

## INTRODUÇÃO

Para que a ciência seja de real utilidade pública, suas descobertas não devem ficar apenas ao alcance de profissionais. Devem ser repassadas ao público e manejadas por ele. Isso é particularmente verdadeiro no que diz respeito ao item “saúde”.

*"Hoje não duvidam mais os epidemiólogos: a incidência de doenças e a expectativa de vida são pouco influenciadas pelos hospitais, seus médicos e por tudo que se passa lá dentro. Historicamente, a mortalidade e a morbidade caíram quando melhoraram a qualidade da água, o tratamento dos esgotos, a disponibilidade permanente dos alimentos, o controle das endemias e a higiene em geral. ... Em outras palavras, os fatores que decidem entre a vida e a morte acontecem predominantemente fora de hospitais e clínicas. ... A saúde requer mudança de estilo de vida. ... Mas há muito comportamento nocivo à saúde devido à mera falta de informação." (grifos meus)<sup>1</sup>*

No que diz respeito à saúde física, a divulgação para o grande público das informações relevantes tem sido feita de maneira razoavelmente eficaz. Cerca de duzentos anos atrás, nem sequer os médicos tinham conhecimento da existência dos micróbios, a ponto de, desavisados da existência deles, fazerem a autópsia de um paciente e, logo em seguida, sem nem ao menos lavar as mãos, dedicarem-se a um parto. Em contraste, qualquer cidadão comum de nosso tempo pode aquilatar a nocividade de tal comportamento, pois a medicina física soube divulgar suas descobertas e hoje, não apenas os médicos, mas a maioria dos habitantes de nosso planeta sabe que há micróbios e que eles transmitem doenças, executando, portanto, operações de assepsia – lavar as mãos antes de comer, filtrar a água que bebe etc. – que desempenham papel seminal na prevenção de um sem-número de afecções.

Não sofremos, contudo, apenas de enfermidades de origem física. Na verdade, começamos, cada vez mais, a nos dar conta da enorme quantidade de sofrimento produzido por doenças de origem psicológica. Malgrado isso, em contraste ao que ocorreu com a doença física, não houve satisfatório esclarecimento da população no que diz respeito à enfermidade mental. As mais importantes descobertas científicas relativas às causas, prevenção e tratamento dos distúrbios psicológicos continuam espantosamente à margem do conhecimento público. Desafortunadamente, no que diz respeito a esses distúrbios, o grosso da população

---

<sup>1</sup> Castro, Cláudio de Moura. “Bisturi ou Microfone”, in: Veja, 10/01/2001, ano 34, n. 1, p. 21.

vem sendo alimentado por uma literatura de auto-ajuda em que impera a chamada *Psicologia do Pensamento Positivo*, que, do ponto de vista científico, é um verdadeiro dinossauro.

Há muitos tipos de doenças mentais – oligofrenias, demências, psicoses, psicopatias etc.. Entre esses distúrbios, a neurose é aquela para o combate da qual mais se faz necessária a colaboração de uma população adequadamente informada. O que há de mais avançado no estudo desse distúrbio demonstra que ela tem origem em maneiras inadequadas, correntes em nossa cultura, de falarmos uns com os outros. Exatamente isso. Para que se possa combater adequadamente a neurose, precisamos de uma Nova Conversa.

O objetivo deste livro é expor a natureza dessa Nova Conversa, esclarecendo por que ela é capaz de promover a saúde mental de todos os que dela participam.

# CAPÍTULO 1

## O CASO DE BERTHA PAPPENHEIM

Como todas as demais doenças psicológicas, a *psiconeurose*<sup>2</sup> – aqui chamada, simplificada, de *neurose*<sup>\*</sup> – perturba nossa capacidade de nos comportarmos de maneira útil e prazerosa. O fragmento de caso que transcrevo a seguir irá permitir-nos um primeiro contato com a causa e o modo peculiar de agir desse distúrbio, tão comum entre nós.

