

Alerta ao leitor: este texto foi escrito em 1990. Tenha-se em consideração as inúmeras mudanças que ocorrem em 17 anos; prioriza o poder e a violência como operadores de subjetivação nas estruturas familiares. Gratidão ao Dr. César A. M. Bastos, pois o estudo foi reconstituído a partir da única cópia sobrevivente que ficou consigo ao longo de muitos anos; foi tão mal aceito na época – recusado com indelicadeza, inclusive – que até o autor – disciplinado – o destruiu. O Dr. César o guardou, convencido de que continha idéias interessantes. O autor confere ao estimado professor o mérito da sobrevivência das boas idéias e se responsabiliza pelas muitas, duvidosas ou equivocadas e pela indisciplina desta publicação.

Teoria do Formatador: Idéias para uma Concepção Psicanalítica da Epilepsia a Propósito da Clínica e do Problema Mente-Cérebro - Violência, Poder e Subjetivação.

The Formatador Theory: Ideas to the Psychoanalytic Conception of Epilepsy Considering the Mind-Brain Problem - Violence, Power and Subjectivation.

Criam, no recuados tempos que, de cima, (epi), vinha um espírito e abatia, lepsem, o indivíduo, donde o nome epilepsem, epilepsia. Ao tomar o corpo o energúmeno ficava sacudindo-se em convulsões, emitindo espumas pelos cantos da boca torcida, e os que assistiam, entendiam que estavam se avindo com caso de possessão demoníaca... (Palomba, 1991).

Juliano Fontanari¹

¹ Médico, Neurologista, Psiquiatra, Mestre em Lingüística - PUC-RS, Psicanalista CEP-PA, Filiado a Neuro-psychoanalysis Association, Membro Efetivo e Professor do CIPT

Resumo: O autor revisa alguns aspectos do problema mente-corpo, a visada psicanalítica desse problema e as implicações dessas idéias para a teorização psicanalítica sobre a epilepsia. Também investiga se um registro sócio-cultural como a linguagem pode conter em seu bojo a dinâmica da epilepsia e observa, comparando os achados dos nossos casos com os da literatura, que provavelmente é o que ocorre. As observações dos casos sugerem que as crises, no seu tipo e contexto real interno e externo de ocorrência, são utilizadas como semiotizantes (representação motora e de coisa) da conflitiva, sempre traumática que as determina. Tentando uma explicação estrutural para esta atividade semiótica, supomos uma teoria com as crises sacrificando momentaneamente a mente, cujo móvel dinâmico é o crime. Postulamos então a existência como parte do ego inconsciente de um aparelho – o formatador – cuja função é a geração de símbolos-ações que permitem a liberação da catexia do trauma, oferecendo o corpo semioticamente morto a uma identidade destrutiva. O formatador é um aparelho assemelhado ao *Language Acquisition Device* de Chomsky.

SUMMARY: The author reviews some aspects of the mind-brain problem, the psychoanalytic view about this subject and the implications of these ideas on the psychoanalytic theorization on epilepsy. It is also investigated if a socio-cultural register as language can contain in its structure the epilepsies dynamic and observes, comparing the findings of our cases and those of the literature that, probably, it's what happens. Cases observation suggest tat crisis, in its type and real intern and extern context of occurrence, are utilized as semiotizaters (motor and thing representation) of conflicts, always traumatic, that determinate them. Trying to find a structural explanation to this semiotic activity, we supposed a theory in which the crisis sacrificed momentaneosly the mind; witch dynamic vehicle is a crime. So, we postulated the existence, as part of unconscious ego, of a device – the Formatador - which functions is the generation of symbols-actions that realizes the liberations of traumas catexia, offering the semiotically dead body to an assassin identity. The Formatador is a device similar to the Chomsky's Language Acquisition Device (LAD).

Descritores: Semiótica, simbolização, Chomsky, crime, 'astrologia psicanalítica', monismo e dualismo.

Keywords: Semiotic, symbolization, Chomsky, crime, 'psychoanalytic astrology', monism and dualism.

Sumário

1. Problemas
2. Definições e Objetivos
3. O Problema Mente-Cérebro: Aspectos Epistêmicos
4. O Problema Social e Individual – Adquirido e Inato – Cultural e Biológico: Aspectos Epistêmicos
5. A Visada Psicanalítica, o Problema Mente-Cérebro e a Epilepsia.
 - 5.1. As Posições de Freud
 - 5.2. As Posições de Ferenczi
 - 5.3. A Visada Psicanalítica: Histeria e Epilepsia
 - 5.3.1. A Oscilação de Freud entre Epilepsia e Histeria
 - 5.3.2. Dostoiévski e o Parricídio (1928)
 - 5.3.3. A Visada Psicanalítica da Epilepsia
 - 5.4. A Exigência do Modelo Monista Para uma Teoria Psicanalítica da Epilepsia: Um Problema para a Aceitação e Divulgação do Modelo
6. A Visada Psicanalítica dos Registros Lingüísticos-Culturais da Epilepsia
 - 6.1. É possível que os registros lingüísticos que definem a epilepsia possam nos dizer sobre sua psicopatologia?
 - 6.2. A Contra-prova: E será que não se poderia dizer o mesmo da etimologia de outras palavras?
7. Relato das Observações
 - 7.1. O Difícil Problema do Emocional Precipitando Crises Epiléticas: Crises com Precipitantes Emocionais num caso de Epilepsia de Origem Tumoral. Pontos a Favor de uma Teoria Dualista Para a Compreensão da Epilepsia.
 - 7.2. Sobre a Estrutura Epilética: A Cena Primária
 - 7.3. Sobre a Estrutura Epilética: Os Núcleos Perversos-Paranóides, a Compulsão a Repetição e a Traumatofilia.
 - 7.4. Sobre a Estrutura Epilética: Um Caso de Transferência Gliscro-Cárica de Bleger com Etiologia Tumoral.
 - 7.5. Sobre a Estrutura Epilética: A Estrutura Epilética Pode Ser Projetada e Atuada pelo Doble?
 - 7.6. Sobre as Crises Epiléticas: Mais Sobre o Difícil Problema da Semiotização no Tipo de Crise Epilética. Ou, Quando o Concreto Semiotiza.
 - 7.6.1 A Representação da Morte pelas Crises. Ou, numa Teoria Monista, o Luto que é Descarregado pelo Aparelho Cerebral. Ou, Numa Teoria Dualista, o Ego que Usa o Cérebro num Último Grito de Simbolização (Semiotização) Antes do Ato Final.
 - 7.6.2 A Família Psicotizante e a Epilepsia como Tentativa de Escape. Ou, a Opção Entre o Desmantelamento Definitivo e o Desmantelamento Episódico do Aparelho Psíquico.
 - 7.7. Dir-se-á: Ora. Mas o Epilético é um Paciente com uma Neurose Traumática Grave e Qualquer Paciente com Traumas Precoces Tem Estrutura Parecida. Só que o Epilético Tem a Peculiaridade das Crises, Que Podem Estar Controladas ou não. Concordamos.
8. Discussão Geral das Observações e Conclusões
 - 8.1. A Epilepsia Não tem uma Psicodinâmica Unitária: Como o Sono, Serve a muitos Senhores.
 - 8.1.1. O Problema da Cena Primária e dos Núcleos Perversos-Paranóides no Epilético
 - 8.2. Por uma Teoria Dualista Provisória: A Teoria do Formatador
 - 8.3. Então, numa Teoria Cartesiana, as Crises São Usadas pelo Psiquismo ou Determinam o Psiquismo?

9. O Tratamento Psicológico nas Epilepsias: Terapia Comportamental e Psicoterapia Psicanalítica
10 Comentários Finais
Notas
Glossário
Referências Bibliográficas

O interesse por estes problemas verte de sua interseção com a Lingüística (Chomsky, 1977, 1980), semiótica (Peirce/1913/1977) neurobiologia (Jackson, 1925; Dejerine, 1926; Penfield e Erickson, 1941) e esboça as vias do problema mente-corpo e o amalgama destas questões na psicanálise. Há um glossário no final do texto para esclarecer conceitos predominantemente neurológicos que estão marcados com asteriscos.

1. Problemas

Os problemas que abordaremos são os seguintes:

- (1) Revisaremos o problema mente-corpo (e sua relação com a epilepsia) buscando mostrar que se tratará de uma questão que freqüentemente faz morada na mente do psicanalista.
- (2) Veremos a (2.1) visada da teoria psicanalítica a respeito do problema mente-corpo e suas implicações para as idéias psicanalíticas sobre a epilepsia, bem como (2.2) as implicações da maneira como a teoria psicanalítica aborda o problema mente-corpo na aceitação pela ciência oficial do modelo psicanalítico.

Quando da pesquisa de campo, e fundado nos pressupostos abordados anteriormente, vamos nos defrontar com as seguintes questões:

- (3) Verificamos se um registro cultural como a linguagem pode captar, nas nuances do sentido, a psicodinâmica da estrutura epilética.
- (4) Estudaremos a estrutura epilética a partir de casos e de vinhetas clínicas, tangenciando o problema mente-cérebro, buscando comparar nossos achados aos da literatura – brevemente, claro.
- (5) Depois, verificaremos² se, então, em havendo um vertedouro emocional, o epilético não poderia se beneficiar, do ponto de vista do controle das crises, (será que antes de indicar cirurgia para epilepsia

2 Vera, veritas, ver se é verdadeira, palavra freqüente, mesmo em Karl Popper, contemporâneo de Freud, que trabalhou com Adler e foi o principal teórico da filosofia da ciência neste século. Postula que não há verdade, que uma teoria científica nunca será verdadeira, será sempre uma conjectura a espera de uma refutação. Mas, se não se puder fazer modelo que permita que a conjectura seja testada, tal conjectura não pode ser chamada de científica. Não é o mesmo dizer que não tenha valor. Popper era Darwiniano e a teoria da evolução não pode ser testada, tem muito valor como uma conjectura pré-teórica, mas não é científica. Aqui, não deixa de ser interessante observar que a mesma crítica que Popper (1972) faz ao método psicanalítico, de não ser científico, conforme seu critério de que para uma teoria ser científica deve ser refutável, testável, portanto, também é aplicável à teoria da evolução de Darwin, à obra de Jackson e mesmo à de Haeckel. A obra de Piaget escapa porque ninguém duvida da matemática e tão pouco perguntamos de onde, na mente, vem ela (Piaget, 1983 a, 1983 b).

todos os pacientes não deveriam se submetidos a um período de psicoterapia-teste?).

Nas conclusões buscaremos várias implicaturas das questões anteriores:

(6) E, se o paciente pode ser beneficiado, que corpo teórico psicanalítico poderia abarcar o evento e, então, por quais novas veredas penderia a teorização do problema mente-cérebro?

(7) O controle das crises relacionado ao tratamento - se ocorre - seria mediado pela linguagem verbal? Ou pela linguagem pré-verbal? Esta relacionada a alguma mudança mais; o controle da violência ambiental?

(8) Finalmente, como abarcar todos esses enfoques numa teoria que desse conta dessas questões? E aí ousamos dar um lugar especial para a simbolização e denominar sua função como *formatadora*, explorando a metáfora da computação.

Diz um provérbio italiano que tanta pompa é prenúncio de casamento com pouca paixão, mas vamos tentar.

2. Definições e Objetivos

Desde já introduzimos um problema conceptual importantíssimo: a dificuldade que temos com a definição do que seja epilepsia. Trata-se de um assunto extremamente complexo, multifacetado e existem várias revistas para dar conta dos trabalhos sobre o tema. Por definição, epilepsia sempre é um transtorno orgânico, diferentemente da histeria que sempre é um transtorno ideogênico. Isto é, na epilepsia há um problema num nível especificado (relativamente) no cérebro e não há lugar para outra hipótese. Lembramos que uma crise epilética não altera a consciência (a consciência de si mesmo) necessariamente; quando altera a consciência não quer dizer que o comportamento do epilético seja inadequado ao ambiente. E sempre decorre de uma descarga neuronal paroxística, como definiu Jackson (1925). Dizem as más línguas que ele definiu e demonstrou isso com sua esposa. Também, lembramos que o correlato *eletro-encefalográfico fracassou, pois é muito freqüente alterações eletro-encefalográficas em pessoas normais e é muito freqüente epiléticos com eletro-encefalograma normal (vamos evitar os dados estatísticos que, a respeito, abundam). Isto é, o exame ajuda, mas não afasta e não define a existência de crises (salvo em raras exceções como no *pequeno-mal, nas *crises mioclônicas e em algumas *encefalopatias). Só a clinica pode indicar se uma crise é epilética ou não. Atualmente, com a vídeo-eletroencefalografia sabe-se que até 20% dos pacientes com crises intratáveis e poli-medicados não tem epilepsia. Tem doença factícia ou transtornos somatomórficos. Vê-se então a importância de um critério *psicológico* para definir o que seja epilepsia, mas será que existirá este critério? Essa nuance toda faz pensar mesmo que há lugar para várias outras concepções.

Advertimos, exigiremos paciência do leitor, quer do afeito à psicogenicidade – como é o caso – quer do afeito à organicidade. Como se não bastasse, exigirá o mesmo do monista³ de Spinoza que não distingue entre um aparelho mental e um aparelho cerebral e do dualista de Descartes, que impôs em definitivo a distinção – que iniciara com Aristóteles – entre esses aparelhos. Quanto aos pré-aristotélicos - que ainda não puseram as idéias dentro de nossa cabeça - não estão entre nossos leitores, embora os monistas idealistas que interpretam os sinais dos tempos e do mundo não sejam de todo incomuns. Buscamos delimitar, motivados pela freqüência com que a questão aparece na clínica⁴, o problema da interação (interação para os dualistas – visada que predomina no ocidente) entre aspectos emocionais e aspectos orgânicos como desencadeantes de crises epiléticas. Alertamos que estamos abordando crises epiléticas propriamente ditas, verdadeiras, embora saibamos do vespeiro filosófico a que o tema remete, indicativo, quem sabe, da multiplicidade de espaços inabordados (ver Gastaut e Broughton, 1975). O estudo da relação entre os aspectos emocionais e os aspectos orgânicos da epilepsia constitui umas das veredas do problema mente-cérebro. Responder pelo orgânico é responder pelo cérebro; já, responder pelo emocional, tomando emocional no seu sentido comum, vulgar, é responder pela mente. A epilepsia, com sua variedade de parencas, inequivocamente, tem sua psicopatologia (ou fisiopatologia?) localizada numa região limítrofe entre as funções de um aparelho mental e de um aparelho cerebral, constituindo-se num transtorno classicamente momentâneo⁵ da relação entre o cérebro e a mente. Note-se como é bizarra a expressão: *constituindo-se num transtorno da relação entre o cérebro e a mente*. Só desfaremos essa estranheza quando resolvermos o problema mente-cérebro. Adiantamos que, se considerarmos que um transtorno desse limbo possa significar, comunicar, temos de supor um aparelho que o faça, um aparelho que, portanto, anteceda a constituição do mental.

O dualismo no problema mente-cérebro pode ser sistematizado da seguinte maneira. Não temos dúvida de que um dado paciente tem alterações de seu psiquismo (transtorno no seu aparelho mental) por descargas neuronais (Jackson, 1925), e isso é o que nos indica o modelo neurológico⁶. Diz-se,

3 Spinoza (ver Ferrater Mora, 1982) criou a teoria das monas onde tudo seria formado por unidades iguais que seriam Deus. Naturalmente que, atualmente, usamos a palavra monista no sentido de unidade de estrutura e estritamente materialista.

4 Klin do alemão antigo referia-se a postura inclinada do médico diante do leito do paciente. Metaforicamente a palavra abarca, para o tema em pauta, o médico dito clínico, o neurologista, psiquiatra e psicanalista.

5 Lembramos apenas que com a descoberta do efeito kindling e sua correlação com a mania e com os transtornos de conduta no epilético, embora isto não esteja desenvolvido na literatura, é uma idéia interessante considerar que a crise possa levar (ou ser) um transtorno prolongado ao invés de momentâneo como é clássico.

