

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 frequência, 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 epiléptóides, 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 frequência, 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 histéricos 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, recalcara 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 frequência. 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 ataque*” 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 *rapport* 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 frequência 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 esperar 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 históricos 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 recalcada. 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 históricos 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 históricos 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.

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