequências de um erro que eu possa não ter percebido? Que me prendam – três vezes num mesmo dia! Pelo menos assim eu consigo meu dinheiro de volta, dinheiro que eu dei de presente para os senhores lá de Londres...” E então ele começou a desejar, no sentido da intenção paradoxal, cometer o máximo possível de erros e tentar aumentá-los ainda mais, bagunçar todo o seu trabalho e provar às suas secretárias que ele era “o maior cometedor de erros do mundo”. E o Dr. Gerz não duvidou que o paciente estava apto a não só expressar a intenção paradoxal como formulá-la com muito humor. Para tanto, o Dr. Gerz tinha de dar sua contribuição, por exemplo, ao cumprimentá-lo do seguinte modo em sua sala: “O quê? Pelo amor de Deus! O senhor ainda está andando livre por aí? Achei que o senhor já estava atrás das grades havia tempos! Até andei olhando os jornais para ver se eles falavam algo do grande escândalo que o senhor causou”. Em seguida, o paciente caía na maior gargalhada – e ia assumindo cada vez mais essa postura irônica, ironizando a si mesmo e à própria neurose, dizendo, por exemplo, “não estou nem aí com nada – que me prendam; no máximo, a companhia de seguros vai à falência”. Já se passou um ano desde que o tratamento foi encerrado.

“Essa intenção paradoxal funcionou comigo; pareceu um milagre, é o que eu digo! Em quatro meses, ela conseguiu me tornar um homem totalmente diferente. Não nego que de vez em quando relembro os antigos

temores; mas agora sei dar um jeito neles imediatamente – sei como lidar com eles!” E, sorrindo, ele acrescentou: “O principal é o seguinte: não há nada melhor do que ser muito bem encarcerado pelo menos uma vez...”.

Um relato de Eva Niebauer-Kozdera sobre os resultados estatísticos de seu ambulatório psicoterapêutico, que usa os princípios logoterapêuticos, atesta que a logoterapia pode ser aplicada de maneira relativamente breve: ela registra 75,7% de curas e melhorias após oito sessões, em média<sup>4</sup> – e essas melhorias são tão significativas que um tratamento subsequente é desnecessário. Gerz explica: “O número das sessões necessárias depende muito de quanto tempo o paciente esteve doente. Casos agudos, que contam apenas com algumas semanas ou meses, podem ser curados, segundo minha experiência, depois de quatro a doze sessões”<sup>5-6</sup>

Gustav Leibeltern<sup>7</sup> nega com veemência a afirmação de Hans Hoff, H. Strotzka, A. M. Becker e E. Wiesenhütter de que a intenção paradoxal “tecnicamente corresponda, em larga medida”, à antiga persuasão ou que a persuasão, segundo Dubois, “experimenta um renascimento na forma da logoterapia”. Gerz<sup>8</sup> e Donald F. Tweedie puderam comprovar que a intenção paradoxal não pode ser considerada mero efeito de sugestão. Benedikt observou que, “a princípio, a maioria dos pacientes está decididamente cética em relação ao método e não acreditam

<sup>4</sup> Eva Niebauer-Kozdera. In: *Wiener klinische Wochenschrift*, vol. 67, 1955, p. 152.

<sup>5</sup> Hans O. Gerz, op. cit., loc. cit.

<sup>6</sup> Cf. Peter R. Hofstätter: “Der gegenwärtige Stand und die gesellschaftlichen Voraussetzungen von Neurosenlehre und Psychotherapie in Nordamerika”. Viktor E. Frankl; V. E. von Gebattel; J. H. Schultz (org.). *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie*: “Eysenck apoia-se em cinco estatísticas com um total de 760 casos de neuroses tratados psicanaliticamente e em 19 estatísticas com um total de 7293 casos tratados com métodos ecléticos. Em geral, 44% dos casos tratados psicanaliticamente foram considerados curados, com melhoras expressivas; essa porcentagem é de 64% nos outros casos. Appel e seus colaboradores apoiam-se em 12 relatos que abarcam 4.131 casos de neuroses, que foram tratados com os mais diversos métodos por, no mínimo, três meses. O sucesso médio foi de até 67%”.

<sup>7</sup> Gustav Leibeltern, *Angstzustände und deren Überwindungen*. Graz, Leykam-Verlag, 1967.

<sup>8</sup> Hans O. Gerz, “Über 7jährige klinische Erfahrungen mit der logotherapeutischen Technik der paradoxen Intention”. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, vol. 16, 1966, p. 25.

em seu sucesso. Um paciente chegou a dizer, certa vez: ‘Como uma bobagem dessas vai curar alguém?’. E muitas vezes os doentes vão embora, muito amedrontados, quando são orientados a mostrar intenções paradoxais e fazer os exercícios. Eles dizem: ‘Isso não vai ajudar!’. Depois, voltam ao médico e falam: ‘Mal consigo acreditar, funcionou sim!’ Assim como Benedikt explica em sua dissertação sobre a intenção paradoxal, os pacientes nos quais essa técnica de logoterapia foi aplicada com maior sucesso eram, inclusive, *menos sugestionáveis* do que a média.

“Apesar disso, podemos compreender que todos os psiquiatras que passaram anos em formação psicanalítica raramente deixem de lado suas restrições em relação à técnica de Frankl, para se convencer, a partir de experiências próprias, de sua eficácia. Mas o espírito acadêmico nos obriga a testar, sem juízos preconcebidos, toda a oferta de possibilidades terapêuticas.”<sup>9</sup>

O tratamento com a intenção paradoxal também é possível quando o médico responsável pelo caso não tenha, entre suas convicções teóricas, uma orientação logoterapêutica. Na Policlínica Neurológica de Viena, um colega de orientação puramente psicanalítica fez uso da técnica logoterapêutica, visto que era a única terapia breve possível. Um membro da sociedade psicanalítica vienense tentou explicar psicodinamicamente o sucesso conseguido por ele a partir desse método de tratamento. A psicanalista Edith Weisskopf-Joelson falou o seguinte sobre a logoterapia em um de seus trabalhos:

“Terapeutas de orientação psicanalítica podem afirmar que métodos como a logoterapia não alcançam melhorias realmente autênticas, visto que a patologia foi abordada em camadas mais ‘profundas,’ e que o terapeuta se concentra muito mais no fortalecimento de mecanismos de defesa. Tais conclusões, entretanto, não são inofensivas. Elas podem estar nos desviando de importantes possibilidades da psicoterapia, simplesmente porque essas possibilidades por acaso não combinam com nossa própria teoria da neurose. Não devemos nos esquecer, acima de tudo, de que, no caso de mecanismos

<sup>9</sup> Idem, op. cit., 1962, loc. cit.

de defesa, as ‘camadas profundas’ e a ‘persistência da neurose’ nessas camadas profundas são construções puramente teóricas e de maneira alguma correspondem a observações empíricas.”

“De todo modo, é possível dizer”, explica Gerz, “que as fobias, que podem ser interpretadas como produtos de agressões reprimidas, também podem ser superadas quando o paciente é orientado a fazer exatamente aquilo que seu medo o impede de fazer – no sentido da intenção paradoxal. Em outras palavras, vivenciar suas agressões ao menos simbolicamente.”

Glenn G. Gölloway, da clínica psiquiátrica de Ypsilanti (Michigan, Estados Unidos), disse certa vez:

“A intenção paradoxal objetiva manipular as defesas e não resolver o conflito que o subjaz. Essa é uma estratégia perfeitamente honorável e excelente psicoterapia. Não se reclama da cirurgia por ela não curar a vesícula biliar que foi extirpada. O paciente tem uma melhora. De maneira análoga, as várias explicações sobre os motivos da eficácia da intenção paradoxal não depõem contra a intenção paradoxal como técnica de sucesso.”

Os psicanalistas progressistas, principalmente nos Estados Unidos mas também na Europa, não têm medo de aplicar técnicas logoterapêuticas de tratamento. E eles obtêm muito sucesso com essas técnicas. Evidente que não há qualquer restrição caso interpretem esse sucesso de maneira diferente da dos logoterapeutas, ou seja, de maneira puramente psicodinâmica. Nesse sentido, J. L. Haarrington escreve:

A intenção paradoxal de Frankl é uma tentativa de aplicar conscientemente a atitude automática antifóbica, que estabiliza os mecanismos de defesa descritos por Fenichel. Dentro do modelo psicanalítico, a intenção paradoxal pode ser compreendida como um tratamento sintomático, que mobiliza um mecanismo de defesa que exige menos gasto de energia do que o sintoma fóbico ou neurótico-obsessivo em si. Sempre que a intenção paradoxal é aplicada com sucesso, o ‘id’ é satisfeito, o ‘superego’ se alia ao ‘ego’, e o ‘ego’ em si ganha força e fica mais livre. A consequência é uma diminuição do medo e da produção de sintomas.

## II. DERREFLEXÃO

### 1. Ansiedade antecipatória e obsessão pela observação

*A mera reflexão é a mais perigosa doença mental.  
Friedrich Wilhelm Joseph von Schelling (1775-1854)*

No caso das neuroses de angústia, observamos constantemente que à ansiedade antecipatória, que lhes é tão frequente, se associa uma obsessão pela observação. Isso é o mais diabólico nesse círculo vicioso. É compreensível que quem esteja preso na ansiedade antecipatória de uma noite insone *queira* adormecer. Mas é exatamente esse querer que não deixa a pessoa descansar e também *não* a deixa adormecer, pois a pré-condição mais importante aqui é o relaxamento. Esse relaxamento não acontece; ao contrário, aquele que não consegue dormir passa a observar, de maneira cada vez mais tensa e atenta, a si mesmo em relação ao adormecimento tão desejado. O adormecer não é apenas ansiosamente aguardado; ele também é tão observado que se torna impossível. Exatamente o desejo intenso de dormir espanta o sono.

No caso das *neuroses obsessivas*, dissemos que a situação é diferente: enquanto nelas acontece uma hiperacusia da consciência na área das determinações (que se refere às decisões), na área cognitiva (que se refere ao conhecimento), há uma hiper-reflexão, uma obsessão pela observação. O que distingue o neurótico obsessivo são seus escrúpulos e seu jeito meticuloso de ser – excesso de zelo e excesso de consciência. O que ele procura é a decisão absolutamente correta e o conhecimento absolutamente seguro. Mas nesse seu desejo tenso e violento pelo absoluto, esse absolutismo determinante e cognitivo que o faz sofrer é o mesmo que o faz fracassar. Ele experimenta o que Fausto diz: ao homem, nada sairá perfeito.

No caso das neuroses sexuais, vimos que a situação também é outra: à intenção forçada do prazer sexual se associa uma reflexão forçada do ato sexual – e ambas (excesso de intenção e de atenção) são patogênicas. Pois, de maneira absolutamente análoga ao dormir, o ato sexual é atrapalhado por intenção e atenção

excessivas. Na base de ambos está aquela ansiedade antecipatória, aquela expectativa ansiosa pelo distúrbio, que faz com que, de um lado, surja o desejo forçado de um processo funcional sem intercorrências e, de outro, a auto-observação igualmente forçada no distúrbio que atemoriza. Dessa maneira, vemos como tudo que é intencional e tudo o que é observado serve para atrapalhar o transcorrer normal de uma função. Assim, torna-se compreensível que a psicoterapia se dedique mais a eliminar a atenção de um sintoma qualquer que atraía totalmente a atenção do que em *eliminar* o sintoma em si. Nesse ponto, podemos tranquilamente relatar ao paciente a conhecida história da centopeia que morreu assim que tentou, em vão, observar a si mesma e colocar seus “cem pés” *conscientemente* em ação. De repente, ela não sabia mais qual pé tinha começado a caminhada nem qual a sequência de ação dos pés.<sup>1</sup> A reflexão atrapalha o cumprimento daquelas ações que normalmente acontecem de maneira inconsciente e automática.

Claro que escolhemos o método terapêutico da intenção paradoxal em relação à ansiedade antecipatória – e, de maneira análoga, a neurose por observação exige uma derreflexão como corretivo. *Enquanto a intenção paradoxal faz com que o paciente fique apto a ironizar as neuroses, com a ajuda da derreflexão ele é capaz de ignorar os sintomas.*

Ou seja, a derreflexão tem outra finalidade: ignorar a si mesmo. O romance *Diário de um Pároco de Aldeia*, de Bernanos, traz a bela frase: “Odiar-se é mais fácil do que parece; a misericórdia está em se esquecer”. Podemos variar essa afirmação dizendo aquilo que algumas pessoas neuróticas não deveriam esquecer jamais: muito mais importante do que se *desprezar* (meticulosidade em excesso) ou se *observar* (consciência em excesso) é se *esquecer* totalmente. Nossos pacientes só não podem seguir o exemplo de Kant: certa vez, ele precisou demitir seu empregado em razão dos furtos que este praticava, e não conseguiu superar a dor que isso lhe infligiu; a fim de se obrigar a isso, pendurou um quadro na parede do quarto com os dizeres “Meu empregado tem de ser esquecido”. Isso equivale à história do

<sup>1</sup> Isso vale principalmente para a atividade psíquica, ou seja, não apenas para aqueles casos nos quais “se pensa alguma coisa”, isto é, em que há o desejo consciente de se querer fazer algo, mas do pensamento em si. Goethe pilheriou certa vez: “Como você conseguiu chegar tão longe? [...] Eu nunca pensei no pensar!”. (J. W. von Goethe, *Zahme Xenien*)

homem a quem se prometeu que conseguiria transformar cobre em ouro desde que não pensasse em camaleões por dez minutos durante o procedimento alquímico correspondente. Esse homem não conseguia pensar em outra coisa senão no estranho animal – no qual nunca havia pensado antes.