6 Diz-se que esse modelo é neo-associacionista – o associacionista é o modelo de Wernicke – de Geschwind misto com o modelo das hierarquias funcionais de Jackson. Atualmente há um neoconexionismo tendo em Poppel um importante representante que estuda funcionalmente, através de marcadores elétricos, as conexões entre vários analisadores corticais. Por exemplo, Poppel (1989) sustenta que a consciência é intermitente, pulsa, e está junto da percepção, aliás, exatamente como Freud sustentou na carta de 06 de dezembro de 1896 à Fliess (Masson, 1986).

então, que o paciente tem uma síndrome cerebral orgânica. Nas e o inverso? O transtorno do aparelho psíquico, a instabilidade do aparelho mental por perdas, temores, pela emergência de desejos inconfessáveis (abandonemos por um momento a metalinguagem), não relacionados ou relacionados com fatores somáticos (como se dá com a sexualidade na puberdade, a perda de um parceiro na senilidade), será que não pode ocasionar um transtorno do aparelho cerebral manifesto com crises epiléticas? Dificilmente o neurologista não tem repulsa a esse tipo de pergunta. Por que? Porque é bizarra. Porque ela passa por cima da barreira mente-corpo e nos remete a questão de que não é razoável supor tal coisa: uma idéia⁷ que afetasse o cérebro. Interessante que o dualismo em neurologia, pela anátomo-patologia Virchowiana, só tem uma via, é epifenômico, pois os fenômenos mentais são meros acessórios, são meras secreções dos fenômenos cerebrais.

O monismo (só nos interessa o materialista) pode ser sistematizado da seguinte maneira:

Está bem, está bem, mas então como explicar a nossa impressão clínica que os pacientes podem ter crises com desencadeantes emocionais? Que dados clínicos podem nos orientar nesse problema, mesmo que num nível pré-teórico? Não, não é tão clara a certeza dos dualistas epifenômicos, com interacionismo de uma só via e nem se justifica tanta repulsa.

Acho que aqui perdemos a maioria dos leitores... De início poderia parecer que estamos nos introduzindo na patologia psicossomática – note-se o esforço das pessoas em serem monistas, quando dizem que o problema desta patologia estaria no *hífen* de psicossomática, mas Alexander (1950/1989) em seu texto oferece apenas algumas linhas à epilepsia e não fala dela isoladamente:

Em todas as três doenças – epilepsia, hipertensão e enxaqueca – impulsos hostis e destrutivos desempenham um importante papel.

O ponto de vista de Freud é da crise epilética como

uma descarga incoordenada e em curto circuito de impulsos destrutivos evidenciado em certos estados de fuga, que aparecem como equivalentes epiléticos,

nos quais os pacientes passam a ter um comportamento destrutivo e freqüentemente homicida. Note-se que quando se diz:... *Crise epilética como uma descarga incoordenada e em curto circuito de impulsos destrutivos é evidenciado em certos estados de fuga, que aparecem como equivalentes epiléticos...* a barreira mente-cérebro foi desconsiderada, trata-se de uma teoria monista, e é esse o teste para saber se uma teoria é monista ou dualista.

7 Por aí se vê como a obra de Freud e Breuer foi inovadora para todas as psicoterapias que, de uma ou outra maneira, postulam que se possa modificar o homem pela palavra ou por ações não invasivas, que não tenham ação direta sobre o orgânico.

A maneira como se estuda o aparelho mental e o aparelho cerebral apresenta vários aspectos em comum e o mais importante deles é a procura por regularidades estruturais. Pois é a definição dessas regularidades, mesmo que primitivas, o que se tenta. Vamos ver o que há de comum, se há, nos casos que estudaremos. Mas isso é um exercício científico segundo Popper? (Popper, 1971) Não, não é. Trata-se de uma tentativa de aproximação a alguma regularidade estrutural, num nível pré-teórico. Ainda não temos nenhuma teoria a ser testada⁸. E no que importa isso à clínica, além de eventualmente reforçar a indicação de psicoterapia (e seria essa necessariamente psicanalítica?) para alguns pacientes? Por enquanto, nada. Mas a questão é que em psicoterapia psicanalítica, a descoberta pelo interlocutor dessas regularidades na investigação do paciente pode ajudar muito. E ajudaria com a mediação da linguagem verbal ou de algum outro sistema? (ver Levinson, 1983; Searle, 1984; Lyons, 1977 e Grice, 1982). Pois é, uma boa questão. Isto é, nosso estudo não pretende contribuições operacionais – se ocorrerem serão despropositadas – mas sim focar criticamente os modelos deste problema.

Vamos de início situar o leitor no problema mente-cérebro e sua repercussão nos pares cultural-inato, individual-social, depois veremos como a psicanálise se situa diante do problema mente-cérebro e seu desencontro com os modelos da ciência conservadora, de como podemos tentar resgatar os aspectos mentais, individuais do cultural, de como o sujeito se impõe ao cultural – pela simbolização realizada pelo formatador – e entraremos, então, na visada psicanalítica da epilepsia seguida da discussão de nossos casos, da revisão das tentativas de tratamento psicológico para, finalmente, tentarmos uma teoria psicanalítica que de conta do tema, calcada nos itens anteriores.

3- O Problema Mente-Cérebro: Aspectos Epistêmicos

O problema da relação da mente com o cérebro, do físico com o psíquico, de como uma estrutura física, o cérebro, se relaciona com uma estrutura psíquica, o aparelho psíquico, é um problema cartesiano e parece-nos que a esta polarização subjaz uma segunda; aquela que se dá entre o que é inato e o que é cultural: inatismo versus cognitivismo, biologismo versus culturalismo.

A metáfora do cérebro como um sistema informacional ganhou força com Descartes (1637a, b/1975, 1978) cuja concepção mecanicista da interação entre a mente e o cérebro, manifesta na preocupação cartesiana com a construção de autômatos capazes de pensar, foi contemporânea da invenção da máquina de calcular por Pascal em 1639. Toda a cibernética tem essa concepção e é este dualismo que nos leva a perguntar se um computador teria

⁸ E se tivéssemos alguma já saberíamos de antemão que não há modelo que possa ser construído de maneira a permitir que testemos uma teoria psicanalítica, ou evolutiva como a de Darwin. Acredita-se que se os dinossauros não tivessem sido extintos por uma chuva de meteoros – que provavelmente ocorre periodicamente supondo que tivesse existido dois sóis no nosso sistema solar, um explodiu e o outro (naturalmente.) não – não existiria o homem sobre a terra. Agora, procurar regularidades estruturais que determinam o acaso, que determinam como, com a explosão de um sol, os dinossauros morreram e o homem pôde evoluir, ter uma consciência que pensa sua inconsciência, será isso possível? Pois a isto, parece-nos, equivaleria fazer um modelo para a teoria psicanalítica.

consciência e outras perguntas mais. Por exemplo, Rosen (1973/1984) considera o cérebro como um sistema determinístico, de maneira que, se o estado cerebral de um dado momento for especificado, seus estados subseqüentes poderão ser previstos e, naturalmente, também a mente. Schank (1985) empenha-se na construção de um computador cognitivo... Atualmente, numa versão cartesiana moderna, é lugar comum que concebamos a relação entre mente e cérebro como sendo aquela que um programa (*software*) mantém com a unidade processadora do computador (*hardware*). Mas para Searle (/1980/1984) esta é uma concepção perigosa, pois nos trás de volta ao dualismo cartesiano. Também, o computador não precisa ser uma máquina Von Neumann (computador digital). Pode ser uma máquina num nível ainda não especificado. Nesse sentido, então, há uma espécie de dualismo ainda mais perigo, a que diz que estas partes podem interagir – o dualismo interacionista (Popper e Eccles, 1977; Eccles, 1980/1986), pois nos leva a admitir que o cérebro interaja com a mente e a mente como cérebro. A hipótese dualista é uma herança pitagórico-platônico-aristotélica, onde uma alma (aquilo que não é corpo) é posta dentro de nossa cabeça, ou então a alma é vista como uma secreção do cérebro, isso para os epifenomenalistas ou para os interacionistas de uma só via.

Um potencial explicativo maior – talvez. – parece que nos oferece a abordagem de Feigl (1954, 1958/1973), segundo a qual, muito provavelmente, o problema mente-cérebro é falso e decorre de uma cilada que a linguagem nos armou. Utilizamos *dois* modos de falar que definem *duas* estruturas, irreduzíveis uma a outra, uma *mentalista* e outra *fisicalista*. Segundo essa idéia, a mente (num nível ainda não especificado) e a atividade fisiológica do cérebro (num nível ainda não especificado) teriam a mesma estrutura. O problema mente-cérebro seria, portanto, um *pseudoproblema*. Feigl argumenta que, se utilizarmos os potenciais evocados - podemos considerar genericamente a atividade elétrica cerebral, ou a atividade eletroquímica, a bioquímica ou a organização da informação das redes neuronais num dado momento – como uma linguagem, veremos que há correlação de equivalência entre a atividade psíquica e esta atividade elétrica, ou seja, ambas são uma mesma maneira de descrever um mesmo fenômeno. *Numa analogia, seria como se fizéssemos um mesmo discurso em duas línguas diferentes*. Então, o problema mente-cérebro seria um falso problema, que nasce da distinção que a linguagem faz entre ambos os conceitos, mas que realmente não existe. Linguagem aqui se refere a pensamento. Não esqueçamos que a linguagem é o invólucro, o papelão que enrola os conceitos quer sobre o orgânico quer sobre o psíquico.

Feigl é parte do grupo de Harvard, dos filósofos da linguagem, como Strawson (1950) e Wittgenstein (1958/1975), preocupados com os pressupostos na linguagem. Wittgenstein (1921/1968) sustenta numa obra de algumas páginas, mas que deu origem a duas escolas filosóficas, que *a forma lógica é a forma da realidade*:

4.014. *O disco da vitrola, o pensamento e a escrita musicais, as ondas sonoras estão uns em relação aos outros no mesmo relacionamento existente entre a linguagem e o mundo.*

4.0141. Que exista uma regra geral por meio da qual o músico possa apreender a sinfonia a partir da partitura, regra por meio da qual se possa derivar a sinfonia das linhas do disco e ainda, segundo a primeira regra, de novo derivar a partitura; nisto consiste propriamente a semelhança interna dessas figuras aparentemente tão diversas. E essa regra é a lei da projeção que projeta a sinfonia na linguagem musical. E a regra da tradução da linguagem musical para a linguagem do disco (p71).

Comparemos com a visada cartesiana, dualista. A de Feigl é monista, há uma estrutura só com muitas parencças. E claro que uma idéia como esta é linear, num tempo, metonímico e metafórico, monista é a palavra, como se o pensamento fosse uma metáfora e uma metonímia do mundo (conforme Jakobson, 1964) e nos permitisse explicar então porque podemos saber do mundo ou, no sentido de Popper (1971), como podemos nos aproximar de teorias científicas com cada vez maior potencial explicativo sobre o mundo (quer o 1 – material, o mundo 2 – da mente ou o mundo 3, do conhecimento, que está dentro das bibliotecas). Para Wittgenstein há uma unidade entre o mundo de um lado e, de outro, a lógica e a linguagem.

Os limites de minha linguagem denotam os limites de meu mundo e a filosofia é uma permanente luta contra o enfeitiçamento da linguagem (Wittgenstein, 1952/1975).

3.01. A totalidade dos pensamentos verdadeiros é a figuração do mundo.

3.02. O pensamento contém a possibilidade da situação que ele pensa. O que é pensável também é possível.

3.03. Não podemos pensar nada ilógico, portanto, do contrário, deveríamos pensar illogicamente (p61).

Como facilmente se vê, aí está o nascedouro da concepção de Feigl. Ryle (conforme Dennet, 1978) chegou a tal extremo sustentando a posição de Feigl, que considerou um equívoco grosseiro, um erro de categoria da filosofia, a existência de disciplinas filosóficas encarregadas da teoria da relação mente-cérebro, como o paralelismo, o interacionismo e outras, pois o problema mente-cérebro origina-se de uma confusão da linguagem comum entre mente e corpo. Bergson (1919/1979) demonstra que a visada estruturalista – *quando cada elemento só se define como tal a partir de sua relação com os outros* – não admite a relação – são estruturas diversas com regularidades diversas. – entre o físico e o psíquico. Sustenta que é necessário, sob pena de admitir uma derrogação da causalidade mecânica - segundo a qual tudo o que existe no universo é calculável matematicamente – supor que o cérebro, de onde parte a ação, contenha o equivalente da percepção, das lembranças e dos próprios pensamentos:

Então, como não há estado de consciência que não tenha concomitante cerebral, como uma variação do estado cerebral não acontece sem uma variação do estado de consciência (embora o inverso não seja necessariamente verdadeiro em todos os casos), como, enfim, uma lesão da atividade cerebral provoca uma lesão

da atividade consciente, concluímos que a qualquer fração do estado de consciência corresponde uma parte determinada do estado cerebral, e que os dois termos são, portanto, intercambiáveis. Como se tivéssemos o direito de estender ao detalhe das partes, relacionadas umas as outras o que foi apenas observado ou inferido de duas totalidades, e converter assim uma relação de solidariedade em uma relação de equivalente a equivalente. A presença ou a ausência de um parafuso pode fazer com que a máquina funcione ou não: daí se segue que cada parte do parafuso corresponde a uma parte da máquina, e que a máquina tenha equivalente no parafuso? Ora, a relação do estado cerebral com a representação poderia muito bem ser a do parafuso com a máquina, isto é, da parte com o todo (p52).

Note-se que também a visada estruturalista aponta para a insuficiência desse modelo binário e fica-se numa encruzilhada: Ou faz-se como Bion, tolera-se a dor do desconhecimento ou, quiçá, admite-se a visada monista. Popper (1977) critica esse paralelismo lingüístico dizendo que, se existem duas estruturas, duas linguagens, cumpre responder pela interação que há entre ambas, o que é o mesmo que resolver o problema mente-cérebro e põe a sua colher apoiando sua teoria dos três mundos.

O nosso problema é determinar como alguém pode ser tão individual como o seu nome e, evidentemente, não é simples conciliar regras gerais, regularidades estruturais com a individualidade. Antes de retomarmos a questão, lembramos que a posição monista, a rigor, considera que orgânico e mental embora sejam diferentes, tem uma mesma regularidade estrutural; a visada dualista considera que ambas são estruturas diferentes, com diferentes regularidades estruturais, com planos de clivagem diferentes, mas que no epifenomenalismo, o orgânico determina o psíquico. O que pressupõe regras transformacionais de uma estrutura em outra. O problema é que isso faz sentido discutindo genericamente, mas não individualmente; individualmente, a mente tem os limites do orgânico, mas não se dá o mesmo com sua função básica que é a simbólica, ela usa as potencialidades do orgânico para simbolizar, ela formata novos modelos de comunicação, ela se apóia na mente do outro como adjuntos de um processador computacional – é assim que a mãe faz a mente do bebê. E ela mesma no seu *energeia* aristotélico⁹ é gerada pelo formatador, aquilo que, a partir do orgânico e do ambiente, formata a mente, algo parecido com o pré-consciente adicionado de forte sentido adaptativo e com determinantes específicos. Insistimos que podemos tudo, menos não comunicar, não tornar comum. Somos, portanto, a favor de um dualismo de duas vias; visão essa que, como argumenta Popper (1977) não se separa do monismo lingüístico. Mas nossa posição, de outro lado, aceita a teoria dos três mundos de Popper e nosso esforço atual é na definição do construtor da individualidade do mundo 2, o formatador.

Isso quer dizer que podemos argumentar que o sujeito epilético tem dadas características mentais porque é epilético – tem uma alteração orgânica

9 Um livro em papel, letras e idéias é ergon , o livro produzindo efeitos, levando os homens a direcionar seu pensamento, é energeia.

– ou podemos argumentar que ele tem determinadas alterações mentais e por isso que tem as crises? As duas coisas. A nossa surpresa no estudo desses casos que fez a teoria do formatador é encontrar um ego que retira energia de um sistema orgânico insuficiente e que usa essas insuficiências para semiotizar (simbolizar). Pois esses transtornos mentais, como se diz, são resultados de uma função semiotizante do formatador que postulamos, como se a mente, ainda com limites biológicos, organizasse o orgânico.

4. O Problema social e individual – Adquirido e inato cultural e biológico: Aspectos Epistêmicos.

Estas polarizações que aparece em nossa cognição como fortes regularidades, na verdade verte do problema mente-cérebro: São um falso problema e decorrem de uma metáfora-metonímia (simbolização, semiotização) no social do conceito de mente.

Só podemos admitir como partes de nossa mente – aquilo que é consciente, como define a terminologia clássica – os fenômenos que podem ser comunicados (Poppel, 1987/1989; Bleger (1989)) – deixemos de lado, por enquanto, o problema de que podemos comunicar também o que é inconsciente, e deixamos de lado porque, afinal, também podem ser comunicados. Logo, o conceito de mente pressupõe a interação com o outro e sua materialidade. Então, só pode ser buscada na interação social (Vigotsky, 1930/1984; 1934/1979, Harré, 1894; Searle, 1980/1987), embora seja resultante do relacionamento da mente com o cérebro – como queremos nós os cartesianos atenuados. Isso, traduzido para uma teoria psicanalítica, nos leva ao seguinte: é indispensável uma teoria das relações objetais para explicar o colorido humano.

