

A SEXUALIDADE NA ETIOLOGIA DAS NEUROSES (1898)

DIE SEXUALITAET IN DER AETIOLOGIE DER NEUROSEN

(a)EDIÇÕES ALEMÃS:

1898 *Wien. klin. Rdsch.*, 12 (2), 21-2, (4), 55-7, (5), 70-2, (7), 103-5. (9, 23 e 30 de janeiro e 13 de fevereiro.)

1906 *S.K.S.N.*, 1, 181-204. (1911, 2ª ed.; 1922, 4ª ed.)

1925 *G.S.*, 1, 439-64.

1952 *G.W.*, 1, 491-516.

(b)TRADUÇÃO INGLESA:

“Sexuality in the Aetiology of the Neuroses”

1924 *C.P.*, 1, 220-48. (Trad. de J. Bernays.)

A presente tradução é uma versão modificada da publicada em 1924.

Este artigo foi concluído em 9 de fevereiro de 1898, como nos informa uma carta a Fliess (Freud, 1950a, Carta 83.) Já fora iniciado um mês antes (ibid., Carta 81) e, em ambas as cartas, Freud o trata desdenhosamente como um artigo “*Gartenlaube*”. Este era o título (literalmente, “caramanchão”) de uma revista de assuntos domésticos cujo nome se tornara proverbial por suas histórias sentimentais. Mas ele acrescenta que o artigo “é bastante impudente e basicamente destinado a criar caso, no que sem dúvida terá êxito. Breuer dirá que me causei muitos prejuízos.”

Dois anos se haviam passado desde o último artigo de Freud sobre psicopatologia, “A Etiologia da Histeria” (1896c), e durante esses dois anos muita coisa acontecera para ocupar sua mente. Talvez a menos importante (pelo menos do nosso ponto de vista) tenha sido a conclusão, em inícios de 1897, de seu tratado de trezentas páginas sobre as paralisias infantis para a grande enciclopédia de medicina de Nothnagel, no qual estivera ocupado por vários anos, muito a contragosto, e que foi seu último trabalho neurológico. Cf., por exemplo, as cartas a Fliess de 20 e 31 de outubro e 8 de novembro de 1895, 4 de julho e 2 de novembro de 1896, e 24 de janeiro de 1897 (Freud, 1950a, Cartas 32, 33, 35, 47, 50 e 57). Uma vez ultrapassada essa tarefa, ele podia dedicar-se mais completamente à psicologia, e logo se envolveu num evento que se revelaria um marco memorável - sua própria auto-análise. Esta começou no verão de 1897 e, já pelo outono, conduziu a algumas descobertas fundamentais: o abandono da teoria traumática da etiologia das neuroses (21 de setembro, Carta 69), a descoberta do complexo de Édipo (15 de outubro, Carta

71) e o reconhecimento gradual da sexualidade infantil como um fato normal e universal (p.ex. 14 de novembro, Carta 75.)

De todos esses desenvolvimentos (e dos avanços paralelos na compreensão de Freud da psicologia do sonho) não há praticamente nenhum vestígio no presente artigo, o que sem dúvida explica o desdém de seu autor por ele. Quanto aos aspectos fundamentais, ele não vai além do ponto atingido dois anos antes: Freud se reservava para seu grande esforço subsequente, que ocorreria dali a mais dois anos, em *A Interpretação dos Sonhos* (1900a).

Mas, se a primeira parte do trabalho contém pouco mais que uma reafirmação das concepções anteriores de Freud sobre a etiologia das neuroses, a argumentação também nos apresenta algo de novo - uma abordagem de problemas sociológicos. A crítica sem rodeios aqui feita à atitude da profissão médica em relação aos assuntos sexuais, particularmente à masturbação, ao uso de anticoncepcionais e às dificuldades da vida conjugal, prenuncia toda uma série de restrições posteriores de Freud às convenções sociais da civilização - começando com o artigo sobre “Moral Sexual ‘Civilizada’” (1908d) e findando com *O Mal-Estar na Cultura* (1930a).

A SEXUALIDADE NA ETIOLOGIA DAS NEUROSES

Pesquisas exaustivas durante os últimos anos levaram-me a reconhecer que as causas mais imediatas e, para fins práticos, mais importantes de todos os casos de doença neurótica são encontradas em fatores emergentes da vida sexual. Essa teoria não é inteiramente nova. Uma certa dose de importância tem sido concedida aos fatores sexuais na etiologia das neuroses desde tempos imemoriais e por todos os autores que trataram do assunto. Em certas áreas marginais da medicina sempre se prometeu, simultaneamente, a cura das “queixas sexuais” e da “fraqueza nervosa”. Uma vez que a validade da teoria deixe de ser negada, portanto, não será difícil contestar sua originalidade.

Em alguns artigos sucintos que apareceram nos últimos anos no *Neurologisches Zentralblatt* [1894a, 1895b e 1896b), na *Revue Neurologique* [1895c e 1896a] e na *Wiener Klinische Rundschau* [1895f e 1896c] tentei dar uma indicação do material e dos pontos de vista que oferecem apoio científico à teoria da “etiologia sexual das neuroses”. Falta ainda, entretanto, uma apresentação completa, principalmente porque, no esforço de lançar luz sobre o que se reconhece como a situação atual, deparamos sempre com novos problemas para cuja solução ainda não se realizou o trabalho preliminar necessário. Não me parece nada prematuro, porém, tentar dirigir a atenção dos profissionais da medicina para o que acredito serem os fatos, de modo que eles possam convencer-se da verdade de minhas asserções e, ao mesmo tempo, dos benefícios que podem extrair, na prática, do conhecimento delas.

Bem sei que se farão esforços, pelo uso de argumentos com um colorido ético, para impedir o médico de levar o assunto adiante. Quem quer que pretenda certificar-se de que as neuroses de seus pacientes estão ou não realmente ligadas à vida sexual deles não pode evitar

interrogá-los sobre sua vida sexual e insistir em receber um depoimento verdadeiro sobre ela. Mas nisso, afirma-se, está o perigo para o indivíduo e para a sociedade. O médico, segundo ouço dizer, não tem o direito de se intrometer nos segredos sexuais de seus pacientes, nem de ferir grosseiramente seu recato (especialmente tratando-se de pacientes do sexo feminino) com interrogatórios desse tipo. Sua mão inábil só conseguirá arruinar a felicidade da família, ofender a inocência dos jovens e usurpar a autoridade dos pais; e no que concerne aos adultos, ele passará a partilhar de conhecimentos incômodos e destruirá suas próprias relações com os pacientes. A conclusão, portanto, é que é seu dever ético manter-se afastado de toda a questão sexual.

