

Estudos sobre a histeria

VOLUME II

(1893-1895)

Josef Breuer e Sigmund Freud

I - SOBRE O MECANISMO PSÍQUICO DOS FENÔMENOS HISTÉRICOS:

COMUNICAÇÃO PRELIMINAR (1893)

(BREUER E FREUD)

I

Uma observação casual levou-nos, durante vários anos, a pesquisar uma grande variedade de diferentes formas e sintomas de histeria, com vistas a descobrir sua causa precipitante - o fato que teria provocado a primeira ocorrência, muitos anos antes com freqüência, do fenômeno em questão. Na grande maioria dos casos não é possível estabelecer o ponto de origem através da simples interrogação do paciente, por mais minuciosamente que seja levada a efeito. Isso se verifica, em parte, porque o que está em questão é, muitas vezes, alguma experiência que o paciente não gosta de discutir; mas ocorre principalmente porque ele é de fato incapaz de recordá-la e, muitas vezes, não tem nenhuma suspeita da conexão causal entre o evento desencadeador e o fenômeno patológico. Via de regra, é necessário hipnotizar o paciente e provocar, sob hipnose, suas lembranças da época em que o sintoma surgiu pela primeira vez; feito isso, torna-se possível demonstrar a conexão causal da forma mais clara e convincente.

Esse método de exame tem produzido, num grande número de casos, resultados que se afiguram valiosos tanto do ponto de vista teórico como do ponto de vista prático.

Eles são teoricamente valiosos porque nos ensinaram que os fatos externos determinam a patologia da histeria numa medida muito maior do que se sabe e reconhece. Naturalmente, é óbvio que, nos casos de histeria “traumática”, o que provoca os sintomas é o acidente. A ligação causal evidencia-se igualmente nos ataques histéricos quando é possível deduzir dos enunciados do paciente que, em cada ataque, ele está alucinando o mesmo evento que provocou o primeiro deles. A situação é mais obscura no caso de outros fenômenos.

Nossas experiências, porém, têm demonstrado que os mais variados sintomas, que são

ostensivamente espontâneos e, como se poderia dizer, produtos idiopáticos da histeria, estão tão estritamente relacionados com o trauma desencadeador quanto os fenômenos a que acabamos de aludir e que exibem a conexão causal de maneira bem clara. Os sintomas cujo rastro pudemos seguir até os referidos fatores desencadeadores deste tipo abrangem nevralgias e anestésias de naturezas muito diversas, muitas das quais haviam persistido durante anos, contraturas e paralisias, ataques histéricos e convulsões epileptóides, que os observadores consideravam como epilepsia verdadeira, *petit mal* e perturbações da ordem dos *tiques*, vômitos crônicos e anorexia, levados até o extremo de rejeição de todos os alimentos, várias formas de perturbação da visão, alucinações visuais constantemente recorrentes, etc. A desproporção entre os muitos anos de duração do sintoma histérico e a ocorrência isolada que o provocou é o que estamos invariavelmente habituados a encontrar nas neuroses traumáticas. Com grande freqüência, é algum fato da infância que estabelece um sintoma mais ou menos grave, que persiste durante os anos subseqüentes.

Muitas vezes, a ligação é tão nítida que se torna bem evidente como foi que o fato desencadeante produziu um dado fenômeno específico, de preferência a qualquer outro. Nesse caso, o sintoma foi de forma bem óbvia determinado pela causa desencadeadora. Podemos tomar como exemplo muito comum uma emoção penosa surgida durante uma refeição, mas suprimida na época, e que produz então náuseas e vômitos que persistem por meses sob a forma de vômitos histéricos. Uma jovem que velava o leito de um enfermo, atormentada por uma grande angústia, caiu num estado crepuscular e teve uma alucinação aterrorizante, enquanto seu braço direito, que pendia sobre o dorso da cadeira, ficou dormente; disso proveio uma paresia do mesmo braço, acompanhada de contratura e anestesia. Ela tentou rezar, mas não conseguiu encontrar as palavras; por fim, conseguiu repetir uma oração para crianças em inglês. Posteriormente, ao surgir uma histeria grave e altamente complicada, ela só conseguia falar, escrever e compreender o inglês, enquanto sua língua materna permaneceu ininteligível para ela por dezoito meses. - A mãe de uma criança muito doente, que finalmente adormecera, concentrou toda a sua força de vontade em manter-se imóvel a fim de não despertá-la. Precisamente por causa da sua intenção, produziu um ruído de “estalo” com a língua. (Um exemplo de “contravontade histérica”.) Esse ruído se repetiu numa ocasião subseqüente em que ela desejava manter-se perfeitamente imóvel, tendo dele surgido um tique que, sob a forma de um estalido com a língua, ocorreu durante um período de muitos anos sempre que ela se sentia excitada. - Um homem muito inteligente estava presente quando uma articulação da coxa anquilosada de seu irmão foi submetida a uma manobra de extensão sob a ação de um anestésico. No momento em que a articulação cedeu com um estalido, ele sentiu uma dor violenta em sua própria articulação, que persistiu por quase um ano. - Outros exemplos poderiam ser citados.

Em outros casos a conexão causal não é tão simples. Consiste apenas no que se poderia denominar uma relação “simbólica” entre a causa precipitante e o fenômeno patológico - uma relação do tipo da que as pessoas saudáveis formam nos sonhos. Por exemplo, uma nevralgia pode sobrevir após um sofrimento mental, ou vômitos após um sentimento de repulsa moral. Temos estudado pacientes que costumavam fazer o mais abundante uso dessa espécie de simbolização. Noutros casos ainda, não é possível compreender à primeira vista como os sintomas podem ser determinados à maneira como sugerimos. São precisamente os sintomas histéricos típicos que se enquadram nessa classe, tais como a hemianestesia, a contração do campo visual, as convulsões epileptiformes e assim por diante. Uma explicação de nossos pontos de vista sobre esse grupo deve ser reservada para um exame mais acurado do assunto.

Observações como essas nos parecem estabelecer uma analogia entre a patogênese da histeria comum e a das neuroses traumáticas e justificar uma extensão do conceito de histeria traumática. Nas neuroses traumáticas, a causa atuante da doença não é o dano físico insignificante, mas o afeto do susto - o trauma psíquico. De maneira análoga, nossas pesquisas revelam para muitos, se não para a maioria dos sintomas histéricos, causas desencadeadoras que só podem ser descritas como traumas psíquicos. Qualquer experiência que possa evocar afetos aflitivos - tais como os de susto, angústia, vergonha ou dor física - pode atuar como um trauma dessa natureza; e o fato de isso acontecer de verdade depende, naturalmente, da suscetibilidade da pessoa afetada (bem como de outra condição que será mencionada adiante). No caso da histeria comum não é rara a ocorrência, em vez de um trauma principal isolado, de vários traumas parciais que formam um *grupo* de causas desencadeadoras. Essas causas só puderam exercer um efeito traumático por adição e constituem um conjunto por serem, em parte, componentes de uma mesma história de sofrimento. Existem outros casos em que uma circunstância aparentemente trivial se combina com o fato realmente atuante ou ocorre numa ocasião de peculiar suscetibilidade ao estímulo e, dessa forma, atinge a categoria de um trauma, que de outra forma não teria tido, mas que daí por diante persiste.

Mas a relação causal entre o trauma psíquico determinante e o fenômeno histérico não é de natureza a implicar que o trauma atue como mero *agent provocateur* na liberação do sintoma, que passa então a levar uma existência independente. Devemos antes presumir que o trauma psíquico - ou, mais precisamente, a lembrança do trauma - age como um corpo estranho que, muito depois de sua entrada, deve continuar a ser considerado como um agente que ainda está em ação; encontramos a prova disso num fenômeno invulgar que, ao mesmo tempo, traz um importante interesse *prático* para nossas descobertas.

É que verificamos, a princípio com grande surpresa, que *cada sintoma histérico individual*

*desaparecia, de forma imediata e permanente, quando conseguíamos trazer à luz com clareza a lembrança do fato que o havia provocado e despertar o afeto que o acompanhara, e quando o paciente havia descrito esse fato com o maior número de detalhes possível e traduzido o afeto em palavras. A lembrança sem afeto quase invariavelmente não produz nenhum resultado. O processo psíquico originalmente ocorrido deve ser repetido o mais nitidamente possível; deve ser levado de volta a seu *status nascendi* e então receber expressão verbal. Quando aquilo com que estamos lidando são fenômenos que envolvem estímulos (espasmos, nevralgias e alucinações), estes reaparecem mais uma vez com intensidade máxima e a seguir desaparecem para sempre. As deficiências funcionais, tais como paralisias e anestésias, desaparecem da mesma maneira, embora, é claro, sem que a intensificação temporária seja discernível.*

É plausível supor que se trata aqui de sugestão inconsciente: o paciente espera ser aliviado de seus sofrimentos por esse procedimento, e é essa expectativa, e não a expressão verbal, o fator operativo. Mas não é isso que ocorre. O primeiro caso dessa natureza a ser objeto de observação remonta ao ano de 1881, isto é, à era da “pré-sugestão”. Um caso muito complicado de histeria foi analisado dessa maneira, e os sintomas que decorriam de causas distintas foram distintamente eliminados. Essa observação foi possibilitada por auto-hipnoses espontâneas por parte do paciente, e surgiu com uma grande surpresa para o observador.

Podemos inverter a máxima “*cessante causa cessat effectus*” |“cessando a causa cessa o efeito”| e concluir dessas observações que o processo determinante continua a atuar, de uma forma ou de outra, durante anos - não indiretamente, através de uma corrente de elos causais intermediários, mas como uma causa *diretamente* liberadora - da mesma forma que um sofrimento psíquico que é recordado no estado consciente de vigília ainda provoca uma secreção lacrimal muito tempo depois de ocorrido o fato. *Os histéricos sofrem principalmente de reminiscências.*

II

À primeira vista parece extraordinário que fatos experimentados há tanto tempo possam continuar a agir de forma tão intensa - que sua lembrança não esteja sujeita ao processo de desgaste a que, afinal de contas, vemos sucumbirem todas as nossas recordações. Talvez as considerações que se seguem possam tornar isso um pouco mais inteligível.

O esmaecimento de uma lembrança ou a perda de seu afeto dependem de vários fatores. O mais importante destes é *se houve uma reação energética ao fato capaz de provocar um afeto*. Pelo termo “reação” compreendemos aqui toda a classe de reflexos voluntários e involuntários - das lágrimas aos atos de vingança - nos quais, como a experiência nos mostra, os afetos são descarregados. Quando essa reação ocorre em grau suficiente, grande parte do afeto desaparece como resultado. O uso da linguagem comprova esse fato de observação cotidiana com expressões como “desabafar pelo pranto” [*sich ausweinen*] e “desabafar através de um acesso de cólera” [*sich austoben*], literalmente “esvair-se em cólera”]. Quando a reação é reprimida, o afeto permanece vinculado à lembrança. Uma ofensa revidada, mesmo que apenas com palavras, é recordada de modo bem diferente de outra que teve que ser aceita. A linguagem também reconhece essa distinção, em suas conseqüências mentais e físicas; de maneira bem característica, ela descreve uma ofensa sofrida em silêncio como “uma mortificação” [*Kränkung*], literalmente, um “fazer adoecer”]. - A reação da pessoa insultada em relação ao trauma só exerce um efeito inteiramente “catártico” se for uma reação *adequada* - como, por exemplo, a vingança. Mas a linguagem serve de substituta para a ação; com sua ajuda, um afeto pode ser “ab-reagido” quase com a mesma eficácia. Em outros casos, o próprio falar é o reflexo adequado: quando, por exemplo, essa fala corresponde a um lamento ou é a enunciação de um segredo torturante, por exemplo, uma confissão. Quando não há uma reação desse tipo, seja em ações ou palavras, ou, nos casos mais benignos, por meio de lágrimas, qualquer lembrança do fato preserva sua tonalidade afetiva do início.