Assim não é possível; apenas consigo ignorar algo – ou seja, fazer a derreflexão solicitada – à medida que passo ao largo desse algo, à medida que existo para outra coisa. Nesse ponto, a psicoterapia se transforma em logoterapia, em análise existencial, cuja essência está em que o homem seja orientado e guiado em direção ao sentido concreto de sua existência (que primeiro foi descoberto de maneira analítica).

O objetivo do homem não é se auto-observar e se refletir a si mesmo; seu objetivo é se entregar, se dar, se oferecer no amor e no conhecimento. No fim das contas, todo conhecimento e todo amor convergem para algo único, e a frequência com que isso acontece é atestada pelo fato de uma só palavra do hebraico antigo designar ambos.

Não é tarefa do espírito se auto-observar e se refletir. A essência do homem compreende estar orientado e estar entregue a algo ou alguém, uma obra ou um ser humano, uma ideia ou uma pessoa. Somos existenciais apenas na medida em que temos essa intenção; apenas na medida em que o homem está espiritualmente com algo ou com alguém – apenas na medida deste “estar com” o homem está “consigo”.

Temos agora de desfrutar desse fato, dessa lei básica da existência humana, de maneira terapêutica. E o neurótico de angústia só consegue ser arrancado do círculo vicioso de seus pensamentos ao redor da angústia quando aprende não apenas a desviar sua atenção do sintoma como também a se dedicar a alguma coisa objetiva. Quanto mais o doente coloca algo objetivo que dá sentido e valor à sua vida em primeiro plano de sua consciência, mais sua própria pessoa e suas misérias pessoais se retraem ao pano de fundo da vivência. Com frequência, é muito mais importante investir maciçamente no fim da atenção dada aos sintomas do que pesquisar por complexos e conflitos, na tentativa de eliminar esses sintomas. Ou seja, é mais importante estar entregue interiormente a uma tarefa concreta, cuja concretização é uma exigência pessoal e individual. Pois não é a auto-observação

ou o refletir a si mesmo, nem os pensamentos girando ao redor de nossa angústia que nos livrarão dessa angústia, mas sim nossa entrega, nossa dedicação a uma causa digna disso. Esse é o segredo de toda formação de si mesmo, e ninguém o expressou tão precisamente quanto Karl Jaspers: ao falar a respeito do homem, ele diz que ele “se torna ser humano sempre pela entrega ao outro” e, por fim, “o homem nada mais é do que aquilo ele faz de si mesmo”<sup>2</sup>

Vimos então os quatro tipos essenciais em relação à atitude:

1. A passividade inadequada: a fuga do neurótico de angústia de seus ataques de angústia;
2. A atividade inadequada:
  - a. a luta do neurótico-obsessivo contra seus acessos de obsessão;
  - b. a intenção focada da sexualidade e
  - c. a reflexão forçada do ato sexual (um não é menos patogênico que o outro);
3. A passividade adequada: o ignorar (derreflexão!), o ironizar (a intenção paradoxal!) os sintomas;
4. A atividade adequada: agir à margem do sintoma – existir em direção a algo. Pois a sintomatologia de inúmeras neuroses se dá, no final das contas, como uma proliferação psíquica no vazio espiritual. Atuar a partir do conhecimento de sentido de uma existência concreta.

## 2. Clínica da hiper-reflexão e técnica de derreflexão

A senhorita B. (Policlínica Neurológica) observa de maneira obsessiva a sua deglutição; tendo ficado insegura, a paciente fica na expectativa angustiada de se engasgar. A obsessão pela observação e a ansiedade antecipatória atrapalham tanto na hora de comer que ela emagreceu com o tempo. A paciente passa por um processo de derreflexão terapêutica; a fórmula que lhe

<sup>2</sup> Cf. Max Scheler, *Philosophische Weltanschauung*. Berna, 1954, p. 33: “[...] apenas quem quer se perder em uma [...] coisa [...] ganhará [...] seu verdadeiro eu”.

é passada é a seguinte: “Não preciso ficar prestando atenção no engolir, isso porque não preciso engolir; pois não sou eu quem engulo – engole-se”.

Um caso análogo:

Irmgard B. tem 21 anos; havia anos a paciente se engasgara com um fio de vagem. Certa vez, ela recebeu um convite para almoçar na casa de conhecidos, ficou nervosa com alguma coisa e sentiu um nó na garganta. Quando chegou a hora de comer, sentiu-se enjoada e no dia seguinte foi tomada por uma ansiedade antecipatória em relação a um ataque semelhante de enjoo e vômito. A partir da ansiedade antecipatória, ela começou a observar o ato reflexo da deglutição e se forçou a (em suas palavras) “engolir conscientemente”. Derreflexão terapêutica com a introdução e o auxílio do treinamento autógeno (J. H. Schultz). Ela começa a ter segurança novamente no processo de deglutição, que ocorre de maneira inconsciente; da próxima vez, ela relata estar apta para comer de novo sem dificuldades.

August B. tem 21 anos. O paciente foi tratado pela Dra. Niebauer, que relatou a história de sua doença. Sempre foi um aluno exemplar, primeiro da classe. Esforço máximo em ser o primeiro. Queria ser o mais perfeito possível. Depois da escola, se tornou contador, mas logo percebeu que sua letra era bastante ilegível, e seu chefe chamou sua atenção diversas vezes pelo fato de não escrever de maneira suficientemente legível. Tentou melhorar a letra. Sacrificou todo o seu tempo livre “para aprender a escrever bonito”. Tentou imitar a caligrafia de um amigo. No final, não sabia mais quais letras usar, como escrevê-las. Não conseguia avançar na escrita: “Devo usar essa ou outra letra?”. Com o tempo, não conseguiu mais escrever diante de outras pessoas. Medo de ser observado. Medo do medo. Abandonou totalmente a profissão, visto que não conseguia escrever quando estava sendo observado; passou a se concentrar totalmente em sua caligrafia. Intenção paradoxal: “Vou fazer uns garranchos horríveis, vou escrever apenas para fazer de conta, só para empacar no meio umas trinta vezes”. Aprofundamento da intenção paradoxal a partir de fórmulas de intenção com a ajuda do

treinamento autógeno. Depois de três semanas de estadia na clínica, o paciente ficou completamente curado, conseguiu até “demonstrar sua escrita” diante dos médicos e enfermeiros durante uma visita.

Vemos que o neurótico obsessivo quer “fazer” tudo com conhecimento e vontade; em seguida, tudo parece completamente “pronto” e “voluntário”, mas não é natural, não é harmonioso. Desde Schelling, sabemos que “a atividade humana mais nobre é aquela que não se conhece a si mesma” – ou, em outras palavras, uma atividade que não sabe de si mesma, não tem consciência de si mesma. E, desde Nietzsche, sabemos que “todo fazer completo é inconsciente e não mais desejado”.

Conhecemos e reconhecemos não apenas um inconsciente pulsional, mas também um *inconsciente espiritual*, e o ânimo [*Gemüt*]<sup>3</sup> também nasce daí. *O sentimento pode ter muito mais de sensibilidade e tato do que a razão alguma vez poderia ter de perspicácia.*

Tudo isso explica porque uma educação para a confiança em relação ao inconsciente seria necessária nos casos de neurose obsessiva, uma confiança em relação à *espiritualidade inconsciente*, à superioridade cognitiva e determinante das coisas do ânimo e do sentimento no ser humano em relação às coisas da razão e do conhecimento. Resumindo: aquilo que temos de ensinar ao neurótico obsessivo, devolver-lhe, deixar que ele reencontre, é sua confiança na *espiritualidade irrefletida*.

Conhecemos um caso em que o paciente costumava se observar de tal maneira ao falar e pensar que começou a ter medo de que essa obsessão pela observação pudesse fazê-lo perder o fio da meada ao falar. Ele desenvolveu uma ansiedade antecipatória crescente, que realmente se transformou numa desvantagem para sua carreira. Em poucas sessões, o paciente pôde ser levado ao ponto de, por exemplo, estar apto a falar de improviso diante de um cônsul estrangeiro. Sua obsessão pela observação era motivada pelo medo de perder o controle sobre si mesmo, de não se segurar mais e se deixar cair, de se entregar ao inconsciente.

<sup>3</sup> O sentimento, o aspecto afetivo da vida psíquica. (N. R. T.)

A língua tem uma sabedoria, e nela enxergamos o espírito acumulado, enriquecido da humanidade. A língua em sua sabedoria diz que o homem “cai” no sono; ou seja, também a inconsciência que acompanha o sono é algo em que nos devemos deixar “cair”.<sup>4</sup>

#### DISTÚRBIOS DO SONO

O que pode ser feito pelo médico – mas, na verdade, pelo paciente – contra a ansiedade antecipatória que afugenta o sono, e o faz passar a noite seguinte em claro? Uma angústia que pode aumentar até chegar ao chamado medo de se deitar: aquele que não dorme bem passa o dia inteiro com sono, mas, mal chega a hora de ir para a cama, é acometido pelo medo da próxima noite em claro, fica inquieto e nervoso, e esse nervosismo não permite que adormeça. E então o paciente comete o maior erro possível: ficar à espreita do adormecimento. De maneira tensa e alerta, ele acompanha o que acontece consigo mesmo. Mas quanto mais tensiona sua atenção, menos fica apto a relaxar a fim de conciliar o sono. Pois o sono não é nada além de mergulhar no inconsciente. E tudo que faz pensar nele, e todo desejo de dormir, faz com que a pessoa não consiga dormir.

Nas palavras de Dubois: o sono é igual a uma pomba que se senta sobre a mão quando mantemos a mão calma, mas que sai voando assim que tentamos segurá-la. À medida que perseguimos o sono, o espantamos; e quanto mais tensos, mais o espantamos. Quem espera impaciente pelo sono e fica se observando, com medo, espanta o sono.

Podemos retirar o combustível da ansiedade antecipatória diante de uma noite em claro de maneira terapêutica quando conseguimos convencer o paciente de que o organismo consegue, de um modo ou de outro, atingir o mínimo de sono

<sup>4</sup> A imagem que fazemos das relações entre espiritualidade, inconsciente e sabedoria combina com a apresentação de Charles Peguy da insônia como voto de desconfiança do homem em relação a Deus: “Ouço dizer que há pessoas que não dormem. Que falta de confiança em mim” (Quem fala é Deus). “Tenho pena delas. [...] Estou bravo com elas. [...] Um pouco. Elas não confiam em mim.” Por fim, Deus fala que o insone “não quer me confiar a direção de sua vida. Mas dorme. Um tolo”.

de que necessita. É preciso saber disso, e esse conhecimento deve gerar confiança no próprio organismo.

Evidentemente, esse mínimo de sono é pessoal e variável entre os indivíduos. Mas o que importa não é a duração do sono, mas a assim chamada quantidade de sono. Essa quantidade de sono é o produto de duração do sono e profundidade do sono. Ou seja, há pessoas que não precisam dormir muito porque dormem pouco, mas profundamente. E a profundidade do sono varia no próprio indivíduo durante a noite; há diversos tipos de acordo com a curva de sono. Alguns chegam ao sono mais profundo por volta da meia-noite, outros alcançam o máximo de sua profundidade de sono apenas pela manhã. Se uma pessoa dessas fica sem dormir algumas poucas horas pela manhã, certamente perderá uma quantidade de sono maior do que aquela do tipo do sono de meia-noite, cuja curva de sono já é descendente pela manhã.

Se aquilo que afirmei de início estiver correto – que a intenção tensa e o desejo consciente de dormir, que qualquer querer consciente, já espanta o sono –, que tal a pessoa se deitar e não ter a intenção de dormir, não ter qualquer intenção, talvez até o contrário, pelo menos ter a intenção de outra coisa exceto dormir? O efeito disso seria adormecer. Em outras palavras: o medo da insônia precisa dar lugar à intenção de passar uma noite insone, ou seja, à renúncia consciente ao sono. É preciso apenas ter em mente: hoje à noite não quero dormir, hoje vou apenas descansar e pensar nisso e naquilo; nas minhas férias passadas ou naquelas que estão por vir etc. Se o querer dormir impede que se adormeça, então o querer ficar insone vai, de maneira paradoxal, promover o sono. Pois ao menos a pessoa deixará de temer a insônia – e esse já é o melhor caminho para cair no sono.