A isso se pode muito bem replicar que não passa da expressão de um puritanismo indigno de um médico e que esconde insuficientemente sua fraqueza por trás de argumentos precários. Se os fatores procedentes da vida sexual precisam realmente ser reconhecidos como causas de doença, então, por essa mesma razão, a investigação e a discussão deles incluem-se automaticamente na esfera do dever do médico. A ofensa ao pudor de que ele é culpado nesse caso não é diferente nem pior, como se pode supor, do que sua insistência em examinar os órgãos genitais de uma mulher a fim de curar uma afecção local - pedido em que ele tem o compromisso de insistir por sua própria formação médica. Até hoje se ouve com freqüência mulheres mais velhas que passaram sua juventude nas províncias, contarem como, em curta época, ficaram reduzidas a um estado de esgotamento por hemorragias genitais excessivas porque não conseguiam decidir-se a permitir que um médico contemplasse sua nudez. A influência educativa exercida no público pelo mundo da medicina, no decorrer de uma geração, alterou de tal modo as coisas que uma objeção desse tipo é uma ocorrência extremamente rara entre as jovens de hoje. Se viesse a ocorrer, seria condenada como puritanismo absurdo, como recato fora de lugar. Será que estamos vivendo na Turquia, perguntaria um marido, onde tudo o que uma mulher doente pode mostrar ao médico é seu braços através de um buraco na parede?

Não é verdade que o interrogatório dos pacientes e o conhecimento de suas preocupações sexuais forneçam ao médico um grau perigoso de poder sobre eles. Em épocas anteriores, a mesma objeção pôde ser feita ao uso de anestésicos, que privam o paciente de sua consciência e do exercício de sua vontade, deixando a critério do médico determinar se e quando ele os recuperará. No entanto, hoje em dia, os anestésicos tornaram-se indispensáveis para nós, porque podem, melhor do que qualquer outra coisa auxiliar o médico em seu trabalho; e entre suas várias outras obrigações sérias, ele assume a responsabilidade por seu uso.

Um médico sempre pode causar danos, quando é inábil ou inescrupuloso, e isso não se aplica mais nem menos à investigação da vida sexual dos pacientes do que a outras áreas. Naturalmente, se alguém, após um auto-exame honesto, sentir que não possui o tato, a seriedade e a discrição necessários para interrogar pacientes neuróticos, e se estiver ciente de que as revelações de caráter sexual lhe provocariam arrepios lascivos, em vez de interesse científico, ele estará certo em evitar o tópico da etiologia das neuroses. Tudo o que pedimos, além disso, é que se abstenha também de tratar pacientes nervosos.

Tampouco é verdade que os pacientes levantam obstáculos insuperáveis à investigação de sua vida sexual. Após uma ligeira hesitação, os adultos costumam adaptar-se à situação, dizendo: "Afinal, estou diante do médico; posso dizer-lhe qualquer coisa". Inúmeras mulheres, que acham bastante difícil passar a vida escondendo seus sentimentos sexuais, ficam aliviadas ao descobrir que, com o médico, nenhuma consideração sobrepuja a de sua recuperação, e lhe são gratas por permitir, ao menos uma vez na vida, que se comportem humanamente em relação às coisas sexuais. O vago conhecimento da esmagadora importância dos fatores sexuais na produção das neuroses (um conhecimento que estou tentando resgatar para a ciência) parece nunca ter passado despercebido à consciência dos leigos. Quantas vezes testemunhamos cenas como essa: um casal em que um dos membros sofre de uma neurose procura-nos para uma consulta. Depois de tecermos inúmeros comentários introdutórios e justificativos, no sentido de que não deve existir nenhuma barreira entre eles e o médico, que quer ser útil em tais casos etc., falamos-lhes de nossa suspeita de que a causa da doença resida na forma antinatural e prejudicial de relações sexuais que eles devem ter escolhido desde o último parto da mulher. Dizemos que os médicos em geral não se interessam por esses assuntos, mas que isso é repreensível neles, mesmo que os pacientes não gostem que lhes falemos sobre essas coisas etc. Nisso, um dos cônjuges cutuca o outro e diz: "Está vendo? Eu sempre lhe disse que isso ia me deixar doente". Ao que o outro responde: "É, eu sei, eu também achava, mas que se há de fazer?"

Em algumas outras circunstâncias, quando se está lidando com mocinhas que, afinal, são sistematicamente educadas para esconderem sua vida sexual, é preciso contentar-se com uma dose muito pequena de sinceridade nas respostas da paciente. Mas aqui entra uma consideração importante - a saber, que o médico experiente nessas coisas não está despreparado ao se defrontar com seus pacientes e, em geral, não precisa pedir-lhes informações, mas apenas uma confirmação de suas suspeitas. Quem seguir minhas indicações de como elucidar a morfologia das neuroses e traduzi-la em termos etiológicos necessitará, além disso, de muito poucas revelações adicionais de seus pacientes; na própria descrição de seus sintomas, que todos estão prontos a fornecer, eles costumam apresentar ao médico, ao mesmo tempo, os fatores sexuais que estão ocultos.

Seria muito vantajoso que as pessoas doentes tivessem maior conhecimento da segurança com que o médico está agora em condições de interpretar suas queixas neuróticas e de inferir delas a etiologia sexual atuante. Sem dúvida, isso estimularia tais pessoas a abandonarem seu sigilo a partir do momento em que se decidissem a buscar ajuda para seus sofrimentos. Além disso, é do interesse geral que se torne um dever, entre homens e mulheres, um grau mais alto de franqueza sobre as coisas sexuais do que se tem esperado deles até agora. Isso só pode constituir-se em benefício para a moral sexual. Em matéria de sexualidade, somos todos, no momento, doentes ou sãos, não mais do que hipócritas. Será muito bom se obtivermos, em consequência dessa franqueza geral, uma certa dose de tolerância quanto às questões sexuais.

Os médicos costumam interessar-se muito pouco pelas questões discutidas entre os

neuropatologistas com relação às neuroses: se é justificável, por exemplo, estabelecer uma diferenciação estrita entre histeria e neurastenia, se é possível distinguir ao lado delas a histeroneurastenia, se as obsessões devem ser classificadas juntamente com a neurastenia ou reconhecidas como uma neurose distinta, e assim por diante. E a rigor, é bem possível que essas distinções sejam irrelevantes para o profissional, desde que não haja outras consequências das decisões a que se tenha chegado - nenhum aprofundamento maior da compreensão e nenhuma indicação para um tratamento terapêutico - e desde que o paciente seja sempre enviado a um estabelecimento hidropático e informado de que não há nenhum problema com ele. A situação será diferente, entretanto, se for adotado nosso ponto de vista sobre as relações causais entre a sexualidade e as neuroses. Nesse caso, um novo interesse será despertado pela sintomatologia dos diferentes casos neuróticos, e passará a ter importância prática que se possa decompor corretamente o complicado quadro em seus componentes, assim como nomeá-los com acerto. E isso porque a morfologia das neuroses pode ser traduzida, com pouca dificuldade, em sua etiologia, e o conhecimento desta última leva, naturalmente, a novas indicações quanto aos métodos de cura.