### O caso de Bertha Pappenheim

*Bertha Pappenheim, que entrou para a história da Psicologia sob o pseudônimo de Anna O., apresentava um impressionante leque de sintomas: alucinações, parestesias (distúrbios da sensibilidade), parafasias (distúrbios da fala – esquecia, por exemplo, determinadas palavras de sua língua materna, o alemão, tendo que recorrer a palavras de outra língua, mormente o inglês, para preencher essas lacunas), estrabismo convergente, diplopia (visão dupla), macropsia (visão aumentada dos objetos), micropsia (visão diminuída dos objetos), paralisias etc.. Mas, dentre todos seus sintomas, um se presta particularmente a nossas atuais investigações: em suas crises, ao tentar sair de seu quarto, fazia-o sempre por um mesmo lugar, diferente daquele onde estava a porta. Seu médico, um clínico vienense chamado Joseph Breuer descobriu a razão disso. Bertha mudara, havia um ano, de residência. Nas palavras do próprio Breuer, a paciente, durante essas crises, “era levada para o ano anterior com tal intensidade que, na nova casa, ela alucinava seu antigo quarto, de forma que, quando desejava se dirigir à porta, batia contra o aquecedor que ficava na mesma relação com a janela que tinha a porta em seu quarto anterior.”<sup>3</sup>*

Breuer apresentou os resultados do tratamento de Bertha a Sigmund Freud, neurologista austríaco que viria a aprofundar-se no estudo desses resultados a ponto de criar a Psicanálise, ramo da Psicologia que, por primeiro, foi capaz de teorizar eficazmente sobre a natureza e origem da neurose. Da imensidão de conceitos produzidos pela Psicanálise – cerca de trezentos – *QUATRO* deveriam ser conhecidos e manejados pelo público. Esses quatro conceitos podem ser extraídos do fragmento de caso que acabamos de transcrever. Refiro-me aos conceitos de transferência, fixação, trauma e repressão, que passo a comentar.

---

<sup>2</sup> O significado das palavras seguidas por um asterisco estão em um glossário geral, posto ao fim do livro.

<sup>3</sup> BREUER, J. *Fräulein Anna O.*, in: STRACHEY, J. (Ed.). *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. Londres: Hogarth, 1971, vol. 2, p. 33.

## *Transferência (I)*

No decorrer do tratamento, Breuer terminou por descobrir que o fato de Bertha tentar sair de seu quarto por um lugar onde não havia porta era devido à transferência, para a casa onde ela morava à época do tratamento, da lembrança que trazia consigo da residência que habitara no ano anterior. Na verdade, Bertha alucinava, no quarto onde realmente morava, estar no que anteriormente morara. Pouco a pouco, a experiência clínica foi demonstrando que esse tipo de fenômeno era uma das mais freqüentes causas das disfunções psicológicas e que, na maior parte das vezes, ele ocorre sem a intercorrência de fenômenos alucinatórios, excepcionalmente presentes no caso de Bertha. Meu paciente Marcos irá fornecer-nos outro exemplo do processo transferencial.

### A mão e a cabeça

*Marcos, em sua primeira semana de análise, chamou-me atenção para um fato a que eu não havia atribuído maior importância:*

*– Você já notou – perguntou-me ele – que, quando me deito no divã, ponho as costas de minha mão sobre a cabeça? Ou melhor – continuou – eu não ponho minha mão sobre minha cabeça: ela vem automaticamente para minha cabeça! Eu, aliás, quando me dou conta que isso aconteceu, insisto em tirá-la, mas, basta eu relaxar e, pum!, lá está ela de novo! Que inferno!*

*De fato, eu havia percebido que meu paciente, ao se deitar, regularmente punha sua mão direita sobre a cabeça, mas não me passara a idéia de que se estivesse perturbando com isso. Marcos falou-me, também, sobre outro fato que o incomodava: tendo já perdido ambos os pais, podia, quando quisesse, re-evocar a figura paterna, mas não, a figura da mãe. Pensei o de sempre: conforme o paciente for vencendo seus bloqueios e libertando sua fala, memórias anteriormente inacessíveis passarão a ser acessadas e ele conseguirá lembrar-se da imagem materna.*

*E assim foi. Com um detalhe. Quando recuperou a imagem de sua mãe, lembrou-se de ela fazendo algo a que freqüentemente se dedicava: socar-lhe a cabeça! E de que, nessas ocasiões, ele se protegia das pancadas maternas com um gesto idêntico ao que era compelido a fazer, até então sem saber por quê, sempre que se deitava com a cabeça próxima a mim, no divã da análise! A partir dessa lembrança, Marcos voltou a mandar em sua mão.*

Marcos não estava, durante as sessões, revivendo seu passado de forma alucinatória, como fizera Bertha, mas estava, assim como ela, apresentando sintomas gerados pelo transporte

automático e acrítico, para o presente, de comportamentos que, no passado, haviam sido aplicados de forma seletiva e racional.