Dentro do inconsciente espiritual, ao lado do inconsciente ético, da consciência moral, há também, por assim dizer, um inconsciente estético – a consciência artística. Tanto em relação à produção artística quanto como em relação à reprodução, o artista também depende da espiritualidade inconsciente nesse sentido. A intuição da consciência, que em si é irracional e, por isso, não totalmente possível de ser racionalizada, corresponde no artista à inspiração – e também ela está enraizada numa esfera de espiritualidade inconsciente. O artista cria a partir dela, e assim as fontes das quais ele cria são e permanecem numa

escuridão que nunca poderá ser totalmente iluminada pela consciência. Nota-se o tempo todo que ao menos a consciência exagerada em relação a tal produção “a partir do inconsciente” atrapalha; não raramente a auto-observação forçada, o desejo do “fazer” consciente daquilo que deveria ocorrer por si numa profundidade inconsciente é uma desvantagem do artista criador. Todas as reflexões desnecessárias só o atrapalham.

Conhecemos um caso de um violinista que não parava de tentar tocar de maneira mais consciente possível: ele queria fazer tudo “conscientemente”, imbuído numa total autorreflexão, desde o posicionamento do violino até o mais mínimo detalhe da técnica. Isso, evidentemente, levou a um fracasso artístico total. A terapia teve, em primeiro lugar, de desligar esse pendor à reflexão exagerada e à autocontemplação – ou seja, promover a derreflexão. O tratamento psicoterápico precisou devolver ao paciente a *confiança no inconsciente*, à medida que o orientou a se lembrar como seu inconsciente era mais “musical” do que seu consciente. Essa terapia levou-o a certa desinibição das “forças criativas”, artísticas do inconsciente, visto que o processo de (re)produção essencialmente inconsciente foi libertado da influência inibidora da consciência excessiva.

A obsessão pela observação também pode ser iatrogênica:

Conhecemos o caso de um jovem ator, famoso por seu ar de menino e que estava ameaçado de ser vítima da hiper-reflexão. Descobriu-se que o paciente costumava ir regularmente à Suíça, onde uma psicanalista tentava acabar com seu ar juvenil, que ela afirmava ser um infantilismo. Assim, ele passou a procurar por papéis mais sérios. Mas nem o público nem a crítica levavam-no a sério nesses papéis, e sua carreira corria perigo.

Os casos que acabamos de citar mostram também um aspecto muito significativo de todos os objetivos psicoterapêuticos: hoje em dia, não podemos de maneira alguma fincar pé na afirmação de que a psicoterapia deve alcançar uma conscientização total, a qualquer preço. O psicoterapeuta só deve alcançar uma conscientização total de maneira temporária. Ele deve tornar o inconsciente

(e também o inconsciente espiritual) consciente para depois permitir que ele se torne inconsciente de novo: *ele deve conduzir uma potentia inconsciente a um actus consciente, como o único objetivo de criar novamente um habitus inconsciente. O psicoterapeuta precisa restabelecer o caráter espontâneo de operações inconscientes.* Hans Urs Von Balthasar considera o não cumprimento dessa premissa “uma das falhas mais indesculpáveis da psicanálise”; “apenas quando as raízes da planta estão ocultas no solo”, ele diz, “a copa pode crescer com saúde”. A verdade do ser livre e espiritual exige que uma parte de si mesmo deva ser entregue ao esquecimento.

Dessa maneira, a psicanálise deve muitas vezes manter algo inconsciente ou tornar inconsciente de novo. Mas também entendemos que o retorno ao inconsciente, o esquecer, apresenta um mecanismo de defesa essencial, e compreendemos a sabedoria profunda anunciada por uma lenda do Talmude, segundo a qual cada recém-nascido, assim que chega ao mundo, leva um tapa na boca dado por um anjo, esquecendo-se do que havia aprendido e visto antes de nascer. Visto que devemos enxergar essa “amnésia” platônica como um mecanismo de defesa, podemos chamar o anjo talmúdico de anjo da guarda.

# Cura médica de almas

Por fim, devemos citar mais uma área de indicação da logoterapia. A logoterapia era uma terapia específica em sua área de indicação estrita e uma terapia inespecífica em sua área de indicação ampliada, sem deixar de ser uma terapia. Entretanto, numa área de indicação mais ampla, ela deixa de ser uma terapia e passa a ser, como chamamos, uma cura médica de almas. Como tal, ela não é uma cura de almas de um médico especialista: ela está à disposição tanto do cirurgião quanto do neurologista ou do psiquiatra – no que diz respeito ao cirurgião, tanto naqueles casos em que tem de lidar com casos inoperáveis como naqueles em que pode e deve operar – por exemplo, os casos de amputação. O ortopedista também pode se confrontar com o problema da cura médica de almas ao lidar não com um paciente que ficou aleijado por causa de uma operação, mas que é assim congenitamente, como os deficientes físicos; e o mesmo vale para o dermatologista, ao lidar com os desfigurados; o ginecologista, ao lidar com mulheres estéreis; o médico intensivista, ao lidar com o paciente incurável; o geriatra, ao lidar com pessoas debilitadas. Resumindo: não apenas os especialistas, mas todos os médicos têm de prestar a cura médica de almas sempre que tiverem diante de si um paciente que se confronta com um sofrimento imposto pelo destino. O neurologista é relativamente menos confrontado com essa tarefa; lembremos que 63,8% dos pacientes de esclerose múltipla – doença do sistema nervoso central, que forma o principal contingente de casos neurológicos sérios – têm acessos de euforia.

A necessidade e a possibilidade da cura médica de almas será exemplificada num caso de cirurgia:

Uma enfermeira da minha clínica seria operada, mas a laparotomia exploratória indicou que o tumor era inoperável. Em seu desespero, a

enfermeira quis falar comigo. Na conversa, descobri que seu desespero não se devia tanto a sua doença, mas a sua incapacidade de trabalhar: ela amava a profissão acima de tudo, mas não conseguia mais exercê-la. O que eu poderia dizer a respeito desse desespero? A situação da enfermeira não tinha qualquer perspectiva. (Ela veio a falecer uma semana mais tarde.) Apesar disso, tentei lhe explicar que o fato de ela trabalhar oito ou sabe Deus quantas horas por dia não era nenhuma arte – qualquer um pode fazer isso também. Mas o incrível era ter tanta vontade de trabalhar e não estar apta para tal e, apesar disso, não se desesperar! Nisso ninguém conseguiria imitá-la tão cedo. E lhe perguntei: não seria injusto com os milhares de doentes aos quais você se doou tanto achar que a vida de um doente ou de alguém debilitado, que não consegue trabalhar, seja sem sentido? Em seguida, disse a ela: no instante em que você se desespera por sua situação, você está dizendo que o sentido da vida de uma pessoa se limita a conseguir trabalhar um dado número de horas; mas assim você também está tirando o direito e a razão de viver de todos os doentes e incapacitados. E concluí: na verdade, você está diante de uma chance única: enquanto até agora você só pôde oferecer ajuda profissional a todas essas pessoas que lhe confiaram suas vidas, agora você pode fazer mais: pode ser um exemplo.

Essas poucas palavras devem ser suficientes para mostrar que mesmo em casos assim, de um desespero compreensível, quase até justificável, a depressão pode ser combatida. Temos apenas de saber que, por fim, todo e qualquer desespero significa apenas uma coisa: uma idolatria – uma absolutização de um único valor (no caso acima: idolatria do valor da capacidade de trabalho).<sup>1</sup> Mesmo em casos assim, esperamos ter demonstrado que a psicoterapia não pode ser tida

<sup>1</sup> Ver Viktor E. Frankl, *Homo patiens*. Viena, 1950, p. 87-88 e 90: “Vamos ousar afirmar que alguém que está desesperado ao mesmo tempo demonstra sua idolatria por algo. Demonstra também que ele transformou algo que tem apenas um valor condicional, relativo, num valor absoluto [...] Vemos que cada idolatria fica patente não apenas pelo desespero, mas também por ele é vingada”. Dessa maneira, claro que não está dito que toda absolutização de um valor relativo leva a uma neurose ou que toda neurose é devida à abstrutização de um valor relativo e uma “decadência da hierarquia de valores”. Nem todo desespero é patogênico e nem toda neurose é “noogênica”.

como inútil ou ingrata. O único questionamento possível seria saber se ainda se trata de um ato médico. Na nossa opinião, trata-se de um ato médico no melhor sentido da palavra. E ninguém menos que Klaesi, numa aula magna da Universidade de Berna, falou do médico que se confronta com o incurável: “Seu fazer e saber maiores começam onde a possibilidade de cura do doente termina”.

Vemos que o propósito da cura médica de almas é tornar o homem capaz de sofrer onde há um sofrimento imposto pelo destino. Ela não está preocupada com o restabelecimento da capacidade de trabalho ou da capacidade de sentir prazer (ambas as capacidades tinham sido perdidas no caso citado de maneira definitiva), mas com o estabelecimento da capacidade de sofrer.

Mas a capacidade de sofrer, no fim das contas, não é nada diferente do que a capacidade de realizar aquilo que chamamos de valores de atitude. Não apenas o fazer (que corresponde à capacidade de trabalhar) pode dar sentido à existência – falamos então de realização de valores de criação; não apenas o vivenciar, o conhecer e o amar (que correspondem à capacidade de desfrutar) podem dar sentido à vida – falamos então de valores de vivências, mas também o sofrimento; trata-se aqui de não apenas uma mera possibilidade, mas a possibilidade de realizar o valor máximo, a oportunidade de cumprir o sentido mais profundo. É possível dar um sentido à vida fazendo algo e produzindo uma obra. Mas também é possível dar um sentido à vida acolhendo dentro de si o belo, o bom, o verdadeiro ou até vivenciando uma única pessoa em sua essência, em sua singularidade e unicidade, e vivenciar um ser humano como alguém singular e único – ou seja, como tu –, significa amá-lo. E o ser humano que se encontra numa situação opressiva, na qual não consegue realizar valores por meio de ações nem dar um sentido à sua vida por meio de vivências, também consegue alcançar esse sentido justamente da maneira como ele se coloca frente a esse seu destino, a essa sua situação opressiva, do modo como ele assume seu sofrimento imposto pelo destino: exatamente essa é sua última possibilidade de valor. Pois uma última chance de realização de sentido e de autorrealização – a maior delas – se abre ao ser humano no sofrimento justo, no sofrimento autêntico do destino verdadeiro.

Dessa maneira, a vida tem sentido até o último suspiro, mantém seu sentido até o último suspiro, pois a possibilidade que temos de nos colocar frente ao

sofrimento imposto pelo destino a fim de realizar valores está sempre dada. E assim compreendemos a sabedoria das palavras de Goethe, que certa vez disse: não há nenhuma situação que não possa ser enobrecida, seja pelo agir ou pelo sofrer. Deveríamos, porém, acrescentar que o verdadeiro sofrimento, o sofrimento justo e autêntico, é em si uma ação, a maior ação que se apresenta ao homem. Mesmo onde o ser humano tem de renunciar à realização de valores criadores e de vivência, mesmo lá ele pode “realizar” alguma coisa, e não é gratuitamente que se fala em “fazer” uma renúncia.

Evidentemente, a realização de valores de atitude, ou seja, dar sentido à vida por meio de um sofrimento, só entra em questão onde o sofrimento é imposto pelo destino – e somente lá. Ou seja, ninguém pode se recusar a operar um tumor operável dizendo “assumo meu sofrimento com coragem e humildade” – esse movimento não tem sentido porque tal sofrimento não é imposto pelo destino, porque ele é desnecessário. Somente alguém confrontado com um tumor inoperável pode realizar valores de atitude pela maneira como assume seu destino e, ao mesmo tempo, como dá um sentido ao seu sofrimento.

Tentemos responder por que o sentido oferecido ao homem pelo sofrimento é um sentido máximo. Os valores de atitude se destacam em relação aos valores criativos e de vivências quando o sentido do sofrimento tem uma dimensão superior ao sentido do trabalho e ao sentido do amor. E por quê? Vamos partir do princípio de que o *homo sapiens* possa ser dividido em *homo faber*, que preenche sua existência com atos, em *homo amans*, que enriquece sua vida com sentido por meio de vivências, encontros e amor, e em *homo patiens*, que, chamado à capacidade de sofrer, ainda consegue arrancar um sentido do sofrimento.

Podemos chamar o *homo faber* de um homem de êxito; ele conhece duas categorias nas quais organiza seu pensamento: êxito e fracasso. Sua vida na trajetória de uma ética de êxito se movimenta entre esses dois extremos. O *homo patiens* é diferente: suas categorias não se chamam mais êxito e fracasso, mas realização e desespero. Mas com esse par de categorias ele se coloca verticalmente (Figura 17) em relação à linha de toda ética de êxito, pois a realização e o desespero pertencem a outra dimensão, pois o *homo patiens* pode se realizar até no fracasso mais extremo.