A “ab-reação”, contudo, não é o único método de lidar com a situação para uma pessoa normal que tenha experimentado um trauma psíquico. Uma lembrança desse trauma, mesmo que não tenha sido ab-reagida, penetra no grande complexo de associações, entra em confronto com outras experiências que possam contradizê-la, e está sujeita à retificação por outras representações. Depois de um acidente, por exemplo, a lembrança do perigo e a repetição (mitigada) do medo é associada à lembrança do que ocorreu depois - o socorro e a situação consciente da segurança atual. Da mesma forma, a lembrança de uma humilhação é corrigida quando a pessoa situa os fatos no devidos lugares, considerando seu próprio valor, etc. Desse modo, uma pessoa normal é capaz de provocar o desaparecimento do afeto concomitante por meio do processo de associação.

A isso devemos acrescentar a obliteração geral das impressões, o evanescimento das lembranças a que chamamos “esquecimento” e que desgasta as representações não mais afetivamente atuantes.

Nossas observações demonstraram, por outro lado, que as lembranças que se tornaram os determinantes de fenômenos históricos persistem por longo tempo com surpreendente vigor e com

todo o seu colorido afetivo. Devemos, contudo, mencionar outro fato notável do qual posteriormente poderemos tirar proveito, a saber, que essas lembranças, em contraste com outras de sua vida passada, não se acham à disposição do paciente. Pelo contrário, *essas experiências estão inteiramente ausentes da lembrança dos pacientes quando em estado psíquico normal, ou só se fazem presentes de forma bastante sumária*. Apenas quando o paciente é inquirido sob hipnose é que essas lembranças emergem com a nitidez inalterada de um fato recente.

Assim, durante nada menos de seis meses, uma de nossas pacientes reproduziu sob hipnose, com uma nitidez alucinatória, tudo o que a havia excitado no mesmo dia no ano anterior (durante um ataque de histeria aguda). Um diário mantido por sua mãe sem o conhecimento da paciente provou a inteireza da reprodução |ver em [1]|. Outra paciente, em parte sob hipnose e em parte durante ataques espontâneos, reviveu com clareza alucinatória todos os fatos de uma psicose histérica que experimentara dez anos antes e que havia esquecido, em sua maior parte, até o momento em que ela ressurgiu. Além disso, verificou-se que certas lembranças de importância etiológica que datavam dos quinze aos vinte e cinco anos estavam surpreendentemente intactas e possuíam uma intensidade sensorial notável, e que, ao retornarem, atuaram com toda a força afetiva das experiências novas |ver em [1]-[2]|.

Isso só pode ser explicado pelo fato de que essas lembranças constituem uma exceção em sua relação com todos os processos de desgaste que examinamos atrás. *Em outras palavras: parece que essas lembranças correspondem a traumas que não foram suficientemente ab-reagidos*; e se penetrarmos mais a fundo nos motivos que impediram isso, encontraremos pelo menos dois grupos de condições sob as quais a reação ao trauma deixa de ocorrer.

No primeiro grupo acham-se os casos em que os pacientes não reagiram a um trauma psíquico porque a natureza do trauma não comportava reação, como no caso da perda obviamente irreparável de um ente querido, ou porque as circunstâncias sociais impossibilitavam uma reação, ou porque se tratava de coisas que o paciente desejava esquecer, e portanto, recalcará intencionalmente do pensamento consciente, inibindo-as e suprimindo-as. São precisamente as coisas aflitivas dessa natureza que, sob hipnose, constatamos serem a base dos fenômenos histéricos (por exemplo, os delírios histéricos de santos e freiras, de mulheres que guardam a castidade e de crianças bem-educadas).

O segundo grupo de condições é determinado, não pelo conteúdo das lembranças, mas pelos estados psíquicos em que o paciente recebeu as experiências em questão, pois encontramos sob hipnose, dentre as causas dos sintomas histéricos, representações que em si mesmas não são importantes, mas cuja persistência se deve ao fato de que se originaram durante a prevalência de

afetos gravemente paralisantes, tais como o susto, ou durante estados psíquicos positivamente anormais, como o estado crepuscular semi-hipnótico dos devaneios, a auto-hipnose, etc. Em tais casos, é a natureza dos estados que torna impossível uma reação ao acontecimento.

É claro que ambas as espécies de condições podem estar presentes ao mesmo tempo, e isso de fato ocorre com freqüência. É o que acontece quando um trauma que é atuante por si mesmo ocorre enquanto predomina um afeto gravemente paralisante, ou durante um estado de alteração da consciência. Mas também parece ser verdade que em muitas pessoas um trauma psíquico *produz* um desses estados anormais, o que, por sua vez, torna a reação impossível.

Ambos os grupos de condições, porém, possuem em comum o fato de que os traumas psíquicos que não foram eliminados pela reação também não podem sê-lo pela elaboração por meio da associação. No primeiro grupo, o paciente está decidido a esquecer as experiências aflitivas e, por conseguinte, as exclui tanto quanto possível da associação; já no segundo grupo, a elaboração associativa deixa de ocorrer porque não existe nenhuma vinculação associativa abrangente entre o estado normal da consciência e os estados patológicos em que as representações surgiram. Logo teremos ocasião de nos aprofundarmos nesse assunto.

Assim, pode-se dizer que as representações que se tornaram patológicas persistiram com tal nitidez e intensidade afetiva porque lhes foram negados os processos normais de desgaste por meio da ab-reação e da reprodução em estados de associação não inibida.

III

Mencionamos as condições que, como demonstra nossa experiência, são responsáveis pelo desenvolvimento de fenômenos histéricos provenientes de traumas psíquicos. Ao fazê-lo, já fomos obrigados a falar nos estados anormais de consciência em que surgem essas representações patogênicas e a ressaltar o fato de que a lembrança do trauma psíquico atuante não se encontra na memória normal do paciente, mas em sua memória ao ser hipnotizado. Quanto mais nos ocupamos desses fenômenos, mais nos convencemos de que *a divisão da consciência, que é tão marcante nos casos clássicos conhecidos sob a forma de “double conscience”, acha-se presente em grau rudimentar em toda histeria, e que a tendência a tal dissociação, e com ela ao surgimento dos estados anormais da consciência que (reuniremos sob a designação de “hipnóides”), constitui o fenômeno*

básico dessa neurose. Quanto a esses concordamos com Binet e com os dois Janets, embora não tenhamos tido nenhuma experiência das notáveis descobertas que eles fizeram com pacientes anestésicos.

Gostaríamos de contrabalançar a conhecida tese de que a hipnose é uma histeria artificial com uma outra - a de que a base e condição *sine qua non* da histeria é a existência de estados hipnóides. Esses estados hipnóides partilham uns com os outros e com a hipnose, por mais que difiram sob outros aspectos, uma característica comum: as representações que neles surgem são muito intensas, mas estão isoladas da comunicação associativa com o restante do conteúdo da consciência. Podem ocorrer associações entre esses estados hipnóides, e seu conteúdo representativo pode, dessa forma, atingir um grau mais ou menos elevado de organização psíquica. Além disso, deve-se supor que a natureza desses estados e a extensão em que ficam isolados dos demais processos da consciência variam do mesmo modo que ocorre na hipnose, que vai desde uma leve sonolência até o sonambulismo, de uma lembrança completa até a amnésia total.

Quando os estados hipnóides dessa natureza já se acham presentes antes da instalação da doença manifesta, eles fornecem o terreno em que o afeto planta a lembrança patogênica com suas conseqüentes manifestações somáticas. Isso corresponde à histeria *disposicional*. Verificamos, todavia, que um trauma grave (tal como ocorre numa neurose traumática) ou uma supressão trabalhosa (como a de um afeto sexual, por exemplo) podem ocasionar uma divisão expulsiva de grupos de representações mesmo em pessoas que, sob outros aspectos, não estão afetadas; e esse seria o mecanismo da histeria *psiquicamente adquirida*. Entre os extremos dessas duas formas devemos presumir a existência de uma série de casos dentro dos quais a tendência à dissociação do indivíduo e a magnitude afetiva do trauma variam numa proporção inversa.

Nada temos de novo a dizer sobre a questão da origem desses estados hipnóides disposicionais. Ao que parece, eles freqüentemente emergem dos devaneios que são tão comuns até mesmo nas pessoas sadias e aos quais os trabalhos de costura e ocupações semelhantes tornam as mulheres particularmente propensas. Por que é que as “associações patológicas” surgidas nesses estados são tão estáveis, e por que é que exercem uma influência tão maior sobre os processos somáticos do que costumam fazer as representações, são perguntas que coincidem com o problema geral da eficácia das sugestões hipnóticas. Nossas observações não trazem nenhuma nova contribuição para esse assunto, mas lançam luz sobre a contradição entre a máxima “a histeria é uma psicose” e o fato de que, entre os histéricos, podem-se encontrar pessoas da mais lúcida inteligência, da maior força de vontade, do melhor caráter e da mais alta capacidade crítica. Essa caracterização é válida em relação a seus pensamentos em estado de vigília, mas, em seus estados hipnóides, elas são

insanas, como somos todos nos sonhos. Todavia, enquanto nossas psicoses oníricas não exercem nenhum efeito sobre nosso estado de vigília, os produtos dos estados hipnóides intrometem-se na vigília sob a forma de sintomas histéricos.

IV

O que afirmamos sobre os sintomas histéricos crônicos pode ser aplicado quase que integralmente aos *ataques* histéricos. Charcot, como se sabe, deu-nos uma descrição esquemática do “grande” ataque histérico, segundo a qual se podem distinguir quatro fases num ataque completo: (1) a fase epileptóide, (2) a fase dos movimentos amplos, (3) a fase das “*attitudes passionnelles*” (fase alucinatória) e (4) a fase de delírio terminal. Charcot deduz todas as formas de ataque histérico que, na prática, são encontradas com maior freqüência do que o “*grande attaque*” completo, a partir da abreviação ou do prolongamento, da ausência ou do isolamento dessas quatro fases distintas.

Nossa tentativa de explicação tem como ponto de partida a terceira dessas fases, a das “*attitudes passionnelles*”. Quando esta se acha presente numa forma bem acentuada, ela apresenta a reprodução alucinatória de uma lembrança que foi importante no desencadeamento da histeria - a lembrança de um grande trauma isolado (que encontramos *par excellence* no que é denominado histeria traumática) ou de uma série de traumas parciais interligados (como os subjacentes à histeria comum). Ou, finalmente, o ataque pode reviver os fatos que se tornaram relevantes em virtude de sua *coincidência* com um momento de predisposição especial ao trauma.

Entretanto, há também ataques que parecem consistir exclusivamente em fenômenos motores e nos quais a fase de *attitudes passionnelles* se acha ausente. Quando se consegue entrar em *rappor*t com o paciente durante um ataque como esse, de espasmos clônicos generalizados ou rigidez cataléptica, ou durante um *attaque de sommeil* |acesso de sono| - ou quando, melhor ainda, se consegue provocar o acesso sob hipnose - verifica-se que também aqui há uma lembrança subjacente do trauma psíquico ou da série de traumas, que, de modo geral, chama nossa atenção numa fase alucinatória.

Dessa forma, durante anos, uma menina sofreu ataques de convulsões generalizadas que poderiam ser, e realmente foram, considerados como epiléticos. Ela foi hipnotizada com vistas a um diagnóstico diferencial, e de imediato teve um de seus acessos. Perguntaram-lhe o que estava vendo e ela respondeu: “O cachorro! O cachorro está vindo!”; e de fato verificou-se que tivera o primeiro de seus ataques após ter sido perseguida por um cão feroz. O êxito do tratamento confirmou o diagnóstico.