O processo transferencial apresenta um sem-número de variações. Pode, por exemplo, expressar-se através de um sintoma físico. O estrabismo convergente de Bertha Pappenheim, por exemplo, estava relacionado à transferência de uma situação em que ela, para conseguir ver as horas com os olhos cheios de lágrimas, fora obrigada a aproximar excessivamente de seus olhos o mostrador de um relógio, gerando a convergência de seus globos oculares.

Há outra variação, bastante freqüente, do processo transferencial a que costumo chamar de “transferência invertida”<sup>4</sup>. Nesse caso, ao repetir uma situação passada, o sujeito coloca-se no lugar de outra pessoa, enquanto põe essa pessoa em seu lugar. Talvez os exemplos mais conspícuos de transferência invertida sejam aqueles em que uma vítima de abuso sexual na infância, desenvolve, ao tornar-se adulto, atividades sexuais de cunho pedofílico. O caso de Nereida, que relato a seguir, é um ótimo exemplo de transferência invertida.

#### Malária

*Quando Nereida chegou a mim, sua **via crucis** por consultórios médicos, clínicas e hospitais já contava seis anos. Os sintomas se superpunham e se alternavam sem que os médicos lhes encontrassem suporte orgânico. A crescente suspeita de que teriam origem psicológica fez que ela viesse até mim. Após cerca de três meses de tratamento, a paciente trovejou:*

*– Você não está vendo que eu só faço piorar!?*

*Era fato. Naquele momento de sua análise, a paciente apresentava muito mais sintomas do que quando começara a tratar-se comigo. Desse ponto de vista, seu estado, de fato, se agravara. Tal agravamento, na verdade, era gritante. Sua dúvida quanto a se eu estava sendo capaz de perceber isso foi, ademais, tão enfática, que resolvi perguntar:*

*– Por que não estaria? Será que eu não conseguiria agüentar a possibilidade de ser incapaz de ajudar você?*

*O efeito foi mais do que surpreendente. A paciente ficou paralisada por alguns instantes e, por fim, retrucou:*

---

<sup>4</sup> Por vezes enfocada na literatura psicanalítica sob o nome de “identificação com o agressor”.

*– Ah, você agüenta!? Meu Deus, pois eu não agüentei! – e, chorando, fez-me o seguinte relato – Quando eu tinha nove anos, morávamos, só eu e meu pai, em um barraco no interior de X (um estado de nosso Nordeste), distante de tudo. Minha priminha era minha melhor amiga. Tinha dois anos a menos que eu. Ela pegou malária. Uma noite, no meio da maior escuridão, estando conosco, ela começou a ter um ataque e meu pai, assustado, foi em busca de ajuda, deixando-me sozinha com ela. Ela me segurava, dizendo: – “Não me deixa morrer! Não me deixa morrer!” Eu estava desesperada, sem saber o que fazer. Ela faleceu em meus braços e eu fiquei sozinha, apavorada, no meio da noite, com ela, já sem vida, abraçada a mim...*

*Após esse relato, sua **via crucis** por consultórios, clínicas e hospitais cessou de existir.*

É óbvio que, ao colocar inúmeros médicos numa posição de impotência, Nereida não estava fazendo mais do que transferir, de forma invertida, a sensação de impotência que havia experimentado em relação a sua desafortunada priminha.

Para finalizar meus comentários iniciais sobre transferência, não quero deixar de mencionar que um último tipo que denomino – à falta de expressão melhor – de “transferência duplamente invertida”. O caso de Rúbia pode exemplificá-la:

#### Papel de coitada

*Solange, por boas ou más razões, havia deixado de ser capaz de manter interessado nela, César, seu marido, e fazia desavergonhado uso do papel de coitada para evitar uma manifesta separação. Rúbia, filha de ambos, desde que se passou a se entender por gente, tinha nojo do humilhante desempenho de sua mãe e, desde então, prometeu a si mesma que jamais, em sua vida, faria o papel de coitada.*

*Não fez. E não fez tão bem que, quando chegou a mim, enfrentava um tipo de vida em que suportava todo abuso e desaforo de forma absurdamente estóica, sem tugar nem mugir. É óbvio que se tornara vítima da “transferência duplamente invertida” que acabei de nomear. O curioso é que sua filha, chocada com as perniciosas conseqüências da incapacidade de reclamar da mãe, já estava tomando o caminho de reclamar de tudo, ameaçando tornar-se um clone da avó!*