Assim estaria demonstrado que a realização é compatível com o fracasso, assim como o êxito com o desespero. Mas isso só pode ser compreendido a partir da diferença de dimensões das duas categorias. Se projetássemos o triunfo do *homo patiens*, a realização de seu sentido e sua autorrealização no sofrimento na linha da ética do êxito, ele deveria ser representado por um ponto, ou seja, pareceria um nada e se impor de maneira absurda. Em outras palavras: nos olhos do *homo faber*, o triunfo do *homo patiens* deve parecer insensatez e escândalo.



O que se passa quando alguém nos ensina, por meio de sua vivência, o quanto o destino lhe exige primeiro abrir mão da possibilidade de realizar valores criativos, depois da possibilidade de descobrir sentido por meio de vivências, encontros e amor, restando-lhe apenas a possibilidade de se colocar frente ao destino, assumir a postura correta perante esse destino? Um caso concreto mostrará como ocorre a mudança que o paciente em questão passou: a mudança da possibilidade de preencher de sentido uma existência média pela criação (que está no primeiro plano da consciência habitual) para a necessidade de se chegar a um sentido pelo sofrimento.

Um paciente que sofre de um tumor de medula não consegue mais exercer sua profissão de desenhista de cartazes de publicidade. As possibilidades de valor pela criação foram descartadas; no hospital, ele passa a ler com afinco, mais afinco que nunca. Ele realiza valores de vivência, quer dizer, dá sentido à sua vida ao preenchê-la com valores culturais. Mas, por fim, sua paralisia está tão avançada que ele não consegue mais segurar um livro com as mãos e também não suporta mais os fones de ouvido. Os valores de vivência não podem mais ser realizados, e ele

próprio sabe que seu fim está próximo. Mas como ele se coloca diante desse destino? Ele pede ao médico do próximo plantão que não deixe de descansar por sua causa. Sua única preocupação é que em suas últimas horas o médico não se ocupe dele, mas de outras pessoas – com esse pequeno heroísmo ele realizou algo que certamente é maior do que qualquer desenho de propaganda que tivesse feito antes, quando ainda estava apto a trabalhar. Agora ele estava divulgando algo que o ser humano ainda é capaz de fazer, mesmo na sua situação.

Outro caso mostrará que não apenas a renúncia ao trabalho e às possibilidades de sentido que advêm daí, mas também a renúncia ao amor dos seres humanos pode forçar a percepção da oportunidade de preenchimento de sentido trazida pelo sofrimento envolvido nesse empobrecimento imposto pelo destino:

Um velho médico veio se consultar conosco; há um ano, sua esposa – a quem ele amava mais que tudo – tinha morrido e ele não conseguia superar a perda. Perguntamos ao paciente severamente deprimido se ele já tinha imaginado o que teria acontecido caso ele tivesse morrido antes da esposa. “Não consigo nem imaginar”, ele responde. “Minha mulher teria caído em desespero.” Tivemos apenas de lhe dizer: “Veja, sua mulher foi poupada disso, o senhor a poupou disso, ao preço de ter de sentir sua falta”. No mesmo instante, seu sofrimento ganhou um sentido: o sentido de um sacrifício.

A afirmação atribuída a Paul Dubois está correta: o médico também poderia realizar seu trabalho sem nada disso – bastaria se conscientizar que sua diferença em relação ao veterinário seria apenas outro tipo de clientela.

O *homo patiens* clama pelo *medicus humanus*, o sofrimento humano requer um médico humano. O médico não humano, apenas científico, poderia amputar uma perna com o auxílio da ciência; mas com o auxílio da ciência ele não poderia evitar que o amputado (ou alguém prestes a ser amputado) cometesse suicídio. Não precisamos ressaltar que um suicídio desses não tem justificativa, pois que vida é essa cujo sentido é, única e exclusivamente, estar sobre duas pernas e andar? Um cirurgião-chefe que pretende abrir mão de qualquer cura médica de almas não

deveria se espantar caso não encontrasse o paciente sobre a mesa antes da cirurgia, mas sim na mesa de autópsia, depois do suicídio, junto ao último médico a vê-lo, justamente aquele que não tinha nada que ver com o paciente.

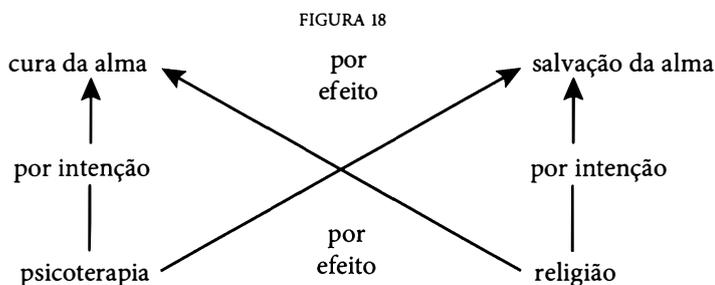
Não por acaso o fundador do Hospital Geral de Viena, imperador José II, fez escrever sobre a entrada: *Saluti et solatio aegrorum* – dedicado não apenas à cura, mas também ao consolo dos pacientes. A Associação Médica Americana também coloca no rol das tarefas do médico: “O médico também deve consolar a alma. Essa não é, de maneira nenhuma, tarefa exclusiva do psiquiatra. Trata-se simplesmente da tarefa de qualquer médico atuante”.

O médico continua sendo médico ao exercer a cura médica de almas, mas sua relação com o paciente se torna um encontro de um ser humano com outro ser humano. O médico científico se torna o médico humano. A cura médica de almas não é outra coisa senão a tentativa de uma técnica dessa humanidade do médico. *E talvez seja a técnica da humanidade que nos protegerá da desumanidade da técnica*, que se fez valer no âmbito da medicina tecnicizada e levou a experiências com presos e internados.

Se a logoterapia não é um substituto legítimo à psicoterapia em todos os âmbitos de indicação, mas apenas sua complementação, então a cura médica de almas não é, de maneira alguma, um substituto da cura sacerdotal de almas. Qual a relação existente entre a cura médica e a cura sacerdotal de almas? Vamos partir de seus objetivos: o objetivo da cura médica de almas, o objetivo da psicoterapia, é a cura da alma. O objetivo da cura sacerdotal de almas, o objetivo da religião, é a salvação da alma. A religião não tem uma motivação psicoterapêutica, mas um efeito psico-higiênico. Afinal, ela possibilita uma incomparável sensação de segurança e um apoio espiritual ao ser humano, contribuindo imensamente para a preservação de seu equilíbrio anímico. Do outro lado, vemos que a psicoterapia – sem ter essa intenção – permite aos pacientes, em alguns casos, voltar a fontes soterradas de crenças anteriores: não por intenção, mas por efeito (Figura 18).

Como vimos, o restabelecimento da capacidade de crer do paciente não é uma quarta atividade do médico (para além das tarefas de restabelecimento das capacidades de trabalhar, de desfrutar e de sofrer), mas apenas um efeito possível

da psicoterapia. Não advogamos nem que “o analista deva ser curador e salvador”;<sup>2</sup> nem que o “processo de psicanálise seja um processo libertador”;<sup>3</sup> ou até que a “psicologia profunda promove o despertar da compreensão do processo de salvação do mundo, em geral muito deficiente entre os intelectuais”.<sup>4</sup> A psicoterapia não está a serviço da religião assim como a religião não é um meio para o objetivo da psicoterapia. Certa vez, J. H. Schultz afirmou com razão que “assim como não é possível existir nenhuma neurose obsessiva cristã ou budista, também não é possível existir uma psicoterapia científica que siga alguma orientação confessional”.



<sup>2</sup> I. A. Caruso, *Psychoanalyse und Synthese der Existenz*. Viena, 1952, p. 187.

<sup>3</sup> Wilfried Daim, *Tiefenpsychologie und Erlösung*. Viena/Munique, 1954, p. 219.

<sup>4</sup> *Ibidem*, p. 301.

# Análise existencial como antropologia psicoterapêutica

Charlotte Bühler chamou a atenção para o fato de que a maioria dos pacientes procurou-a com questões de sentido e de valor; principalmente “o problema do sentido e do valor da vida podem ter grande peso”. Caso uma solução para esse problema demore a acontecer, estamos diante daquilo que chamamos de frustração existencial, já mencionada anteriormente. Embora a frustração existencial possa deixar o ser humano doente, isso não é imperativo: à medida que é patogênica, é apenas facultativa. Mas assim que ela se torna patogênica de fato, se transforma em neurose noogênica.

Assim como não podemos chamar a frustração existencial de obrigatoriamente patogênica, mas apenas de facultativamente patogênica, menos ainda podemos apresentá-la como patológica. Entretanto, a frustração existencial que não se tornou patogênica, que permaneceu benigna, necessita da análise existencial do mesmo modo que a neurose noogênica. Nessas condições, a análise existencial não é uma terapia de neuroses e tampouco é exclusiva dos médicos. Ela também compete ao filósofo e ao teólogo, ao pedagogo e ao psicólogo, pois eles precisam, como os médicos, trabalhar com a dúvida em relação ao sentido da vida. Dessa maneira, se a logoterapia é uma terapia tanto específica quanto inespecífica e se a cura médica de almas ainda é do âmbito médico, a análise existencial avança esses limites, visto que seu objetivo não é apenas médico. Nesse sentido, consideramos legítimo a Associação Argentina de Logoterapia Existencial abrigar uma seção própria para não médicos. A psicoterapia, no sentido de uma terapia de neuroses, permanece sendo tarefa

do médico; mas a psico-higiene, a profilaxia de doenças neuróticas,<sup>1</sup> inclusive neuroses noogênicas, não precisa ser reservada aos médicos.

O fato de a frustração da vontade de sentido, a frustração existencial em si, em sua forma benigna, ainda não ser uma doença, não quer dizer que ela não possa apresentar um risco de morte – ela pode levar ao suicídio, a um suicídio não neurótico. Como resultado, a análise existencial, que em tais casos não é um tratamento médico no sentido literal da acepção, pode ser uma atitude salvadora de vidas. Isso pode ser comprovado sempre nas situações-limite sérias (prisão por causa de guerra, campo de concentração ou assemelhados), em que é preciso se apelar ao desejo pela vida, pela continuidade da vida, pela sobrevivência. A experiência mostra que esse apelo só tem sucesso quando o desejo por sobreviver representa um dever de sobreviver, sendo assim entendido e vivenciado. Resumindo: quando a continuidade da vida tem um sentido. Há muitas experiências nesse sentido, coletadas em campos de prisioneiros; elas comprovam a justeza e a importância das palavras de Friedrich Nietzsche: “Quem tem um porquê para viver suporta quase qualquer como”. Enxergo nessas palavras um lema para a psicoterapia.

Nesse sentido, a análise existencial é procura por sentido. E o sentido pelo qual ela procura é concreto, e essa sua concretude refere-se tanto ao caráter único de cada pessoa como também ao caráter único de cada situação. O sentido é, a cada vez, *ad personam et ad situationem*. Procura-se sempre por um sentido cuja realização é exigida e reservada para cada qual.

A análise existencial estende sua análise à totalidade do ser humano, que não é organísmica-psicofísica, mas também pessoal-espiritual. E a análise existencial segue esse espiritual até a sua profundidade inconsciente.<sup>2</sup> Nesse sentido, ela também merece o qualificativo de psicologia profunda. A não ser que considerássemos o espiritual no homem, ao contrário do psicofísico no homem, como a dimensão das alturas do homem. Assim estaríamos assumindo

<sup>1</sup> Visto que a neurose noogênica não tem causas somáticas, mas, em determinadas circunstâncias, tem efeitos somáticos, seu tratamento é reservado aos médicos.

<sup>2</sup> Nesse contexto, inconsciente é entendido como o que não é reflexivo; a espiritualidade inconsciente carece de autoconsciência reflexiva, enquanto a autocompreensão implícita permanece inalterada.

que a análise existencial é o contrário da assim chamada psicologia profunda. Só que a psicologia profunda se esquece de que o contrário da psicologia profunda não é uma psicologia superficial, mas, antes, uma psicologia elevada<sup>3</sup> é que seria a verdadeira psicologia profunda: “apenas o elevado do ser humano é o ser humano” (Paracelso).