Assim, a importante decisão que precisamos tomar - e pode-se tomá-la com segurança em todos os casos, se os sintomas forem cuidadosamente avaliados - é se o caso tem as características da neurastenia ou de uma psiconeurose (histeria, obsessões). (Os casos mistos, em que os sinais da neurastenia se combinam com os de uma psiconeurose, são de ocorrência muito freqüente, mas deixaremos sua consideração para mais tarde.) É apenas nas neurastenias que a inquirição do paciente consegue desvendar os fatores etiológicos em sua vida sexual. Esses fatores, é claro, são conhecidos dele e pertencem ao momento atual, ou, mais exatamente, ao período de sua vida que se estende desde a maturidade sexual (embora essa delimitação não cubra todos os casos). Nas psiconeuroses, esse tipo de inquirição traz pouco resultado. Talvez nos forneça um conhecimento dos fatores que devem ser reconhecidos como precipitantes, e que podem estar ou não ligados à vida sexual. Quando essa ligação existe, eles mostram não diferir, quanto a sua natureza, dos fatores etiológicos da neurastenia, isto é, falta-lhes inteiramente qualquer relação específica com a causação da psiconeurose. Não obstante, em todos os casos, a etiologia das psiconeuroses reside também no campo da sexualidade. Por um singular percurso tortuoso de que falarei mais adiante, é possível chegar a um conhecimento dessa etiologia e compreender por que o paciente era incapaz de nos dizer qualquer coisa a esse respeito. Pois os acontecimentos e influências que estão na raiz de toda psiconeurose pertencem, não ao momento atual, mas a uma época da vida há muito passada, que é, por assim dizer, pré-histórica - à época da primeira infância; e eis por que o paciente também nada sabe deles. Ele os esqueceu - embora apenas em determinado sentido.

Assim, em todo caso de neurose há uma etiologia sexual; mas nas neurastenias é uma etiologia de tipo contemporâneo, enquanto nas psiconeuroses os fatores são de natureza infantil. Esse é o primeiro grande contraste na etiologia das neuroses. Um segundo emerge ao

considerarmos uma diferença na sintomatologia da própria neurastenia. Aqui, por um lado, encontramos casos em que se destacam certas queixas que são características da neurastenia (pressão intracraniana, propensão à fadiga, dispesia, constipação, irritação espinhal etc.); em outros casos, esses sinais desempenham um papel menor e o quadro clínico se compõe de outros sintomas, apresentando todos uma relação com o sintoma nuclear, o de angústia (ansiedade, inquietação, expectativa angustiada, ataques de angústia completos, rudimentares ou complementares, vertigem locomotora, agorafobia, insônia, maior sensibilidade à dor, e assim por diante). Reservei para o primeiro tipo o nome de neurastenia, mas distingi o segundo como “neurose de angústia”, e forneci as razões para essa separação em outro texto, onde também levei em conta o fato de que, em geral, as duas neuroses aparecem juntas. Para o presente propósito, basta enfatizar que, paralelamente à diferença nos sintomas dessas duas formas de doença, há uma diferença em sua etiologia. A neurastenia sempre pode ser reportada a um estado do sistema nervoso como o que é adquirido pela masturbação excessiva ou decorre espontaneamente de emissões freqüentes; a neurose de angústia revela sistematicamente influências sexuais que têm em comum o fator da continência ou da satisfação incompleta - como o coito interrompido, a abstinência ao lado de uma libido viva, a chamada excitação não consumada, e outros. Em meu breve artigo que tencionou apresentar a neurose de angústia, propus a fórmula de que a angústia é sempre a libido que foi desviada de seu emprego [normal].

Quando surge um caso em que os sintomas da neurastenia e da neurose de angústia se combinam - ou seja, quando temos um caso misto -, basta nos atermos a nossa proposição empiricamente obtida de que a mistura de neuroses implica a colaboração de vários fatores etiológicos para constataremos, em todas as situações, a confirmação de nossa expectativa. A freqüência com que esses fatores etiológicos se ligam entre si organicamente, por meio da interação de processos sexuais - por exemplo, coito interrompido ou potência insuficiente no homem, paralelamente à masturbação -, bem merece uma discussão separada.

Depois de diagnosticar com segurança um caso de neurose neurastênica e classificar seus sintomas corretamente, estamos em condições de traduzir a sintomatologia em etiologia; e podemos então, confiantemente, solicitar do paciente a confirmação de nossas suspeitas. Não nos devemos deixar enganar pelas negativas iniciais. Se sustentarmos firmemente aquilo que inferimos, acabaremos por quebrar qualquer resistência, enfatizando a natureza inabalável de nossas convicções. Desse modo, aprendemos sobre a vida sexual de homens e mulheres toda sorte de coisas, que preencheriam um volume útil e instrutivo; e aprendemos também a lamentar, por todos os pontos de vista, que a ciência sexual hoje em dia ainda seja desacreditada. Já que os pequenos desvios de uma *vita sexualis* normal são por demais comuns para que possamos atribuir qualquer valor a sua descoberta, concederemos peso explicativo apenas às anormalidades sérias e prolongadas na vida sexual de um paciente neurótico. Ademais, a idéia de que se poderia, pela insistência, fazer um paciente psiquicamente normal acusar-se falsamente de delitos sexuais - tal idéia pode seguramente ser descartada como um perigo imaginário.

Ao se proceder dessa maneira com os pacientes, adquire-se também a convicção de que, no que se refere à teoria da etiologia sexual da neurastenia, não há casos negativos. Quando a mim, pelo menos, essa convicção tornou-se tão firme que, nos casos em que a inquirição mostra um resultado negativo, também tiro proveito disso para fins de diagnóstico. Em outras palavras, digo a mim mesmo que tal caso não pode ser de neurastenia. Desse modo, fui levado, em várias oportunidades, a presumir a presença de uma paralisia progressiva em vez de neurastenia, por não ter conseguido comprovar o fato - necessário para minha teoria - de que o paciente se entregava livremente à masturbação; e o curso posterior desses casos confirmou minha posição. Em outro caso, o paciente, que não apresentava nenhuma alteração orgânica evidente, queixava-se de pressão intracraniana, dores de cabeça e dispepsia, mas refutava minhas suspeitas sobre sua vida sexual de maneira franca e com uma certeza inabalável; ocorreu-me então a possibilidade de que ele tivesse uma supuração latente numa de suas cavidades nasais. Um colega meu, especialista nessa área, confirmou a inferência que eu fizera a partir dos resultados sexuais negativos de minha inquirição, retirando o pus da cavidade do paciente e aliviando-o de suas queixas.