Se nossa mente é uma metáfora-metonímica do mundo e se o mundo é uma metáfora da mente, estamos diante de uma mesma estrutura. O problema é que o social decorre da metáfora de todas as mentes que já apareceram – e foram formatadas a partir do social e do orgânico – e é essa multiplicidade determinada pelo registro (e pelo tempo que o determina e dá sentido ao registro), que cria um lugar para o conceito de mundo 3 de Popper (1972).

Freud (1939), no *Moisés e o Monoteísmo* estuda por quais mecanismos os produtos da mente humana impregnam a cultura.

Como persistiu na cultura e na mente humana o assassinato de Moisés que fez a religião Egípcia ganhar tal ímpeto?

Mas, se assim é, e desde que podemos pensar os pensamentos já pensados – coisa que Freud aborda no estudo citado – invocamos Bergson (1919/1979) em socorro dos protopensamentos de Bion (1962/1963), de um aparelho para pensar pensamentos que os antecede em muito. Mas até que ponto, então, as motivações, por exemplo, estão programadas de modo

genético e até que ponto estão programadas de modo cultural? Provavelmente a questão não tenha sentido – mais um pseudoproblema?

pois impomos ao mundo a ordem que temos na nossa cabeça (Berkeley, 1731), sendo que a ordenação da realidade é específica de cada espécie (Poppel, 1987/1989) e, simultaneamente, o resultado do processo evolutivo das espécies (Dingwall, 1988).

Quer dizer, é mais ou menos evidente que não podemos aprender nada sem que tenhamos o potencial para fazê-lo e que o cultural é uma metáfora-metonímia da mente. Mas há os radicais: Fodor (1985) defende o inatismo e a impossibilidade de uma teoria da aprendizagem conceitual (no sentido Piagetiano, 1983a, 1983b, Flavell, 1971):

não prendemos nada pois tudo está inscrito (e não escrito) no biograma.

Entretanto, se radicalizarmos demais, corremos o risco, por recusarmos posições animistas, vitalistas, religiosas, aceitarmos-nos a partir de concepções ditas materialistas, como unidade carbono da ficção científica. Uma coisa é ter o potencial e outra é realizá-lo e é esse o espaço do método psicanalítico, espaço que compartilha com os métodos educativos a bem da verdade. Uma coisa é ter-se o potencial para matar, mas ser cirurgião cardíaco, atirador de elite ou, simplesmente, assassino de aluguel, e essas diferenças é que decorrem da função do formatador. Pois são essas várias nuances que também encontramos na semiotização na epilepsia. Se o inato – a pulsão – tivesse tanta importância já nasceríamos adultos – como se dá como seres primitivos que já nascem com o sistema nervoso mielinizado; diferente de nós que nascemos pouco mielinizados – mas muito dependentes - e mielinizamos na medida que cristalizamos – esperamos que a palavra não seja tomada como petrificação - a cultura. Não podemos escapar do comentário de que a palavra cristalizar remete ao problema da desidentificação e de que se nós mudamos realmente? Ou se nos transformamos? O que significa que o orgânico, sem dúvida, impõe limites espécie específicos para o mental.

5. A Visada Psicanalítica, o Problema Mente-Cérebro e a Epilepsia.

Naturalmente que uma tentativa de buscar a visada psicanalítica do problema mente-cérebro com um mínimo de adequação implicaria num desenvolvimento maior, coisa que está distante de nossas possibilidades e da motivação desse estudo. Alertamos então que não desconhecemos a insuficiência de nossa abordagem. Um dos raros autores que se posicionam explicitamente sobre o tema é Winnicott (1988):

Em algum lugar, portanto, a fisiologia funde-se suavemente à psicossomática (ao psico-soma), que inclui a fisiologia das mudanças somáticas associada às pressões e tensões da psique... Por fim, a psicossomática não nos permite presumir um relacionamento intenso entre a psique e o soma. Na

psicossomática, é preciso considerar os estados tão comuns e importantes em que a relação entre a psique e o soma é enfraquecida ou mesmo rompida (p45).

E, especificamente sobre o problema mente-corpo:

Ao tentar descobrir porque a cabeça é o lugar dentro ou fora do qual a mente está localizada. Suponho que a antiga trepanação do crânio visada o alívio das perturbações mentais... O cirurgião que faz uma lobotomia pré-frontal pareceria inicialmente estar fazendo o que o paciente pede, isto é, aliviando o paciente de sua atividade mental, a mente tendo se tornado inimiga do psico-soma podemos ver que o cirurgião é presa da falsa localização da mente feita pelo paciente, da mente na cabeça, com sua conseqüência, a equivalência da mente ao cérebro... (Winnicott, 1949).

5.1. As Posições de Freud

Freud parece oscilar entre pelo menos três posições:

- (1) É monista quando interpreta o sangramento nasal de Emma Eckstein (Fliess a opera e esquecera uma gaze na cavidade cirúrgica) como decorrente de um desejo de Emma de rever Fliess, como ansiedade de separação (Masson, 1986). É monista na sua interpretação clássica da epilepsia de Dostoievski como o desejo do parricídio e a identificação com o pai morto, identificação essa realizada diretamente pela crise. Não quer dizer isso que não possamos entender a crise essa de uma maneira dualista, mas, na descrição dos fatos, Freud (1928) o faz de maneira monista, como uma descarga de emoções no corpo e, para isso, sustenta que o personagem de Dostoievski tinha uma histeria grave ou uma histero-epilepsia, ou uma epilepsia afetiva.
- (2) É claramente dualista no estudo do caso de Sadger (1909), onde se preocupa muito com o diagnóstico diferencial entre epilepsia e histeria, caso esse que seria visto então como histeria. É dualista quando aponta que a pulsão é o representante psíquico do instinto ou que pulsão é um conceito na transição entre o físico e o psíquico, dizendo de um inconsciente corporal em oposição a um inconsciente mental, cuja investigação seria a tarefa da psicanálise. E como o inconsciente esse ficou na interseção entre o físico e o psíquico, o problema mente-corpo ficou esquecido (ou resolvido na idéia de alguns).
- (3) Finalmente, impressiona-nos ver que para Freud (1905) – neurologista – o problema não é mente-cérebro e sim mente-

corpo. E isso é bem manifestado na sua teoria das zonas erógenas e suas pulsões parciais. Repare que, para Freud, a mente não está no cérebro, está no corpo, posição essa que, como vimos, foi retomada explicitamente por Winnicott (1949), para quem a mente esta também, fora do corpo:

No estudo de um indivíduo em desenvolvimento, freqüentemente se descobre que a mente está desenvolvendo uma falsa entidade e uma falsa localização... não há localização de um self...

Pois essa terceira posição põe Freud, para a concepção atual, dentro de um monismo idealista. Mas o fato é que o que ele buscava era um conjunto de regularidades estruturais e, por isso, não lhe interessavam as barreiras. O conceito de libido, lapidar na teoria psicanalítica, oscilou entre uma metáfora, uma espécie de artifício do pensamento científico, e uma realidade. Numa reunião das quartas-feiras apresentada por Hitschmann em 1909, denominada *Neurose e Toxicose*, Freud oscilou entre o orgânico (entre uma posição dualista) e o metapsicológico (a simples busca e delimitação de uma regularidade estrutural). Se ficar com o metapsicológico tem de abandonar a explicação tóxica para as neuroses atuais... Se ficar com o orgânico...

É prematuro dirigir nossos esforços para o orgânico. E acaba por sustentar que devemos nos contentar em formular postulados (regularidades estruturais) psicológicos tais como os da excitação sexual e da libido que, para começar são oblíquos (soslayan) ao orgânico.

Vai daí que, só é pertinente denominar essa teoria de monismo idealista e se referir ao orgânico e não for metapsicológica. Isto é muito importante; uma coisa é tentar uma teoria que possa explicar um conjunto de fenômenos e outra é supor mesmo que a teoria seja pan-explicativa e se refira a fatos concretos. Isto é, uma coisa é supor que existia uma substância chamada libido e outra é supor que isso seja um modelo de compreensão de fenômenos. O leitor, com alguma experiência, verá que um significativo número de psicanalistas, que tem comprometido a imagem da psicanálise com a academia criam, a partir destes conceitos o que poderíamos chamar de *astrologia psicanalítica*.

Mas às vezes parece-nos que Freud assumiu uma posição naturalista e, até mesmo, fica-se com a impressão que - quem sabe se inspirou em Darwin e Jackson - abordou inclusive a gênese, a constituição do orgânico a partir da interação com o aparelho psíquico. Vejamos a Carta a Fliess de 11 de janeiro de 1897 (Masson 1986):

...A determinação da psicose...em contraste com a neurose...parece estar em que a agressão sexual ocorre antes do término do primeiro estágio intelectual, isto é, antes que o aparelho psíquico esteja constituído em sua forma primária... a epilepsia creio, pertence ao mesmo modo...

Apontamos, então, que haveria uma instância – o formatador- que determinaria a patologia e receberia também características da transmissão da especificidade familiar a partir da interação do orgânico com o ambiente, instância esta presente antes que o aparelho psíquico esteja constituído em sua forma primária.

Não é de todo difícil compreender essa visada dentro do contexto cultural de Freud. Seu tempo e sua obra situa-se numa encruzilhada onde a história natural da mineralogia do paleontologista e pai da neurologia moderna Jackson (1925) é aplicada à neurobiologia, buscando no homem a organização nervosa correspondente a várias espécies inferiores, onde a filogenia é associada à ontogenia na lei biogenética fundamental de Haeckel, sustentando que a ontogenia repete a filogenia. E com Freud, temos a aplicação desses conceitos – biológicos na sua vertente – a uma teoria da mente com múltiplos estágios marcados por aspectos relevantes da filogênese e da ontogênese (Sulloway, 1979 e Rappaport, 1967). O que conta é a busca da regularidade estruturais, nada mais que isso. Se Freud os aplicou estes princípios às motivações, Piaget (1983 a, 1983b, Flavell, 1971), o fez ao desenvolvimento da atividade cognitiva da criança e ambos mostraram que o desenvolvimento humano recorda o desenvolvimento cultural nos diversos ramos de conhecimento. É como se a história da matemática nos contasse da aquisição das regularidades estruturais da matemática pela criança. E como se a história das guerras nos contasse a história da agressividade na criança, como se, estudando as instituições humanas estudássemos nossa mente. Note-se que o interesse em qualquer desses focos é a busca de uma regularidade estrutural.

5.2. As Posições de Ferenczi

Mas para Ferenczi, Freud passou uma forte impressão dualista (embora Ferenczi mesmo, na sua *Thalassa* (1923), levou às últimas conseqüências, uma combinação de monismo e lamarquismo) Disse-lhe (Ferenczi, 1921) que os tiques decorriam muito provável de algo orgânico e Ferenczi, impressionado com os aspectos emocionais relacionados aos tiques, resolveu conciliar sua teoria psicanalítica dos tiques com a organicidade proposta por Freud. (E é essa a abordagem que assumimos e discutimos suas implicações dinâmicas e econômicas). Ferenczi (1917, 1921) supôs, então, que

haveria um crescimento neuropático da libido que tenderia a se ligar à sede de uma alteração somática patológica (ou a sua representação psíquica)

Nesse sentido, a idéia de Freud quanto à natureza orgânica dos tiques achava-se justificada, mesmo que fosse preciso deixar pendente, por enquanto, *a questão de saber se a libido estava ligada ao próprio órgão ou a sua representação psíquica*. O que segue é importantíssimo para nosso enfoque. No seu estudo sobre as *patoneuroses*, Ferenczi atribui esses quadros a três fatores inter-relacionados:

(1) *Um perigo de morte ou uma ameaça de traumatismo.*

- (2) *Uma lesão de uma parte do corpo já anteriormente muito investida de libido.*
- (3) *E um narcisismo constitucional tal que a menos lesão de uma parte do corpo atinge o ego inteiro (Ferenczi, 1917).*

Note-se aí a primeira referência implícita ao crime (filicídio) como trauma dinâmico determinante de crises (como veremos em nossos casos). A visada de Ferenczi é lindeira entre *as psiconeuroses, as neuroses atuais e as neuroses traumáticas*, evitando cuidadosamente o conceito de libido como é utilizado quando se enfoca as zonas erógenas. Sua visada é dualista e ele está supondo que há uma interação entre o corpo (cérebro) e a mente, *sendo que esta última seria plantada, semeada (semem – sinal, testículos – testemunho) pela libido*, mas não respondeu ao ônus da interação entre o corpo e a mente, pois, na sua idéia, considerou esses elementos como dados.

O dualismo de Ferenczi é interacionista e sua posição é muito atual, da qual partilhamos e lembramos que é derivado de uma concepção médica antiga, explícita na Comunicação Preliminar (1893) como disposição através de doença local: *um coração enfermo é mais susceptível que um sadio...* (p258).

A atualidade gestou alguns monistas idealistas que tangenciam a barbárie, pois se referem à teoria, à metapsicologia, como a fatos concretos: não estamos mais diante de uma metáfora, mas de fatos. A idéia das fantasias hepáticas não é uma brilhante teoria metapsicológica (Chiozza, 1970, 1978) é fato. A inveja leva à hemólise. A constrição psíquica leva à constrição das vias biliares. É o que chamamos astrologia psicanalítica.

5.3. A Visada Psicanalítica: Histeria e Epilepsia

5.3.1. A Oscilação de Freud entre Epilepsia e Histeria

Freud iniciou seu estudo *Sobre a Histeria* (1888) com o enfoque médico tradicional que sua época, que considerava a histeria como hereditária e que haveria um contínuo com várias doenças mentais onde se incluía a epilepsia:

Os histéricos sempre têm uma disposição hereditária para perturbações da atividade nervosa; entre seus parentes são encontrados epiléticos, doentes mentais... (p90).

Mas na *Histero-Epilepsia* (1888) preocupou-se em fazer a distinção clínica de ambos os quadros, isto é, são entidades clínicas distintas e que o termo mesmo – histero-epilepsia – é objetável e deve ser abandonado como apontou numa nota na tradução do livro de Charcot para o alemão, onde também recusa a idéia de que a epilepsia seria um agravamento da histeria.

Na Comunicação Preliminar (1893), de novo vacilante, Freud e Breuer tentaram uma aproximação desses conceitos, pois relacionaram as convulsões

epileptóides, que os observadores consideravam como verdadeira epilepsia, *petit-mal*...

como casos de histeria traumática onde o paciente, durante os ataques está alucinando o mesmo fato que determinou o primeiro ataque (p44). Aí, as convulsões mais ou menos epileptóides eram vistas como uma descarga máxima de emoções (p258). Também não se pode afastar a possibilidade de haver acessos convulsivos puramente motores... nos quais tudo o que acontece é que a massa de excitação...é descarregada num ataque epilético. Aqui devemos ter a convulsão histérica... (p301).

Logo depois Freud estava completamente mudado e sua preocupação básica era com o *sentido*, com o a *memória*, o *registro depositado no sentido*. Numa Carta a Fliess de 12 de janeiro de 1897 pede-lhe que

tente rastrear um caso de convulsões infantis até uma agressão sexual, lambidas ou dedo no ânus. Isso cobriria uma famosa categoria funcional da literatura: irritação por vermes, dispepsia... (Masson, 1986, p224).

Aqui Freud busca a psicopatologia das crises epiléticas no registro cultural do sentido e busca a regularidade estrutural subjacente às crises. Como veremos nos nossos casos, os núcleos perversos-paranóides são muito manifestos no epilético e faz sentido buscar os marcadores do registro na cultura, que relaciona crises convulsivas com *ataques de bichas*.

O período primário anterior a um ano e meio, tem-se tornado cada vez mais significativo. Estou inclinado a distinguir diversos períodos até mesmo dentro dele... (Masson, 1986, p227).

Isso tudo para, logo depois, nos *Três Ensaio...*(1905) separar claramente ambos os conceitos:

a enurese noturna, a menos que represente um ataque epilético, corresponde a uma poluição noturna. (p195).