Por tudo isso, a análise existencial não é uma análise da existência, pois uma análise da existência não existe – assim como não existe uma síntese da existência. A análise existencial é mais uma explicação da existência. Mas não deixemos de lembrar que a existência, a pessoa, também explica a si mesma: ela se explica, se desenvolve, se abre durante o transcorrer da vida. Assim como um tapete desenrolado vai mostrando seus desenhos inconfundíveis, enxergamos no transcorrer da vida, no tornar-se, a essência da pessoa. Uma comprovação casuística:

Stefán V., 58 anos, é estrangeiro. Ele só não se suicidou por causa dos amigos, aos quais prometeu não atentar contra a própria vida sem antes chegar a Viena e conversar comigo. Sua mulher tinha desenvolvido um carcinoma e morrera havia oito meses. Em seguida, ele tentou se suicidar, ficou internado durante semanas, e quando lhe perguntei por que não tinha tentado se matar de novo, respondeu: “Só porque ainda tenho algo a fazer”. Ele tinha de se ocupar do túmulo da mulher. Perguntei-lhe: “Fora isso, o senhor não tem mais nada a fazer?”. Sua resposta: “Tudo me parece sem sentido, sem importância”. Eu: “Será que é sua percepção de importante ou desimportante é que manda? Não é possível que seu sentimento de falta de sentido possa estar enganando o senhor? O senhor tem o direito de ter a sensação de que nada e ninguém pode substituir sua mulher, mas o senhor tem o dever de se dar uma chance de sentir de um jeito diferente algum dia e vivenciar o período em que fará isso”. Ele: “Não consigo achar mais graça na vida”. Eu lhe digo que exigir isso dele seria exigir demais, e a pergunta é se ele tem a

<sup>3</sup> Ver Viktor E. Frankl, *Zentralblatt für Psychotherapie*, vol. 10, 1938, p. 33: “Onde está aquela psicologia terapeuticamente interessada em incluir essas camadas mais ‘altas’ da existência humana em seu escopo – e que nesse sentido (e em oposição ao termo ‘psicologia profunda’) mereça o nome de psicologia das alturas?”.

obrigação de continuar vivendo, apesar de tudo. Ele: “Obrigação?... São apenas palavras. Não adianta”. Eu: “Será que não existem coisas como a amizade e a palavra de honra, não existem coisas como a colocação da lápide – para mortos, para seres que não existem mais na realidade –, que *não* estejam acima de toda utilidade e aplicação imediatas? Se o senhor se sente obrigado a colocar uma lápide para uma morta, então o senhor não se sente ainda mais obrigado a continuar vivendo para ela?”

Ele realmente reconheceu, de maneira inconsciente e implícita, o comprometimento para além das considerações utilitárias. Não bastaria fazer com que *o paciente cumprisse com sua palavra*, como os amigos o fizeram; era preciso fazer com que *ele cumprisse com sua ação* – e isso é parte da essência da análise existencial. Factualmente, ele se comportara como alguém que acreditava no comprometimento, mais do que isso: num sentido superior da existência – em *algo que lhe dá sentido a qualquer tempo e continua dando até depois do último suspiro do ente querido e, com efeito, até o último instante de sua existência*.

A análise existencial não significa apenas explicação da existência ôntica, mas também a explicação ontológica daquilo que é existência. Nesse sentido, a análise existencial é uma tentativa de uma antropologia psicoterapêutica, uma antropologia que está à frente de toda psicoterapia, não apenas da logoterapia. Na realidade, toda psicoterapia se desenrola sob um horizonte apriorístico. Sempre há uma concepção antropológica na base, mesmo que a psicoterapia tenha pouca consciência disso. Não me furto em afirmar que, por exemplo, quando o psicanalista pede ao paciente que se deite no divã (e evita olhá-lo no rosto), nesse mesmo momento o psicanalista atesta qual é sua imagem de ser humano.

Não há psicoterapia sem imagem do ser humano e sem *Weltanschauung* [concepção de mundo]. Mesmo Paul Schilder diz: “A psicanálise é uma filosofia, assim como a psicologia. Sempre temos uma concepção de mundo, só que às vezes não sabemos ou não queremos saber disso”. Explicações análogas foram publicadas pelos psicanalistas americanos G. W. Ginsburg e J. L. Herma, Joseph Wilder, Hugh Mullan, Jan Ehrenwald, L. W. Wolberg, M. W. Friedemann, Werner Wolff,

Kurt Goldstein, G. N. Raines e J. H. Rohrer, Erich Fromm, H. Johnson, Ulrich Sonnemann e John R. Reid.

Assim como já existiu uma psicologia sem alma, também ainda há hoje em dia uma psicologia sem espírito. Mas é justamente a psicoterapia que tem de se preservar dessa cegueira, pois senão ela renuncia às suas armas mais importantes na luta pela saúde mental ou cura do paciente. Pois quem ignora o espiritual e, dessa maneira, também se vê obrigado a ignorar a vontade de sentido, abdica de um dos meios mais importantes que há nas mãos do terapeuta. O homem atual, porém, está espiritualmente enfastiado, e esse fastio do espírito é a essência do niilismo contemporâneo.

Uma psicoterapia coletiva deveria confrontar o fastio do espírito. Freud disse, certa vez, que a humanidade sabia que tinha espírito, e ele teve de lhe mostrar que ela tinha pulsões. Mas, na minha opinião, nas últimas décadas a humanidade comprovou de maneira suficiente que tem pulsões. E o que importa hoje parece ser antes lembrar ao homem que ele tem espírito. E a psicoterapia, pelo menos em relação à neurose coletiva, tem de se lembrar disso também.

O objetivo da análise existencial é tornar consciente a imagem que a psicoterapia faz do homem e que é inconsciente, implícita. Explicá-la, abri-la e revelá-la, assim como uma fotografia, tirando-a da latência. Pois a imagem do homem formada pelo psicoterapeuta pode, sob determinadas circunstâncias, ser tal que alimente a neurose do paciente. Ela pode ser uma imagem completamente niilista.

O niilismo de hoje em dia é o reducionismo. Enquanto o niilismo de ontem se traía com sua fala sobre o nada, o niilismo de hoje usa a expressão “nada mais que”. O ser humano é apresentado como nada mais que um “macaco nu”, se quisermos citar o título de um *best-seller* [*O Macaco Nu*, Desmond Morris], ou um computador. Em *The Modes and Morals of Psychotherapy*, lemos a seguinte definição: “O homem não é mais que um complicado mecanismo bioquímico, cuja energia é fornecida por um sistema de combustão, que fornece energia ao computador, infinitamente rico em capacidade de armazenamento de informações codificadas”. Bem, como neurologista considero legítimo considerar o computador como modelo para determinadas ações do sistema nervoso central. O ser humano

é um computador, mas ao mesmo tempo ele é infinitamente mais do que isso, tem muito mais *dimensões* que um computador. Um cubo construído sobre um quadrado também é, de certo modo, esse quadrado que lhe serve de base. O quadrado é apenas ultrapassado, mas continua incluído no cubo. Também nesse caso o erro aparece apenas quando ousamos afirmar que o cubo não é nada mais que um quadrado, pois assim estaríamos “reduzindo” o cubo a um quadrado, projetando-o a partir de uma dimensão maior – a terceira, espacial – numa dimensão menor – a segunda, baixa –, na base em que desenhamos o projeto do cubo. O reducionismo se apresenta então como um projecionismo. A dimensão humana, o “âmbito” do humano, vem *a priori*, colocado entre parênteses, e os fenômenos humanos são projetados em um “plano” subumano.

No momento em que isso ocorre, a ciência já se torna ideologia. E no que se refere especialmente às ciências humanas, nesse momento a biologia se transforma em biologismo, a psicologia em psicologismo e a sociologia em sociologismo. Dessa maneira, vemos que o perigo não está na especialização dos pesquisadores, mas na generalização dos especialistas. Todos nós conhecemos os chamados *terribles simplificateurs*. Os *terribles généralisateurs*, como gostaria de chamá-los, ficariam bem ao seu lado. Os *terribles simplificateurs* simplificam tudo; eles colocam tudo no mesmo plano. Os *terribles généralisateurs* não permanecem nem no seu plano, mas generalizam todos os resultados de suas pesquisas.

Uma definição reducionista dos valores diz que tudo não passa de formações reativas e mecanismos de defesa. Até eu “reagi” certa vez diante de uma dessas interpretações, ao dizer que eu nunca, jamais, estaria disposto a viver por minhas formações reativas ou morrer por meus mecanismos de defesa. Lembremo-nos o quanto essas hipóteses são adequadas para minar o entusiasmo por sentido e valores.

Conheço o caso de um jovem casal americano que tinha acabado de voltar da África, onde ambos haviam servido no Peace Corps. Eles estavam decepcionados e amargurados. Depois de algum tempo, descobriu-se que eles tiveram de frequentar, durante meses, um grupo conduzido por um psicólogo. Como introdução, tinha acontecido uma espécie de

inquisição. O psicólogo: “Por que vocês ingressaram no Peace Corps?”. O casal: “Queremos ajudar pessoas que estão em pior situação do que nós”. Ele: “Isso quer dizer que vocês têm de ser superiores a eles”. Eles: “De certa forma”. Ele: “Então isso quer dizer que vocês têm necessidade de comprovar sua superioridade. O verdadeiro motivo de vocês é a necessidade inconsciente de comprovar a si mesmos e aos outros como são superiores”. Eles: “Nunca vimos a coisa sob esse ângulo, mas o senhor é psicólogo, deve saber o que fala”. E o grupo prosseguiu nessa toada. Os membros do grupo aprenderam a interpretar seu entusiasmo pelo Peace Corps, sua dedicação disposta a sacrifícios, cheia de renúncias e privações, como um mero complexo e um simples pendor. Mas o pior foi que o jovem casal, que estava à mercê dessa doutrinação, aprendeu a se confrontar mutuamente com os “verdadeiros” motivos, para não dizer, entrar em pé de guerra um com o outro. Um jogo de psicanálise mútua teve início.

Estamos lidando aqui com um caso típico de “hiperinterpretação”. Os motivos não são levados a sério desde o começo, nada é tido como autêntico, tudo é interpretado como resultado e expressão de uma psicodinâmica inconsciente. A assim chamada psicologia profunda também gosta de ser chamada de psicologia desmascaradora. E o desmascaramento é absolutamente legítimo. Mas é preciso parar no instante em que o “psicólogo desmascarador” topar com algo legítimo, tocar no que é autenticamente humano no homem, que não é possível de ser desmascarado mais a fundo. Se não parar nesse ponto, então ele passará a desmascarar apenas seu próprio motivo inconsciente, a necessidade que lhe é inconsciente: desdenhar e desvalorizar o humano no homem.

Um dos mais eminentes psicanalistas é o autor de uma obra em dois volumes sobre Goethe; a citação a seguir foi retirada de uma resenha desse livro:

“Nas 1.538 páginas do seu livro, o autor compõe um retrato de um gênio com sinais de distúrbio maniaco-depressivo, paranoide e epileptoide, homossexualidade, incesto, voyeurismo, exibicionismo, fetichismo, impotência, narcisismo, neurose obsessiva, histeria, alucinação etc. O autor parece se limitar quase que exclusivamente sobre a dinâmica pulsional que é a base da

obra de arte. Ele quer nos fazer acreditar que a obra de Goethe não é outra coisa senão o resultado de uma fixação pré-genital. Sua batalha não se devia a nenhum ideal, à beleza, a quaisquer valores, mas, na realidade, à superação de uma ejaculação precoce”.<sup>4</sup>

E para voltarmos ao reducionismo: uma teoria da motivação, há muito superada pelos fatos, apresenta o homem como um ser que tem necessidades e que está em busca de satisfazer essas necessidades, tendo como fim último evitar tensões, ou seja, manter ou restabelecer o equilíbrio. Em outras palavras, essa ultrapassada teoria da motivação ainda se apegava à chamada homeostase – emprestada da biologia, mas por ela também descartada. Ludwig von Bertalanffy comprovou, há muito, que fenômenos biológicos tão importantes como o crescimento e a reprodução não podem ser explicados de modo algum pela homeostase. Kurt Goldstein, importante patologista cerebral, conseguiu até mostrar que só o cérebro *danificado* se pauta por evitar tensões a todo custo. Mas o modelo mecanicista tem como fundamento o modelo de um sistema fechado – enquanto o homem (excetuando-se os casos neuróticos – mas também lá, originalmente) é um ser aberto ao mundo, que não está fixado num estado qualquer dentro de si mesmo; ou seja, não está fixado na solução de tensões e de seu equilíbrio interno. O homem – pelo menos o homem não neurótico – está mais ligado às coisas e aos parceiros do lado de fora, do mundo, e não como meios mais ou menos adequados para satisfazer necessidades, mas por eles mesmos. Em outras palavras, a existência humana é profundamente caracterizada por sua “autotranscendência”. Por autotranscendência, entendo o fato fundamental da antropologia de que seres humanos sempre apontam para algo que está além deles próprios – para uma coisa ou para alguém: para um sentido, que está sendo realizado por alguém, ou para outra existência humana, que ele está encontrando. E somente à medida que o ser humano transcende a si próprio dessa maneira ele também se realiza: a serviço de uma causa – ou no amor a uma outra pessoa! Em outras palavras: o homem só é totalmente homem lá onde ele se dedica totalmente a uma causa ou a outra pessoa. E ele se torna totalmente ele lá

<sup>4</sup> J. Heuscher. In: *Journal of Existentialism*, vol. 5, 1964, p. 229.

onde se esquece de si. Como é bonito ver uma criança que está sendo fotografada e não o sabe, completamente entretida em sua brincadeira!