Por sua vez, um funcionário que ficara histérico em decorrência de ser maltratado por seu superior sofria de ataques em que caía no chão e tinha acessos de raiva, mas sem dizer uma só palavra ou demonstrar qualquer sinal de alucinação. Foi possível provocar um ataque sob hipnose, e o paciente então revelou estar revivendo a cena em que seu patrão o insultara na rua e batera nele com a bengala. Dias depois o paciente voltou e queixou-se de ter tido outro ataque da mesma natureza. Nessa ocasião, verificou-se sob hipnose que ele estivera revivendo a cena com que estava relacionada a instalação real da doença: a cena no tribunal em que ele não conseguira obter reparação pelas injúrias sofridas.

Também em todos os demais aspectos as lembranças que emergem ou podem ser provocadas nos ataques histéricos correspondem às causas desencadeadoras que temos encontrado na raiz dos sintomas histéricos *crônicos*. Tais como estas últimas causas, as lembranças subjacentes aos ataques histéricos relacionam-se com traumas psíquicos que não foram eliminados pela ab-reação ou pela atividade associativa do pensamento. À semelhança delas, estas estão, quer inteiramente, quer em seus elementos essenciais, fora do alcance da lembrança da consciência normal, e mostram pertencer ao conteúdo representativo dos estados hipnóides de consciência, com associação restrita. Por fim, também o teste terapêutico pode ser aplicado a elas. Nossas observações nos têm com freqüência ensinado que uma recordação dessa espécie, que até então havia provocado ataques, deixa de ser capaz de fazê-lo depois que os processos de reação e de correção associativa são a ela aplicados sob hipnose.

Os fenômenos motores dos ataques histéricos podem ser parcialmente interpretados como formas universais de reação apropriadas ao afeto que acompanha a lembrança (tais como espernear e agitar os braços e pernas, o que até mesmo os bebês de tenra idade fazem), e em parte como uma expressão direta dessas lembranças; mas em parte, como no caso dos estigmas histéricos verificados entre os sintomas crônicos, não podem ser explicadas dessa maneira.

Os ataques histéricos, além disso, são especialmente interessantes se tivermos em mente uma teoria que mencionamos atrás, a saber, que na histeria certos grupos de representações que se originam nos estados hipnóides estão presentes e são isolados da ligação associativa com as outras representações, mas podem associar-se entre si, formando assim o rudimento mais ou menos altamente organizado de uma segunda consciência, uma *condition seconde*. Se assim for, um sintoma histérico crônico corresponderá à intrusão desse segundo estado na inervação somática, que, em geral, se acha sob o controle da consciência normal. O ataque histérico, por outro lado, é prova de uma organização mais elevada desse segundo estado. Quando o ataque surge pela primeira vez, indica um momento em que essa consciência hipnóide adquiriu controle sobre toda a existência

do indivíduo - indica, em outras palavras, uma histeria aguda; quando ocorre em ocasiões subseqüentes e contém uma lembrança, indica um retorno daquele momento. Charcot já sugeriu que os ataques histéricos constituem uma forma rudimentar de uma *condition seconde*. Durante o ataque, o controle sobre toda a inervação somática passa para a consciência hipnóide. A consciência normal, como o demonstram observações bem conhecidas, nem sempre é inteiramente recalçada. Ela pode até mesmo perceber os fenômenos motores do ataque, enquanto os fatos psíquicos concomitantes ficam fora de seu conhecimento.

O curso característico de um caso grave de histeria é, como sabemos, o seguinte: de início, forma-se um conteúdo representativo durante os estados hipnóides; quando esse conteúdo aumenta de forma suficiente, ele assume o controle, durante um período de “histeria aguda”, da inervação somática e de toda a existência do paciente, criando sintomas crônicos e ataques; depois disso, desaparece, a não ser por certos resíduos. Quando a personalidade normal consegue recuperar o controle, o que resta do conteúdo representativo hipnóide reaparece em ataques histéricos e, de tempos em tempos, leva o sujeito de volta a estados semelhantes, eles próprios novamente influenciáveis a traumas. Um estado de equilíbrio, por assim dizer, pode então ser estabelecido entre os dois grupos psíquicos que se combinam na mesma pessoa: os ataques histéricos e a vida normal prosseguem lado a lado sem que um interfira no outro. O ataque ocorre de modo espontâneo, como fazem as lembranças nas pessoas normais; contudo, é possível provocá-lo, do mesmo modo que qualquer lembrança pode ser suscitada de acordo com as leis da associação. Pode-se provocá-lo, quer pela estimulação de uma zona histerogênica, quer por uma nova experiência que o desencadeia graças a uma semelhança com a experiência patogênica. Esperamos poder demonstrar que essas duas espécies de determinantes, embora pareçam tão diferentes, não diferem quanto aos pontos essenciais, mas que em ambas uma lembrança hiperestésica é evocada.

Em outros casos esse equilíbrio é muito instável. O ataque surge como manifestação do resíduo da consciência hipnóide sempre que a personalidade está esgotada e incapacitada. Não se pode afastar a possibilidade de que, nessa situação, o ataque tenha sido despojado de seu significado original e esteja recorrendo como uma reação motora sem qualquer conteúdo.

Cabe a uma pesquisa ulterior descobrir o que é que determina se uma personalidade histérica se manifestará em ataques, em sintomas crônicos ou numa mistura de ambos.

V

Agora poderá ficar claro por que o método psicoterápico que descrevemos nestas páginas tem

um efeito curativo. *Ele põe termo à força atuante da representação que não fora ab-reagida no primeiro momento, ao permitir que seu afeto estrangulado encontre uma saída através da fala; e submete essa representação à correção associativa, ao introduzi-la na consciência normal (sob hipnose leve) ou eliminá-la por sugestão do médico, como se faz no sonambulismo acompanhado de amnésia.*

Em nossa opinião, as vantagens terapêuticas desse método são consideráveis. Naturalmente, é verdade que não curamos a histeria na medida em que ela dependa de fatores disposicionais. Nada podemos fazer contra a recorrência dos estados hipnóides. Além disso, durante a fase produtiva de uma histeria aguda, nosso método não pode impedir que os fenômenos tão laboriosamente eliminados sejam imediatamente substituídos por outros. Tão logo passa essa fase aguda, porém, quaisquer resíduos que possam ter ficado sob a forma de sintomas crônicos ou ataques costumam ser removidos de forma permanente por nosso método, porque ele é radical; e nesse sentido ele nos parece muito superior em sua eficácia à remoção através da sugestão direta, tal como é hoje praticada pelos psicoterapeutas.

Se, ao descobrirmos o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos, demos um passo à frente na trilha inicialmente aberta com tanto êxito por Charcot, com sua explicação e sua imitação artificial das paralisias hístico-traumáticas, não podemos ocultar de nós mesmos que isso só nos aproximou um pouco mais da compreensão do mecanismo dos sintomas histéricos, e não das causas internas da histeria. Não fizemos mais do que tocar de leve na etiologia da histeria e, a rigor, só conseguimos lançar luz sobre suas formas adquiridas - sobre a importância dos fatores acidentais nessa neurose.

VIENA, *dezembro* de 1892

II - CASOS CLÍNICOS

(BREUER E FREUD)

CASO 1 - SRTA. ANNA O. (BREUER)

Na ocasião em que adoeceu (em 1880), a Srta. Anna O. contava vinte e um anos de idade. Pode-se considerar que era portadora de uma hereditariedade neuropática moderadamente grave, visto que algumas psicoses haviam ocorrido entre seus parentes mais distantes. Seus pais eram normais nesse aspecto. A própria paciente fora sempre saudável até então e não havia mostrado nenhum sinal de neurose durante seu período de crescimento. Era dotada de grande inteligência e aprendia as coisas com impressionante rapidez e intuição aguçada. Possuía um intelecto poderoso, que teria sido capaz de assimilar um sólido acervo mental e que dele necessitava - embora não o recebesse desde que saíra da escola. Anna tinha grandes dotes poéticos e imaginativos, que estavam sob o controle de um agudo e crítico bom senso. Graças a esta última qualidade, ela era *inteiramente não sugestível*, sendo influenciada apenas por argumentos e nunca por meras asserções. Sua força de vontade era vigorosa, tenaz e persistente; algumas vezes, chegava ao extremo da obstinação, que só cedia pela bondade e consideração para com as outras pessoas.

Um de seus traços de caráter essenciais era a generosa solidariedade. Mesmo durante a doença, pôde ajudar muito a si mesma por ter conseguido cuidar de grande número de pessoas pobres e enfermas, pois assim satisfazia a um poderoso instinto. Seus estados de espírito sempre tenderam para um leve exagero, tanto na alegria como na tristeza; por conseguinte, era às vezes sujeita a oscilações de humor. A noção da sexualidade era surpreendentemente não desenvolvida nela. A paciente, cuja vida se tornou conhecida por mim num grau em que raras vezes a vida de uma pessoa é conhecida de outra, nunca se apaixonara; e em todo o imenso número de alucinações que ocorreram durante sua doença a noção da sexualidade nunca emergiu.

Essa moça, cheia de vitalidade intelectual, levava uma vida extremamente monótona no ambiente de sua família de mentalidade puritana. Embelezava sua vida de um modo que provavelmente a influenciou de maneira decisiva em direção à doença, entregando-se a devaneios sistemáticos que descrevia como seu “teatro particular”. Enquanto todos pensavam que ela estava prestando atenção, ela se imaginava vivendo contos de fada; mas estava sempre alerta quando lhe dirigiam a palavra, de modo que ninguém se dava conta de seu estado. Exercia essa atividade de modo quase ininterrupto enquanto se ocupava de seus afazeres domésticos, dos quais se desincumbia de

forma irrepreensível. Terei a seguir que descrever a maneira pela qual esses devaneios habituais, no período em que ela estava com saúde, foram-se convertendo gradativamente em doença.

O curso da doença enquadrou-se em várias fases nitidamente separáveis:

(A) Incubação latente. De meados de julho até cerca de 10 de dezembro de 1880. Essa fase da doença costuma ficar omissa para nós; mas, nesse caso, graças a seu caráter peculiar, foi-nos completamente acessível; esse fato, por si só, traz um apreciável interesse patológico para o caso. Descreverei esta fase em seguida.

(B) A doença manifesta. Uma psicose de natureza peculiar, com parafasia, estrabismo convergente, graves perturbações da visão, paralisias (sob a forma de contraturas) completa na extremidade superior direita e em ambas as extremidades inferiores, e parcial na extremidade superior esquerda, e paresia dos músculos do pescoço. Redução gradual da contratura nas extremidades da mão direita. Alguma melhora, interrompida por um grave trauma psíquico (a morte do pai da paciente) em abril, depois do que se seguiram:

(C) Um período de sonambulismo persistente, alternando-se subsequente com estados mais normais. Grande número de sintomas crônicos perduraram até dezembro de 1881.

(D) Cessaçã gradual dos estados e sintomas patológicos até junho de 1882.

Em julho de 1880, o pai da paciente, a quem ela era extremamente afeiçoada, adoeceu de um abscesso peripleurítico que não sarou e do qual veio a morrer em abril de 1881. Durante os primeiros meses da doença, Anna dedicou todas as suas energias a cuidar do pai, e ninguém ficou muito surpreso quando, pouco a pouco, sua própria saúde foi-se deteriorando de forma acentuada. Ninguém, talvez nem mesmo a própria paciente, sabia o que lhe estava acontecendo; mas afinal, o estado de debilidade, anemia e aversão pelos alimentos se agravou a tal ponto que, para seu grande pesar, não lhe permitiram mais que continuasse a cuidar do paciente. A causa imediata dessa proibição foi uma tosse muito intensa, razão pela qual a examinei pela primeira vez. Era uma *tussis nervosa* típica. Anna logo começou a mostrar uma pronunciada necessidade de repouso durante a tarde, continuada, ao anoitecer, por um estado semelhante a sono e, a seguir, por uma condição de intensa excitação.