Enfim, seja direta, inversa, duplamente inversa, manifeste-se através de sintomas físicos ou de comportamento, o essencial da transferência é que ela é uma repetição automática, acrítica e, portanto, disfuncional, de eventos passados. A transferência é o cerne dos sintomas neuróticos e, portanto, vale sintetizarmos o que aprendemos até aqui da seguinte forma:

*Transferência ⇒ Sintoma Neurótico*

### ***Fixação (I)***

A palavra “emoção” provém da adição do prefixo “**ex**” (= “para fora”) a “**moção**”, que, segundo os dicionários, significa “ato ou efeito de mover(-se); movimento.”<sup>5</sup> Com efeito, toda emoção é resultado de uma descarga energética que tende para fora, uma descarga que, em última instância, busca se expressar sob forma de comportamento.

Em um animal, não apenas “busca”. Você consegue imaginar um leão enraivecido pensando “Devo ou não manifestar a minha raiva?” Pois é, não consegue...

No ser humano, algo diverso se passa. Eu e você, embora com raiva, podemos decidir não manifestar essa raiva sob forma de comportamento. E o que acontece? A energia, que tenderia naturalmente para fora, levando-nos, por exemplo, a agredir fisicamente alguém, é desviada para dentro, para nossas vísceras, principalmente para o nosso coração, acelerando seus batimentos, embora seja perfeitamente possível quem nos está observando não se dar conta disso. Essa alteração dos batimentos cardíacos é a razão de, popularmente, o coração ser considerado como sede de nossas emoções.

Ora, os eventos que nos emocionam, os que mexem com nosso coração, são também os que mais fortemente gravamos em nossa memória. Por isso a palavra latina **cor, cordis**, cujo significado é “coração”, deu origem, em português, a expressões como “saber de **COR**”, que “de **COR**ar”. A relação entre emoção, coração e memória é ainda mais evidente em inglês e em

---

<sup>5</sup> Holanda, A. B. de. *Novo Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

francês, idiomas em que, respectivamente, “*to know by HEART*” e “*savoir par COEUR*”, são, ao pé da letra, equivalentes a “saber pelo *COR*(ação)”.<sup>6</sup>

E o que tem tudo isso a ver com o problema da neurose? O seguinte: acabamos de estabelecer que a *emoção* tem profunda ligação com a *memória* e logo veremos como, na transferência – senhora da neurose – o papel da memória está perturbado.

Para que nos comportemos de forma a concretizar satisfatoriamente nossos desejos, uma harmoniosa interação entre *percepção* e *memória* é essencial. Essa interação, contudo, é parte tão corriqueira de nossas vidas que mal nos damos conta de que ela existe. Se *percebo* que estou com sede, minha *memória* me diz que devo ingerir líquidos para satisfazê-la; olho em torno e *percebo* que estou em um quarto; minha *memória* me diz que, em quartos, não costuma haver líquidos, mas que quartos possuem portas que dão acesso a outros cômodos, onde tais líquidos soem ser encontrados; *percebo*, então, que a porta do quarto está a minha esquerda; e assim por diante. Aparentemente simples e banal. Tão simples e banal que é necessário que essa interação harmônica deixe de existir para que avaliemos sua relevância.

O caso de Bertha mostra como, quando isso ocorre – quando a memória pára de interagir de maneira harmônica com a percepção – mesmo um simples desejo como o de sair de um quarto pode ter sua execução obstada. Em Bertha, a *memória* do quarto onde morara no ano anterior ao do tratamento não estava interagindo harmoniosamente com a *percepção* do quarto onde morava durante o ano em que estava sendo tratada. Ao contrário, estava *impondo-se a essa percepção* e distorcendo-a de tal forma que a paciente, confundindo o passado com o presente, via porta onde porta não havia, e se encontrava impossibilitada de satisfazer seu desejo de sair dali. De forma análoga, em Marcos, a memória dos espancamentos por sua mãe, já morta, interferia em seu presente, fazendo-o esperar pancadas que não viriam jamais.

---

<sup>6</sup> Note-se, contudo, que, em certos momentos, a energia que tende para fora é tanta que é impossível, mesmo para o ser humano, descarregá-la só para dentro e somos forçados, queiramos ou não, a descarregá-la para fora, sob a forma de movimentos. Nesses momentos, a emoção atingiu seu nível “*DRAM*ático”, palavra derivada do grego *drama*, *dramatos*, cujo significado é “ação”.