Entretanto, a existência aparente de “casos negativos” também pode surgir de outra maneira. Algumas vezes, a interrogação revela a presença de uma vida sexual normal num paciente cuja neurose, num exame superficial, de fato se assemelha estreitamente a uma neurastenia ou uma neurose de angústia. Mas uma investigação mais aprofundada revela, sistematicamente, o verdadeiro estado de coisas. Por trás desses casos, tomados como neurastenia, há uma psiconeurose - histeria ou neurose obsessiva. A histeria, em especial, que imita tantas afecções orgânicas, pode facilmente assumir a aparência de uma das “neuroses atuais”, elevando os sintomas destas à categoria de sintomas histéricos. Tais histerias, sob a forma de neurastenia, não são sequer muito raras. Todavia, recorrer à psiconeurose, quando um caso de neurastenia apresenta um resultado sexual negativo, não é uma saída fácil para o problema: a prova de que estamos certos deve ser obtida pelo único método capaz de desmascarar a histeria com certeza - o método da psicanálise, a que logo nos referiremos.

Entretanto, talvez haja algumas pessoas dispostas a reconhecer a etiologia sexual de seus pacientes neurastênicos, mas que, apesar disso, encaram como parcialidade o fato de não serem solicitadas a prestar atenção também a outros fatores sempre mencionados pelas autoridades como causas da neurastenia. Ora, nunca me ocorreria substituir pela etiologia sexual das neuroses toda e qualquer outra etiologia, e assim afirmar que estas não têm nenhuma força atuante. Isso seria um equívoco. O que penso, antes, é que, além de todos os conhecidos fatores etiológicos já reconhecidos por essas autoridades - provavelmente de forma acertada - como conducentes à neurastenia, os fatores sexuais, que até hoje não foram suficientemente apreciados, também devem ser levados em conta. Em minha opinião, porém, esses fatores sexuais merecem que se lhes conceda um lugar especial na série etiológica. Porque só eles nunca estão ausentes de todos os casos de neurastenia, só eles são capazes de produzir a neurose sem nenhuma ajuda

adicional, de modo que os outros fatores parecem reduzir-se ao papel de etiologia auxiliar e complementar, e só eles permitem ao médico reconhecer relações sólidas entre sua natureza diversificada e a multiplicidade dos quadros clínicos. Quando, por outro lado, agrupo todos os pacientes que aparentemente se tornaram neurastênicos por excesso de trabalho, agitação emocional, ou por um efeito posterior da febre tifóide, e assim por diante, eles não me apresentam nada em comum nos seus sintomas. A natureza de sua etiologia não me dá nenhuma idéia de que tipo de sintomas esperar, assim como, inversamente, o quadro clínico por eles apresentado não me faculta inferir a etiologia neles atuante.

As causas sexuais são também as que mais profundamente oferecem ao médico um pouco de apoio para sua influência terapêutica. A hereditariedade é sem dúvida um fator importante, quando está presente; possibilita a manifestação de um forte efeito patológico onde, de outra maneira, o resultado seria apenas um efeito muito fraco. Mas a hereditariedade é inacessível à influência do médico; todos nascem com suas próprias tendências hereditárias à doença e nada podemos fazer para alterá-las. Tampouco devemos esquecer que é precisamente na etiologia das neurastenias que devemos, necessariamente, negar o primeiro lugar à hereditariedade. A neurastenia (em ambas as suas formas) é uma dessas afecções que qualquer um pode facilmente adquirir sem ter nenhuma tara hereditária. Se assim não fosse, o enorme crescimento da neurastenia de que se queixam todas as autoridades, seria impensável. No que se refere à civilização, entre cujos pecados as pessoas tão freqüentemente incluem a responsabilidade pela neurastenia, é bem possível que essas autoridades estejam certas (embora o modo como isso se dá difira bastante, provavelmente, do que elas imaginam). Mas o estado de nossa civilização, mais uma vez, é algo inalterável pelo indivíduo. Além disso, sendo esse um fator comum a todos os membros da mesma sociedade, ele nunca poderá explicar a seletividade da incidência da doença. O médico que não é neurastênico está tão exposto a essa mesma influência de uma civilização supostamente prejudicial quanto o paciente neurastênico de que tem que tratar. Sujeitos a essas limitações, os fatores de estafa retêm sua importância. Mas o elemento do “excesso de trabalho”, que os médicos tanto gostam de apontar a seus pacientes como causa de suas neuroses, é com demasiada freqüência indevidamente usado. É bem verdade que qualquer pessoa que, devido a perturbações sexuais, tenha-se predisposto à neurastenia, tolera mal o trabalho intelectual e as exigências psíquicas da vida; mas ninguém se torna neurótico apenas por efeito do trabalho ou da agitação. O trabalho intelectual é, antes, uma proteção contra a neurastenia; são precisamente os mais incansáveis trabalhadores intelectuais que escapam da neurastenia, e aquilo de que os neurastênicos se queixam como “excesso de trabalho que os faz adoecerem” não merece, em geral, ser chamado de “trabalho intelectual”, seja por sua qualidade, seja por sua quantidade. Os médicos terão que se acostumar a explicar aos empregados de escritório que se “esgotaram” em suas escrivaninhas, ou às donas-de-casa para quem se tornaram pesadas demais as tarefas domésticas, que eles adoeceram, não por terem tentado executar tarefas facilmente realizáveis por um cérebro civilizado, mas porque, durante todo o tempo, negligenciaram e prejudicaram

flagrantemente sua vida sexual.

Além disso, somente a etiologia sexual nos possibilita compreender todos os detalhes da história clínica dos neurastênicos, as misteriosas melhoras em meio ao decurso da doença e as deteriorações igualmente incompreensíveis, ambas usualmente relacionadas por médicos e pacientes a qualquer tratamento que tenha sido adotado. Em meus registros, que incluem mais de duzentos casos, há, por exemplo, a história de um homem que, uma vez fracassado o tratamento prescrito pelo médico da família, procurou o pastor Kneipp e, durante um ano após ter sido tratado por ele, apresentou uma extraordinária melhora no meio de sua doença. Mas quando, um ano depois, seus sintomas tornaram a piorar e ele voltou a Woerishofen em busca de ajuda, o segundo tratamento fracassou. Uma olhadela na crônica familiar do paciente resolveu o duplo enigma. Seis meses e meio após seu primeiro retorno de Woerishofen, sua mulher lhe deu um filho. Isso significa que ele a deixara no começo de uma gravidez da qual ainda não estava informado; após seu retorno, pôde praticar o coito *natural* com ela. Ao fim desse período, que teve nele um efeito curativo, sua neurose ressurgiu por ele ter voltado a recorrer ao coito interrompido; o segundo tratamento estava destinado ao fracasso, já que essa foi a última gravidez de sua esposa.