No início de dezembro apareceu um estrabismo convergente. Um oftalmologista o explicou (erroneamente) como decorrente da paresia de um dos abdutores. Em 11 de dezembro a paciente caiu de cama e assim permaneceu até 1º de abril.

Surgiu em rápida sucessão uma série de perturbações graves que eram *aparentemente* novas: dor de cabeça occipital esquerda; estrabismo convergente (diplopia), acentuadamente aumentado pela excitação; queixas de que as paredes do quarto pareciam estar vindo abaixo (afecção do nervo

oblíquo); perturbações da visão difíceis de ser analisadas; paresia dos músculos anteriores do pescoço, de modo que, afinal, a paciente só conseguia mover a cabeça pressionando-a para trás entre os ombros erguidos e movendo as costas inteiramente; contratura e anestesia da extremidade superior direita e, depois de certo tempo, da extremidade inferior direita. Esta última sofreu total extensão, adução e rotação para dentro. Posteriormente, surgiu o mesmo sintoma na extremidade inferior esquerda e, por fim, no braço esquerdo, cujos dedos, contudo conservaram até certo ponto a capacidade de movimento. De igual modo, também não havia uma rigidez completa nas articulações do ombro. A contratura atingiu seu ponto máximo nos músculos dos braços. Da mesma forma, a região dos cotovelos revelou-se a mais atingida pela anestesia quando, num estágio posterior, tornou-se possível fazer um exame mais cuidadoso da sensibilidade. No início da doença a anestesia não pôde ser testada de modo eficiente em virtude da resistência da paciente em decorrência de sentimentos de angústia.

Foi enquanto a paciente se achava nesse estado que comecei a tratá-la, havendo logo reconhecido a gravidade da perturbação psíquica com que teria de lidar. Havia dois estados de consciência inteiramente distintos, que se alternavam, de modo freqüente e súbito e que se tornaram cada vez mais diferenciados no curso da doença. Num desses estados ela reconhecia seu ambiente; ficava melancólica e angustiada, mas relativamente normal. No outro, tinha alucinações e ficava “travessa” - isto é, agressiva, e jogava almofadas nas pessoas, tanto quanto o permitiam as contraturas, arrancava botões da roupa de cama e de suas roupas com os dedos que conseguia movimentar, e assim por diante. Nesse estágio da doença, se alguma coisa tivesse sido tirada do lugar no quarto ou alguém tivesse entrado ou saído dele [durante seu outro estado de consciência], ela se queixava de haver “perdido” tempo e tecia comentários sobre as lacunas na seqüência de seus pensamentos conscientes. Visto que as pessoas que a cercavam tentavam negar isso e confortá-la quando ela se queixava de estar ficando louca, Anna, depois de jogar os travesseiros, acusava as pessoas de fazerem coisas contra ela e de a deixarem num estado de confusão, etc.

Essas “*absences*” já tinham sido observadas antes de ela cair de cama; costumava parar no meio de uma frase, repetir as últimas palavras e, depois de uma breve pausa, continuar a falar. Essas interrupções aumentaram de forma gradual até atingirem as dimensões que acabam de ser descritas; e no auge da doença, quando as contraturas se haviam estendido até o lado esquerdo do corpo, só durante um curto período do dia é que ela apresentava certo grau de normalidade. Mas as perturbações invadiram até mesmo seus momentos de consciência relativamente clara. Haveria modificações muitíssimo rápidas de humor, que levavam a uma fase de animação intensa, mas bastante passageira, e em outras ocasiões havia uma angústia acentuada, uma oposição tenaz a

qualquer esforço terapêutico e alucinações assustadoras com cobras negras, que eram a maneira como Anna via seus cabelos, fitas e coisas semelhantes. Ao mesmo tempo, ficava dizendo a si mesma para deixar de ser tão tola: o que na verdade via eram apenas seus cabelos, etc. Em certos momentos, quando sua mente estava inteiramente lúcida, queixava-se da profunda escuridão na cabeça, de não conseguir pensar, de ficar cega e surda, de ter dois eus, um real e um mau, que a forçava a comportar-se mal, e assim por diante.

Às tardes caía num estado de sonolência que durava até cerca de uma hora depois do pôr-do-sol. Então despertava e se queixava de que algo a estava atormentando - ou melhor, ficava a repetir na forma impessoal: “atormentando, atormentando”, e isso porque, paralelamente ao desenvolvimento das contraturas, surgiu uma profunda desorganização funcional da fala. A princípio, ficou claro que ela sentia dificuldade de encontrar as palavras, e essa dificuldade foi aumentando de maneira gradativa. Posteriormente, ela perdeu o domínio da gramática e da sintaxe; não mais conjugava verbos e acabou por empregar apenas os infinitivos, em sua maioria formados incorretamente a partir dos participípios passados, e omitia tanto o artigo definido quanto o indefinido. Com o passar do tempo, ficou quase totalmente desprovida de palavras. Juntava-as penosamente a partir de quatro ou cinco idiomas e tornou-se quase ininteligível. Quando tentava escrever (até que as contraturas a impediram totalmente de fazê-lo), empregava o mesmo jargão. Durante duas semanas emudeceu por completo e, apesar de envidar grandes e contínuos esforços, foi incapaz de emitir uma única sílaba. E então, pela primeira vez, o mecanismo psíquico do distúrbio ficou claro. Como eu sabia, ela se sentira extremamente ofendida com alguma coisa e tomara a deliberação de não falar a esse respeito. Quando adivinhei isso e a obriguei a falar sobre o assunto, a inibição, que também tornara impossível qualquer outra forma de expressão, desapareceu.

Essa mudança coincidiu com a volta da capacidade de movimento das extremidades do lado esquerdo do corpo, em março de 1881. A parafasia regrediu, mas daí por diante ela passou a falar apenas inglês - só que, aparentemente, sem saber que o estava fazendo. Tinha discussões com a enfermeira, que, como é lógico, não conseguia entendê-la. Só alguns meses depois é que pude convencê-la de que estava falando inglês. Não obstante, ela própria ainda compreendia as pessoas a seu redor que falavam alemão. Só em momentos de extrema ansiedade é que sua capacidade de falar a abandonava por completo, ou então ela utilizava uma mistura de toda sorte de línguas. Às vezes, quando se encontrava em seu melhor estado e com a máxima liberdade, falava francês e italiano. Havia uma amnésia total entre essas ocasiões e aquelas em que falava inglês. Também nessa época seu estrabismo começou a diminuir e passou a se apresentar apenas nos momentos de grande excitação. Ela voltou a conseguir sustentar a cabeça. No dia 1º de abril, levantou-se pela primeira vez.

No dia 5 de abril morreu seu adorado pai. Durante a doença da paciente ela o vira muito raramente e por períodos curtos. Esse foi talvez o trauma psíquico mais grave que ela poderia ter experimentado. Uma violenta explosão de excitação foi acompanhada de um profundo estupor, que durou cerca de dois dias e do qual ela emergiu num estado acentuadamente modificado. No começo, ficou muito mais tranqüila e seus sentimentos de angústia tiveram uma redução considerável. A contratura do braço e perna direitos persistiu, bem como a anestesia de ambos, embora esta não fosse profunda. Houve um alto grau de restrição do campo visual: num buquê de flores que lhe proporcionou muito prazer, só pôde ver uma flor de cada vez. Queixava-se de não conseguir reconhecer as pessoas. Normalmente, dizia, fora capaz de reconhecer os rostos sem ter de fazer nenhum esforço deliberado; agora era obrigada a fazer um laborioso “*recognizing work*” e tinha que dizer a si mesma: “o nariz dessa pessoa é assim e assim e o cabelo é assim ou assado, de modo que deve ser fulano”. Todas as pessoas que via pareciam figuras de cera, sem qualquer ligação com ela. Achava muito aflitiva a presença de alguns de seus parentes próximos, e essa atitude negativa foi-se acentuando cada vez mais. Quando alguém a quem comumente via com prazer entrava no quarto, ela o reconhecia e ficava consciente das coisas por um curto espaço de tempo, mas logo mergulhava de novo em suas elucubrações, e o visitante se apagava. Eu era a única pessoa que ela sempre reconhecia quando entrava; enquanto eu conversava com ela, a paciente permanecia animada e em contato com as coisas exceto pelas súbitas interrupções causadas por uma de suas “*absences*” alucinatórias.

Nesses momentos, só falava inglês e não conseguia compreender o que lhe diziam em alemão. Os que a cercavam eram obrigados a dirigir-lhe a palavra em inglês, e até a enfermeira aprendeu, até certo ponto, a se fazer entender dessa maneira. Anna, porém, conseguia ler em francês e italiano. Se tivesse que ler uma dessas línguas em voz alta, o que produzia, com extraordinária fluência, era uma admirável tradução improvisada do inglês.

Ela recomeçou a escrever, mas de maneira peculiar. Escrevia com a mão esquerda, a menos rígida, e empregava letras de forma romanas, copiando o alfabeto da sua edição de Shakespeare.

Anteriormente, ela costumava comer muito pouco, mas agora recusava qualquer alimento. Entretanto, permitiu-me que a alimentasse, de modo que logo começou a se alimentar mais. Mas nunca consentia em comer pão. Após a refeição, lavava invariavelmente a boca, e o fazia até mesmo quando, por qualquer motivo, nada era comido - o que indica como era distraída a respeito dessas coisas.

Seus estados de sonolência à tarde e seu sono profundo depois do crepúsculo persistiram. Quando, depois disso, ela se havia esgotado de tanto falar (tereí que explicar depois o que quero dizer com isso), ficava com a mente clara, calma e alegre.

Esse estado relativamente tolerável não durou muito. Cerca de dez dias após a morte do pai, chamou-se um médico para opinar sobre o caso, a quem, como fazia com todos os estranhos, ela ignorou inteiramente enquanto eu demonstrava a ele todas as peculiaridades da paciente. “*That’s like an examination*”, disse ela a rir quando fiz com que lesse em inglês, em voz alta, um texto escrito em francês. O outro médico interveio na conversa etentou atrair-lhe a atenção, mas foi inútil. Era uma autêntica “alucinação negativa” do tipo que, desde então, vem sendo produzida com frequência em caráter experimental. No fim, ele conseguiu romper a alucinação ao soprar fumaça no rosto da paciente. De súbito, ela viu diante de si um estranho, precipitou-se para a porta a fim de retirar a chave e caiu no chão, inconsciente. Seguiu-se um breve acesso de raiva e depois uma grave crise de angústia, que tive grande dificuldade em acalmar. Infelizmente, tive que sair de Viena naquela noite e, ao retornar, passados vários dias, encontrei a paciente muito pior. Ela ficara sem qualquer alimentação durante todo aquele tempo, estava extremamente angustiada e, em suas *absences* alucinatórias, via figuras aterradoras, caveiras e esqueletos. Dado que se comportava diante dessas coisas como se as estivesse vivenciando e em parte as traduzia em palavras, as pessoas em torno dela ficaram amplamente cientes do conteúdo dessas alucinações.