Oscilante como permaneceu em toda a sua obra, em *Algumas Observações Gerais Sobre Ataques Histéricos* (1909) parece tentar de novo uma síntese entre a epilepsia e a histeria. Freud escreveu-o logo após a Reunião das Quartas-Feiras de 21 de outubro de 1908 quando foi discutido por Sadger um caso de pseudo-epilepsia histérica, publicado também em 1909, observa que

já na antiguidade o coito era descrito como uma pequena epilepsia. Alterando isso um pouco, podemos dizer que um ataque histérico convulsivo é equivalente de um coito. A analogia com um ataque epilético é de pouca valia, pois a gênese deste é ainda mais obscura do que a dos ataques histéricos p238. A incontinência urinária certamente não é compatível com o diagnóstico de ataque histérico já que não faz senão repetir uma forma infantil de

polução violenta. (Compare-se com sua idéia nos três ensaios). ...morder a língua, ato tão compatível com a histeria quanto com os jogos amorosos...pode ocorrer um ato-ferimento que repete um acidente da vida infantil...(p237). A perda de consciência num ataque histérico, a absence deriva-se do fugaz, mas inegável lapso de consciência que se observa no clímax de toda satisfação sexual intensa, inclusive as auto-eróticas... O mecanismo dessas absences é comparativamente simples. Toda a atenção do indivíduo fica concentrada inicialmente no curso do processo de satisfação; quando esta ocorre toda essa catexia da atenção é subitamente removida, daí resultando um momentâneo vazio na consciência. (É incrível vermos como de fato Freud misturava teorias mecânicas, orgânicas com teorias metapsicológicas) Esse vazio, que se poderia qualificar de fisiológico, amplia-se a serviço da repressão para tragar tudo aquilo que a instância repressora rejeita (p237).

Esse relato é estranho à visada atual, pois um recurso que freqüentemente utilizamos (embora não seja muito satisfatório) para fazer a diferença entre ataque histérico e um ataque epilético é a manutenção da consciência. Esse modelo, na verdade, é inadequado para a histeria e adequado – fazendo-se a ressalva que seria metapsicológico e monista – para a epilepsia. Ainda, vale comentar que Freud envolveu-se num vespeiro ao separar *consciência* de *atenção*.

5.3.2 Dostoievski e o Parricídio (1928)

Seus mais íntimos discípulos, Reik e Jones, não concordaram com esse estudo e foram certos: Freud ficou no manifesto, pois o parricídio é absolutamente manifesto nos Irmãos Karamazov. Além disso, foi grosseiro com os russos:

...na verdade, essa transigência com a moralidade constitui um traço russo característico (p205).

Vale comentar que Freud sustentou sua posição e que as imperfeições em parte decorriam da pressa em terminar o estudo que Eitingon lhe exigia. Novamente não conseguiu se definir entre a histeria e a epilepsia.

Ora, é altamente provável que essa chamada epilepsia constituísse apenas um sintoma de sua neurose e devesse, por conseguinte, ser classificada como histero-epilepsia, ou seja, como histeria grave (p205).

É interessante referir que existem vários estudos sobre a epilepsia de Dostoievski e não se tem, nem nunca se teve dúvida de que ele fosse um epilético. Sua estrutura psíquica é quase obviamente epilética: envolvido com uma tentativa de estupro de uma criança, jogador precisava perder até o último tostão, mau pagador, impôs uma vida miserável a sua família descuidando do atendimento dos filhos, oscilante, de extremista, passou a

reacionário e tal posição fica reforçada se considerar que os personagens de sua obra são partes, ou tentativas de elaboração, de sua vida.

Da epilepsia, Freud comenta:

...É como se houvesse sido disposto organicamente um mecanismo para a descarga instintual anormal, de que se poderia fazer uso em circunstâncias inteiramente diferentes, tanto no caso de distúrbios da atividade cerebrais devido a graves afecções histolíticas ou tóxicas, quanto no de um controle inadequado sobre a economia mental...(p209). (Naturalmente, essa hipótese supõe a existência de um aparelho capaz de por o orgânico a serviço do mental: o formatador). A reação epilética... também está indubitavelmente à disposição da neurose, cuja essência reside em livrar-se, através de meios somáticos, de quantidades de excitação com as quais não pode lidar psiquicamente. Assim, a crise epilética se transforma num sintoma de histeria, sendo por ela adaptada e modificada, tal como é pelos processos sexuais normais de descarga. É, portanto, inteiramente correto distinguir entre epilepsia orgânica e epilepsia afetiva... é extremamente provável que Dostoiévski tenha uma epilepsia do segundo tipo (209).

Note-se a tentativa de conciliação entre a epilepsia e a histeria.

A dinâmica das crises de Dostoiévski foi entendida como...indubitavelmente, significam uma identificação com o pai como punição, mas se tinham tornado terríveis tais como a própria morte assustadora do pai. Quais outros conteúdos absorveram, especificamente, qual conteúdo sexual, foge à conjectura (p215).

Veremos mais dados nos breves comentários dos casos.

5.3.3. A Visada Psicanalítica da Epilepsia Propriamente Dita

No nosso meio Martins (1983) tem um importante estudo sobre a epilepsia, onde se posiciona a respeito do problema mente-corpo e parece ser um monista lingüístico:

Este problema (da relação do orgânico com o psicológico) pode ser examinado e esclarecido mediante o enfoque das interações psicossomáticas que deverão processar-se na vigência de uma situação traumática, cuja sobrecarga psico-afetiva necessita ser contida e controlada, tarefa que caberá ao ego realizar, tendo em vista derivar, elaborar e suprimir o excesso de excitações existentes. Para efetivar tais funções de controle e domínio, deve o ego – muito mais do que em condições comuns – contar com estruturas somáticas funcionalmente adequadas, uma vez que suas funções assentam e se exercem sobre aquelas estruturas, podendo mesmo dizer-se que elas correspondem, e fazem continuidade, no plano psíquico, a funções afins que, no plano orgânico, pertencem ao sistema nervoso. Ora, no caso da existência de distúrbios da atividade elétrica cerebral, como os que

se admite como causas predisponentes para as manifestações da epilepsia, estaria presente uma deficiência... .. Demonstrando o seu sistema nervoso certa inaptidão para metabolizar os estímulos de maneira apropriada...(p31).

Sobre a epilepsia, considera, a partir de seus dados e dos achados de Rascovsky e Rascovsky (1945) que, dentre os vários fatores envolvidos, deve-se enfatizar muito os traumas precoces e, dentre estes, a situação traumática precoce que avulta em interesse é a cena primária. Martins considera como o mais significativo ponto de fixação na epilepsia aquela característica da vida de fantasia da fase oral sádica, a cena primária...

E que daí resultam alguns traços de comportamento característicos do epilético como a viscosidade, que deriva de fantasias primitivas de fusão corporal com o objeto (p34).

Considera também que o ego recorre ao poder anal sádico de controle a fim de enfrentar-se com o problema do domínio da tensão traumática que emana da cena primária.

...Tais conteúdos dos ataques reproduzem por sua vez as vivências e acontecimentos da cena sádica... (os ataques) representam ou simbolizam aquelas vivências criminais ou eróticas (p41).

Num de seus casos relata que *as crises*

vinham substituir e continuar o suicídio, salvando o paciente de sua efetivação real (p42). Ante a cena primária internalizada, os esforços defensivos do ego teriam como finalidade, não somente dar vazão à exagerada excitação, como também afastar e suprir a fonte que a origina (p45).

Liberman (1972) diz que a epilepsia não pode ser colocada dentro de nenhum de seus agrupamentos estilísticos e considera-a como uma patorritmia que pode se inserir em qualquer tipo de componente estilístico e *seguramente o condiciona*. Considera também que qualquer de nós, não obstante termos um elevado umbral para desenvolver crises epiléticas...

Se destruímos o aparelho amortecedor de estímulos... poderemos ter crises. E que...nos traços de caráter epilético predominam as técnicas narrativas, porém com características de sucção e mastigação (viscosidade e ruminação) compondo o que denominamos defesas obsessivas... (p775).

Seu discípulo Maldavsky (1989) sustenta, fundando em Lacan, na teoria nos *dobles* que nos pacientes drogaditos, epiléticos, psicossomáticos e traumatofílicos o *doble* é um número

...Na libido intrassomática (em adições, epilepsia...) se transpõe como homeoresis, quer dizer, um equilíbrio com certa orientação, e

esta se projeta como número (p4)... A voluptuosidade corresponde a um sado-masiquismo intra-orgânico (p5).

Bleger (1898, 1989) tem uma obra surpreendentemente voltada para o tema: Na sua obra *Psicologia da Conduta* revisa amplamente as posições filosóficas sobre o problema mente-corpo e se posiciona pelo monismo lingüístico (ou lógico, ou estrutural), além de sustentar a posição – a que aderimos na nossa idéia do formatador – de que o fenômeno mental é uma modalidade de conduta. Na sua obra *Simbiose e Ambigüidade* estuda seu *objeto aglutinado*, uma extensão de várias idéias sobre o tema da transferência psicótica e invoca uma nova posição junto da posição depressiva e esquizo-paranóide, a posição *gliscro-cárica*, cuja ansiedade seria confusional; seu objeto, *o núcleo aglutinado (ambíguo)*; a defesa seria a clivagem, imobilização e fragmentação e essa posição seria o ponto de fixação da epilepsia e dos estados confusionais. Considera que a característica básica da transferência psicótica é a simbiose, sendo que a viscosidade epilética seria uma variante da mesma, que envolve a dinâmica de um objeto com características muito complexas cuja mobilização envolveria o ego em ansiedades extremas e maciças, confusionais. O vínculo com o objeto aglutinado é encontrável não apenas na simbiose, mas também na epilepsia e nos estados epileptóides. Bleger tenta a sistematização da figura combinada extremamente destrutiva, do núcleo *alertagado* de Cesio, do objeto morto-vivo de Baranger e dos objetos bizarros de Bion.

A epilepsia corresponderia, portanto, como vimos na carta de Freud a Fliess a uma fixação num período muito precoce da constituição do ego. Interessante que Martins, como recém revisamos lembra Bleger ao falar de fantasia primitivas de fusão corporal com o objeto de que resulta a conduta viscosa. Rascovsky e Rascovsky (1974) apontam que, subjacente às crises há a ameaça do filicídio, demonstrada cabalmente na análise dos Irmãos Karamazov de Dostoievski, posição que nossos casos nos levam a aceitar.

Validamos o trauma como severo e intenso que expõe o ego a um nível primitivo de funcionamento, daí porque a figura combinada é tão manifesta como a traumatofilia e os núcleos perversos-paranóides. Na nossa visada, a epilepsia é uma defesa, quando o ego, num último esforço semiótico ofereceu-se morto aos seus algozes.

Dir-se-á: Mas e por que meio fisiológico isso é feito? Como é que a consciência pode ser engolfada (pelo núcleo aglutinado como quer Bleger?) Argumentamos da seguinte maneira: Uma criança quando se fina, irritada, com raiva, hiperventila propositadamente até diminuir o débito cardíaco e desmaiar. A hipóxia resultante poderá determinar um simples desmaio ou uma crise convulsiva tônico-clônica generalizada dependendo de diferenças na excitação neuronal resultante da hipóxia. O que houve nesse caso? A criança se utilizou – conscientemente – de um mecanismo fisiológico para semiotizar aquilo que está contido em morrer de raiva. Mais se aceita atualmente que a consciência e a atenção estão intimamente relacionadas, só que os resultados dos mecanismos atencionais, e apenas os resultados atingem a consciência, mas os mecanismos atencionais são inconscientes (Crisk e Koch, 1990). Isto é, abre-se uma brecha para supor instâncias inconscientes que utilizam recursos do fisiológico ou do patológico, o que implica que estamos postulados a existência de um aparelho

formatador capaz de fazer essa função, via mecanismos atencionais. Mais um exemplo: uma mãe que vive próxima de um aeroporto é capaz de acordar quando seu bebê geme, mas não com 140 decibéis de um avião. Mas estiver irritada com o esposo – isso dependendo de sua história individual – não acordará com nenhum desses estímulos, esperando que o esposo vá atender seu filho.

5.4 A Exigência do Modelo Monista do Problema Mente-Cérebro para uma Teoria Psicanalítica Purista da Epilepsia: Um Problema para a Aceitação e Divulgação do Modelo.

Se repararmos na posição de Ferenczi e do nosso Martins, não é difícil aceitar uma teoria psicanalítica da epilepsia, mas a medicina psicossomática, quando dá ênfase no *hífen* e quando argumenta que o paciente tem um pré-consciente que prescinde de representações, como se pudéssemos explicar um transtorno físico apenas por um transtorno psíquico, cria dificuldades importantes para aceitação do modelo. Ainda, por exemplo, Chiozza (1970, 1978) argumenta por uma pan-teoria que confunde a metapsicologia com o concreto – acabando numa ‘astrologia psicanalítica’. Para simplificar: O modelo monista não é aceito pela ciência oficial e, para complicar: Ferenczi mesmo na sua obra levou o monismo ao extremo, supondo o comportamento dos primórdios da vida no mar mediterrâneo. Acreditamos que, a visada dualista fosse mais enfatizada, quem sabe, via equação etiológica.

6. A Visada Psicanalítica dos Registros Lingüísticos-Culturais da Epilepsia

Aqui, verificaremos se um registro cultural como a linguagem pode captar nas nuances do sentido, a psicodinâmica da estrutura epilética.

6.1 É possível que os registros lingüísticos que definem a epilepsia possam nos dizer sobre sua psicopatologia?

É claro que temos de considerar que é possível sim que a palavra tenha se fixado a partir de um momento da humanidade, por exemplo, marcado pela religiosidade que dá um timbre específico para epilepsia, mas que não seria próprio dela e sim do período em que se fixou. Para verificarmos isso temos duas coisas a fazer:

- (1) Demonstrar onde nos apoiamos para argumentar dessa maneira e ver quais os registros para a palavra epilepsia e, depois,
- (2) (2) ver se o registro de palavras com campo semântico assemelhado tem as mesmas implicações.

Então, se nos ativermos os seguintes pressupostos:

(1) A linguagem é a casa do ser. Nesta habitação do ser mora o homem. Os pensadores e os poetas são os guardas dessa habitação. A guarda que exercem é o consumir a manifestação do ser, na medida que a levam à linguagem e nela a conservam (Heidegger, 1939, p149).

(2) Existem registros lingüísticos que nos mostram tanto o pensamento cultural (interpessoal) como o da transmissão de inconsciente para inconsciente como nos aponta Freud (1913) em *Totem e Tabu*:

...Pois a psicanálise nos mostrou que cada homem possui, na atividade mental inconsciente, um aparelho que o capacita a interpretar as reações de outras pessoas, isto é, a desfazer as deformações que os outros impuseram à expressão de seus próprios sentimentos (p188).

(3) Logo, se para o resgate arqueológico desses registros nos apoiarmos no argumento de Ferenczi (1911), para quem as palavras obscenas possuem a capacidade de obrigar àquele que escuta a reviver quadros regressivos e alucinatórios... E, se lembrarmos da concepção de Freud do desenvolvimento ontogenético dos mecanismos psíquicos a partir de um centro de reação motor-alucinatório até um órgão do pensamento, chegamos à conclusão de que as palavras obscenas têm atributos que em algum estágio precoce do desenvolvimento psíquico todas as palavras devem ter possuído.

Parece que os sinais da fala que substituem imagens...retêm por um período de tempo considerável certa tendência à regressão...até que se obtém uma capacidade para imaginação e pensamento abstratos que está quase totalmente livre de elementos perceptivos alucinatórios (p103)

(4) Ainda, se invocarmos Freud na *Significação Antitética das Palavras Primitivas (1910)*, citando a Interpretação dos Sonhos, que

os sonhos tomam, além disso, a liberdade de representar qualquer argumento, por seu contrário de desejo; não há, assim, maneira de decidir, num primeiro relance, se determinado elemento que se apresenta por seu contrário está presente nos pensamentos do sonho como positivo ou negativo (p141).

Pois Freud supôs encontrar este sentido antitético nas línguas antigas, em comum com os sonhos.

- (5) E, finalmente, se nos apoiarmos em Bleger (1988) que sustenta que

a partir de uma indiferenciação primitiva, que corresponde a uma estrutura particular do ego na qual o eu e o não-eu não foram discriminados, e tampouco os objetos antitéticos, a introdução da divisão esquizóide torna possível esta discriminação...

Esta indiferenciação ou ambigüidade não se refere apenas ao sentido das palavras, mas à própria palavra, e isso explica que se possa inverter tanto sua dicção como seu sentido.

Apliquemos, então, estes pressupostos:

Criam, nos recuados tempos que, de cima, ep(i), vinha um espírito e abatia, leptom, o indivíduo, donde o nome epileptom, epilepsia. Ao tomar o corpo, o energúmeno ficava sacudindo-se em convulsões, emitindo espuma pelos cantos da boca torcida, e os que assistiam, entendiam que estavam se avindo com caso de possessão demoníaca... (Palomba, 1991).