Houve um caso semelhante em que, mais uma vez, o tratamento teve um efeito inesperado que requeria uma explicação. Esse caso revelou-se ainda mais instrutivo, pois exibia uma enigmática alternância nos sintomas da neurose. Um jovem paciente neurótico fora enviado por seu médico a um conceituado estabelecimento hidropático devido a uma neurastenia típica. Lá, seu estado teve, a princípio, uma melhora constante, de modo que tudo indicava que ele receberia alta como um grato discípulo da hidroterapia. Mas na sexta semana ocorreu uma mudança completa: o paciente “não podia mais tolerar a água”, tornou-se cada vez mais nervoso e, por fim, deixou o estabelecimento após mais duas semanas, não curado e insatisfeito. Quando se queixou a mim dessa fraude terapêutica, fiz-lhe algumas perguntas sobre os sintomas que o tinham acometido em meio ao tratamento. Muito curiosamente, eles haviam sofrido uma mudança completa. O paciente *entrara* no sanatório com pressão intracraniana, fadiga e dispepsia; os sintomas que o perturbaram *durante* o tratamento tinham sido agitação, ataques de dispnéia, vertigem ao caminhar e distúrbios do sono. Pude então dizer-lhe “Você está cometendo uma injustiça contra a hidroterapia. Você mesmo sabia muito bem que tinha adoecido em consequência da masturbação prolongada. No sanatório, abandonou essa forma de satisfação e, por isso, recuperou-se depressa. Ao sentir-se bem, entretanto, você procurou imprudentemente manter relações com uma dama - uma paciente do mesmo estabelecimento, suponhamos -, o que só podia levar à excitação sem satisfação normal. As belas caminhadas pelas imediações do estabelecimento lhe deram ampla oportunidade para isso. Foi esse relacionamento, e não uma repentina impossibilidade de tolerar a hidroterapia, que o fez adoecer de novo. Além disso, seu atual estado de saúde me leva a concluir que você está continuando a manter esse relacionamento também aqui na cidade.” Posso garantir a meus leitores que o paciente confirmou o que eu dissera, ponto por ponto.

O atual tratamento da neurastenia - que talvez seja executado com mais êxito nos estabelecimentos hidropáticos - tem como objetivo a melhora do estado nervoso através de dois fatores: proteção e fortalecimento do paciente. Nada tenho a dizer contra esse método de tratamento, exceto que ele não leva em conta as circunstâncias da vida sexual do paciente. Segundo minha experiência, é altamente desejável que os diretores médicos de tais estabelecimentos se conscientizem adequadamente de que estão lidando, não com vítimas da civilização ou da hereditariedade, mas - *sit venia verbo* - com pessoas sexualmente aleijadas. Eles seriam então, por um lado, mais facilmente capazes de explicar seus sucessos e seus fracassos, e, por outro, obteriam novos sucessos, que estiveram até agora à mercê do acaso ou do comportamento espontâneo do paciente. Se afastarmos de casa uma neurastênica que sofra de angústia e a enviarmos a um estabelecimento hidropático, e se lá, liberada de todas as suas obrigações, ela for levada a tomar banhos, fazer exercícios e comer muito bem, certamente nos inclinaremos a pensar que a melhora - freqüentemente brilhante - obtida em algumas semanas ou meses se deve ao repouso de que ela desfrutou e aos efeitos revigorantes da hidroterapia. É possível que seja assim, mas estamos desconsiderando o fato de que seu afastamento de casa implica também uma interrupção das relações conjugais, e que é apenas a eliminação temporária dessa causa patogênica que possibilita a recuperação da paciente com o auxílio do tratamento favorável. O desprezo por esse ponto de vista etiológico é posteriormente vingado, quando o que se afigurava uma cura tão gratificante revela-se uma recuperação muito transitória. Logo depois de o paciente retornar à vida do dia-a-dia, os sintomas da enfermidade reaparecem e o obrigam a passar parte de sua existência improdutivamente, de tempos em tempos, em estabelecimentos desse tipo, ou a dirigir suas esperanças de recuperação para outro lugar. Portanto, está claro que, na neurastenia, os problemas terapêuticos devem ser atacados, não em instituições hidropáticas, mas dentro do contexto da vida do paciente.

Em outros casos, nossa teoria etiológica pode ajudar o médico encarregado da instituição, lançando luz sobre a fonte dos fracassos que ocorrem na própria instituição, e pode sugerir-lhe meios de evitá-los. A masturbação é muito mais comum entre as meninas crescidas e os homens maduros do que se costuma supor, e tem efeito nocivo não só por produzir sintomas neurastênicos, mas também por manter os pacientes vergados sob o peso do que eles consideram ser um segredo vergonhoso. Os médicos não acostumados a traduzir a neurastenia em masturbação explicam o estado patológico do paciente reportando-o a algum rótulo como anemia, subnutrição, excesso de trabalho etc., e esperam então curá-lo aplicando uma terapia projetada para se opor a esses estados. Para seu espanto, contudo, os períodos de melhora se alternam no paciente com períodos em que todos os seus sintomas pioram e são acompanhados de grave depressão. O resultado de tal tratamento é, em geral, duvidoso. Se os médicos soubessem que o paciente estava lutando contra seu hábito sexual, e que estava em desespero por ter sido mais uma vez obrigado a ceder a ele, se compreendessem como extrair dele esse segredo, torná-lo menos grave a seus olhos e apoiá-lo em sua luta contra o hábito, o êxito de seus esforços

terapêuticos bem poderia ser assim assegurado.