A ordem habitual das coisas era: o estado sonolento à tarde, seguido, após o pôr-do-sol, pela hipnose profunda, para a qual ela inventou o nome técnico de “*clouds*”. Quando, durante a hipnose, ela conseguia narrar as alucinações que tivera no decorrer do dia, despertava com a mente desanuviada, calma e alegre. Sentava-se para trabalhar e escrever ou desenhar até altas horas da noite, de maneira bem racional. Por volta das quatro horas ia deitar-se. No dia seguinte, toda a série de fatos se repetia. Era um contraste realmente notável: durante o dia, a paciente irresponsável, perseguida por alucinações, e à noite a moça com a mente inteiramente lúcida.

Apesar de sua euforia noturna, seu estado psíquico continuava a se deteriorar. Surgiram fortes impulsos suicidas, que tornaram desaconselhável que ela permanecesse morando no terceiro andar. Contra sua vontade, portanto, foi transferida para uma casa de campo nas imediações de Viena (em 7 de junho de 1881). Eu nunca a havia ameaçado com essa mudança de seu lar, que ela encarava com horror, mas ela, sem o dizer, havia esperado e temido tal medida. Esse fato deixou claro, mais uma vez, até que ponto o afeto de angústia dominava seu distúrbio psíquico. Assim como se havia instalado um estado de maior tranqüilidade logo após a morte do pai da paciente, também agora, quando o que ela temia de fato ocorreu, de novo ela ficou mais calma. Não obstante, a mudança foi imediatamente seguida por três dias e três noites sem qualquer sono e sem alimento, por numerosas tentativas de suicídio (embora, como Anna ficasse num jardim, tais tentativas não fossem perigosas), pela quebra de janelas e assim por diante, e por alucinações não acompanhadas de

absences - que ela era capaz de distinguir facilmente de suas outras alucinações. Depois disso, ficou mais calma, passou a deixar que a enfermeira a alimentasse e chegou até a tomar cloral à noite.

Antes de prosseguir em meu relato do caso, preciso voltar mais uma vez para descrever uma de suas peculiaridades, que até agora só mencionei de passagem. Já disse que ao longo de toda a doença, até esse ponto, a paciente caía num estado de sonolência todas as tardes, e que, após o pôr-do-sol, esse período passava para um sono mais profundo - “*clouds*”. (Parece plausível atribuir essa seqüência regular dos acontecimentos apenas à experiência dela enquanto cuidava do pai, o que teve de fazer por vários meses. Durante as noites, ela velava à cabeceira do paciente ou ficava acordada, escutando ansiosamente até amanhecer; às tardes, deitava-se para um ligeiro repouso, como é o costume habitual das enfermeiras. Esse padrão de ficar acordada à noite e dormir à tarde parece ter sido transposto para sua própria doença e persistido muito depois de o sono ter sido substituído por um estado hipnótico.) Após cerca de uma hora de sono profundo, ela ficava irrequieta, virava de um lado para outro e repetia “atormentando, atormentando”, com os olhos fechados o tempo todo. Também se observou como, durante suas *absences* diurnas, ela obviamente criava alguma situação ou episódio para o qual dava uma pista murmurando algumas palavras. Acontecia então - de início por acaso, mas depois a propósito - que alguém perto dela repetia uma dessas suas frases enquanto ela se queixava do “atormentando”. Ela imediatamente fazia coro e começava a retratar alguma situação ou a narrar alguma história, a princípio com hesitação e no seu jargão parafásico; mas, quanto mais se estendia, mais fluente se tornava, até que por fim falava um alemão bem fluente. (Isso se aplica ao período inicial, antes que começasse a falar somente em inglês [ver em [1]].) As histórias eram sempre tristes, e algumas delas, encantadoras, no estilo do *Álbum de Figuras sem Figuras*, de Hans Andersen, e de fato é provável que se estruturassem sobre aquele modelo. Via de regra, seu ponto de partida ou situação central era o de uma moça ansiosamente sentada à cabeceira de um doente. Mas ela também construía suas histórias com outros temas bem diversos. - Alguns momentos depois de haver concluído a narrativa, ela despertava, obviamente acalmada, ou, como dizia, “*gehaeglich*”. Durante a noite, tornava a ficar irrequieta, e pela manhã, após algumas horas de sono, estava visivelmente envolvida em algum outro grupo de representações. - Quando, por qualquer motivo, não podia narrar-me a história durante a hipnose do anoitecer, não conseguia acalmar-se depois, e no dia seguinte tinha que me contar *duas* histórias para que isso acontecesse.

As características essenciais desse fenômeno - o aumento e a intensificação de suas *absences* até sua auto-hipnose do anoitecer, o efeito dos produtos de sua imaginação como estímulos psíquicos e o afrouxamento e a remoção de seu estado de estimulação quando os expressava verbalmente em

sua hipnose - permaneceram constantes durante todos os dezoito meses em que a paciente ficou em observação.

As histórias naturalmente se tornaram ainda mais trágicas após a morte do pai. Contudo, foi só depois da deterioração do estado mental da paciente, o que se seguiu quando seu estado de sonambulismo sofreu uma interrupção abrupta, da maneira já descrita, que suas narrativas do anoitecer deixaram de ter o caráter de composições poéticas, criadas de forma mais ou menos livre, e se transformaram numa cadeia de alucinações medonhas e apavorantes. (Já era possível chegar a elas a partir do comportamento da paciente durante o dia). Já descrevi | [1]-[2]| como sua mente ficava inteiramente aliviada depois que, trêmula de medo e horror, havia reproduzido essas imagens assustadoras e dado expressão verbal a elas.

Enquanto Anna ficou no campo, ocasião em que não pude fazer-lhe as visitas diárias, a situação processou-se da seguinte maneira. Visitava-a à tardinha, quando sabia que a encontraria em hipnose, e então a aliviava de toda a carga de produtos imaginativos que ela havia acumulado desde minha última visita. Era essencial que isso fosse feito de forma completa se se quisesse alcançar bons resultados. Quando isso era levado a efeito, ela ficava perfeitamente calma e, no dia seguinte, mostrava-se agradável, fácil de lidar, diligente e até mesmo alegre; no segundo dia, porém, tornava-se cada vez mais mal-humorada, voluntariosa e desagradável, o que se acentuava ainda mais no terceiro dia. Quando ficava assim, nem sempre era fácil fazê-la falar, mesmo em seu estado hipnótico. Ela descrevia de modo apropriado esse método, falando a sério, como uma “*talking cure*”, ao mesmo tempo em que se referia a ele, em tom de brincadeira, como “*chimney-sweeping*”. A paciente sabia que, depois que houvesse dado expressão a suas alucinações, perderia toda a sua obstinação e aquilo que descrevia como sua “energia”; equando, após um intervalo relativamente longo, ficava de mau humor, recusava-se a falar, sendo eu obrigado a superar sua falta de disposição encarecendo e suplicando, e até usando recursos como repetir uma fórmula com a qual ela estava habituada a iniciar suas histórias. Mas ela jamais começava a falar antes de haver confirmado plenamente minha identidade, apalpando-me as mãos com cuidado. Nas noites em que não se acalmava pela enunciação verbal, era necessário recorrer novamente ao cloral. Eu já o havia experimentado em algumas ocasiões anteriores, mas vi-me obrigado a aplicar-lhe 5 gramas, sendo o sono precedido por um estado de intoxicação que durava algumas horas. Quando me achava presente, esse estado era de euforia, mas em minha ausência era altamente desagradável e caracterizado por angústia e excitação. (Pode-se observar, a propósito, que esse estado de intoxicação aguda não fazia nenhuma diferença quanto a suas contraturas.) Eu havia conseguido evitar o uso de narcóticos, visto que a expressão

verbal de suas alucinações a tranqüilizava, ainda que não induzisse ao sono; entretanto, quando ela estava no campo, as noites em que não conseguia alívio hipnótico eram tão insuportáveis que, apesar de tudo, era necessário recorrer ao cloral. Mas foi possível reduzir a dose, de forma gradual.

O sonambulismo persistente não reapareceu, mas, por outro lado, a alternância entre os dois estados de consciência perdurou. Ela costumava ter alucinações no meio de uma conversa, sair correndo, subir numa árvore, etc. Quando alguém a agarrava, com grande rapidez retomava a frase interrompida, sem tomar nenhum conhecimento do que acontecera no intervalo. Todas essas alucinações, contudo, sobrevinham e eram relatadas em sua hipnose.

Seu estado, de modo geral, experimentou melhoras. Ela ingeria alimentos sem dificuldades e permitia que a enfermeira a alimentasse com exceção do pão, que pedia mas rejeitava no momento em que lhe tocava os lábios. A paralisia espástica da perna teve uma diminuição acentuada. Verificaram-se também melhoras em sua capacidade de julgamento, e ela ficou muito apegada a um amigo meu, o Dr. B., médico que a visitava. Beneficiou-se muito da presença de um cão terra-nova que lhe tinha sido presenteado e pelo qual tinha uma afeição apaixonada. Em certa ocasião, porém, seu animal de estimação atacou um gato, e foi extraordinário ver a forma como a frágil moça tomou de um chicote na mão esquerda e afastou a chicotadas o enorme animal para salvar sua vítima. Mais tarde, cuidou de algumas pessoas pobres e doentes, e isto a ajudou.

Foi após minha volta de uma viagem de férias, que durou várias semanas, que tive a prova mais convincente do efeito patogênico e excitante ocasionado pelos complexos de representações produzidos durante suas *absences*, ou *condition seconde*, e do fato de que esses complexos eram eliminados ao receberem expressão verbal durante a hipnose. Nesse intervalo não fora efetuada nenhuma “cura pela fala”, porque foi impossível persuadi-la a confiar o que tinha a dizer a qualquer pessoa senão eu - nem mesmo ao Dr. B., a quem, sob outros aspectos, ela se havia afeiçoado. Encontrei-a num estado moral deplorável, inerte, intratável, mal-humorada e até mesmo malévola. Tornou-se claro por suas histórias noturnas que sua veia imaginativa e poética se estava esgotando. O que ela relatava dizia respeito, cada vez mais, a suas alucinações e, por exemplo, às coisas que a haviam aborrecido nos últimos dias. Estas eram revestidas de uma forma imaginativa, mas apenas formuladas em imagens estereotipadas, e não elaboradas em produções poéticas. Mas a situação só ficou tolerável depois de eu haver providenciado o retorno da paciente a Viena por uma semana e de, noite após noite, fazer com que ela me contasse três a cinco histórias. Quando levei isso a termo, tudo o que se acumulara durante as semanas de minha ausência fora descarregado. Foi só então que se restabeleceu o ritmo anterior: no dia seguinte àquele em que dava expressão verbal a suas fantasias, ela ficava amável e alegre; no segundo dia, mais irritada e menos agradável e, no terceiro,

verdadeiramente “detestável”. Seu estado moral era uma função do tempo decorrido desde a última expressão oral. Isso ocorria porque cada um dos produtos espontâneos de sua imaginação e todos os fatos que tinham sido assimilados pela parte patológica de sua mente persistiam como um estímulo psíquico até serem narrados em sua hipnose, após o que deixavam inteiramente de atuar.

Quando, no outono, a paciente retornou a Viena (embora para uma casa diferente daquela em que adoecera), sua condição era suportável, tanto física como mentalmente, pois pouquíssimas de suas experiências - de fato, apenas as mais marcantes - eram transformadas em estímulos psíquicos de maneira patológica. Eu tinha esperança de uma melhora contínua e progressiva, desde que o permanente carregamento de sua mente com novos estímulos pudesse ser evitado através da expressão verbal dada a eles. Mas, de início, fiquei decepcionado. Em dezembro houve um agravamento acentuado de seu estado psíquico. Ela voltou a ficar excitada, taciturna e irritável. Não tinha mais nenhum “dia realmente bom”, mesmo quando era impossível detectar alguma coisa que estivesse permanecendo “presa” dentro dela. Em fins de dezembro, na época do Natal, a paciente ficou particularmente inquieta e por uma semana inteira, nos fins de tarde, nada me disse de novo além dos produtos imaginativos que havia elaborado dia a dia sob pressão de uma angústia e emoção intensas durante o Natal de 1880 [um ano antes]. Quando as séries eram concluídas, ela sentia um enorme alívio.