Acrescentaríamos que *ep(i)*, além de cima, superior, sobre é posterioridade, posterior, atrás, como na pineal ou epífise (em oposição à paráfise - ao lado da *fise* - e hipófise - embaixo da *fise*) ou posterior no sentido metafórico, intercambiável por secundário. O Prof. Palomba em carta pessoal aponta o radical mais adequado *lambaniam* - possuir, tomar posse, no sentido de estar possuído ou (e não perguntamos o que se segue ao Prof. Palomba) no mesmo sentido em que a palavra possuir é usada para o coito. Aí está, a etimologia da palavra mostra-nos ainda hoje como o homem comum sente, percebe, a epilepsia: De cima e por trás (*ep*), vinha algo que possuía, se apossava, dominava, seduzia, abatia (*lambaniam, leptom*) o indivíduo, daí *epileptom, epilepsia*. Ambrosio Paré (in Gastaut e Broughton, 1975) dá a seguinte definição etimologia para a palavra epilepsia:

Le épilepsie signifie surprise ou rétention de tous les sentiments.

É muito interessante ver que a palavra *surpresa* em francês e *epilepsia* são etimologicamente sinônimas. *Sur* significa sobre, em cima de enquanto *pris*, tomado, agarrado, seduzido. Claramente observamos uma concepção de que algo venha por cima, de fora e tome posse do indivíduo, além do que a idéia de uma retenção dos sentimentos recentemente foi retomada pela psicossomática. Em inglês, a palavra *seizure*, de *seize*, enfatiza mais o *lambaniam* grego, pois além de crise significa *apossar-se, seqüestro, captura, ser tomado, ser atacado, ser engolfado*. *Crise* é de origem latina e refere-se em seus vários significados a *subtaneidade, conflito, medo terrível*.

Os gregos acreditavam que a crise correspondia à visita de uma divindade e, pelo tipo, pela parte do corpo onde iniciava, indicava a divindade visitante, pois para Platão havia dois mundos, o das idéias e o real e o das idéias era partilhado com os deuses. Na Idade Média, embora com Aristóteles

as idéias já tivessem sido enfiadas dentro de nossa cabeça, predominava o conceito assírio-babilônico de que seriam produzidas por demônios e muitos santos eram invocados para proteção dos epiléticos, daí a epilepsia ser conhecida como *Doença de São João Batista, de São Miguel* - o grande adversário do Maligno - de *São Vito, São Cornélio... Doença de Hércules, Doença Sagrada, Morbus Deificus, Morbus Comitialis* - porque as sessões do Senado Romano eram suspensas sempre que alguém presente tinha uma crise - *Morbus Sideratus* - porque fulminava, siderava, *Mal Caduco*, porque caía, tirava a razão, perdia o tino, *Morbus Foedus* (*foedus* - feio, repugnante, horroroso, conforme carta pessoal do Prof. Palomba).

Em cada palavra a ênfase num aspecto do evento. Mas é nítida a posse do indivíduo por um demônio - ou para os gregos, uma divindade mesmo, pois poderia ser de *Marte à Cybele*, a mãe dos deuses - de que decorria a perda da razão. O evento poderia ser tomado como diabólico ou sagrado.

Poderemos então fazer as seguintes suposições sobre a estrutura psicológica do epilético, guardada no registro lingüístico: O maligno lesem o indivíduo por cima e por trás, pela região posterior, na nossa posteridade (metafórica) animal, demoníaca, seria o rabo embora a nômica anatômica chame *sacro* ao osso mais posterior. Foi assim que o sentimento se fez palavra: O energúmeno *lesem*, daí o nome de mal *sideratus* - porque fulminava, de longe, por cima - como um espírito divino, daí o nome de mal sagrado e pela região posterior. Se nos admitirmos mais audaciosos, a partir da hipótese de Ferenczi, parece que para a compreensão dos gregos, reprimida, o energúmeno (quando malévolo), o espírito (quando indiferente) e o espírito do bem (não temos uma palavra para falar do espírito do bem, pois sua manifestação, exceto pela visada psicanalítica, é virtude e não doença) entra no indivíduo pelo ânus. Para resgatar a força da linguagem dos sentimentos como recomenda Ferenczi: *o maligno entra pelo... E produz regressões (supressão do ego) orgásticas*. Isto é, sistematizando, parece que nossos achados supõem que o epilético faz a pantomima - para o inconsciente do espectador - de uma cena primária sádica.

6.2. A Contra-prova: E será que não se poderia dizer o mesmo da etimologia de outras palavras?

Dividimos as crises em dois componentes: Na perda de consciência - desmaio, síncope e nos movimentos que mais tipificam as crises - tremor. A palavra grega para *desmaio*, usada como termo técnico médico é *síncope* (*sunkoptein: sun - junto - koptein - cortar*). *Desmaiar* parece ser uma palavra derivada do francês antigo *esmaier*, de *esmaecido* - *apagado*; daí dizer-se *apagou por desmaiou*. *Esmaecido*, sem dúvida, deve ser uma referência à tez daquele que desmaia, que perde a cor. Quanto a *tremor* tem sua raiz em *trem, ter* (terror), *trep* (trepidar) - todas são raízes de palavras que remetem a algo relacionado com pânico. Como se vê, essas palavras estão mais relacionadas à estrutura fóbica. Evidente que não ignoramos que desmaio mais tremor não é o mesmo que epilepsia, mas essa aproximação foi o que de melhor conseguimos.

7. Relato das Observações

Deixemos que o leitor se impregne dos problemas emergentes com a descrição dos casos e em seguida compararemos nossos dados aos da literatura e tentaremos, a partir da clínica e de nossa revisão, uma teoria que dê conta dessas questões: a teoria da formatação. Descrevemos apenas alguns casos, poderia ser mais, mas não o fazemos por razões de espaço gráfico e porque julgamos que esses são bastante representativos. Dir-se-á que são fragmentos de material, que têm a limitação da visada de quem os acolheu ou até menos do que fragmentos de material... Com o que concordamos, mas ampliamos essas limitações para todos os produtos da percepção, logo... - o que não significa que não consideramos a idéia de estarmos muito equivocados. Colocamos um título para os casos buscando suscitar reflexões (induzir associações), mas, evidentemente, cada caso, em algum ou em todos os aspectos seria representativo do tema em discussão. Marcamos com um asterisco os termos técnicos e os comentamos sumariamente no glossário.

7.1. O Difícil Problema do Emocional Precipitando Crises Epilépticas: Crises com Precipitantes Emocionais num Caso de Epilepsia de Origem Tumoral. Pontos a Favor de uma Teoria Dualista para Compreensão da Estrutura Epiléptica.

Caso 01 – Menina atualmente com 16 anos, mas que contava seis quando comecei a acompanhá-la. Filha de pais separados, prematuridade – 30 dias de incubadora – e anóxia neo e peri-natal graves, seu nome resulta da junção de parte do nome do pai e da mãe. Tem uma irmã dois anos mais velha e vivem com a mãe, e do pai nada se comenta. Quando buscaram ajuda, tinha *enxaqueca clássica com episódios freqüentes que começaram quando da separação dos pais. Investigada, descobriu-se com o *EEG que tinha um *foco lento e com *atividade irritativa *parieto-ocipital esquerda e a *TCE mostrou um *cisto porencefálico na mesma área onde o EEG mostrava as alterações, isto é, não tinha enxaqueca e sim epilepsia com *crises parciais complexas. As crises foram mudando a característica e permaneceram anos intratáveis com o uso variado e múltiplo de medicação. Os vários EEGs e as várias TCE realizadas não acrescentaram nada. Aí a família notou que o quadro era dependente de fatores emocionais, contaram o número de crises e observaram que estavam relacionadas a acontecimentos... Por exemplo, a única crise tônico-clônica generalizada que teve em toda sua vida foi quando U mudou-se da casa onde nascera e isso que estava muito medicada; pareciam ser precipitadas por ansiedade de separação. Houve época em que o tratamento psicológico ajudou muito. Impressionante foi que quase teve sua viagem suspensa - fez *RNM em São Paulo para definir o diagnóstico – tal o número de crises que, com a mesma medicação, sumiram na volta. O fato é que a última TCE mostrou que o dito cisto porencefálico não era nada disso e sim um tumor, um *astrocitoma grau II, de malignidade intermediária, confirmado pela

RNM. Operada e irradiada atualmente está sem medicação (e, claro, sem crises). Mas sua impulsividade, mesmo considerada sua adolescência, é muito chamativa e parece prenunciar problemas. Está sendo atentamente observada.

Breve Comentário

Esse foi um desses muitos casos de múltiplos enganos. (1) Não era enxaqueca – com etiologia emocional, dada a separação dos pais – era epilepsia com crises parciais complexas. (2) Embora as crises tivessem determinantes emocionais, a causa básica era um tumor que demorou nove anos para ser diagnosticado. O fato de que as crises possam ocorrer em momentos de, genericamente, tensão emocional (ansiedade de separação, raiva, pânico, tristeza...) confirma o já sabido, pois é bem conhecido que as crises – qualquer uma – podem ser precipitadas por nervosismo (é assim que alguns textos neurológicos se referem aos precipitantes emocionais das crises: nervosismo. E nosso objetivo é melhor desenhar o tema). Note-se como os conceitos de equação etiológica e séries complementares de Freud são atuais nesta temática mas como necessitam de uma explicação adicional: como a mente interage com o cérebro.

7.2. Sobre a Estrutura Epiléptica: a Cena Primária

Caso 02 – LC é um rapaz com 32 anos que não ocasiona boa impressão, pois se repete muito e é bradipsíquico (mas mantém a estrutura lógica do pensamento, às vezes pára para pensar sobre onde andar o fio de Ariadne), que acompanho já se vão muitos anos – é o filho mais jovem, tendo duas irmãs mais velhas – que sofreu anóxia neo e peri-natal grave, com várias *circulares de cordão, teve crises convulsivas tônico-clônicas generalizadas ocasionais na infância que reiniciaram na adolescência, agora com *automatismos psicomotores e permaneceram controladas até o pai adoecer, que quando não se esbateram mais embora o uso múltiplo e variado de medicação. Na infância desenvolvera *aplasia de medula conseqüentemente ao uso de uma das drogas, de que resultou esterilidade diagnosticada há pouco mais de quatro anos. O EEG mostrou-se anormal evidenciando atividade irritativa *temporal esquerda e a TCE foi normal. Este paciente preenchia critérios para a indicação da cirurgia para epilepsia: tinha atividade irritativa bem localizada pelo EEG e um mesmo tipo de crise, freqüente e intratável, quando optei pela indicação de psicoterapia. Interessante que no início da psicoterapia ficou 90 dias sem crises que depois reapareceram e atualmente está a 150 dias sem crises, e a última ocorreu quando do pagamento e depois de 60 dias sem crises; naturalmente que está medicado, e como, com uma dose aproximadamente quatro vezes a convencional, dada a sua profissão; dose esta inalterada desde o início da psicoterapia. Segue algum material das sessões. L nasceu em

circunstâncias muito difíceis, quando a mãe caía e batia com a barriga no chão, mas acho que para assustar o pai... Ela foi hospitalizada naquele hospital lá do morro, quando eu tinha três anos... o pai resolveu hospitalizá-la porque ela estava se fazendo de louca... a mãe teve como mãe uma puta e ficou assim, ficou muito só e foi adotada pela tia, por isso que ficou assim... ela é uma pessoa que tem problemas, cutuca os cachorros de casa com uma agulha de tricô que enfia no ânus deles... ela fazia isso com o grande que depois nós tivemos de dar porque um dia ele quase atacou ela, tive de segurar pela coleira... mostra com a mão e depois anuncia que teve mais uma crise, que... sua amiga veio visitá-lo. A mãe insiste que ele não tenha vergonha e vá fazer aquele exame que enfiam um dedo no ânus para ver se ele não tem câncer... Pede para eu ver se suas mamicas não estão crescendo, está desconfiado de que uma está... A mãe vive se queixando dos sacrifícios que ela faz na vida pelo pai e por ele, que dá tudo de si, mas que gostaria de viajar para a França, Itália e Europa – ela pensa que é um país, mas, coitada, ela não teve a educação que tivemos... O pai é religioso, mas é parecido com a mãe... quando ela viajou... ele comentava comigo, depois de se sentir culpado por que sempre deixava para eu lavar a louça... que a mãe era uma puta que faz ele sofrer muito... .

O pai fez um casamento para arranjar mulher que para ele me parece muito difícil, não consigo imaginar o velho trepando... e a mãe casou foi para conseguir um irmão... por isso que eles têm essa repulsa que a gente nota por sexo... A mãe sempre tem um sono muito agitado e a gente dorme com as portas abertas, até o banheiro a gente não fecha... não, isso não é por causa das crises... é que a mãe dorme mal, geme baixinho e sempre sou eu, quem ouço, o pai dorme muito profundamente, me acordo e vou chamá-la, mãe, mãe, mãe, acorda, é só um sonho... Ela geme, acorda e diz que estava sonhando que cuidava de mim, que me agarrava assim bem apertado... Tem momentos psicóticos – no sentido fenomênico do termo – aparentemente integrados à estrutura familiar e fala com freqüência de uma briga que teve com a mãe na defesa do pai. ...a mãe mostrou uma salsichinha dessas que ficam na ponta da outra, pequenina e disse ó (pai) parece a tua... notei que o pai ficou muito constrangido pois o pai disse que aceitava anular o casamento um mês depois de casado porque não conseguiu ter ereção... e então tomei as dores do pai: Quer ver só como o pai é homem. Pois se deite com as pernas abertas que o pai vai lhe enfiar o pau que vai lhe sair pela boca a senhora vai acordar todo o quarteirão com seus berros, vai lhe sair pela boca e aí a senhora chupe, chupe para ver como se chupa pau de homem, chupe, chupe, isso se ele não lhe enfiar por trás para sair pela frente. L não tem ou teve vida amorosa só transou com putinhas... garotas de programa... naturalmente que só enfoca seus relacionamentos a partir dessa perspectiva e se culpa pois quando o pai bateu na irmã... corri e me deitei... de lado, encostado na coxa dela e fiquei de pau duro enquanto o pai batia nela. e ela gritava, gritava. e eu me roçava na coxa dela... A irmã andava nua dentro de casa e depois vinha me dizer que eu queria transar com ela... o namorado passava a mão na bunda dela, ela só de tanguinha... na minha frente... O pai

sempre que dá banho no cachorro faz ele beber água a força que é para ele se limpar por dentro... Tenho de tomar cuidado porque o pai vem com o seu chicote e me pega o pescoço. O pai e a mãe estão pegando das minhas mãos, um de cada lado e a descarga toda é em mim... Depois que L iniciou o tratamento o pai está muito agressivo e tem quebrado coisas em casa, sendo que seu alvo predileto é os interruptores de luz.

Mas o que separa a cena primária desse caso da de outros casos não-epilépticos ?

Vejamos mais um caso: A cena primária de uma paciente borderline

Caso 03 – TG é uma moça bonita que veio a tratamento a mando do marido, embora achasse que precisava por muitas e muitas razões, pois estavam tentando reatar depois de múltiplas separações e sua impulsividade inviabilizava tudo. O motivo da última separação foi ter furado toda a porta do casal com um facão de cozinha... Mas o motivo premente para o tratamento e que a está deixando louca é que não suporta o barulho de um restaurante próximo a sua casa, barulho de conversa e, especialmente, o ttilar de pratos à noite quando lavam a louça. Fez três entrevistas de avaliação e evadiu. Na última, interessante, traçara um fio de Ariadne que ia de sua revolta com os animais que têm de puxar carroças carregadas – tem apenas um irmão, um ano mais jovem e é filha mais velha – passando pelos acidentes em que lhe bateram na traseira do carro, os prejuízos que teve... pois confiou nas pessoas, até a sua descoberta, sozinha, do pavor que tinha quando o pai procurava a mãe e ouvia os movimentos daquele italianão vindo por cima... Teve de responder que nunca tivera crises, nunca fizera EEG e seu DNPM era normal e se despedir comentando que as chaminés do dito restaurantes estavam caídas.