Arrancar o paciente do hábito da masturbação é apenas uma das novas tarefas terapêuticas impostas ao médico que leva em conta a etiologia sexual dessa neurose; e parece que precisamente essa tarefa, tal como a cura de qualquer outro vício, só pode ser efetuada numa instituição e sob supervisão médica. Entregue a si mesmo, o masturbador está acostumado, sempre que acontece alguma coisa que o deprime, a retornar a sua cômoda forma de satisfação. O tratamento médico, nesse caso, não pode ter nenhum outro objetivo senão o de reconduzir o neurastênico, que agora recobrou suas forças, ao contato sexual normal. Pois a necessidade sexual, uma vez despertada e satisfeita por algum tempo, não pode mais ser silenciada; só pode ser deslocada por outro caminho. Aliás, o mesmo se aplica a todos os tratamentos para romper com um vício. Seu sucesso será apenas aparente enquanto o médico se contentar em privar seus pacientes da substância narcótica, sem se importar com a fonte de que brota sua necessidade imperativa. O “hábito” é uma simples palavra, sem nenhum valor explicativo. Nem todos os que têm oportunidade de tomar morfina, cocaína, hidrato de cloral etc. por algum tempo adquirem dessa forma “um vício”. A pesquisa mais minuciosa geralmente mostra que esses narcóticos visam a servir - direta ou indiretamente - de substitutos da falta de satisfação sexual; e sempre que a vida sexual normal não pode mais ser restabelecida, podemos contar, com certeza, com uma recaída do paciente.

Outra tarefa é colocada para os médicos pela etiologia da neurose de angústia. Consiste em induzir o paciente a desistir de todas as formas prejudiciais de prática sexual e adotar relações sexuais normais. Esse dever, como é compreensível, recai primordialmente sobre o médico de confiança do paciente - seu médico de família; e este infligirá ao paciente um grave dano se se considerar respeitoso demais para interferir nesse campo.

Uma vez que nesses casos trata-se quase sempre de questões conjugais, os esforços do médico logo tropeçam em planos malthusianos para limitar o número de concepções no casamento. Parece-me não haver dúvida de que essas propostas vêm ganhando cada vez mais terreno entre a classe média. Tenho encontrado alguns casais que já começaram a praticar métodos para impedir a concepção tão logo tiveram seu primeiro filho, e outros cujas relações sexuais, desde a noite de núpcias, foram praticadas de modo a atender a esse objetivo. O problema do malthusianismo é extenso e complexo, e não tenho intenção de abordá-lo aqui da maneira exaustiva que seria realmente necessária para o tratamento das neuroses. Examinarei apenas qual a melhor atitude a ser tomada por um médico que reconheça a etiologia sexual das neuroses em face desse problema.

A pior coisa que ele pode fazer, obviamente - sob qualquer pretexto -, é tentar ignorá-lo. Nada que seja necessário pode estar abaixo de minha dignidade como médico; e é necessário fornecer a um casal que tencione limitar o número de seus filhos a assistência da orientação médica, se não se quiser expor um ou ambos os seus membros a uma neurose. Não se pode negar que, em qualquer casamento, as medidas preventivas malthusianas se tornarão necessárias

num ou noutro momento; e, do ponto de vista teórico, seria um dos maiores triunfos da humanidade, uma das mais tangíveis liberações das restrições da natureza a que está sujeita a espécie humana, se pudéssemos elevar o ato responsável de procriar filhos ao nível de uma atividade deliberada e intencional, libertando-o de seu embaraçoso envolvimento com a satisfação necessária de uma necessidade natural.

O médico perspicaz tomará a si, portanto, decidir em que condições se justifica o uso de medidas preventivas da concepção e, entre essas medidas, terá que separar as nocivas das inofensivas. Tudo o que impede a ocorrência de satisfação é nocivo. Mas, como se sabe, não possuímos no momento nenhum método de impedir a concepção que preencha todos os requisitos legítimos - isto é, que seja seguro e cômodo, que não diminua a sensação de prazer durante o coito e que não fira a sensibilidade da mulher. Isso impõe aos médicos uma tarefa prática para cuja solução eles poderiam concentrar suas energias com resultados compensadores. Quem preencher essa lacuna em nossa técnica médica terá preservado o prazer da vida e mantido a saúde de inúmeras pessoas, muito embora, é verdade, tenha também preparado o terreno para uma drástica mudança em nossas condições sociais.

Isso não esgota as possibilidades decorrentes do reconhecimento da etiologia sexual das neuroses. O principal benefício que dele extraímos para os neurastênicos reside na esfera da profilaxia. Se a masturbação é a causa da neurastenia na juventude e se, mais tarde, ela adquire importância etiológica também para a neurose de angústia, devido à redução de potência que acarreta, então a prevenção da masturbação em ambos os sexos é uma tarefa que merece mais atenção do que tem recebido até agora. Quando refletimos sobre todos os danos, dos mais graves aos mais insignificantes, que provêm da neurastenia - distúrbio que, segundo dizem, está se tornando cada vez mais freqüente -, verificamos que, positivamente, é de interesse público que os *homens ingressem nas relações sexuais com toda a sua potência*. Em matéria de profilaxia, entretanto, o indivíduo está relativamente desamparado. Toda a comunidade precisa interessar-se pelo assunto e dar seu apoio à criação de regulamentos genericamente aceitáveis. No momento, estamos ainda muito longe dessa situação que prometeria alívio, e é por esse motivo que podemos justificadamente considerar a civilização como também responsável pela difusão da neurastenia. Muitas coisas teriam que ser mudadas. É preciso romper a resistência de toda uma geração de médicos que já não conseguem lembrar-se de sua própria juventude; o orgulho dos pais, que não se dispõem a descer ao nível da humanidade ante os olhos de seus filhos, precisa ser superado; e o puritanismo insensato das mães deve ser combatido - das mães que consideram um golpe incompreensível e imerecido do destino que “justamente os filhos *delas* sejam os que se tornam neuróticos”. Mas, acima de tudo, é necessário criar um espaço na opinião pública para a discussão dos problemas da vida sexual. Tem que ser possível falar sobre essas coisas sem que se seja estigmatizado como um arruaceiro ou uma pessoa que tira proveito dos mais baixos instintos. E também aqui há trabalho suficiente para se fazer nos próximos cem anos - nos quais nossa civilização terá que aprender a conviver com as reivindicações de nossa sexualidade.