É possível perceber o quanto a autotranscendência da existência humana alcança até suas profundezas e bases biológicas pelo paradoxo da autotranscendência do olho humano: sua capacidade de apreender o ambiente está necessariamente ligada à sua incapacidade de enxergar a si mesmo. Quando o olho vê a si mesmo – exceto no espelho – ou algo de si? Mesmo se estiver acometido por uma catarata, ele enxergará uma nuvem, seu próprio cristalino. Ele enxergará ao redor da fonte de luz um halo de cores de arco-íris. De maneira análoga, o ser humano torna-se real para si mesmo quando ele deixa de se enxergar, seja entregando-se a um semelhante ou a uma causa.

O reducionismo é verdadeiramente um subumanismo. Mas a dedução a partir de fenômenos subumanos transforma também os fenômenos humanos – em uma palavra, os desumaniza. Pensemos na consciência moral: uma típica teoria reducionista enxerga esse fenômeno especificamente humano como mero resultado de processos de condicionamento. Um cachorro que suja a casa dos donos e que vai se esconder, com o rabo entre as pernas, debaixo da cama, realmente apresenta um comportamento que pode ser entendido, sem mais, como o resultado de processos de condicionamento. Ele está pautado por um tipo de ansiedade antecipatória, ou seja, a espera angustiada da punição. A consciência moral não tem qualquer relação com isso. Enquanto o medo da punição, a esperança pela recompensa ou o desejo de contentar o superego determinam o comportamento humano, a consciência moral autêntica ainda não se manifestou.

Konrad Lorenz foi cuidadoso o suficiente ao falar do “comportamento análogo ao comportamento moral entre os animais” – diferentemente dos reducionistas. Para estes, não há diferença entre comportamento animal e humano. Em sua concepção, não existem fenômenos especificamente humanos. Esses não são negados a partir de achados empíricos, mas de convicções apriorísticas. Os reducionistas negam, desde o começo, que algo que se verifica no ser humano não pode ser encontrado nos animais. Dessa maneira, os reducionistas poderiam variar também a famosa confissão de fé dos sensualistas e dizer *nihil est in homine, quod non prius fuerit in animalibus*.

Simplesmente não é correto que a natureza não dê saltos. Ela dá saltos quantitativos e também saltos qualitativos, ou (nas palavras dos marxistas) a quantidade se transforma em qualidade. Há uma diferença qualitativa entre ser humano e animal. Mas o que importa é menos a diferença entre ser humano e animal e mais o *reconhecimento do especificamente humano como um fenômeno irreduzível*. Ou seja, não teríamos nada contra se realmente ficasse provado que o homem é um macaco. Também não teríamos nada contra descobrir traços humanos no macaco; e eu não me furtaria a dizer – caso isso fosse mesmo verdade – que o macaco é um homem.

A questão sobre se o homem é um macaco traz uma carga emocional e dá a impressão de que o relato bíblico da criação está sendo posto em dúvida. Isso me lembra de uma antiga piada: um talmudista pergunta a outro: “Por que temos de escrever Moisés com ‘l’?”. E o outro diz: “Mas escrevemos Moisés com ‘l’?”. O primeiro volta a perguntar: “Por que não devemos escrever Moisés com ‘l’?”. E o segundo retruca, bravo e impaciente: “Mas por que deveríamos escrever Moisés com ‘l’?”. “Essa foi a minha pergunta”, diz o primeiro. A questão sobre se o homem é um macaco poderia ser destrinchada da mesma maneira: por que ele não deve ser um macaco? E a resposta a essa pergunta é: porque isso contraria o relato bíblico da criação. Pois toda a carga emocional da questão vem daí. Vamos repetir: o que *nos* interessa, única e exclusivamente, é *se há uma diferença qualitativa entre o humano e o subumano*. Resumindo, se existe de fato o especificamente humano. Isso não é negado nem por Konrad Lorenz. Ele fala de uma fulguração. E, segundo ele, existe sim o especificamente humano, motivo da resposta *empírica* à questão sobre a diferença qualitativa entre o humano e o subumano.

Prefiro falar de uma diferença dimensional em vez de uma diferença qualitativa. A vantagem é que os achados surgidos das diferentes dimensões e *que se contradizem mutuamente* não estão numa relação de exclusão – *apesar* de tais contradições. O que acontece nessas diferentes dimensões é que a dimensão imediatamente superior *abrange* a dimensão que está logo abaixo. Em relação ao modelo de níveis ontológicos proposto por Nicolai Hartmann – segundo o qual um nível ontológico sempre “supera” o nível ontológico que lhe é imediatamente inferior –, existe a vantagem de que nossa ontologia dimensional garante, *apesar* da *especificidade* do fenômeno de uma dimensão imediatamente superior, a *continuidade* de

um fenômeno a outro. E para voltarmos ao tema “ser humano”: apesar do especificamente humano no homem, o ser humano permanece um animal. O homem e o animal não formam uma relação de contradição mútua. Entre eles não há um relacionamento de exclusão, mas de inclusão.

Por fim, onde há dimensões também há projeções. Posso projetar um fenômeno a partir de sua própria dimensão numa dimensão inferior. Dessa maneira, posso projetar um fenômeno humano num nível subumano. Tal procedimento também é totalmente legítimo e faz parte até da essência da ciência não levar em conta heurísticamente a dimensão plena de um fenômeno e partir da ficção de uma realidade unidimensional. Esse procedimento se torna duvidoso assim que se ideologiza. Daí não se afirma apenas que no homem se acham mecanismos congênitos de desencadeamento, mas também que o homem não passa de um “macaco nu”. O reducionismo projeta não apenas heurísticamente os fenômenos humanos no nível subumano, ele nega totalmente a existência de uma dimensão humana e – o que é pior – o faz *a priori*.

O que acabamos de afirmar não vale apenas para a relação entre homem e animal, mas também para aquilo que está para além do homem. E quando se fala que não é possível encontrar qualquer teleologia no âmbito da natureza, tal afirmação vazia deveria ser formulada com mais cuidado: dentro do âmbito de projeção da biologia e/ou da etologia não é possível comprovar algo como a teleologia. E concluir, a partir daí, que não há qualquer teleologia não seria um achado empírico, mas filosofia – filosofia apriorística, ainda por cima. Podemos afirmar, de maneira legítima, que dentro do nível de projeção de Konrad Lorenz simplesmente não encontramos uma imagem de teleologia. A teleologia não é nem tocada no seu recorte de nível. Poderíamos falar de uma *teleologia negativa*, de maneira análoga à teologia negativa que abre mão de definir Deus, mas se limita a dizer o que Deus *não* é. E quando Konrad Lorenz desistir de negar de antemão a possibilidade de teleologia e confessar – seja forçado a isso – seu princípio de possibilidade, mesmo numa dimensão que supere sua ciência, então ele não apenas terá merecido o prêmio Nobel por sua ciência, mas será candidato a uma categoria até então inexistente: o prêmio Nobel por sabedoria. Pois podemos definir *sabedoria* por *saber* – e a *consciência concomitante dos limites de tal saber*.

# Resumo

Resumindo, é possível dizer que a logoterapia tem cinco âmbitos de indicação. Como terapia a partir do *logos*, do sentido, ela é indicada primeiramente nos casos de neuroses *noogênicas*, que surgiram como tais, como noogênicas, a partir uma perda de sentido. Nesse seu primeiro âmbito de indicação, a logoterapia é vista como uma terapia *específica*.

O segundo âmbito de indicação, nos casos de neuroses *psicogênicas*, em que ela é aplicada na forma de derreflexão e intenção paradoxal, é diferente. Nele ela age como uma terapia *inespecífica*, visto que os diversos padrões patogênicos de reação, cujo desencadeamento a logoterapia procura eliminar, não têm qualquer relação com a questão do sentido. Isso está longe de significar que tal terapia inespecífica seja apenas uma terapia sintomática, pois nos casos em que estão realmente indicadas, a derreflexão e a intenção paradoxal atacam as neuroses a partir de suas raízes, lá onde os mecanismos circulares a serem interrompidos eram tão patogênicos. Dessa maneira, a logoterapia continua sendo uma terapia causal, que ataca as causas, mesmo quando deixa de ser uma terapia específica.

O terceiro âmbito de indicação também é diferente. Aqui, ela deixa de ser terapia simplesmente porque, nesse âmbito, ela não vai lidar apenas com sofrimentos *somatogênicos* em geral, mas principalmente com doenças somatogênicas incuráveis. No caso dessas últimas, desde o início a única coisa a fazer é possibilitar que o doente encontre, ainda em seu sofrimento (ou seja, até o final), um sentido na forma de uma concretização de valores de atitude. Como dissemos, pode não se tratar mais de uma terapia, mas ninguém pode negar que tal cuidado médico de almas<sup>1</sup> faça

<sup>1</sup> “O que fazemos”, disse Freud, “é cura de almas no melhor sentido”.

parte do âmbito de tarefas dos atos *médicos* – em oposição ao quarto âmbito de indicação da logoterapia, no qual agora ela deixa de ser um tratamento médico (como no terceiro âmbito de indicação), mesmo em se tratando de sofrimentos e doenças incuráveis, e passa a se confrontar com fenômenos *sociogênicos* como o sentimento de falta de sentido, o sentimento de vazio e o vácuo existencial. Esses são fenômenos sobre os quais o modelo médico não pode mais ser aplicado, visto que ainda não são patológicos, embora possam ser muito patogênicos – ou seja, nos casos em que levam a uma neurose noogênica.

Por fim, o quinto âmbito de indicação da logoterapia. Confrontada com a dúvida e o desespero por um sentido da vida, a logoterapia não se dedica ao tratamento médico de doentes, mas ao acompanhamento *humano* de pessoas em sofrimento. Em seu quinto âmbito de indicação, não se trata da terapia específica ou inespecífica de neuroses noogênicas ou psicogênicas, nem do acompanhamento de casos somatogênicos ou sociogênicos, mas de uma profilaxia: a *profilaxia de neuroses iatrogênicas*. Na realidade, deveríamos falar de neuroses psiquiatrogênicas. Estamos nos referindo a casos nos quais o médico *ιατρός* (iá-tros) ou o psiquiatra também é culpado na intensificação da frustração existencial ao aplicar ao paciente modelos absolutamente subumanos, fazendo com que a psicoterapia se transforme, *nolens volens*, numa doutrinação – e, o que é pior, uma doutrinação reducionista.

Depois do panorama sistemático, queremos encerrar com um histórico. W. Soucek falou da logoterapia como a terceira escola vienense da psicoterapia,<sup>2</sup> localizando-a na sequência da psicanálise e da psicologia individual. Se isso for verdade, não podemos deixar de notar e não podemos nos esquecer de que a lei básica da biogenética de Ernst Haeckel também vale para a logoterapia. Segundo Haeckel, o desenvolvimento ontogenético recapitula o filogenético, assim é na vida; e, na história pessoal da vida do fundador da logoterapia, existiram fases nas quais surgiram publicações cujos originais foram encaminhados pessoalmente por Freud e Adler às redações

<sup>2</sup> W. Soucek, “Die Existenzanalyse Frankls, die Dritte Richtung der Wiener psychotherapeutischen Schule”. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, vol. 73, 1948, p. 594.

de revistas internacionais de psicanálise ou de psicologia individual, tendo sido publicadas em 1924 e 1925.<sup>3</sup>

De um modo ou de outro: Sigmund Freud escreveu certa vez que “todas as nossas explicações esperam ser completadas, ampliadas e, conseqüentemente, corrigidas”. T. P. Millar é de opinião que a situação atual seja contrária ao surgimento de uma revisão teórica de peso nascida a partir das próprias fileiras.<sup>4</sup> Ele concorda com Ernest Hilgard, que diz que a reformulação verdadeira da teoria psicanalítica virá, mais provavelmente, de pessoas sem vínculos com organismos e instituições psicanalíticas. As afirmações que se seguem atestam o quanto tal “reformulação” é premente. J. Marmor, presidente da Academia Americana de Psicanálise, escreve: “nos últimos dez anos, o prestígio da psicanálise pareceu ter caído significativamente nos círculos acadêmicos e científicos em nosso país”.<sup>5</sup> E o editor do *American Journal of Psychoanalysis*, Harold Kelman, confrontou a Associação Americana de Psiquiatria com os seguintes fatos: em 1945, quase todo psiquiatra em formação queria se submeter a uma análise didática. Em 1960, era um entre sete, e em 1969 essa proporção era de um entre vinte.<sup>6</sup> E “24 de 31 psicanalistas norte-americanos dizem estar menos interessados na psicanálise”.<sup>7</sup>

E continua valendo o que escrevi em um de meus livros redigidos em inglês e ainda não traduzidos para o alemão:<sup>8</sup> no futuro,<sup>9</sup> a psicanálise continuará sendo a base para a psicoterapia, mesmo que – como a fundação de qualquer

<sup>3</sup> Ludwig J. Pongratz, *Psychotherapie in Selbstdarstellungen*. Berna, Hans Huber, 1973.