Vejamos mais um caso: A cena primária do perverso

Caso 04 – KX tem 46 anos, mas parece mais velho e ocasiona má impressão no primeiro contato; não olha nos olhos, sua magreza, o jeito esguio e o bigode exagerado deixam entrever que é ou se considera uma criatura vil e suja. É casado há 19 anos, um filho de 18 e uma menina de 12 e vem a tratamento por palpitações, tonturas e dores no corpo todo... no peito, nas pernas, nos pés... polinvestigado sem achados orgânicos, foi-lhe recomendado tratamento psicoterápico. Relutante, fala que não tem relações sexuais há cinco anos embora durma na mesma cama com a esposa... Vê dois filmes pornográficos por semana... e até há pouco fazia furos nas paredes para observar mulheres no banheiro enquanto se masturbava... Começou isso aos 17

anos vendo a mãe de um amigo... depois fez furos no seu banheiro, na casa de praia da família... tem muito prazer em observar as pessoas de cima, do teto do banheiro... Mas conseguiu se adaptar e atualmente só vê filmes pornográficos. Masturbador contumaz, logo me anunciou que gastava muito em jogo e que tinha a mão no dinheiro da empresa... Estou anotando e descobri que eu gasto muito com raspadinha, também, não tenho outro tipo de prazer, a única coisa que me satisfaz é dar uma raspada, fico sozinho ao meio dia e fico uns dez minutos raspando todos os dias... Tem ejaculação precoce e enrola o pênis com papel higiênico enquanto assiste aos filmes pornográficos... Mas está melhor atualmente... K se empenhou em resolver seus problemas e o que segue é o relato de seu primeiro relacionamento sexual depois de cinco anos: deitamos eu e ela me pediu para fazer uma massagem nas costas – ela tem um problema de coluna – aí eu estava fazendo, por trás, ela de baby-doll, aparecendo as calcinhas saltadas nas nádegas... o meu guri estava na sala... a televisão com o som baixo... aí eu disse pra ela olha que coisa engraçada? eu tive uma ereção contigo. , aí ela pegou o meu pênis... o guri passava por ali e eu estava preocupado ele... Pergunto-lhe: Como passava por ali? É que a gente sempre dorme de porta aberta... Descreve a relação em várias posições debaixo das cobertas, na penumbra... Com o guri passando e olhando para a cama... Depois fica preocupado que seu filho anda muito mal, que é isolado, não se sociabiliza, na frente dos pais sempre anda com uma toalha na frente dos genitais, mesmo quando anda de roupa... Se ele vê que nós tivemos relações, mas brigamos nos últimos cinco anos, isso vai piorar mais a cabeça dele... .

Vejamos mais um caso: A cena primária do psicossomático

Caso 05 – ST tem 28 anos e sua asma tem a mesma idade, com ansiedade de separação intensa, filho único, veio a tratamento depois do falecimento do pai; é casado, sem filhos e extremamente arguto, inteligentíssimo, capta qualquer variação de minhas feições, qualquer alteração no timbre de minha voz e está atento a qualquer barulho, qualquer modificação do ambiente. Segue um breve relato de parte de algumas sessões. Inicia dizendo que se sentir muito mal, que sua asma está pior, não sabendo porque está assim... E queixou-se até o final da sessão e, no término, com o aumento da ansiedade de separação, acrescentou:...Minha sobrinha dormiu com a gente e eu quase não dormi, acho que é por isso que estou assim, não tinha me dada conta. É que, como ela faz xixi na cama nós a colocamos num colchonete do lado da cama, em cima de um plástico e, cada vez que ela se virava, fazia barulho e eu acordava... Ela chorou várias vezes, não estava acostumada sem os pais. Só depois que nós nos demos conta que ela acordava com um estímulo, mas como ela é pequena, ela não se dá conta do que ela quer, ela sente aquilo, mas não sabe o que é, uma das vezes eu demoramos um tempão para percebermos que ela queria fazer xixi... . Falando da casa dos sogros: Aquilo é um inferno, uma armadilha para

mim, é muita escura e é certo que vou ter asma em no máximo duas horas... Mas eu acredito mesmo que é por causa dos cachorros, quando só tem um não tem problema, mas quando tem dois, como eles ficam se lambendo, a saliva deles alimenta os ácaros... E aí é um terror.

Breve Comentário

O material do primeiro caso é grotesco, tosco e causa impacto pela concretude. Estruturalmente, estamos diante da figura combinada com sadismo máximo, mas concretamente; todos controlam a todos em casa, dada a proximidade do incesto, desprotegidos pela pobreza de simbolização (e até de semiotização), e sua função na família é de catalisador de tensões com a descarga sendo realizada pelas últimas crises. Todos os núcleos perversos-paranóides estão bem manifestos e tudo concretamente. Quando melhora, as crises são controladas, o pai começa a ficar agressivo em casa... Dinamicamente, o móvel dessa estrutura é a ameaça tácita e explícita do filicídio. E a lição básica desse caso é que o paciente escapou da cirurgia – realização institucionalizada do filicídio? – para epilepsia (ao menos por enquanto.) e nos faz pensar que todos os epiléticos candidatos à cirurgia deveriam fazer uma psicoterapia-teste com um terapeuta experimentado na área. Um achado impressionante que Martins (1983), no nosso meio, notou em um de seus casos no seu *Estudo da Epilepsia* é a presença do cachorro e nós acrescentamos, do cachorro e da agulha. Na obra de Dostoiévski, Ilusha, o filho tísico de nove anos do capitão covarde, servo de Fedor, que fora humilhado por Mitia, adoece ao assistir a cena da humilhação do pai, mas seu delírio se precipita quando Chudka, o cão, desaparece contorcido de dor, pois Ilusha por sugestão de Smerdiakov, o parricida epilético, fê-lo comer um miolo de pão com uma agulha dentro: *estou doente papai, por ter matado Chudka, pois Deus me castigou*. Numa interpretação kleiniana seria o pênis paterno também mortal como o seio.

Mas, o que será que separa a cena primária de L da cena primária de outros pacientes não epiléticos?

Respondemos da seguinte maneira: Note-se que há simbolização evidente nos outros três casos, mais precisamente, há semiotização; há sadismo no segundo, mas as figuras não são tão combinadas e a simbolização é exuberante, com impacto estético... Carroças carregadas para simbolizar a gravidez da mãe... Mas seu problema com o restaurante é com a realidade e aí não simboliza, mas semiotiza. Quanto ao olhador, só pode ter relações sexuais se alguém olha por ele, repete seu trauma. Mas temos que admitir que sua atividade visual é muito prazerosa... e ele põe o terapeuta nesse lugar... O psicossomático não consegue sentir seu corpo, os estímulos do corpo não encontram eco na sua mente, as zonas erógenas estão mal diferenciadas, a vida sexual é vista como cães se lambendo, os irmãos – que não teve – como ácaros que lhe dão asma que visa interromper a vida sexual dos pais... Há uma ingenuidade relativa às coisas do corpo, da vida sexual, mas não há

sadismo. Bem, pode-se tudo do psicossomático, menos que não semiotize. Já, com o epilético, a vida sexual da figura combinada está desprovida de prazer. Ainda, sem dúvida, está as voltas com um grau intenso de concretude, confrontado quase que diretamente com a cena primária sádica com todas as zonas erógenas misturadas: um pênis que entra pela vagina sai pela boca e é chupado por trás. Está concretamente confrontado com o incesto e o filicídio e acreditamos que esse enfrentamento quase direto decorra da pobreza da simbolização. Nossa idéia é que o trauma – numa metáfora pobre – descole extensas áreas do teto do pré-consciente, obrigando o formatador a se utilizar de recursos do orgânico para a semiose – uma atividade semiótica com o corpo. Acreditamos que o mesmo se dê com o psicossomático, mas aí é mais claro que o corpo entre como um elo da cadeia semiótica. Isto é, a asma afasta separa a parêntese impede que ela gere filhos, o quê implica num grau mais evoluído de organização. Isso é o que tentaremos – tentaremos. – desenvolver adiante.

7.3. Sobre a Estrutura Epilética: Os Núcleos Perverso-paranóides, a Compulsão a Repetição e a Traumatofilia

Explicação ao título: Esses elementos de per se não são dominantes, não há uma estrutura traumatofílica com traumas repetitivos desde a infância, ou uma estrutura perverso-paranóide com sua riqueza, apenas que esses núcleos são muito evidentes, mas não, bem entendido, não como estrutura.

Caso 06 – YT é um jovem de bom aspecto, afetuoso no primeiro contato, com 22 anos, que procurou atendimento para fazer um tratamento prolongado... Na sua primeira entrevista, indiquei a sala e deixei-o por um instante enquanto saí. Eis que na volta encontro-o com a metade do corpo para fora da janela. (estávamos no terceiro andar.) e perguntei-lhe o que é isso? Ao que me respondeu que estava vendo a paisagem. Sua entrevista poderia ser recomposta da seguinte maneira: Como se sentira recusado pelo terapeuta que o encaminhara, porque disse que desejava se matar e ele, nas suas palavras, passaram a bomba pra mim, já estava avisando... Não queria se tratar mesmo foi porque uma irmã mandou. Achei que não era caso para psicoterapia... e disse-lhe que voltasse com um familiar. Desapareceu e voltou só três semanas após pedindo que o atendesse. Filho de pais separados desde seus quatro anos, seu problema era que tentara comer a irmã duas vezes... E conseguira introduzir o pênis em uma tia adormecida que, pelo que eu vi, gostou... Têm *disritmia desde criança, por problema no parto – teve duas crises tônico-clônicas generalizadas e seu EEG mostra foco irritativo temporal direito típico. Sua medicação foi adequada ao tipo de transtorno de conduta, até que trouxe a mãe e uma irmã e a família toda foi orientada. Na última entrevista relatou que investiu sobre um travesti - diz que percebe que tem um lado muito *hard* – mas o achou muito barbudo. *E só não foi para os finalmentes com um outro porque passava o carro da*

polícia... Envolveu-se numa briga com uma turma de delinqüentes e quase morreu...

Mais sobre compulsão a repetição e traumatofilia

Caso 07 – VR, 30 anos, teve um acidente grave na infância e foi submetido à craniotomia; depois disso teve vários acidentes e na adolescência iniciou com crises incontroláveis, parciais complexas com EEG cm foco irritativo temporal direito. Curioso que uma foi exatamente em cima de uma ponte enquanto dirigia... Na primeira sessão descreveu em detalhes os acidentes, de como retirou um pedaço do capô do carro enfiado na região orbitária direita... na segunda descreveu um assalto à mão armada a que foi submetido, deixando uma atmosfera de mais terror que na anterior... na terceira, novamente, como foi assaltado por um grupo de travestis... d como a navalha... apesar dos acidentes, seguia dirigindo e descreveu mais alguns em que esteve envolvido... na quarta, gentil, veio para se despedir...

Breve Comentário

São casos que impressionam pela brutalidade. Os pacientes estão envolvidos com um terror com nome, na ótica do paciente, com o filicídio. E a compulsão a repetição se encarrega de manter o terror renovado. Naturalmente que não há lugar para o pensamento, para a simbolização propriamente dita dessas ações-símbolos - semiose - e, a rigor, não temos muito o quê fazer, são pacientes que nos obrigam a intervir no primeiro contato e na minha experiência, mesmo quando o fiz, o resultado é insatisfatório. A melhora do paciente parece relacionar-se mais com a continência do terapeuta do que com interpretação, nos termos como Meltzer (1960) as define no *Processo Psicanalítico*. Interessante que o caso descrito por Sadger (1909) e apresentado na reunião das quartas-feiras como pseudo-epilepsia, a rigor, é semelhante aos acima descritos, o que sugere fortemente que não era pseudo: masturbava-se introduzindo dedo no ânus... e sentindo como uma mulher... gostava de enfiar objetos no ânus da irmã... Etc... Nossa idéia, repetimos para introduzir o leitor, é de que há um trauma severo que impõe a exposição desses núcleos e obriga uma área inconsciente do ego (o formatador) a semiotizar com os poucos recursos que lhe restam, já que o teto do pré-consciente foi descolado, tanto que essa semiotização é como uma emissão de energia de um pulsar¹⁰ antes da identificação terminal com os pais filicidas e a crise é a pantomima da morte. É como se, em se oferecendo semioticamente morto, a estrutura familiar e as identificações filicidas se aplacassem. Note-se então que a crise, apesar de tudo, tem um sentido adaptativo. Vamos desenvolver o tema adiante.

10) A idéia de um buraco negro , no sentido de idéias muito catalizadas me foi transmitida quando de supervisão com o Dr. Newton Aronis.

7.4. Sobre Estrutura Epiléptica: Um Caso de Transferência Glíscro-Cárica de Bleger com Etiologia Tumoral.

Caso 08 – HC era um jovem atencioso que hospitalizou – isso já se vai mais de uma década – quando contava 28 anos para investigar crises desde os 17 anos, em que um pensamento se repetia, isso no início porque depois começou a repetir palavras e foi ficando intratável com a medicação. Não temos uma história adequada ao caso, mas H era filho de pais separados e mortos na sua infância e tinha uma irmã e uma tia que lhe dispensavam atenção. Na época não havia TCE, só *cintilografia cerebral, um exame abandonado atualmente pela sua baixa resolução. Além de um foco irritativo temporal esquerdo evidenciado pelo EEG, houve dúvida se haveria ou não uma área de impregnação temporal esquerda na cintilografia já que nessa zona tem o *músculo temporal... e a coisa toda terminou em confusão. Mas o fato é que é possível que o paciente não tenha sido mais bem investigado porque era insuportavelmente grudento e passou uma semana toda atrás de seus médicos para ter alta no fim-de-semana, e conseguiu suspender todos os exames que, quem sabe, poderiam esclarecer seu diagnóstico. Não se podia mais examinar ninguém que lá estava H com seu olhar choroso e não se podia ignorá-lo, exigia atenção, pegava pelo braço e inoculava raiva intensa, exasperação ou pena... Voltou seis meses depois com hipertensão intracraniana descompensada e teve que ser operado de urgência – um astrocitoma IV – e saiu do quadro *hemiplégico à direita e *afásico, mas seguia grudento. Na sala de estar do hospital, um encontro de dois corredores, na cadeira de rodas, com a irmã do lado e abordava todos os médicos e chorava muito se não era atendido, mas quando era atendido sempre fazia pedidos despropositados – queria alta. – e isso após uma longa tentativa de se compreendê-lo, pois estava afásico... Assim procedeu durante toda sua hospitalização – meses – para irradiação.

Breve Comentário

Mas e se esse paciente sabia todo o tempo que tinha esse tumor? Será que a identificação com os pais mortos não teria fundado sua viscosidade num esforço do formatador? Inferências, mas pertinentes, pois não encontrei outro paciente com tumor temporal esquerdo que fosse viscoso e, infelizmente, convivi com muitos. Encontrei seu nome dois anos após sua alta no obituário do jornal, mas como se vê continua muito presente. Transformou-se num personagem que habita o mundo 3 de Popper. Isso por enquanto; às vezes a sublimação dos autores traz nova morada a estes acólitos de Osíris. A definição de viscosidade no epilético é assunto muito complicado. Às vezes penso que o termo poderia ser usado mesmo para aqueles pacientes que nos obrigam a refletir sobre eles fora do horário da sessão, aqueles pacientes que nos assaltam o pensamento, ou que, quando pensamos em como ou por quê estamos nos sentindo assim... o fio de Ariadne nos leva até eles... e

permite reflexões para ambos os lados da moeda. Classicamente, viscosidade é o relatado nesse paciente, mas se alguém falar em viscosidade de pensamento, achamos, fenomenicamente ao menos adequado. A adesividade epiléptica não infreqüentemente é física, o paciente nos agarra, toca, adere... Este caso não tem outra função que induzir a reflexão; infelizmente não temos dados históricos e mais não podemos inferir.

7.5. Sobre a Estrutura Epiléptica: A Estrutura Epiléptica Pode Ser Projetada e Atuada Pelo Doble?

Caso 09 – MI é um rapaz de 26 anos, algo obeso e com uma grande franja que dá impressão ser aquele cuspidor da tira em quadrinhos do jornal e vem a tratamento porque bate na esposa – que também iniciou tratamento, é epiléptica desde criança e usa medicação sistematicamente – e não fica mais do que alguns meses nos empregos sem brigar e se demitir, tendo conseguido ficar quatro anos no exército onde, aparentemente, foi bem sucedido. É muito impulsivo e inocula medo no terapeuta. Casou no primeiro mês de conhecimento da esposa. Nitidamente tem a expectativa de que poderá arranjar um trabalho excelente e ganhar muito dinheiro com o tratamento e viver bem com a esposa... Seu pai tem uma alfaiataria de roupas femininas que é cuidada pela mãe de M; tem uma irmã quatro anos mais jovem e que se trata a cinco anos, o que parece constituir o motivo real para M buscar tratamento, pois a irmã tem tido muito sucesso na compra e venda de roupas... Tem um amigo alcoolista e cocainômano que conheceu num cabaré e faz de tudo para ajudá-lo, às vezes vai buscá-lo na rua a pedido da família do amigo. Fez EEG com os devidos métodos de ativação que resultou normal, mas tem antecedentes de patologia neurológica: Teve *RDNPM, distúrbio de aprendizagem com repetência, fez vários EEGs na infância, usou medicação e, segundo disse, a mãe dizia que ele tinha disritmia . Dada a peculiaridade do caso, segue um resumo de algumas sessões.