O valor da elaboração de um diagnóstico correto, separando as psiconeuroses da neurastenia, é também demonstrado pelo fato de que as psiconeuroses requerem uma avaliação prática diferente e medidas terapêuticas especiais. Elas aparecem em consequência de dois tipos de determinantes, seja independentemente, seja no rastro das “neuroses atuais” (neurastenia e neurose de angústia). Neste último caso, estamos tratando de um novo tipo de neurose - aliás, muito freqüente -, uma neurose mista. A etiologia das “neuroses atuais” tornou-se uma etiologia auxiliar das psiconeuroses. Surge um quadro clínico em que, digamos, a neurose de angústia predomina, mas que contém também traços de neurastenia pura, de histeria e de neurose obsessiva. Quando nos confrontamos com uma mistura desse tipo, no entanto, não nos será conveniente desistirmos de separar os quadros clínicos próprios de cada doença neurótica, pois, afinal, não é difícil explicar o caso da maneira que se segue. O lugar predominantemente ocupado pela neurose de angústia mostra que a doença surgiu sob a influência etiológica de uma perturbação sexual “atual” [i.e., do momento presente]. Mas a pessoa em questão estava, à parte isso, predisposta a uma ou mais psiconeuroses, devido a uma etiologia especial e seria em algum momento acometida de uma psiconeurose, espontaneamente ou pelo advento de algum outro fator enfraquecedor. Desse modo, a etiologia auxiliar da psiconeurose que ainda falta é suprida pela etiologia atual [corrente] da neurose de angústia.

Nesses casos, a prática terapêutica passou a ser, muito acertadamente, a desconsideração dos componentes psiconeuróticos do quadro clínico, tratando-se exclusivamente da “neurose atual”. Em inúmeros casos é possível superar também a [psico]neurose que aparece concomitantemente, desde que a neurastenia seja efetivamente tratada. Mas deve-se adotar uma visão diferente nos casos de psiconeuroses que aparecem espontaneamente ou que permanecem como uma entidade independente depois de a doença composta de neurastenia e psiconeurose ter percorrido seu curso. Quando falo no aparecimento “espontâneo” de uma psiconeurose, não quero dizer que a investigação anamnésica não nos mostre nenhum elemento etiológico. Sem dúvida, isso pode ocorrer; mas também é possível que nossa atenção seja dirigida para algum fator irrelevante - um estado emocional, uma debilitação devida a uma doença física, e assim por diante. Entretanto, deve-se ter em mente, em todos esses casos, que a verdadeira etiologia das psiconeuroses não se acha nessas causas precipitantes, mas permanece fora do alcance do exame anamnésico comum.

Como sabemos, foi numa tentativa de preencher essa lacuna que se pressupôs uma predisposição neuropática especial (que aliás, se existisse, não deixaria muita esperança de êxito ao tratamento de tais condições patológicas.) A própria predisposição neuropática é encarada como um sinal de degeneração geral, e assim, esse cômodo termo médico veio a ser copiosamente usado contra os pobres pacientes a quem os médicos são inteiramente incapazes de ajudar. Felizmente, a situação é outra. A predisposição neuropática sem dúvida existe, mas devo negar que seja suficiente para a criação de uma psiconeurose. Devo ainda negar que a conjunção de uma predisposição neuropática com as causas precipitantes que ocorrem em épocas

posteriores da vida constitua uma etiologia suficiente para as psiconeuroses. Ao reportarmos as vicissitudes da enfermidade de um indivíduo às experiências de seus ancestrais, fomos longe demais; esquecemos que, entre a concepção e a maturidade de um indivíduo, há um longo e importante período da vida - sua infância -, no qual se podem adquirir os germes da doença posterior. E isso é o que efetivamente ocorre com a psiconeurose. Sua verdadeira etiologia é encontrada nas experiências infantis, e mais uma vez - exclusivamente -, nas impressões referentes à vida sexual. Erramos ao ignorar inteiramente a vida sexual das crianças; segundo minha experiência, as crianças são capazes de todas as atividades sexuais psíquicas, e também de muitas atividades somáticas. Assim como a totalidade do aparelho sexual humano não está compreendida nos órgãos genitais externos e nas duas glândulas reprodutoras, também a vida sexual humana não começa apenas na puberdade, como poderia parecer a um exame superficial. Contudo, é verdade que a organização e a evolução da espécie humana se esforçam por evitar uma ampla atividade sexual durante a infância. Aparentemente, no homem, as forças pulsionais sexuais destinam-se a ser armazenadas, de modo que, com sua liberação na puberdade, possam servir a grandes fins culturais. (W. Fliess.) Uma consideração dessa espécie possibilita compreender por que as experiências sexuais na infância estão fadadas a ter um efeito patogênico. Mas, no momento em que ocorrem, elas só produzem efeito em grau muito reduzido; muito mais importante é seu efeito *retardado*, que só pode ocorrer em períodos posteriores do crescimento. Esse efeito retardado se origina - como não poderia deixar de ser - nos traços psíquicos deixados pelas experiências sexuais infantis. Durante o intervalo entre as experiências dessas impressões e sua reprodução (ou melhor, o reforço dos impulsos libidinais delas provenientes), tanto o aparelho sexual somático como o aparelho psíquico sofrem um importante desenvolvimento; e é assim que a influência dessas experiências sexuais primitivas leva então a uma reação psíquica anormal e à existência de estruturas psicopatológicas.

Nestas breves indicações, não posso fazer mais do que mencionar os principais fatores em que se baseia a teoria das psiconeuroses: a natureza adiada do efeito e o estado infantil do aparelho sexual e do instrumento mental. Para se chegar a uma verdadeira compreensão do mecanismo pelo qual se produzem as psiconeuroses, seria necessária uma exposição mais extensa. Acima de tudo, seria indispensável formular como dignas de crença certas hipóteses, que me parecem novas, sobre a composição e o funcionamento do aparelho psíquico. Num livro sobre a interpretação dos sonhos em que estou agora trabalhando, terei oportunidade de tocar nesses elementos fundamentais para uma psicologia das neuroses, pois os sonhos pertencem ao mesmo conjunto de estruturas psicopatológicas que as *idées fixes* histéricas, as obsessões e os delírios.

Já que as manifestações das psiconeuroses provêm da ação retardada de traços psíquicos inconscientes, elas são acessíveis à psicoterapia. Mas, nesse caso, a terapia deve seguir caminhos diferentes do único até hoje seguido: o da sugestão, com ou sem hipnose. Baseando-me no método "catártico" introduzido por Josef Breuer, elaborei quase completamente, nos últimos anos, um processo terapêutico que proponho descrever como "*psicanalítico*". Devo a ele grande

número de êxitos, e espero poder ainda aumentar-lhe consideravelmente a eficácia. As primeiras explicações sobre a técnica e o alcance desse método foram fornecidas nos *Estudos sobre a Histeria*, escritos conjuntamente com Breuer e publicados em 1895. Desde então, creio poder dizer que muita coisa foi alterada para melhor. Enquanto, naquela época, declaramos modestamente que só podíamos encarregar-nos de eliminar os sintomas da histeria, mas não de curar a histeria em si, essa distinção parece-me hoje sem substância, de modo que há uma perspectiva de cura genuína da histeria e das obsessões. Portanto, foi com o mais vívido interesse que li nas publicações de colegas que, “nesse caso, o engenhoso processo concebido por Breuer e Freud fracassou”, ou “o método não realizou o que parecia prometer”. Isso meu deu um pouco da sensação de um homem que lê no jornal seu próprio obituário, mas pode tranquilizar-se por seu melhor conhecimento dos fatos. Pois o método é tão difícil que, definitivamente, tem que ser aprendido; e não me lembro de um só de meus críticos que tenha expressado o desejo de aprendê-lo comigo. Nem acredito que, como eu, eles se tenham ocupado do método com intensidade suficiente para poderem descobri-lo sozinhos. As observações feitas nos *Estudos sobre a Histeria* são totalmente insuficientes para permitir ao leitor o domínio da técnica, nem pretendem de modo algum transmitir tal instrução completa.