As memórias capazes de exercer esse desproporcional domínio sobre nosso comportamento atual são memórias que, ativadas, desencadeiam uma excessiva quantidade de emoção, memórias que, por essa razão, chamarei de “hipertônicas”.

*Fixação é o domínio dessas memórias “superenergéticas” sobre nós.*

Tal domínio produz as transferências, que acabamos de estudar. Bertha, fixada, via memórias hipertônicas, a um determinado aposento, transferiu-o para outro, percebendo-o como se fosse aquele e atrapalhando-se para dele sair; Marcos, fixado, via memórias hipertônicas, às ocasiões em que apanhou de sua mãe, transferiu seu comportamento defensivo para suas sessões de análise, executando contra sua própria vontade um comportamento sem sentido prático algum. Nereida e Rúbia, naturalmente, eram vítimas de análogo processo.

Vale, entretanto, assinalar uma significativa diferença entre, por um lado, os casos de Marcos, Nereida e Rúbia e, por outro, o de Bertha. Essa última – o que é raro – revivia alucinatoriamente suas memórias hipertônicas, reexperimentando-as como se fossem percepções; Marcos – o que é comum – tinha o comportamento de sua mão comandado por memórias hipertônicas que apresentavam uma paradoxal característica: eram “*LEMBRANÇAS NÃO LEMBRADAS!*” Os tratamentos de Rúbia e de Nereida revelaram também que suas transferências tinham origem em “lembranças não lembradas”. Na verdade, as “lembranças não lembradas” são o componente mais freqüente dos processos transferenciais.

Os conceitos de memória hipertônica e de fixação permitem-nos ampliar da seguinte forma a série de relações que vimos estabelecendo:

*Memória Hipertônica ⇒ Fixação ⇒ Transferência ⇒ Sintoma Neurótico.*

## *Trauma (I)*

E quanto ao trauma? Bem, antes de tudo, cumpre diferenciar “trauma” de “evento traumático”. Esses termos são freqüentemente empregados de forma pouco precisa, dificultando nossa compreensão dos processos que, por meio deles, pretendemos elucidar. Para evitar tais ambigüidades, estabeleçamos o seguinte:

Acrescente-se que, como os termos “trauma” e “evento traumático” podem ser empregados tanto na dimensão física quanto na psicológica, fica convencionado que, ao longo deste livro, eles jamais deverão ser entendidos como referindo-se à primeira. Além disso, “trauma” deverá, doravante, sempre ser tomado como sinônimo de “memória hipertônica”, aquele tipo de memória que, por estar associada à produção de uma quantidade excessiva de energia, é capaz de dar origem a fixações e transferências. Por fim, a expressão “evento traumático” será sempre empregada para indicar o evento cuja memória se tornou hipertônica.

As pancadas aplicadas na cabeça de Marcos por sua mãe correspondem, portanto, aos “eventos traumáticos”; a memória hipertônica formada a partir desses eventos corresponde ao “trauma”.

Como a produção excessiva de energia associada a uma memória hipertônica tem sempre expressões disfuncionais, os sintomas neuróticos, temos que:

*Memória Hipertônica (= Trauma) ⇒ Fixação ⇒ Transferência ⇒ Sintoma Neurótico*

Em tempo: chamarei de “eutônicas” as memórias que têm a quantidade ideal de carga, a quantidade que permite a interação harmônica, indispensável à saúde psicológica, entre elas e as percepções. A eutonização de nossas memórias hipertônicas é o objetivo da terapia das neuroses.

## ***Repressão (I)***

Mas por que certas memórias permanecem eutônicas e outras tornam-se hipertônicas, gerando uma plethora de conseqüências indesejáveis?

À primeira vista, a resposta parece simples: memórias hipertônicas seriam deixadas por eventos que produziram em nós grandes emoções, descargas energéticas de grande magnitude.

Bem, mas casos como o de Marcos, demonstram que eventos incapazes de, por si sós, produzir grandes descargas energéticas podem, não obstante isso, gerar efeito traumatizante. Com efeito, a experiência clínica demonstra que uma infinidade de pequenas humilhações cotidianas são tão capazes de provocar trauma quanto, por exemplo, uma única e apavorante capotagem de automóvel. Afinal das contas, o que fez Marcos perder o controle de sua própria mão não foi uma única e fortíssima pancada aplicada em sua cabeça por sua mãe, mas, sim, uma longa série de pequenas pancadas que ela intermitente e repetidamente lhe aplicava. Na verdade, a experiência nos ensina ser muito maior o número de traumas derivado da repetida ação de eventos sofrivelmente relevantes do que o derivado da experiência de um só evento de impacto assombroso.