<sup>4</sup> T. P. Millar. In: *British Journal of Psychiatry*, vol. 115, 1969, p. 421.

<sup>5</sup> J. Marmor, “The Current Status of Psychoanalysis in American Psychiatry”. *American Journal of Psychiatry*, vol. 124, 1968, p. 131.

<sup>6</sup> Harold Kelman, “How Does Psychoanalysis fit into the Total Concept of Care?”. *Psychiatrie Spectator*, vol. 3, p. 8.

<sup>7</sup> E. D. Wittkower; J. Naiman, “Psychoanalyse in internationaler Sicht”. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, vol. 19, 1973, p. 220.

<sup>8</sup> Viktor E. Frankl, *The Will to Meaning*. Nova York, New American Library, 1969. [Edição brasileira: *A Vontade de Sentido*. São Paulo: Paulus, 2011.]

<sup>9</sup> Edith Weisskopf-Joelson, “Logotherapie: The Psychotherapy of the Future”. *Simpósio de Logoterapia, Encontro anual da American Psychological Association*, Montreal, 1973.

construção – se esconda cada vez mais, enquanto a edificação dessa psicoterapia do futuro se ergue sobre ela. Dessa maneira, a contribuição de Freud para a fundação da psicoterapia é imorredoura e seus feitos são incomparáveis: ao visitarmos a sinagoga mais antiga do mundo, a Altneuschule de Praga, o guia nos mostra dois assentos: um deles foi ocupado pelo famoso Rabbi Löw, envolto por lendas (e de quem se diz que criou o Golem a partir de um monte de barro) e, no outro, todos os rabinos desde então. Pois ninguém ousa se ombrear com o Rabbi Löw e assumir seu assento. Dessa maneira, o assento de Rabbi Löw permaneceu vazio durante os séculos. Acho que se passa algo semelhante com Freud: ninguém conseguirá se ombrear com ele.

# Bibliografia sobre Viktor Frankl em língua portuguesa

- Frankl, Viktor E. & Lapide, Pinchas. *A Busca de Deus e Questionamentos sobre o Sentido*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.
- Frankl, Viktor E. *A Presença Ignorada de Deus*. 12. ed. São Leopoldo: Editora Sinodal; Petrópolis: Editora Vozes, 2010.
- Frankl, Viktor E. *A Psicoterapia na Prática*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1976.
- Frankl, Viktor E. *A Vontade de Sentido: Fundamentos e Aplicações da Logoterapia*. São Paulo: Editora Paulus, 2011.
- Frankl, Viktor E. *Em Busca de Sentido. Um Psicólogo no Campo de Concentração*. 33. ed. São Leopoldo: Editora Sinodal; Petrópolis: Editora Vozes, 1985-2013.
- Frankl, Viktor E. *Fundamentos Antropológicos da Psicoterapia*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.
- Frankl, Viktor E. *Logoterapia e Análise Existencial: Textos de Seis Décadas*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012-14. [Edição anterior: *Logoterapia e Análise Existencial: Textos de Cinco Décadas*. São Paulo: Editorial Psy II, 1995.]
- Frankl, Viktor E. *O Homem em Busca de um Sentido*. Alfragide: Lua de Papel, 2012-15.
- Frankl, Viktor E. *O Homem Incondicionado*. Coimbra: Armênio Amado, 1968.
- Frankl, Viktor E. *O Que Não Está Escrito nos Meus Livros – Memórias*. São Paulo: É Realizações, 2010-2015.
- Frankl, Viktor E. *O Sofrimento de uma Vida sem Sentido*. São Paulo: É Realizações, 2015.
- Frankl, Viktor E. *Psicoterapia e Sentido da Vida. Fundamentos da Logoterapia e Análise Existencial*. São Paulo: Editora Quadrante, 1973-2003.

Frankl, Viktor E. *Psicoterapia para Todos: Uma Psicoterapia Coletiva para Contrapor-se à Neurose Coletiva*. Petrópolis: Vozes, 1990-1991.

Frankl, Viktor E. *Sede de Sentido*. São Paulo: Quadrante, 1989.

Frankl, Viktor E. *Um Psicólogo no Campo de Concentração*. Lisboa: Editorial Aster, 1963-1968.

Frankl, Viktor E. *Um Sentido para a Vida. Psicoterapia e Humanismo*. Aparecida: Ideias e Letras, 2004-2010.

A lista de todos os volumes de Viktor E. Frankl, bem como uma bibliografia on-line abrangente sobre a logoterapia, pode ser encontrada no site do Instituto Viktor Frankl: [www.viktorfrankl.org](http://www.viktorfrankl.org).

# Índice onomástico

## A

Adler, Alexandra, 103  
Adler, Alfred, 74, 97, 152, 159-60, 166,  
240  
Alexander, F., 101  
Allers, R., 76  
Allport, 189  
Appel, 205  
Arnold, 32-33, 35, 45  
Ascher, L. Michael, 33-35, 41

## B

Bachstsz, E., 127  
Baeyer, W. von, 78  
Bally, Gustav, 162  
Barber, Louis S., 22  
Baruk, H., 75  
Bastine, R., 44  
Becker, A. M., 205  
Bednarik, Karl, 168  
Beichl, 130  
Benedikt, Friedrich M., 44, 205-06  
Bergmann, G. von, 119  
Bergson, 95  
Berkowitz, 21  
Bernanos, 209

Bertalanffy, Ludwig von, 234  
Berze, J., 115  
Betz, 157  
Bilz, R., 95, 106, 137  
Binswanger, L., 74, 79, 192  
Birkmayer, W., 119  
Birley, 71  
Black, W. A. M., 20  
Bleuler, Eugen, 149  
Bleuler, Manfred, 100  
Blüher, H., 164  
Böckmann, Walter, 19  
Bodendorfer, Lotte, 152  
Boss, M., 79  
Briggs, J. F., 40  
Brown, 25, 71  
Buckley, Frank M., 17  
Buhl, Hermann, 154  
Bühler, Charlotte, 161, 227  
Bumke, 59  
Burnett, Darrell, 53  
Byschowski, 101

## C

Caruso, I. A., 181, 226  
Casciani, 25

Chalstrom, William J., 19  
 Crumbaugh, James C., 18- 20, 23, 25,  
 189  
 Cullen, 59  
 Curtius, F., 119, 125, 187

## *D*

Daim, Wilfried, 181, 226  
 Dansart, Bernard, 19, 25  
 Darwin, 177  
 David, J. M., 116  
 Dilling, H. 32-33  
 Dostoiévski, 165  
 Dreikurs, Rudolf, 34  
 Dubois, 142-43, 205, 214, 224  
 Durlak, 25  
 Dytfurth, Von, 133

## *E*

Ebnöther, Daniel, 71  
 Efran, J., 35  
 Ehrentraut, Gustave, 55-56  
 Ehrenwald, Jan, 230  
 Eisenmann, Manfred, 41  
 Eissler, K., 26-27  
 Eliasberg, W. G., 161  
 Erickson, Milton H., 34, 42  
 Ewald, 69, 95  
 Eysenck, 205

## *F*

Fabry, B., 55  
 Farris, Claude, 56  
 Fechtman, Freddie, 20

Fenichel, 207  
 Fervers, 56, 102  
 Foa, B., 34  
 Fodor, N., 101  
 Forstmeyer, Annemarie von, 20  
 Fraiser. Alvin R., 20  
 Freud, Sigmund, 97-98, 141, 145, 157-  
 59, 161, 164, 166, 231, 239-42  
 Freyhan, Fritz A., 105, 164  
 Friedemann, M. W., 230  
 Fromm, Erich, 231  
 Frosch, William A., 52

## *G*

Gaind, R., 32  
 Garza-Perez, J., 35, 41, 44  
 Gebattel, Victor E. von, 44, 65, 161, 205  
 Gerz, Hans O., 201-05, 207  
 Ginsberg, George L., 52  
 Ginsburg, G. W., 230  
 Giorgi, Bruno, 19  
 Goethe, J. W. von, 106, 127, 166, 209,  
 222, 233-34  
 Goldstein, Kurt, 33, 231, 234  
 Golloway, Glenn G., 207  
 Grace, 98  
 Graham, 98  
 Gregson, R. A. M., 20

## *H*

Habinger, Alois, 17  
 Hablas, Ruth, 19  
 Haeckel, Ernst, 240  
 Haley, Jay, 34

Hand, Iver, 36, 48  
 Hartmann, Nicolai, 61, 236  
 Hattingberg, H. von, 34  
 Haug, 129, 149, 176  
 Hays, Peter, 133  
 Heidegger, M., 79, 192  
 Heilig, 71, 95  
 Hemmer, R., 117  
 Henkel, D., 44  
 Herma, 230  
 Heuscher, J., 234  
 Heyer, 61  
 Heyse, H., 32-33  
 Hilgard, Ernest, 241  
 Hill, 133  
 Hirschmann, Johannes, 71, 161, 164  
 Hodgson, R., 31-32  
 Hoff, F., 119, 125, 187,  
 Hoff, Hans, 65, 71, 95, 205  
 Hofstätter, Peter R., 205  
 Horn, Myron J., 54  
 Huber, Hans, 18, 21, 33, 241  
 Huber, Jack, 49  
 Hunter, John E., 99

*I*

Ibsen, 149

*J*

Jackson, Don, 34  
 Jacobs, Max, 45-46  
 Jacobson, Robert L., 23  
 Janet, 95, 166  
 Jaspers, Karl, 162, 211

Johnson, H., 231  
 Johnson, Paul E., 15  
 Johnson, V., 52, 55  
 Jores, Arthur, 39, 41-42  
 Juvenal, 182

*K*

Kaczanowski, Godfryd, 53, 189  
 Kant, 22, 209  
 Kellock, 99  
 Kelman, Harold, 241  
 Kidson, 99  
 Kierkegaard, Søren, 142, 159, 161  
 Klaesi, 221  
 Klages, 175  
 Kleinsorge, 99, 102  
 Klinger, Eric, 17  
 Klitzke, L. L., 17  
 Kloos, 59, 152  
 Klumbies, 102  
 Knott, J. E., 18  
 Koch, 125  
 Kochrane, 99  
 Kockott, G., 32-33  
 Kocourek, K., 44, 123-24, 193, 198  
 Kohler, 17  
 Kovacic, Gerald, 17, 19  
 Kraft, 18  
 Kranz, Heinrich, 74, 125, 128, 165  
 Kratochvil, 17, 25  
 Kretschmer, Ernest, 154-55  
 Kretschmer, Wolfgang, 97, 154  
 Kropotkin, 178  
 Krug, Carolyn M., 45

*L*

Lamontagne, Y., 34  
 Langen, Dietrich, 17, 100, 180,  
 Lauth, Reinhard, 175  
 Lazarus, Arnold A., 32-33, 35, 45  
 Lebzelten, Gustav, 205  
 Ledwidge, B. L., 35, 41, 44  
 Lehembre, J., 41  
 Leonardo, 133  
 Leslie, Robert C., 189  
 Lewin, Kurt, 24  
 Lorenz, Konrad, 21, 51, 140, 235-  
 37  
 Lukas, Elisabeth S., 17-19, 23, 25  
 Lunceford, 25

*M*

Maeder, Alphons, 162  
 Maholick, Leonard T., 18, 23  
 Malzacher, Max, 71  
 Man, Hendrik de, 165  
 Marks, I. M., 29, 31-33  
 Marmor, J., 241  
 Maslow, 145  
 Mason, 25  
 Masters, W. 52, 55  
 Medlicott, R. W., 43  
 Meier, 25  
 Menninger-Lerchenthal, E., 78  
 Merz, Jörg, 71  
 Meshoulam, Uriel, 41  
 Meusert, 96  
 Middendorf, Wolf, 167  
 Millar, T. P., 241

Mlczoch, Felix, 101  
 Mullan, Hugh, 230  
 Müller-Eckhard, 103  
 Murphy, 25

*N*

Naiman, J., 241  
 Nardini, 96  
 Niebauer-Kozdera, Eva, 17, 44, 180,  
 194-97, 199-201, 205, 212  
 Nietzsche, Friedrich, 178, 213, 228  
 Norris, David L., 56  
 Nowotny, K., 117

*O*

Ochs, J. M., 48  
 Orelli, A, von, 74, 165

*P*

Padelford, Betty Lou, 19  
 Pandura, 21  
 Paracelso, 186, 229  
 Pascal, 176  
 Peguy, Charles, 214  
 Petrilowitsch, Nikolaus, 15, 19, 23  
 Pflanz, Manfred, 154, 183, 186  
 Philbrick, Joseph L., 17  
 Plügge, H., 167  
 Polak, Paul, 44, 117, 168  
 Polzer, K., 119  
 Pongratz, Ludwig J., 33, 241  
 Popielski, Kazimierz, 17, 25  
 Prill, Hans Joachim, 17, 180  
 Pynnummootil, George, 38