A terapia psicanalítica não é, no momento, aplicável a todos os casos. Tem, a meu ver, as seguintes limitações. Requer um certo grau de maturidade e compreensão nos pacientes, e portanto não é adequada para os jovens ou os adultos com debilidade mental ou sem instrução. Fracassa também com as pessoas muito idosas porque, devido ao acúmulo de material nelas, o tratamento tomaria tanto tempo que, ao terminar, elas teriam chegado a um período da vida em que já não se dá valor à saúde nervosa. Finalmente, o tratamento só é possível quando o paciente tem um estado psíquico normal a partir do qual o material patológico pode ser controlado. Durante um estado de confusão histérica ou uma mania ou melancolia interpolada, nada se pode fazer por meios psicanalíticos. Tais casos, contudo, podem ser tratados pela análise depois de se acalmarem as manifestações violentas pelas medidas usuais. Na prática atual, os casos crônicos de psicose são muito mais acessíveis ao método do que os casos com crises agudas, nos quais a maior ênfase é posta, naturalmente, na rapidez com que as crises possam ser tratadas. Por essa razão, o campo de trabalho mais favorável a essa nova terapia é proporcionado pelas fobias histéricas e pelas várias formas de neurose obsessiva.

Que o método se restrinja a esses limites se explica, em grande parte, pelas circunstâncias em que tive que elaborá-lo. Meu material consiste, de fato, em casos nervosos crônicos derivados das classes mais cultas. Acho muito provável que seja possível conceber métodos complementares para o tratamento de crianças e das pessoas que recebem assistência médica nos hospitais. Devo também dizer que, até o momento, experimentei meu tratamento exclusivamente em casos *graves* de histeria e de neurose obsessiva; não sei dizer como ele se sairia nos casos brandos que, ao menos aparentemente, são curados ao cabo de alguns meses por algum tipo de tratamento inespecífico. É fácil compreender que uma nova terapia que exija

muitos sacrifícios só pode contar com a procura de pacientes que já tenham tentado sem sucesso os métodos geralmente aceitos, ou cujo estado justifique a inferência de que eles nada poderiam esperar desses procedimentos terapêuticos mais breves e supostamente mais convenientes. Assim, ocorre que fui obrigado a enfrentar de imediato as mais duras tarefas com um instrumento imperfeito. O teste se revelou extramamente convincente.

As principais dificuldades que ainda restam no caminho do método terapêutico psicanalítico não se devem a ele próprio, mas à falta de compreensão, entre médicos e leigos, da natureza das psiconeuroses. Não passa de um corolário necessário dessa completa ignorância que os médicos se sintam justificados para usar as mais infundadas certezas para consolar seus pacientes ou para induzi-los a adotarem medidas terapêuticas. “Venha para meu sanatório por seis semanas”, dizem eles, “e você ficará livre de seus sintomas” (angústia nas viagens, obsessões, e assim por diante). Os sanatórios são, na verdade, indispensáveis para acalmar os ataques agudos que podem surgir no curso da psiconeurose, distraindo a atenção do paciente, alimentando-o e cuidando dele. Mas, quanto à eliminação dos estados crônicos, não conseguem rigorosamente nada: e os melhores sanatórios, supostamente norteados por fundamentos científicos, não fazem mais do que os estabelecimentos hidropáticos comuns.

Seria mais digno, e também mais útil para o paciente - que, afinal, tem que conviver com suas aflições - que o médico dissesse a verdade, tal como a conhece por sua prática diária. As psiconeuroses, enquanto categoria, não são em absoluto doenças brandas. Quando a histeria se instala, ninguém pode prever quando terminará. A maioria de nós se consola com a vã profecia de que “um dia ela desaparecerá repentinamente”. A recuperação, muitas vezes, mostra ser simplesmente um acordo de tolerância mútua estabelecido entre a parte doente do paciente e sua parte sadia, ou então resulta da transformação de um sintoma numa fobia. A histeria de uma menina, dominada com dificuldade, revive nela quando se torna esposa, após o breve intervalo da primeira felicidade conjugal. A única diferença é que a outra pessoa, o marido, é agora movida por seus próprios interesses a guardar silêncio quanto a seu estado. Mesmo quando uma doença desse tipo não acarreta nenhuma incapacidade visível de os pacientes levarem sua vida, ela quase sempre impede o livre desdobramento de seus poderes mentais. As obsessões se repetem por toda a vida deles; e as fobias e outras restrições da vontade têm sido até aqui intratáveis por qualquer tipo de terapia. Tudo isso é ocultado do conhecimento do leigo. Por conseguinte, o pai de uma menina histérica fica horrorizado quando, por exemplo, é solicitado a concordar em que ela receba tratamento por um ano, quando talvez só tenha estado doente por alguns meses. O leigo está, por assim dizer, profundamente convencido de que todas essas psiconeuroses são desnecessárias; portanto, não tem paciência com os processos da doença, nem nenhuma disposição de fazer sacrifícios para seu tratamento. Se, em face de um tifo que dura três semanas, ou de uma perna quebrada que leva seis meses para se curar, ele adota uma atitude mais compreensiva, e se, tão logo seu filho mostra os primeiros sinais de uma curvatura na espinha, ele acha razoável que se deva proceder a um tratamento ortopédico por vários anos, essa diferença

de comportamento se deve aos melhores conhecimentos por parte do médico, que são por ele honestamente transmitidos ao leigo. A honestidade por parte do médico e a aquiescência voluntária por parte do leigo hão de ser estabelecidas também para as neuroses, tão logo a compreensão da natureza dessas afecções se transforme num patrimônio comum do mundo da medicina. O tratamento radical desses distúrbios requererá sempre, sem dúvida, uma formação especial, e será incompatível com outros tipos de atividade médica. Por outro lado, a essa classe de médicos, que acredito que se amplie no futuro, abre-se a perspectiva de obter resultados notáveis, assim como um discernimento satisfatório da vida mental da espécie humana.