Não bati mais nela... Vou lá e transo. Digo assim, olha, hoje vamos fazer tal posição, às vezes aviso de manhã mesmo. Aí de noite vou lá e transo... Aviso que hoje de noite ela vai vir por cima, às vezes a gente muda, noutro dia daí eu que vou por cima. (Muito desconfiado)... Nem sobre menstruação ela fala. Às vezes eu pergunto. E aí, já veio, está atrasada? Ela me diz que não sabe, que não sabe bem as datas. E a barriga, como está? Está crescendo? Mas ela não fala nada. Não tem nada pra dizer. Queria que ela dissesse um eu te gosto no meu ouvidinho... Mas ela não faz nada... Ela não quer manter... Hoje mesmo foi uma briga feia, acordamos o edifício todo as seis da manhã,

aos berros. Ela é uma pessoa que implica, que depois que ela pega uma coisa não pára mais... Fico preocupado porque ela não se alimenta direito, de manhã não toma nada... de noite quase não janta, aí eu fico insistindo vamos... come alguma coisa mas ela em vez de entender que eu quero ajudar ela... E aí covardão, não vai me bater? ... Me subiu o sangue mas me agüentei, tenho agüentado... E se botou de soco em mim aos berros, acordou todo mundo no edifício... só quer dar uma trepadinha, dá a tua trepadinha e fica numa boa covardão, tive de me segurar pra não rebentar ela... Ela chega, digo vamos transar, ela tira as calças, eu tiro as coequinhas e deu e tá... Tem arestas que necessitam ser depiladas... Ficou um ano em tratamento queixando-se da impulsividade e da falta de iniciativa da esposa, que não fazia nada certo, até que o casamento terminou – durante as férias da terapia – e abandonou também a terapia, mas dois meses após seu pai ligou – MI bateu na mãe. e nunca estivera tão mal assim, de fato, no dia da separação, entrou num bar e apaixonou-se por uma moça que a família não gosta só por causa do tipo de vida que ela leva... – e que eu o atendesse. Está muito raivoso que a ex-esposa está com namorado e muito feliz, ele notou, falou com ela e viu mesmo que ela estava feliz e quer saber porque ele não a fez feliz... Não quis ser medicado e abandonou sem pagar um mês depois.

Breve Comentário

Há um problema grave no pensamento de M – não é bradipsíquico, mas se repete e seus campos semânticos oscilam curiosamente, quando usa a palavra *manutenir* ou depiladas por lapidadas, sugerindo na experiência do autor, organicidade – que junto de impulsividade, faz pensar em epilepsia que não confirmada mas, de qualquer maneira, o paciente funciona num nível deficiente, e podemos dizer que sua estrutura é epiléptica. A estrutura epiléptica pode ocorrer sem epilepsia e é aparentada das adições e patologia psicossomática (Maldavsky, 1989). Fica-se com a impressão que M tem uma identificação com um animal – um macaco? Note-se que ele simplesmente não tolera no ego o retorno da libido posta no objeto por mais do que horas. (Quem sabe se pelo problema no formatador com simbolização, tão parca?) Casou-se no primeiro mês de conhecimento da esposa e se apaixonou algumas horas após a separação do casal. Impressionante sobremaneira ver que a estrutura epiléptica poderia ser projetada (e identificada e atuada pela esposa), pois se manteve bastante estável durante o casamento. Parece confirmar essa idéia a piora com as férias e a separação do casal, pela perda do depositário e a re-introjeção com psicotização. Outro dobre de M é o amigo drogadito que faz pensar mesmo no parentesco da epilepsia com as adições como aponta Maldavsky (1989). M parece ter uma perturbação de caráter com fenômenos paranóicos, com pulsões homossexuais muito evidentes e o prognóstico do tratamento não era bom mesmo, pois, dado o transtorno do pensamento, não há como abordar esses problemas (impulsividade, desconfiança, traição,

homossexualismo...) Estamos diante de mais um caso de fracasso terapêutico que deve fazer refletir sobre um modo de abordar estes pacientes.

7.6. Sobre as Crises Epilépticas: Mais Sobre o Difícil Problema da Semiotização no Tipo de Crise Epiléptica. Ou, Quando o Concreto Semiotiza.

Vejamos antes de mais, uma paciente histórica para podermos comparar com o epiléptico.

Caso 10 – TT é uma moça de 25 anos e frígida, com queixas de que não consegue orgasmo porque tem medo de perder o controle... chega na hora e pensa em outra coisa . Inicia uma sessão referindo insônia, dormência na mão direita e tensão em todo o corpo... medo de perder o controle e ficar louca... . Foi-lhe dito que desejava continuar falando sobre sua feminilidade, orgasmo, masturbação... Imediatamente cruzou os braços e as pernas e disse que não, que eu estava enganado. Em seguida, descruza os braços, passa a mão direita por sobre a cabeça e começa fazer movimentos delicados e rítmicos e quase imperceptíveis, com os dedos da mão dentro da orelha esquerda. Logo depois fala que foi botar álcool no carro no carro e esqueceu a carteira, pôs a mão no porta-luva para procurá-la e enfiou os dedos dentro de uma caixa de cosméticos e tinha um batom, daqueles vermelhões aberto e se sujou toda...

Breve Comentário

Esta paciente nos fornece imagens com forte impacto estético, seu estilo é poético no dizer de Liberman (1973) (e Maldavsky), encantador. E quem sabe se isso não se dá porque estamos tratando da sexualidade, enquanto o epiléptico está às voltas com a morte, com o crime? E talvez aí resida a diferença fundamental entre estas estruturas e a simbolização gerada por elas? Mas e as outras estruturas não epilépticas que também andam as voltas com o crime e a morte? Como diferenciá-las da estrutura epiléptica?

Caso 11 – Marciana U é uma moça com 18 anos e o nome de seus dois irmãos menores também são absolutamente incomuns, bizarros. Iniciou com crises de ausência típica, documentada pelo EEG, aos oito anos, exatamente quando os pais começaram com conflitos que terminaram na separação do casal 1 ano depois. A mãe ser psicótica e não ficou clara a razão da separação, mas tudo se reveste com ar de muita gravidade. Vive com os dois irmãos, a mãe, o padrasto e um filho destes, com nome normal. As crises se caracterizavam por breves períodos de inconsciência em que M olhava para cima, e foram facilmente controladas com

medicação que depois foi suspensa. Procurou atendimento porque elas reiniciaram claramente relacionadas à vida em comum com o padrasto. Vinha num crescendo de conflitos em que já estava bastante desadaptada tanto na família com na escola e com graves dificuldades com a mãe que a ameaçava de expulsão de casa porque iniciou sua vida sexual. Tem tido medo de sair de casa e desde há dois meses reiniciou com enurese noturna episódica. Não houve aceitação da indicação de tratamento psicoterápico e negou-se a conversar sobre aspectos da relação com o padrasto. Retornou mais uma vez para o acompanhamento, com o namorado, e não apareceu mais.

Breve Comentário

Este caso não está bem documentado, mas o tipo de crise está muito relacionado à *Marciana* e parece se vincular a um esforço do aparelho psíquico da paciente em suprimir a consciência diante de realidades sentidas como intoleráveis. Mais ou menos como fez com a maiêutica que a levaria a saber mais de si. O formatador busca a simbolização – primitiva quem sabe se para manter bem longe da consciência o filicídio?

Caso 12 – GK é uma senhora com 66 anos e aspecto algo descuidado, mas atenciosa e só seu pensamento viscoso, repetitivo, mas lógico faz crer que seja epilética. Suas crises começaram em 1958. Garante G, mas sua filha diz que não, que ela teve uma que outra crise (tônico-clônicas generalizadas) quando pequena – e provavelmente tivera sofrimento pré e peri-natal, pois fora encontrada abandonada e criada por caridade. G insiste que não e que suas crises iniciaram depois que o marido desapareceu. Seu esposo ocupava um cargo importante no exército e enlouqueceu depois que o filho de três anos e meio morreu queimado com água quente – G fervia panelões de água para dar banho nos filhos. – sua carne saía no a gente pegar ele no colo... e depois que o outro morreu no parto... Ele (o marido) ficou hospitalizado no São Pedro e quando eu voltei do interior ele tinha desaparecido do hospital e nunca mais foi encontrado, procuramos ele 90 dias no rádio e no jornal com a fotografia, mas ele desapareceu. Desde então as crises não param mais. Sai fora do ar diz a filha que lhe cuida – filha única e de um amor ocasional como fala de si mesma – que G faz coisas do arco-da-velha, anda sem sentido e move as mãos, às vezes engole quando olha para o nada. O EEG mostrou duplo foco temporal e a TCE, foi normal. Veio a tratamento por dificuldade de controle das crises, mas o motivo precipitante da consulta era a intensa irritação da filha, pois há dois dias G tivera uma crise durante um casamento, assustando muito os noivos e constrangendo a todos já que defecara e urinara em público enquanto falava baixo coisas ininteligíveis. A filha estava cansada, pois se dera conta que em todas as festas nos últimos anos aconteceu isso, além do

que, periodicamente suspende a medicação... De fato, está em acompanhamento há alguns anos e sempre suspende as medicações por motivos variados... Sua última crise foi muito curiosa e é o relato que segue. A filha acordou pela manhã, mas não encontrou a mãe acordada, fazendo o café de hábito, aguardou mais um pouco, foi ver o que se passava e encontrou a porta do quarto trancada e notou que havia panos em baixo da porta. Como G não atendesse, arrombou-a e quase morreu de susto. As paredes estavam sujas de sangue, as janelas e a porta em baixo estava com panos para evitar a entrada de luz e G dormia tranqüilamente com múltiplos ferimentos no rosto e nos antebraços e na língua. Perguntada, disse que não sabia o que tinha acontecido, mas que sonhara com sua mãe de verdade.

Breve Comentário

Aqui estamos num campo limítrofe entre a psicose epiléptica e a crise epiléptica. Também pensamos – não é só o leitor – que esta paciente fosse, além de epiléptica, psicótica – ora, não discutamos terminologia, decretemos que os termos têm apenas valor fenomênico. Pois é evidente que a estrutura epiléptica é uma estrutura psicótica e é evidente que durante as crises o epiléptico é psicótico, só que um psicótico explícito por um breve momento, diferentemente de outras psicoses... – mas o acompanhamento mostrou que não, que a paciente era assim tão inadequada durante seus automatismos. O local e o acinte das crises faziam referência à sua história pessoal permeada de privações e fracassos transcendentais à condição humana. A crise, essa última, é quase uma pantomima da vida intra-uterina. Este caso nos mostra claramente que talvez o desejo da paciente em ter crises, daí a suspensão sistemática da medicação, decorra de um fator estabilizador de seu aparelho psíquico: o formatador só tem esse recurso para a semiotização dos conflitos, não tem outro. E quem poderá suportar o pesadelo do filicídio a lhe arrancar as carnes assim, tão de perto? Como viver com um terror desses? Sacrifica-se todo o aparelho por um momento – que assim, semiotiza. – mas não uma parte importante dele para sempre, como se daria com a psicose franca e explícita. Estamos, portanto, supondo que o paciente com traumas precoces que se utiliza o recurso da semiotização ocasional das crises é mais evoluído do que o psicótico que semiotiza constantemente. G lembra a primeira das mulheres consolada pelo padre Zózima, da obra de Dostoiévski, que chorava a morte de Aliosha, seu filho: Por que choras? Perguntou Zózima. É pela morte de meu filho, só lhe faltavam três meses para completar três anos. Choro por meu filhinho, padre, por meu filhinho. O último que me restou dos quatro que tive... Enterrei os três primeiros sem sentir muito, mas dei sepultar este último e não posso esquecê-lo. Parece como se eu o tivesse sempre na minha frente, não me deixa... Tenho a alma infeliz... Remexo o que guardo dele, olho todas as suas coisinhas... Oh. Se eu pudesse revê-lo uma vez, uma vez apenas que eu

pudesse vê-lo... Senti-lo andar com seus pezinhos pela casa uma vez apenas... Mas não está aqui, padre, mas não está... Não o sinto nunca...

Caso 13 – PS é um senhor de 52 anos, de mau aspecto pessoal e aposentado por epilepsia parcial complexa (automatismos psicomotores temporais) bem documentada, desde a infância. Só veio para atendimento por uma situação muito curiosa que vale relatar. Atendi sua esposa encaminhada pelo oftalmologista porque tivera um episódio de cegueira inexplicável. O fato é que me assustou muito, essa senhora me olhava com sofreguidão... E balançava na cadeira enquanto me relatava que fizera tratamento psiquiátrico, mas o psiquiatra lhe tocara assim no ombro e lhe propusera relações sexuais e seguia balançando enquanto falava disso. Disse também que tinha 12 filhos, pois detestava relações com o esposo que era epilético. Achei prudente não examiná-la e pedi a presença de um familiar, desapareceu e aí então veio com o esposo, o referido, mas para tratar a epilepsia dele, não sem antes se queixar que eu não a examinara. P tem automatismos temporais, só que o problema é que variam com o ambiente e a situação é insuportável. O dono do mercado próximo a sua casa manda conta de mercadoria que P pega, pois freqüentemente ao passar pelo caixa, tem a crise, não paga e vai para casa. Uma delas foi muito constrangedora: estava na praia com a família e tivera uma crise em que baixara as calças e tivera uma ereção. Felizmente tudo foi rápido e disfarçado pelos acompanhantes. Este paciente não se beneficiou com a adequação da mediação e não tinha condições econômicas para psicoterapia.

Breve Comentário

Suas crises sempre são assim: Lembram a realização de um desejo, fazem a pantomima de uma fantasia... Note-se como as crises desse paciente estão distantes dos automatismos primitivos ou de crises com movimentos tônico-clônicas. Inequivocamente o ego adapta a crise às circunstâncias ambientais. Aqui chegamos num ponto desenvolvido em todos os outros casos que esperamos que o leitor concorde: As crises, de um lado, são como o sono: o ego segue acordado nelas; ou escolheu antes o momento de dormir. De outro, semiotizam (simbolizam). Há, portanto, inequivocamente, lugar para uma teoria psicanalítica das epilepsias.

7.6.1. A Representação da Morte pelas Crises. Ou, numa Teoria Monista, o Luto que é Descarregado pelo Aparelho Cerebral. Ou, Numa Teoria Dualista, o Ego que Usa o Cérebro num Último Grito de Simbolização (Semiotização) Antes do Ato Final.

Vamos descrever casos relativos ao luto, mas invocamos os anteriormente descritos para os demais sentimentos: terror, raiva e ansiedade de separação.

Caso 14 – QS tem 42 anos e chama a atenção porque é impressionantemente obeso – desde que o pai morreu – e isso depois da adolescência; é filho único e têm a mãe viva, casado, duas filhas, com um ótimo relacionamento com a esposa. Tem crises parciais complexas – automatismos psicomotores – como referiu, desde a adolescência e acha-se obeso, igual ao pai que era alcoolista e morreu de cirrose – mostra com as mãos como o pai era obeso – aqui na barriga chegava a ser reto. Nunca achamos alteração alguma em seus exames: TCE, EEG com os devidos métodos de ativação e várias vezes, sempre foram normais. Um médico meu colega, diz ele, incomodado que tudo era sempre normal e como não havia remédio que desse conta, em quantia ou em tipo, resolveu hospitalizá-lo e ficou 30 dias sem crise. Mas não é que no dia da alta, foi para a casa da mãe e teve uma crise das grandes – tônico-clônica generalizada – caiu sobre a cama da mãe, que ficou – a cama – em pedaços. Logo comenta que ao nascer rasgou toda a mãe, pois já era forte, mas só engordou assim depois que o pai morreu. Lembra com sofrimento os maus tratos impostos pelo alcoolismo do pai a ele e à mãe. Não adiantou nada adaptar a medicação e curiosamente só tem crises quando anda de ônibus, lotação ou quando bebe umas cervejas a mais.

Breve Comentário

Este caso é típico de concepção freudiana para a epilepsia e dispensa comentários. Passa pela identificação com o pai morto, pela morte dos irmãos que não nasceram, pelo incesto (e pelo filicídio... que Freud não abordou). Note-se a brilhante semiotização pelo uso do contexto; confirmamos estas inferências todas porque o ego do paciente usou o contexto para determinar a crise esperando ser compreendido por alguém, pelo inconsciente de alguém. Acho discutível que haja como quer Thomaz (1991) uma pulsão para o registro, mas invoco os registros, a biologia e o tempo para demonstrar a existência de uma pulsão de comunicação, para o tornar comum, de que o registro decorre, ao que é secundário; mas note-se que estamos fazendo uma metáfora, estamos especificando mais sobre a pulsão de conhecer, sobre o impulso epistemofílico (e acrescentaríamos, pulsão de se dar a conhecer). Mas é um passo importante o de Thomaz que, ao voltar à memória, libera-se do conceito de libido – que mais parece o éter que apoiava a luz – que passa a ser utilizado apenas pela metapsicologia. Mas...Q lembra Mitia, o filho condenado (no mesmo momento da morte de Ilusha) pela morte do covarde Fedor:... Aceito o tormento dessa acusação... Quero sofrer e com o sofrimento em purificar. Aceito o castigo, não por ter assassinado meu pai, mas por ter desejado matá-lo e sido capaz de fazê-lo.