Já havia transcorrido um ano desde que Anna se separara do pai e caíra de cama, e a partir dessa época seu estado tornou-se mais claro e foi sistematizado de maneira muito peculiar. Seus estados de consciência alternados, que se caracterizavam pelo fato de que, a partir da manhã, suas *absences* (isto é, o surgimento de sua *condition seconde*) sempre se tornavam mais freqüentes à medida que o dia avançava e exerciam seu domínio absoluto até o anoitecer - esses estados alternados tinham diferido um do outro, no passado, pelo fato de o primeiro ser normal, e o segundo, alienado; agora, porém, eles diferiam ainda mais pelo fato de que, no primeiro, ela estava vivendo, como o restante de nós, no inverno de 1881-2, ao passo que, no segundo, vivia no inverno de 1880-1 e se esquecera por completo de todos os eventos subseqüentes. A única coisa que, não obstante, parecia permanecer consciente a maior parte do tempo era o fato de que o pai morrerá. Ela se via transportada ao ano anterior com tal intensidade que, na casa nova, tinha alucinações com seu antigo quarto, de modo que quando queria ir até a porta, tropeçava na estufa, que ficava situada em relação à janela do mesmo modo que a porta em seu antigo quarto. A transição de um estado para outro ocorria de forma espontânea, mas também podia ser facilmente promovida por qualquer impressão sensorial que lembrasse o ano anterior com nitidez. Bastava segurar uma laranja diante dos olhos dela (essa fruta tinha constituído seu principal alimento durante a primeira parte da doença) para que ela se

visse transportada para o ano de 1881. Mas essa transferência ao passado não ocorria de modo geral ou indefinido; ela revivia o inverno anterior dia a dia. Eu só teria podido *suspeitar* de que isso estava acontecendo, não fosse pelo fato de que todas as noites, durante a hipnose, ela falava sobre o que a havia excitado no mesmo dia em 1881, e não fosse pelo fato de um diário particular mantido pela mãe dela em 1881 ter confirmado, sem sombra de dúvida, a ocorrência dos fatos subjacentes. Essa revivescência do ano anterior continuou até que a doença chegasse a seu final, em junho de 1882.

Também foi interessante observar, nesse aspecto, a forma pela qual esses estímulos psíquicos revividos, pertencentes a seu estado secundário, insinuavam-se em seu primeiro estado, mais normal. Aconteceu, por exemplo, que certa manhã a paciente me disse rindo que não tinha nenhuma idéia de qual era o problema, mas estava com raiva de mim. Graças ao diário eu sabia o que estava ocorrendo, e dito e feito, a situação foi revivida na hipnose do anoitecer; eu tinha aborrecido muito a paciente na mesma noite, em 1881. Houve outra ocasião em que ela me disse que havia algo errado com seus olhos: estava vendo as cores erradas. Sabia estar usando um vestido marrom, mas o via como se fosse azul. Logo verificamos que ela sabia distinguir todas as cores das folhas de teste visual de forma correta e clara, e que a perturbação só se relacionava com o material do vestido. O motivo foi que, durante o mesmo período em 1881, ela estivera muito atarefada com a confecção de um roupão para o pai, que era feito do mesmo material de seu atual vestido, porém era azul em vez de marrom. A propósito, constatava-se com freqüência que essas lembranças emergentes revelavam de antemão seu efeito; a perturbação do estado normal ocorria mais cedo, e a lembrança era despertada de forma gradativa apenas em sua *condition seconde*.

Sua hipnose da noite ficava assim intensamente sobrecarregada, pois tínhamos que escoar pela fala não só seus produtos imaginários contemporâneos, como também os eventos e “*vexations*” de 1881. (Felizmente, nessa época eu já a havia aliviado dos produtos imaginários daquele ano.) Mas, além de tudo isso, o trabalho a ser executado pela paciente e por seu médico era imensamente aumentado por um terceiro grupo de perturbações isoladas, que tinham de ser eliminadas da mesma maneira. Tratava-se dos eventos psíquicos em jogo no período de incubação da moléstia, entre julho e dezembro de 1880; eles é que haviam produzido todos os fenômenos histéricos e, quando receberam expressão verbal, os sintomas desapareceram.

Quando isso aconteceu pela primeira vez - quando, em decorrência de um enunciado acidental e espontâneo dessa natureza, durante a hipnose da noite, uma perturbação que havia persistido por um tempo considerável veio a desaparecer - fiquei extremamente surpreso. Era verão, numa época de calor intenso, e a paciente sofria de uma sede horrível, pois, sem que pudesse explicar a causa, viu-se de repente impossibilitada de beber. Apanhava o copo de água desejado, mas, assim

que o tocava com os lábios, repelia-o como alguém que sofresse de hidrofobia. Ao fazê-lo, ficava obviamente numa *absence* por alguns segundos. Para mitigar a sede que a martirizava, vivia somente de frutas, como melões, etc. Quando isso já durava perto de seis semanas, um dia, durante a hipnose, ela resmungou qualquer coisa a respeito de sua dama de companhia inglesa, de quem não gostava, e começou então a descrever, com demonstrações da maior repugnância, como fora certa vez ao quarto dessa senhora e como lá pudera ver o cãozinho dela - criatura nojenta! - bebendo num copo. A paciente não tinha dito nada, pois quisera ser gentil. Depois de exteriorizar energicamente a cólera que havia contido, pediu para beber alguma coisa, bebeu sem qualquer dificuldade uma grande quantidade de água e despertou da hipnose com o copo nos lábios. A partir daí, a perturbação desapareceu de uma vez por todas. Vários outros caprichos extremamente obstinados foram eliminados de forma semelhante, depois de ela haver descrito as experiências que os tinham ocasionado. A paciente deu um grande passo à frente quando o primeiro de seus sintomas crônicos desapareceu da mesma maneira - a contratura da perna direita, que, é verdade, já havia diminuído muito. Esses achados - de que, no caso dessa paciente, os fenômenos histéricos desapareciam tão logo o fato que os havia provocado era reproduzido em sua hipnose - tornaram possível chegar-se a uma técnica terapêutica que nada deixava a desejar em sua coerência lógica e sua aplicação sistemática. Cada sintoma individual nesse caso complicado era considerado de forma isolada; todas as ocasiões em que tinha surgido eram descritas na ordem inversa, começando pela época em que a paciente ficara acamada e retrocedendo até o fato que levava à sua primeira aparição. Quando este era descrito, o sintoma era eliminado de maneira permanente.

Dessa forma, suas paralisias espásticas e anestésias, os diferentes distúrbios da visão e da audição, as nevralgias, tosses, tremores, etc., e por fim seus distúrbios da fala foram “removidos pela fala”. Entre suas perturbações da visão, os seguintes, por exemplo, foram eliminados um de cada vez: o estrabismo convergente com diplopia; o desvio de ambos os olhos para a direita, de modo que quando a mão se estendia para apanhar algo, sempre se dirigia para a esquerda do objeto; a restrição do campo visual; a ambliopia central; a macropsia; a visão de uma caveira em vez do pai; e a incapacidade para a leitura. Apenas alguns fenômenos dispersos (como, por exemplo, a extensão das paralisias espásticas para o lado esquerdo do corpo), que surgiram enquanto ela estava confinada ao leito, permaneceram intocados por esse processo de análise, sendo provável, na realidade, que de fato não tivessem nenhuma causa psíquica imediata | ver em [1]-[2].

Revelou-se inteiramente impraticável abreviar o trabalho pela tentativa de evocar de imediato em sua memória a primeira causa provocadora de seus sintomas. Ela era incapaz de descobri-la, ficava confusa e as coisas se processavam ainda com maior lentidão do que se lhe fosse

permitido, de modo tranqüilo e firme, retomar o fio retrospectivo das recordações em que se havia envolvido. Dado que este último método, porém, levava muito tempo na hipnose noturna, em vista de ela estar muito tensa e profundamente perturbada por “eliminar pela fala” os dois outros grupos de experiências - e também em virtude do fato de que as reminiscências precisavam de tempo antes para poderem atingir uma nitidez suficiente - elaboramos o seguinte método. Eu costumava visitá-la pela manhã e hipnotizá-la. (Alguns métodos muito simples para isso foram obtidos de forma empírica.) A seguir, pedia-lhe que concentrasse os pensamentos no sintoma que estávamos tratando no momento e me dissesse as ocasiões em que ele surgira. A paciente passava a descrever em rápida sucessão e em frases sucintas os fatos externos em causa, os quais eu anotava. Durante sua subsequente hipnose noturna, ela então me fazia, com a ajuda de minhas anotações, um relato razoavelmente minucioso dessas circunstâncias.

Um exemplo revelará a forma completa pela qual ela realizava isso. Nossa experiência comum era que a paciente não ouvisse quando lhe era dirigida a palavra. Foi possível diferenciar da seguinte forma esse hábito passageiro de não ouvir:

(a) Não ouvir quando alguém entrava, enquanto se abstraía em seus pensamentos. 108 exemplos detalhados e isolados desses casos, com menção das pessoas e circunstâncias, muitas vezes com datas. Primeiro exemplo: não ouvir o pai entrar.

(b) Não compreender quando várias pessoas conversavam. 27 exemplos. Primeiro exemplo: o pai, mais uma vez, e um conhecido.

(c) Não ouvir quando estava sozinha e lhe dirigiam a palavra diretamente. 50 exemplos. Origem: o pai tendo em vão lhe pedido vinho.

(d) Surdez ocasionada por ter sido sacudida (numa carruagem, etc.). 15 exemplos. Origem: por ter sido sacudida com raiva pelo irmão mais novo quando este a surpreendeu, certa noite, com o ouvido colado ao quarto do doente.

(e) Surdez provocada ao assustar-se com um ruído. 37 exemplos. Origem: um acesso de sufocação do pai, causado por ter engolido mal.

(f) Surdez durante *absence* profunda. 12 exemplos.

(g) Surdez ocasionada por ouvir mal durante muito tempo, de modo que, quando lhe dirigiam a palavra, deixava de ouvir. 54 exemplos.

É claro que todos esse episódios eram, numa ampla medida, idênticos, no sentido de que era possível relacioná-los com estados de alheamento, *absences* ou susto. Mas, na memória da paciente, eram diferenciados de modo tão claro que, se acontecia ela cometer algum erro em sua seqüência, era obrigada a corrigir-se e pô-los na ordem certa; se isso não fosse feito, seu relato ficava paralisado. Os

fatos que ela descrevia eram tão sem interesse e significação, e narrados com tanta riqueza de detalhes, que não se poderia suspeitar de que tivessem sido inventados. Muitos desses incidentes consistiam em experiências puramente internas e, assim, não podiam ser verificados; outros (ou as circunstâncias que os cercavam) estavam na lembrança das pessoas do ambiente de Anna.

Também esse exemplo apresentava uma característica que era sempre observável quando um sintoma estava sendo “eliminado pela fala”: o sintoma específico surgia com maior intensidade enquanto ela o abordava. Assim, durante a análise de sua incapacidade de ouvir, ela ficou tão surda que numa parte do tempo fui obrigado a comunicar-me com ela por escrito. A primeira causa provocadora costumava ser um susto de alguma espécie, experimentado enquanto ela cuidava do pai - alguma negligência da parte dela, por exemplo.