Poderíamos, então, sustentar que uma memória se torna traumática, em alguns casos, por sua intensidade, em outras, por sua excessiva repetição? Na verdade, não, e foi Bertha, mais uma vez, quem nos apontou a direção que nos levará a nossa resposta.

Bertha batizou o tratamento a que se submeteu com Breuer de *talking cure* (= cura pela fala), por haver-se dado conta de que, ao relatar oralmente suas memórias traumáticas, tinha essas memórias esvaziadas de sua carga emocional excessiva (= elas eram “eutonizadas”), de forma a perderem sua capacidade de produzir sintomas.

Isso levou Breuer e Freud a uma simples e imediata conclusão: o que torna um evento traumático é algo *posterior à sua ocorrência*. É não encontrarmos interlocutor capaz de nos ouvir falar sobre ele!

São os bloqueios de comunicação verbal, posteriores à ocorrência do evento, que deixam como seqüela memórias hipertônicas, responsáveis, via fixação e transferência, pelos sintomas da neurose.

### Silêncio

*Leonora, entre outros sintomas que a levaram a procurar análise, queixava-se de extrema dificuldade de sair à rua. Lentamente, o processo terapêutico foi revelando que seu medo não era, exatamente, o de sair à rua. Era mais específico: era o de, ao fazê-lo, despertar olhares de desejo nos homens. A exploração dessa fobia nos levou a perceber que, em nível ainda mais profundo, o medo era o de entrar em contato com o prazer que lhe tais olhares lhe provocavam. Um pouco mais de análise foi suficiente para revelar que a fobia de admitir tal prazer tinha raízes transferenciais. Minha paciente, dos 9 aos 15 anos, mantivera relações sexuais com o pai. Não apenas isso: ela tivera prazer nessas relações. Na verdade, em um ambiente familiar emocionalmente seco, em que ninguém se beijava, abraçava ou sequer tocava, era o único momento em que experimentava a sensação de trocar carinho com alguém. E, evidentemente, isso não era algo que pudesse comunicar verbalmente a seu entorno.*

*Mas o que nos importa particularmente aqui é o fato de que, a partir do momento em que pôde falar sobre isso em análise, sua fobia de sair à rua desapareceu, evidenciando – como evidenciado fica em inúmeros outros casos de mesma natureza – que não é a natureza do evento, mas algo que ocorre posteriormente a ele – a sensação de que não temos o direito de comunicá-lo – que produz trauma, fixação, transferência e, conseqüentemente, sintomas psiconeuróticos...*

Em trinta em cinco anos de prática clínica, defrontei-me mais de uma vez com casos de mulheres cujos sintomas deviam-se ao fato de saberem que seu ambiente não aceitaria que comunicassem abertamente as emoções – incluída, entre as mais proibidas, a de prazer – que haviam experimentado em relações de natureza incestuosa. Sintomas que desapareceram, quando sua comunicação foi devidamente legitimada durante o processo de análise.

Deixadas à parte as restrições éticas que pairam sobre o incesto, o fato clínico é o de que, se as emoções – indiscutivelmente intensas e consoantemente passíveis de gerar memórias hipertônicas – por ele provocadas puderem ser verbalmente expressas, pode haver desilusão, vergonha, culpa etc, mas, certamente, não haverá fixações, transferências e sintomas psiconeuróticos. E a prática clínica nos demonstra que o que vim ilustrando por meio do incesto pode ser generalizado para qualquer outro tipo de experiência humana.

*Não é a natureza do evento, mas a possibilidade, ou não, de considerarmos legítimo falar sobre ele, que determina se ele irá, ou não, retrospectivamente, adquirir o **status** de traumático.*

Ao bloqueio da comunicação de nossa experiência por meio de palavras, chamaremos, aqui, de repressão.

### ***A Primeira Equação da Neurose***

Assim aparelhados, podemos construir o que chamarei de Primeira Equação da Neurose ou, simplesmente, Equação da Neurose :

*Evento(s) ⇒ Ativação Energética (= emoção) ⇒ Impossibilidade de comunicação (= Repressão) ⇒ Memória Hipertônica (= Trauma)  
⇒ Fixação ⇒ Transferência ⇒ Sintoma Neurótico*