## Q

Quandt, 59

## R

Rachmann, S., 31-32

Ramirez, Larry, 39

Reid, John R., 231

Reik., Theodor, 15, 16

Richmond, 25

Roberts, 25

Rockwell, 133

Rohrer, J. H., 231

Rosefeldt, H., 32-33

Ross, 21

Ruch, 25

Rümke, 59

## S

Sadiq, Mohammed, 37, 42

Sahakian, Barbara Jacquelyn, 52

Sahakian, William S., 52

Sallee, 25

Scharch, David M., 99

Scheler, Max, 61, 176, 211

Schelling, 208, 213

Schilder, Paul, 230

Schima, Konrad, 158

Schmook, C., 44

Schneider, Kurt, 59-60, 67, 154

Schnitzler, Arthur, 9, 15-16

Schober, W., 119, 127

Schopenhauer, 167, 178

Schulte, Walter, 154, 162

Schultz, J. H., 44, 192, 205, 212, 226

Schwarz, Oswald, 62

Scott, 21

Segers, J., 78

Shapiro, Theodore, 52

Shean, Glenn D., 20

Sherif, Carolyn Wood, 21

Siebeck, 119

Silvermann, 133

Simons, 133

Skolnick, Lene, 106

Smith, 25

Solyom, C., 35, 41, 44

Solyom, L., 35, 41, 44

Sonnemann, Ulrich, 231

Soucek, W., 240

Speer, E., 108, 153

Starck, Patricia L., 19

Stewart, J. M., 52

Stollreiter-Butzon, 96

Straus, E., 136, 156

## T

Toll, Nina, 17

Turner, Ralph M., 35

Tweedie, Donald F., 189, 205

## U

Uexküll, Thure von, 154, 183, 186

Ungersma, Aaron J., 189

## V

Vander Veldt, J. H., 181

Victor, Rakph G., 45

Villinger, Werner, 59, 125

Volhard, Ruth, 17, 180

Vymetal, 17

## W

Walters, 21

Wanderer, Zev W., 162

Waterson, 133

Watson, J. P., 32

Watzlawick, Paul, 34

Weigel, Hans, 123

Weinke, F. C., 164

Weisskopf-Joelson, Edith, 26, 89, 186,  
206, 241

Weitbrecht, H. J., 63, 81, 103, 178, 181

Weizsäcker, Viktor von, 102-03

Werner, T. A., 17

Wertheimer, Max, 24

Wexberg, Erwin, 34

Wichmann, 119

Wiesenhütter, E., 205

Wilder, Joseph, 230

Wittkower, E. D., 241

Wolberg, L. W., 230

Wolff, Werner, 230

Wolpe, J., 27

## Y

Yalom, Irvin D., 34

Yarnell, 25

Young, 25

# Índice remissivo

## A

Agressividade, 21, 207  
Alcoolismo, 18, 20  
Amor, 16, 50, 53, 141-43, 145-46, 192, 210, 222-24, 234  
Análise existencial, 75-81, 126, 173-74, 177-78, 186, 210, 227-37  
Angústia (medo) 29-32, 46, 50, 70, 73-74, 80, 84-85, 92, 95, 108, 118-19, 122-38, 159, 164, 176-77, 183, 185, 187, 189-90, 193, 201, 208, 210-11, 214, 235  
da angústia (Medo do medo) 29, 31, 112, 120, 122-24, 128-29, 131-32, 137, 177, 189, 212  
de expectativa, 123-24, 127, 129, 132, 134, 176, 189  
padrão de reação da neurose de, 122-38  
reflexiva, 127-28  
transitiva, 127-28  
Ansiedade antecipatória, 28, 30, 53-54, 120-22, 125-26, 131, 137-38, 141, 143, 146, 151, 156, 159, 177, 185, 187, 190-91, 208-14, 235  
Antagonismo psicoonético, 78, 80

Antropologia psicoterapêutica, 227-37  
Atos falhos, 157  
Autodistanciamento, 16, 28, 35, 43  
Autotranscendência, 16, 28, 50, 53, 55, 234-35

## C

Capacidade  
de crer, 225  
de sofrer, 221-22  
Ciência, 157, 224, 232, 237  
Complacência  
simbólica, 98  
social, 98  
Complexo, 69, 96-97, 105, 135, 149, 154, 179, 182, 210, 233  
Condição possível, 72  
Conflitos, 69, 96-97, 152-54, 157-58, 167, 178, 182, 210  
Consciência, 16, 23-24, 30, 65, 73, 75-76, 83, 88-89, 92, 96, 105, 114-15, 123, 128, 136, 149-50, 157, 160, 166-68, 170, 173-74, 178-79, 181, 197, 202, 208-10, 213-16, 223, 230, 235, 237  
Constituição, 22, 125, 127, 132, 154-55, 183-84

Criminalidade *ver* agressividade  
 Culpa, 68, 70, 73-75, 87, 91, 105, 159-60, 165, 181, 201  
 Cura médica de almas [Ärztliche *Seelsorge*] 161, 178, 182, 219-27

## D

*Daseinanalyse*, 74, 79-80  
 Dependência de drogas, 18-19  
 Depressão  
   endógena, 69-70, 72, 74-75, 78, 84-85, 88-94, 119, 122, 165  
   secundária, 89  
 Derreflexão, 28, 52-55, 144, 189, 208-17, 239  
 Desespero, 89, 178-79, 219-20, 222-24, 240  
 Determinismo biográfico, 102  
 Diferença de dimensões, 223  
 Dimensão espiritual, 101, 160  
 Distúrbio  
   de potência ginogênico, 139-40  
   de potência *ver* padrão de reação neurótico-sexual  
   do sono, 214-17  
   funcional, 76, 109  
 Doença psicossomática, 94, 99, 106-07

## E

Ejaculação precoce, 55-56, 139, 141-42, 158, 234  
 Encontro, 36, 50, 81, 134, 46, 146, 222-23, 225

Especificamente humano, 15, 28, 235-37  
 Espiral causal, 63  
 Espiritualidade inconsciente, 157, 213-15, 228  
 Espiritualismo *ver* noologismo  
 Experiência, 32, 34, 39, 41, 52, 56, 71, 95-96, 99, 107, 138, 150, 152, 168, 176, 201, 205-06, 225, 228

## F

Fastio do espírito, 170, 231  
 Formação [no método logoterapêutico] 27, 46  
 Frigidez *ver* padrão de reação neurótico-sexual  
 Frustração existencial, 18-20, 22-23, 28, 65, 116, 126, 162, 166-67, 176-77, 179-80, 183, 187, 227-28, 240

## G

Gagueira, 40-41, 173  
 Gênese criptossomática, 67-68, 83-85

## H

Hereditariedade, 84, 133  
 Hiperacusia da consciência, 136, 208  
 Hiperintenção, 50-53  
 Hiperinterpretação, 233  
 Hiperreflexão, 53  
*Homo amans*, 222  
*Homo patiens*, 83, 105, 182, 220, 222-24  
 Humor, 28, 35-40, 84, 92, 192, 204

- I*
- Iatrogenia, 64-65, 90, 115, 146-48, 151, 163, 176-77, 216, 240
- Impotência *ver* padrão de reação neurótico-sexual
- Inconsciente espiritual, 157, 213, 215,-17
- Indústria da informação sexual, 51
- Indústria do prazer sexual, 51
- Intenção paradoxal, 53, 55-56, 80, 112-13, 135-36, 189-207
- Interpretação dos sonhos, 157
- L*
- Latente, 84, 114, 166-67
- agorafobia, 114
- claustrofobia, 114
- Liberação, 54, 87, 141, 153
- Logoterapia, 11, 15-17, 19-20, 22, 25-26, 29, 32, 34, 36-37, 46, 48, 53, 55, 78, 80-81, 127, 155, 157, 159, 164, 171, 173-75, 177, 180, 185-87, 189-90, 202, 204-06, 210, 219, 225, 227, 230, 239-41, 243
- em grupo, 20
- Logo-teste, 18-19
- M*
- Marxista, 236
- Masturbação, 68, 142, 145-46
- Meditação transcendental, 56
- Modeling*, 33, 45
- N*
- Necessidade psicoterapêutica, 161, 164
- Neurose, 9, 11, 15-19, 28-31, 35, 44, 46, 50, 59-60, 63-66, 71, 73, 75, 79-80, 84, 90, 97-98, 100, 108, 111-13, 117, 120-22, 125-26, 128, 132-33, 136-38, 140, 142-44, 146-48, 150-55, 159-60, 162-68, 170, 173, 177, 180-81, 183, 185-87, 189-95, 198, 200, 203-04, 206-09, 211, 213, 220, 226-28, 231, 233, 239-40
- coletiva, 168, 170, 231, 244
- do domingo, 167
- iatrogênica, 163
- noogênica, 17, 23, 28, 65, 162, 170, 177, 180-81, 227-28, 240
- psicogênica, 28, 65, 181
- reativa, 65, 111, 113, 125
- sociogênica, 18
- Noologismo, 180-81, 184
- Noossomática, 102, 105
- O*
- Obsessão, 31, 80, 132-36, 159, 183, 190, 194, 197-99, 201, 204, 208, 211, 213, 216
- Ontologia dimensional, 61, 236
- Órgão do sentido, 24
- Orgasmo *ver* padrão de reação neurótico-sexual
- P*
- Padrão
- de reação neurótico-obsessivo, 132, 183, 190
- de reação neurótico-sexual, 137, 142, 183, 190

- Patologia do espírito da época, 73, 169  
 Patologismo, 178-80  
 Pesquisas para a paz, 21  
 Poder de obstinação do espírito, 76, 79  
 Problema psicofísico, 61  
 Pseudoneurose somatogênica *ver* distúrbio funcional  
 Psicanálise, 15, 26, 44, 46, 72, 79, 116, 143, 157-58, 166, 175, 217, 226, 230, 233, 240-41  
 Psicologia  
   das alturas, 192, 229  
   desmascaradora, 233  
   individual, 74, 90, 135, 152, 158, 160, 166, 175, 240-41  
 Psicologismo, 101-02, 160, 178, 181, 184, 232  
 Psicose, 31, 60, 64-65, 67-82, 108, 129, 133, 137, 160, 165, 177  
 Psicoterapia reumanizada, 28  
 Psicotofobia, 113, 115, 129-31, 134, 148-49, 176-77, 187, 190
- R**
- Reduccionismo, 231-32, 234-35, 237  
 Relaxamento, 46, 56, 157, 183  
 Religião, 161, 225-27
- S**
- Sabedoria, 214, 217, 222, 237  
 Sentido, 11, 16-28, 40, 47-48, 63, 73, 75, 77, 92, 95, 103, 105, 107, 113, 120, 126-27, 153, 161, 163, 166-69, 173-79, 182, 186-87, 198, 210-11, 220-24, 227-32, 239-43  
 Sentimento de falta de sentido, 17, 19, 22, 166, 229, 240  
 Sintoma substitutivo, 41  
 Sociogênese, 68, 73  
 Sofrimento, 18, 26-27, 49, 86, 93, 105-07, 155, 161, 167, 178, 182, 197, 200, 219, 221-24, 239-40, 243  
 Somatologismo, 178, 184  
 Subumanismo, 235  
 Sugestão, 41, 141, 205  
 Suicídio, 18-19, 22, 27, 86-88, 90, 100, 105, 129-30, 167, 178-79, 187, 224-25, 228
- T**
- Técnica, 28, 33-36, 39, 41, 44-46, 52, 55, 101, 144, 162, 189, 201, 205-07, 211, 216, 225  
 Teleologia negativa, 237  
 Tempo livre, 166, 212  
 Terapia  
   comportamental, 16, 29-30, 32-34, 36, 44-45, 55, 162  
   simultânea somatopsíquica, 84-85, 111, 121-22, 160, 186  
*Terribles generalisateur*, 232  
 Terrorismo, 169  
 Teste, 18-20, 22, 25, 98, 100, 117, 152, 169-70  
 Teste PIL, 18  
 Tique, 38, 155-57  
 Tranquilizantes, 202

Trauma, 69, 99, 106, 143, 149, 151-53,  
163, 182

Tríade do fracasso, 86

## V

Vaginismo, 56

Valor, 25, 35, 51, 68, 82-83, 92, 103,  
161, 173-75, 177-78, 181-82, 186,  
210, 220-23, 227, 232, 234, 239

Vazio existencial, 17, 126, 166-67, 176,  
186-87

## Vontade

de sentido, 11, 22-23, 126, 166-67,  
175, 177-79, 228, 231, 241, 243  
pelos “cem por cento”, 136-37

## Z

Zen, 49