O trabalho de recordação nem sempre era fácil e, algumas vezes, a paciente tinha que fazer grandes esforços. Certa ocasião, todo o nosso progresso ficou obstruído por algum tempo porque uma lembrança recusava-se a emergir. Tratava-se de uma alucinação particularmente pavorosa. Quando cuidava do pai, vira seu rosto como se fosse uma caveira. Ela e as pessoas a seu redor lembravam que, certa vez, enquanto parecia ainda gozar de boa saúde, ela fizera uma visita a um de seus parentes. Abrira a porta e imediatamente caíra no chão, inconsciente. Para superar a obstrução a nosso progresso, ela tornou a visitar o mesmo lugar e, ao entrar no quarto, mais uma vez caiu no chão, inconsciente. Durante a hipnose noturna seguinte, o obstáculo foi superado. Ao entrar no quarto, ela vira seu rosto pálido refletido num espelho que pendia defronte à porta, mas não fora a si mesma que tinha visto, e sim o pai com um rosto de caveira. - Muitas vezes observamos que seu pavor de uma lembrança, como no presente exemplo, inibia o surgimento da mesma, e esta precisava ser provocada à força pela paciente ou pelo médico.

O seguinte incidente, entre outros, ilustra o alto grau de coerência lógica de seus estados. Durante esse período, como já se teve ocasião de explicar, a paciente estava sempre em sua *condition seconde* - isto é, no ano de 1881 - à noite. Certa ocasião, despertou durante a noite, declarando ter sido levada para longe de casa mais uma vez, e ficou de tal forma excitada que todas as pessoas da casa se alarmaram. A razão foi simples. Na noite anterior, a cura pela fala havia dissipado o distúrbio da visão, e isso também se aplicava a sua *condition seconde*. Assim, ao acordar durante a noite, ela se viu num quarto estranho, pois a família se mudara na primavera de 1881. Acontecimentos desagradáveis dessa espécie eram evitados por mim pelo fato de (a pedido da paciente) eu sempre fechar seus olhos à noite e dar-lhe a sugestão de que ela não poderia abri-los até que eu próprio o fizesse na manhã seguinte. Essa perturbação só se repetiu uma vez, quando a paciente gritou num sonho e abriu os olhos ao despertar dele.

Visto que essa trabalhosa análise de seus sintomas versou sobre os meses do verão de 1880, o período preparatório de sua doença, consegui uma compreensão completa da incubação e patogênese desse caso de histeria, que agora passarei a descrever de forma sucinta.

Em julho de 1880, quando se encontrava no campo, o pai de Anna adoeceu gravemente em decorrência de um abscesso subpleural. Ela dividia com a mãe as tarefas de cuidar do enfermo. Certa vez, acordou de madrugada, muito ansiosa pelo doente, que estava com febre alta; e ela estava sob a tensão de aguardar a chegada de um cirurgião de Viena que iria operá-lo. Sua mãe se ausentara por algum tempo, e Anna, sentada à cabeceira do doente, pôs o braço direito sobre o espaldar da cadeira. Entrou num estado de devaneio e viu, como se viesse da parede, uma cobra negra que se aproximava do enfermo para mordê-lo. (É muito provável que, no terreno situado atrás da casa, algumas cobras tivessem de fato aparecido anteriormente, assustando a moça e fornecendo agora o material para a alucinação.) Ela tentou manter a cobra a distância, mas estava como que paralisada. O braço direito, que pendia sobre o espaldar da cadeira, ficara dormente, insensível e parético; e quando ela o contemplou seus dedos se transformaram em cobrinhas cujas cabeças eram caveiras (as unhas). (É provável que ela tenha tentado afugentar a cobra com o braço direito paralisado e por isso a anestesia e a paralisia do braço se associaram com a alucinação da cobra.) Quando a cobra desapareceu, Anna, aterrorizada, tentou rezar. Mas não achou palavras em idioma algum, até que, lembrando-se de um poema infantil em inglês, pôde pensar e rezar nessa língua. O apito do trem que trazia o médico por ela esperado desfez o encanto.

No dia seguinte, durante um jogo, Anna atirou uma argola em alguns arbustos e, quando foi buscá-la, um galho recurvado fez com que ela revivesse a alucinação da cobra, e ao mesmo tempo seu braço direito ficou distendido com rigidez. A partir de então, ocorria invariavelmente a mesma coisa sempre que a alucinação era recordada por algum objeto com aparência mais ou menos semelhante à de uma cobra. Essa alucinação, contudo, bem como a contratura, só apareciam durante as curtas *absences*, que se tornaram cada vez mais freqüentes a partir daquela noite. (A contratura só veio a se estabilizar em dezembro, quando a paciente ficou inteiramente prostrada e acamada de forma permanente.) Como resultado de algum fato particular cujo registro não consigo encontrar em minhas anotações e do qual não me recordo mais, a contratura da perna direita foi acrescida à do braço direito.

Sua tendência às *absences* auto-hipnóticas fixou-se a partir daquele momento. Na manhã seguinte à noite que descrevi, enquanto esperava a chegada do cirurgião, Anna caiu num tal estado de alheamento que ele por fim chegou ao quarto sem que ela o ouvisse aproximar-se. Sua angústia persistente interferia com a ingestão de alimentos e conduziu aos poucos a intensas sensações de

náusea. Afora isso, a rigor, cada um de seus sintomas histéricos surgiu sob a ação de um afeto. Não é bem certo se em cada um dos casos houve um estado momentâneo de *absence*, mas isso parece provável em vista do fato de que, em seu estado de vigília, a paciente ficava totalmente alheia ao que havia acontecido.

Alguns de seus sintomas, contudo, parecem não haver surgido em suas *absences*, mas apenas quando de algum afeto durante sua vida de vigília; se foi esse o caso, porém, eles reapareciam da mesma forma. Assim pudemos rastrear todas as suas diversas perturbações da visão até diferentes causas determinantes mais ou menos claras. Por exemplo, certa ocasião, quando, com lágrimas nos olhos, se achava sentada à cabeceira do pai, ele de repente lhe perguntou que horas eram. Ela não conseguia enxergar com nitidez; fez um grande esforço e aproximou o relógio dos olhos. O mostrador pareceu-lhe então muito grande, explicando assim sua macropsia e seu estrabismo convergente. Ou então ela se esforçou para reprimir as lágrimas para que o doente não as visse.

Uma discussão, durante a qual Anna reprimiu uma resposta à altura, provocou um espasmo de glote, e isso se repetia em todas as ocasiões semelhantes.

Perdeu a capacidade de falar (a) como resultado do medo, depois de sua primeira alucinação à noite, (b) após haver reprimido uma observação noutra ocasião (por inibição ativa), (c) depois de ter sido injustamente culpada de algo e (d) em todas as ocasiões análogas (quando se sentia mortificada). Começou a tossir pela primeira vez quando, certa feita, sentada à cabeceira do pai, ouviu o som de música para dançar que vinha de uma casa vizinha sentiu um súbito desejo de estar lá e foi dominada por auto-recriminações. A partir de então, durante toda a sua doença, reagia a qualquer música acentuadamente ritmada com uma *tussis nervosa*.

Não lamento muito que o fato de minhas anotações serem incompletas torne impossível para mim enumerar todas as ocasiões em que seus vários sintomas histéricos apareciam. Ela própria os relatava a mim em cada caso isolado, com uma única exceção por mim mencionada [em [1] e também mais adiante, em [1]-[2]]; e, como já disse, todos os sintomas desapareciam depois de ela descrever sua primeira ocorrência.

Também dessa maneira toda a doença desapareceu. A própria paciente formara o firme propósito de que todo o tratamento deveria terminar no dia em que fizesse um ano da data em que foi levada para o campo [7 de junho (ver em [1])]. Por conseguinte, no começo de junho, ela iniciou a “cura pela fala” com a maior energia. No último dia - recorrendo, como ajuda, a uma nova arrumação do quarto, a fim de assemelhá-lo ao quarto de doente do pai - ela reproduziu a aterrorizante alucinação já descrita acima e que constitui a raiz de toda a sua doença. Durante a cena original, Anna só havia conseguido pensar e rezar em inglês; mas, logo após sua reprodução, pôde falar alemão. Além

disso, libertou-se das inúmeras perturbações que exibira antes. Depois, saiu de Viena e viajou por algum tempo, mas passou-se um período considerável antes que recuperasse inteiramente seu equilíbrio mental. Desde então tem gozado de perfeita saúde.

Embora eu tenha suprimido um grande número de detalhes bem interessantes, este caso clínico de Anna O. tornou-se mais volumoso do que pareceria necessário para uma doença histérica que, em si mesma, não foi de caráter inusitado. Entretanto, foi impossível descrever o caso sem entrar em pormenores, e suas características me parecem suficientemente importantes para justificar esta exposição extensa. Da mesma maneira, os ovos dos equinodermos são importantes na embriologia, não porque o ouriço-do-mar seja um animal interessante, mas porque o protoplasma de seus ovos é transparente e porque o que neles observamos lança luz, desse modo, sobre o provável curso dos acontecimentos nos ovos cujo protoplasma é opaco. O interesse do presente caso me parece residir, acima de tudo, na extrema clareza e inteligibilidade de sua patogênese.

Havia nessa moça, enquanto ainda gozava de perfeita saúde, duas características psíquicas que atuaram como causas de predisposição para sua subsequente doença histérica:

(1) Sua vida familiar monótona e a ausência de ocupação intelectual adequada deixavam-na com um excedente não utilizado de vivacidade e energia mentais, tendo esse excedente encontrado uma saída na atividade constante de sua imaginação.

(2) Isso a levou ao hábito dos devaneios (seu “teatro particular”), que lançou as bases para uma dissociação de sua personalidade mental. Não obstante, uma dissociação desse grau ainda se acha nos limites da normalidade. Os devaneios e as reflexões durante ocupações mais ou menos mecânicas não implicam, em si mesmos, uma divisão patológica da consciência visto que, ao serem interrompidos - quando, por exemplo, alguém dirige a palavra à pessoa - a unidade normal da consciência é restaurada; não implicam tampouco a existência de amnésia. No caso de Anna O., porém, esse hábito preparou o terreno em que o afeto de angústia e pavor pôde estabelecer-se na forma que descrevi, tão logo esse afeto transformou os devaneios habituais da paciente numa *absence* alucinatória. É notável que a primeira manifestação da doença em seus primórdios já exibisse de modo tão completo suas principais características, que depois permaneceram inalteradas por quase dois anos. Estas compreendiam a existência de um segundo estado de consciência, que surgiu primeiro como uma *absence* temporária e depois se organizou sob a forma de uma “*double conscience*”; uma inibição da fala, determinada pelo afeto de angústia, que encontrou uma descarga fortuita nos versos em língua inglesa; posteriormente, a parafasia e a perda da língua materna, que foi substituída por um inglês excelente; e, por fim, a paralisia acidental do braço direito, em virtude da pressão, que depois evoluiu para uma paresia espástica e anestesia do lado direito. O mecanismo pelo

qual esta segunda afecção veio a existir mostrou-se em inteira consonância com a teoria da histeria traumática de Charcot - um ligeiro trauma ocorrido durante um estado de hipnose.

Mas, enquanto a paralisia experimentalmente provocada por Charcot em seus pacientes se estabilizava de imediato, e enquanto a paralisia causada em vítimas de neuroses traumáticas devidas a grave choque traumático logo se estabelece, o sistema nervoso dessa moça ofereceu uma resistência bem-sucedida durante quatro meses. Sua contratura, bem como as outras perturbações que se acompanharam, só se estabeleceu durante as curtas absences e em sua *condition seconde*, deixando-a, durante seu estado normal, com pleno controle do corpo, e em posse de seus sentidos, de modo que nada foi observado nem por ela própria nem por aqueles que a cercavam, se bem que a atenção deles estivesse enfocada no pai enfermo da paciente e, por conseguinte, desviada dela.

Entretanto, uma vez que suas absences, com sua amnésia total, e fenômenos histéricos concomitantes, tornaram-se cada vez mais freqüentes a partir da época de sua primeira auto-hipnose alucinatória, as oportunidades se multiplicaram para a formação de novos sintomas da mesma espécie, e os que já se haviam formado tornaram-se mais fortemente entrincheirados pela freqüente repetição. Além disso, qualquer afeto angustiante súbito passou gradativamente a ter o mesmo resultado de uma *absence* (embora, a rigor, seja possível que esses afetos *causassem* de fato uma *absence* temporária em todos os casos); algumas coincidências fortuitas formaram associações patológicas e perturbações sensoriais ou motoras, que daí por diante passaram a surgir junto com o afeto. Mas até então isso só havia ocorrido durante momentos passageiros. Antes de ficar permanentemente acamada, a paciente já havia desenvolvido todo o conjunto de fenômenos histéricos, sem que ninguém o soubesse. Só depois de ela ter entrado em colapso completo, graças ao esgotamento acarretado pela falta de alimentos, insônia e angústia constante, e só depois de ter começado a passar mais tempo em sua *condition seconde* do que em seu estado normal, foi que os fenômenos histéricos se estenderam a este último e passaram da condição de sintomas agudos intermitentes à de sintomas crônicos.

Surge agora a questão de determinar até que ponto se pode confiar nas declarações da paciente e de saber se as ocasiões e o modo de origem dos fenômenos foram realmente tais como ela os representou. Quanto aos fatos mais importantes e fundamentais, o grau de confiabilidade de seu relato me parece estar fora de dúvida. Quanto ao fato de os sintomas desaparecerem depois de “verbalizados”, não posso empregar isso como prova; é bem possível que isso se explique pela sugestão. Mas sempre achei que a paciente era inteiramente fiel à verdade e digna de toda confiança. As coisas que me relatou estavam intimamente vinculadas com o que lhe era mais sagrado. O que

quer que pudesse ser verificado através de outras pessoas era plenamente confirmado. Até mesmo a moça mais bem-dotada seria incapaz de engendrar uma trama de dados com tal grau de coerência interna como o exibido na história deste caso. Não se pode duvidar, contudo, de que precisamente sua coerência talvez a tenha levado (em absoluta boa-fé) a atribuir a alguns dos seus sintomas uma causa desencadeadora que na verdade não possuíam. Mas também a essa suspeita considero injustificada. A própria insignificância de tantas dessas causas e o caráter irracional de tantas das conexões envolvidas depõem a favor de sua realidade. A paciente não conseguia entender como é que a música para dançar a fazia tossir; uma construção dessa natureza é por demais destituída de sentido para ter sido deliberada. (Pareceu-me muito provável, aliás, que cada um de seus dramas de consciência acarretasse um de seus habituais espasmos da glote e que os impulsos motores que sentia - pois ela gostava muito de dançar - transformassem o espasmo numa *tussis nervosa*.) Por conseguinte, em minha opinião, as declarações da paciente mereciam toda a confiança e correspondiam aos fatos.

E agora devemos considerar até que ponto é justificável supor que a histeria se produza de maneira análoga em outros pacientes e que o processo seja semelhante quando nenhuma *condition seconde* tão claramente distinta tenha-se organizado. Para sustentar esse ponto de vista, posso assinalar o fato de que, também no presente caso, a história da evolução da doença teria permanecido inteiramente desconhecida, tanto da paciente quanto do médico, se não fosse a peculiaridade de a paciente se recordar de coisas na hipnose, como descrevi, e de conseguir relacioná-las. Enquanto estava em seu estado de vigília, ela não tinha nenhum conhecimento de tudo isso. Portanto, é impossível, nos outros casos, chegar-se ao que está acontecendo através de um exame dos pacientes em estado de vigília, pois, com a melhor boa vontade do mundo, eles não podem dar informação alguma a ninguém. E já ressaltai como as pessoas que cercavam a paciente eram pouco capazes de observar aquilo que estava acontecendo. Por conseguinte, só seria possível descobrir o estado de coisas em outros pacientes por meio de um método semelhante ao que foi proporcionado, no caso de Anna O., por suas auto-hipnoses. Por enquanto, podemos apenas externar o ponto de vista de que seqüências de fatos semelhantes aos aqui descritos ocorrem com maior freqüência do que nos levou a supor nossa ignorância do mecanismo patogênico em causa.

Quando a paciente ficou de cama e sua consciência passou a oscilar de forma constante entre o estado normal e o “secundário”, toda a série de sintomas histéricos, que haviam surgido isoladamente e até então se achavam latentes, tornou-se manifesta, como já vimos, como sintomas crônicos. Acrescentou-se então a estes um novo grupo de fenômenos que pareciam ter tido uma origem diferente: as paralisias espásticas das extremidades esquerdas e a paresia dos músculos

elevadores da cabeça. Eu os distingo dos outros fenômenos porque, uma vez que tivessem desaparecido, nunca mais retornavam, mesmo na forma mais breve ou branda, ou durante a fase conclusiva e de recuperação, quando todos os outros sintomas se tornaram de novo ativos após terem ficado inativos por algum tempo. Da mesma forma, jamais vieram à tona nas análises hipnóticas e não foram rastreados até as fontes emocionais ou imaginativas. Inclino-me a pensar, portanto, que seu surgimento não se deveu ao mesmo processo psíquico dos outros sintomas, mas que cabe atribuí-lo a uma extensão secundária daquela condição desconhecida que constitui o fundamento somático dos fenômenos histéricos.

Durante toda a doença seus dois estados de consciência persistiram lado a lado: o primário, em que ela era bastante normal psiquicamente, e o secundário, que bem pode ser assemelhado a um sonho, em vista de sua abundância de produções imaginárias e alucinações, suas grandes lacunas de memória e a falta de inibição e controle em suas associações. Nesse estado secundário, a paciente ficava numa situação de alienação. O fato de que toda a condição mental da paciente estava na dependência da intrusão desse estado secundário no normal parece lançar uma considerável luz sobre pelo menos um tipo de psicose histérica. Cada uma de suas hipnoses à noite oferecia provas de que a paciente estava inteiramente lúcida e bem ordenada em sua mente e normal no tocante a seus sentimentos e a sua volição, desde que nenhum dos produtos de seu estado secundário atuasse como um estímulo “no inconsciente”. A psicose extremamente acentuada que surgia sempre que havia um intervalo considerável nesse processo de desabafo revelou o grau em que esses produtos influenciavam os fatos psíquicos de seu estado latentes, tornou-se manifesta, como já vimos, como sintomas crônicos. Acrescentou-se então a estes um novo grupo de fenômenos que pareciam ter tido uma origem diferente: as paralisias espásticas das extremidades esquerdas e a paresia dos músculos elevadores da cabeça. Eu os distingo dos outros fenômenos porque, uma vez que tivessem desaparecido, nunca mais retornavam, mesmo na forma mais breve ou branda, ou durante a fase conclusiva e de recuperação, quando todos os outros sintomas se tornaram de novo ativos após terem ficado inativos por algum tempo. Da mesma forma, jamais vieram à tona nas análises hipnóticas e não foram rastreados até as fontes emocionais ou imaginativas. Inclino-me a pensar, portanto, que seu surgimento não se deveu ao mesmo processo psíquico dos outros sintomas, mas que cabe atribuí-lo a uma extensão secundária daquela condição desconhecida que constitui o fundamento somático dos fenômenos histéricos.

Durante toda a doença seus dois estados de consciência persistiram lado a lado: o primário, em que ela era bastante normal psiquicamente, e o secundário, que bem pode ser assemelhado a um sonho, em vista de sua abundância de produções imaginárias e alucinações, suas grandes lacunas de

memória e a falta de inibição e controle em suas associações. Nesse estado secundário, a paciente ficava numa situação de alienação. O fato de que toda a condição mental da paciente estava na dependência da intrusão desse estado secundário no normal parece lançar uma considerável luz sobre pelo menos um tipo de psicose histérica. Cada uma de suas hipnoses à noite oferecia provas de que a paciente estava inteiramente lúcida e bem ordenada em sua mente e normal no tocante a seus sentimentos e a sua volição, desde que nenhum dos produtos de seu estado secundário atuasse como um estímulo “no inconsciente”. A psicose extremamente acentuada que surgia sempre que havia um intervalo considerável nesse processo de desabafo revelou o grau em que esses produtos influenciavam os fatos psíquicos de seu estado “normal”. É difícil evitar expressar a situação afirmando que a paciente estava dividida em duas personalidades, das quais uma era mentalmente normal, e a outra, insana. Em minha opinião, a nítida divisão entre os dois estados nessa paciente só vem revelar com maior clareza aquilo que ocasionou um grande número de problemas inexplicados em muitos outros pacientes histéricos. Foi especialmente observável, em Anna O., o grau em que os produtos de seu “mau eu”, conforme ela própria o denominava, afetavam seu senso ético mental. Se esses produtos não tivessem sido continuamente eliminados, ter-nos-íamos confrontado com uma histérica do tipo malévolo - teimosa, indolente, desagradável e rabugenta; mas o que se passava era que, após a remoção desses estímulos, seu verdadeiro caráter, que era o oposto de tudo isso, sempre ressurgia de imediato.

Não obstante, embora seus dois estados fossem assim nitidamente separados, não só o estado secundário invadia o primeiro, como também - e isso se dava com freqüência em todas as ocasiões, mesmo quando ela se encontrava numa condição muito ruim - um observador lúcido e calmo ficava sentado, conforme ela dizia, num canto de seu cérebro, contemplando toda aquela loucura a seu redor. Essa persistência do pensamento claro enquanto a psicose estava em pleno processo encontrava expressão numa forma muito curiosa. Numa ocasião em que, depois de terem cessado os fenômenos histéricos, a paciente estava atravessando uma depressão temporária, ela apresentou grande número de temores e auto-recriminações infantis, entre eles a idéia de que de modo algum estivera doente e tudo aquilo fora simulado. Observações semelhantes, como sabemos, têm sido feitas com freqüência. Depois que um distúrbio dessa natureza desapareceu e os dois estados de consciência voltaram a se fundir num só, os pacientes, lançando um olhar retrospectivo para o passado, se vêem como a personalidade única e indivisa que se dava conta de todo aquele absurdo; acham que poderiam tê-lo impedido se assim tivessem desejado e se sentem como se tivessem praticado todo o mal de forma deliberada. - Deve-se acrescentar que esse raciocínio normal que persistia durante o estado secundário deve ter variado enormemente de intensidade e, muitas vezes,

até deve ter estado ausente de todo.

Já descrevi o surpreendente fato de que, do começo ao fim da doença, todos os estímulos decorrentes do estado secundário, junto com suas conseqüências, eram eliminados de maneira permanente ao receberem expressão verbal na hipnose, e resta-me apenas acrescentar a certeza de que isso não foi uma invenção minha imposta à paciente por sugestão. Fui apanhado inteiramente de surpresa, e só depois de todos os sintomas serem assim eliminados em toda uma série de situações é que desenvolvi uma técnica terapêutica a partir dessa experiência.

A cura final da histeria merece mais algumas palavras. Ela foi acompanhada, como já tive oportunidade de dizer, por perturbações consideráveis e uma deterioração do estado mental da paciente. Tive impressão muito forte de que os numerosos produtos do seu estado secundário que ficaram latentes forçavam agora sua entrada na consciência; e embora de início fossem recordados apenas em seu estado secundário, estavam ainda assim sobrecarregando e perturbando seu estado normal. Resta verificar se não deveríamos procurar a mesma origem nos outros casos em que a histeria crônica termina numa psicose.