Caso 15 – MO é uma simpática senhora atualmente com 65 anos que acompanho há muitos anos e que vem à consulta por hipocondria, mas logo sobressai seu humor hipomaníaco. Tem um sentimento que tem alguma coisa ruim com ela e ninguém se apercebe. Está convencida que tem um câncer e seu clínico geral é oncologista. Tem dores que ninguém descobre... No peito, na cabeça, nas articulações, no abdômen e no corpo todo... E tudo cerca de um ano após a morte do filho mais velho num acidente automobilístico na madrugada, por excesso de álcool e velocidade, com despedaçamento do corpo... Fez TCE e EEG além de uma infinidade de outros exames sempre normais e nunca quis usar medicação ou fazer psicoterapia, alegando falta de dinheiro ou que não adianta. Depois me encaminhou uma filha (muito obesa), depois dois netos (obesos), depois outra filha e, finalmente, seu filho remanescente – como disse ela – que quase morreu numa circunstância parecidíssima à do irmão e que está convencido – como a família toda, já que sua melhora fora inexplicável – que no seu mês de UTI em coma, o finado o acompanhou todo o tempo, via-o sentado no pé da cama. Também não quis fazer psicoterapia. Para minha surpresa M, isso há cerca de cinco anos, apareceu com queixas – quem relatou foi o esposo – típicas de automatismos temporais. Investigada, agora o EEG mostrava atividade irritativa temporal esquerda. Com significado discutível é verdade, pois é um achado freqüente na população normal. A TCE novamente foi normal. Recebeu medicação alguns meses que foi suspensa devido a um eczema. Desde então está sem crises e me chama de São Fontanari, pois também me encaminhou o esposo... Que estava com broncopneumonia... Há alguns meses recebi um abraço – o paciente veio com a instrução expressa de me abraçar e dizer que o abraço era dela. – por intermédio de um paciente que me encaminhara: um maníaco-depressivo, bipolar típico, seu vizinho e amigo.

Breve Comentário

Este caso é quase inexplicável. Eu a acompanho e já a tinha examinado, ela já tinha feito os exames e estava tudo bem, não fora sua ciclotimia leve, algo exacerbada com a morte do filho. Então, por alguma razão não explicada começou a fazer crises parciais complexas típicas e agora o EEG era anormal, usou a medicação, ficou melhor, suspendeu e, por enquanto – já vão quatro anos – não teve mais crises. Das duas, uma: Ou admitimos que não sabemos explicar, ou incluiremos as crises parciais complexas na vala comum da nosologia psiquiátrica considerando-as como equiparáveis à mania, à depressão ou mesmo aos borderlines... Este caso, do ponto de vista de nosso estudo, é muito interessante, pois inverte a situação do filicídio e supõe que um mecanismo interno de identificação possa ser determinante para as crises dispensando a ênfase real do objeto externo: a identificação com o filho morto é que leva às crises e seu ego lança amarras (na metáfora do pulsar) para não ser engolfado por esta identificação que cresce como câncer. De qualquer modo, lembramos que uma terceira opção é fazer o que sugere Bion nas entrelinhas: Aguardar mais dados. Mas... A

literatura nos mostra que Mihail Dostoievski, pai do grande escritor, era um homem irascível, paranóico, com delírios de ciúmes e que fazia quadros depressivos severos que pioraram após a morte da esposa – quando Dostoievski tinha 16 anos - fazendo crer que tivesse um quadro maníaco-depressivo. Mihail foi assassinado pelos criados que não suportaram mais seus castigos. Do novo, mania e depressão e epilepsia... Faz pensar...

Caso 16 – NR tem 26 anos e já se apresenta em pânico, Veio a tratamento trazido pela namorada por episódios confusionais noturnos: Acorda em pânico gritando que vão matá-lo e necessita várias pessoas para contê-lo, às vezes sai correndo de casa e demora bastante para recuperar a consciência, habitualmente já num pronto-socorro, medicado e contido. Os episódios iniciaram aos 18 anos, logo após a mãe se suicidar por enforcamento depois de uma longa depressão que se instalou durante a leucemia da irmã que durou cinco anos e a levou à morte quando N tinha 12 anos, Quatro tios maternos de N haviam se suicidado antes da mãe fazê-lo, sempre por enforcamento – curiosamente, não havia sinais de doença afetiva e, exceto o suicídio da mãe do paciente, os demais não foram anunciados. A TCE foi normal e o EEG mostrou atividade irritativa temporal direita. Novamente, de significado discutível, tomou medicação algum tempo e resolveu suspendê-la. O tratamento psicoterápico ia bem, semanas depois do início N já não tinha mais os episódios esses e logo depois abriu uma empresa para recuperação de desastres (incêndios, inundações) quando iniciou com dificuldades para pagar... Dada a situação econômica. Ficou um ano assim, com pagamentos atrasados e mantinha em média quatro meses de atraso. Até que apareceu sua revolta com uma dada pessoa que era especialista em construção de cemitérios...

Breve Comentário

Mais um personagem para o mundo 3 de Popper. Um fugitivo do mundo de Osíris. Um paciente com tantos objetos mortos e semi-enterrados não tem condições de suportar, adicionalmente, o sentimento penoso de dívida para com o terapeuta. Ficou paranóico por causa da dívida, re-introjetou e atuou o psicopata projetado (Maldavsky, 1989). Mais um caso que ilustra como o controle das crises pode piorar a conduta do paciente, invés de fazer um transtorno limitado no tempo de todo o aparelho psíquico, o paciente faz um transtorno do aparelho: ficou maníaco, Note-se, como no caso anterior, N está às voltas com uma identificação assassina e o filicídio é manifesto.

7.6.2. A Família Psicotizante e a Epilepsia como Tentativa de Escape. Ou, a Opção Entre o Desmantelamento Definitivo e o Desmantelamento Episódico do Aparelho Psíquico.

Caso 17 – Há seis anos atendi uma adolescente psicótica trazida pela mãe para que eu a examinasse para ver se haveria algo a fazer. O quadro era de difícil diagnóstico e motivou uma reunião da equipe que a atendera, mas parecia tratar-se de esquizofrenia simples. Todos os dados do DNPM e do EN; o EEG que trazia consigo, com os devidos métodos de ativação – exceto pelo problema de conduta que transtornou o aprendizado – eram normais. Logo depois a mãe mesma resolveu consultar e me expressou a intensa ansiedade com que vivia, as más condições de vida junto do esposo, a existência de um filho mais velho – a adolescente referida era a segunda – drogadito e transgressor que recentemente fora preso, a inacessibilidade do esposo, policial, na ajuda nas lides familiares e por aí se foi. Mas ainda não parou e me trouxe mais uma filha, muito tímida para ser mais claro, esquizóide que consultava por medo intenso que se instalava subitamente e estivera hospitalizada por causa de uma crise alucinatória junto de um quadro confusional e, finalmente, trouxe o filho menor – T P– que motiva nosso relato. Contava dois anos e quatro meses na época e só então o esposo veio junto, explicar bem o problema da agitação do menino... . Disse isso e começou a desfilar um conjunto de queixas psicossomáticas pessoais. Em minutos detalhou a cefaléia, os problemas renais e gástricos além de dores no corpo. Sem dúvida um homem com praticamente ausência de simbolização... Mas que fazia o terapeuta, os filhos e a esposa sentirem o terror com nome. Quanto a TP, não contactava, movia-se o tempo todo e repetia uma palavra mal articulada, constantemente, que depois me apercebi, era abre, abre... É que o pai na semana passada o deixara todas as tardes, com hora marcada, preso no porão de casa. Como corretivo. Embora por essas alturas talvez isso não importe muito, comento que as condições de gestação e parto bem como o *EM e o DNPM, eram normais, exceto por evidente atraso da linguagem. Também resultou normal o EEG em vigília e em sono. Os pais tinham um funcionamento psicotizante e escaparam de todas as tentativas de tratamento pessoal, familiar ou dos filhos. Como rejeitassem as funções parentais, propus então que deixassem o menino numa creche. Não tive mais notícia até que dois anos depois – o menino contava então com quatro anos e pouco – me trazem de novo T, pois ele tivera uma crise convulsiva tônico-clônica generalizada na seguinte situação. Como se comportara mal na creche o pai resolveu levá-lo para passear na praia – moram numa cidade litorânea – para terem uma conversa na beira-mar. No início da caminhada teve a convulsão. O exame mostrava na criança aterrorizada – um terror com nome. – e o EEG mostrou atividade irritativa sub-cortical e iniciou com medicação que foi suspensa pela família. Como se tivesse nova crise, novamente numa situação de terror, a família retornou e a medicação foi reinstituída. Nesse entretempo a segunda filha psicotizara de novo e os pais ficaram queixosos das vicissitudes da parentalidade nessas condições. Davam a impressão de serem pessoas brutalizadas desde há muito. Desapareceram mais um período e a mãe retornou dois anos depois intensamente magoada porque o filho mais velho drogadito foi preso e o pai não interveio como

de hábito, pelo contrário, pediu que os colegas policiais cuidassem com carinho do caso... . E a polícia cuidou... . Sumiu de novo e, no final de 1989 retorna o pai trazendo T, dizendo-se doente, com problemas gástricos, não come – está emagrecido mesmo – renal... E, quanto a T está psicótico, delirante, agora com o mesmo quadro da irmã mais velha. A mãe teve um acidente e machucou o braço, está enfaixada... E quer a separação, mas se eu ficar com T... A filha mais velha... casou-se... e o T está assim porque o mais velho está em casa, não quer sair de casa o rapaz... com as drogas dele, achei esses dias um monte de maconha, devolvi pra ele e disse, olha, não quero nem saber o que tu vai fazer com isso... mas não quer sair de casa com o rapaz... Agora a toxidez parental foi demasiada e nem a crise epiléptica pode com o terror com nome.

Breve Comentário

Salienta-se nesse caso a ausência da função parental com ameaças tácitas e explícitas de aniquilamento da prole que, provavelmente, psicotizando, atua aspecto da personalidade dos pais. T vive num estado de terror constante e suas duas crises ocorreram na vigência da sua nítida ameaça de aniquilamento físico. Para viver, os filhos ofereceram suas mentes em holocausto. Interessante que nesse caso a mãe era ausente, nunca saiu na defesa efetiva dos filhos e o pai então dizia que tinha de se encarregar da educação dos filhos, dizia-se carinhoso, preocupado e não era correspondido em seu esforço... A contra-transferência é de um terror com nome. É nítida a ameaça de aniquilamento físico que o ego tenta resolver com a semiose, com a pantomima da morte para aplacar o pai, mas não, o pai quer o desmantelamento definitivo do aparelho. A história de T é superponível à de Smerdiakov, o epiléptico parricida de Dostoiévski, que teve sua primeira crise quando foi submetido a um violento castigo físico. Castigo que foi uma extensão de sua vida: sua mãe o concebeu de um estupro de seu pai, que nunca o aceitou como filho e o pai partiu num banheiro imundo e logo depois se suicidou. Fedor, seu pai – com o mesmo nome de Dostoiévski – não é uma figura incomum e não estamos muito distantes daquela descrição.

Caso 18 – Há cerca de cinco anos atendi um jovem esquizofrênico paranóico trazido pela mãe, pois tentara, inesperadamente, suicídio jogando-se embaixo de um carro, sofrendo traumatismo de crânio que resultou banal. Depois da hospitalização, com o surto parcialmente esbatido, como o paciente se queixasse de falta de memória, a mãe trouxe-o para exames que resultaram normais, mas me impressionou sobremaneira na época a intensa toxidez da mãe, seu estado de apreensão genuíno e constante pelo filho que na verdade estava em franco contraste com seu comportamento hostil, de rechaço. Fora criado pela avó, rejeitado pelo pai também e tão pouco era sua primeira tentativa de suicídio e, assim que saísse do consultório, voltaria para a

casa da avó para ser visto episodicamente pela mãe. Esta senhora tem mais uma filha dois anos mais jovem que o paciente referido. Pois não é que um ano depois a mãe me traz para exame uma filha temporona como diz, de seu segundo casamento – com a mesma idade da neta, filha da irmã do paciente referido – porque a menina anda com cacoetes de olhar para cima, que é o nosso caso. FR tem sete anos e nos últimos meses começou a ter crises em que olha para cima e um pouco para a esquerda que pudera ser desencadeada pela hiperventilação. As condições da gestação e do parto foram normais, exceto pela idade da mãe, na época 41 anos, e também o DNPM e o EM foi e é normal, bem como a escolarização em seu início. F é tímida e afetuosa, até iniciar a escolarização foi criada em creches, muito apegada ao pai, ainda dorme na cama deles. Diz a mãe que quando F chega para deitar na cama do casal diz ai que cama boa, que cama gostosa, como é bom o cheirinho, como é bom aqui mãe. . A conduta da mãe em relação à filha é igual a que tem com filho esquizofrênico, mas o pai é muito participante e, no dizer da mãe sempre dá razão para F. Desse jeito, um dia eu vou sair de casa e deixar aquela cama para eles. , magoada. O EEG confirmou o pequeno-mal, em acompanhamento há dois anos e controlado com medicação.

Breve comentário

O pequeno-mal é típico sem sombra de dúvida, mas nos ocorreu que era a saída de T para a toxicidade da mãe. Aqui, sem ignorar a ousadia de nossa abordagem, claramente, abrimos a perspectiva de que as crises possam ser formas de doença mental no mesmo sentido em que dizemos que a esquizofrenia o é. Aqui, por um detalhe, a paixão do pai pela filha, impõe á mãe uma conduta passiva, secundária, impedindo sua função psicotizante.

Caso 19 – Al tem 18 anos e o mesmo nome da mãe que a trouxe por episódios de ausência típica confirmada pelo EEG; tem DNPM e EM normal. Sua mãe é borderline com momentos psicóticos freqüentes em que quebra coisas, ameaça a vida do esposo, queixa-se que o esposo lhe tirou a virgindade... Que sua mãe a criou com sacrifício; perdeu o pai com 10 anos... A tem um irmão de seis anos mais velho, aparentemente bem adaptado. E o casal está pensando em se separar, isso já há dois anos, tempo que não têm relações sexuais. Cerca de dois anos após A estar em tratamento, conheci seu pai, pois foi chamado as pressas para atendê-lo. Teve um *AVC e estava hemiplégico à direita, resultante provavelmente de alcoolismo compulsivo desde há três meses, piorando pela morte súbita do pai. A evolução foi satisfatória, mas trata-se de um paciente maníaco e muito impulsivo, com ar de irresponsabilidade e puerilidade que só não nos faz pensar em psicopatia por causa da ingenuidade. Logo abandonou a psicoterapia e o terapeuta confirmou seu funcionamento primitivo, sem simbolização própria do psicossomático (mas com semiotização e uso dos contextos reais para expressão de

conflitos o que coloca o problema do conflito com a realidade) e abundante funcionamento inoculatório próprio das psicopatias.

Breve Comentário

Não conhecemos a estrutura de funcionamento dessa família, só podemos inferi-la, o que não se recomenda. Este caso vale pela associação de patologias que faz pensar: drogadição, psicossomatose, psicopatia, psicose e epilepsia...

Caso 20 – LS tem 21 anos e foi trazido para atendimento pela mãe, pois tivera vários acidentes de automóvel e um episódio confusional em que não conseguiu voltar para casa, perambulou por horas e só depois descobriu como ir para casa. A anamnese também mostrou a existência de *crises uncinatas, confirmadas pela mãe, pois L andou tendo crises em que sentia cheiro de queimado e até pediu ajuda para a mãe... Investigado com EEG com os devidos métodos de ativação e RNM, tudo foi normal. Aí, L resolveu comentar que queria mesmo morrer... Mas se achava melhor e isso porque se separara da namorada. Passou algum tempo e veio a mãe para relatar que seu esposo é um paranóico... e recebera a instrução de um médico para ter muito cuidado se quisesse se separar dele pois ele a mataria... e que deve ser por isso que L está assim... a filha mais velha fugiu de casa e os dois que ficaram vivem num estado de terror... Ele se agita, pega o revólver e enfia na boca deles, e eles têm de ficarem quieto... Enquanto o revólver está na boca das crianças, todos têm de se imobilizar... Quer se separar, mas não sabe como... L não aceitou tratamento (ora se vai se arriscar...). Aí a mãe trouxe o aspecto que aprontou outra e como fora ameaçado de separação estava cordato... Um borderline que dá a impressão de vileza, covardia e que só quis se tratar com uma psicóloga (que o aceitou...). O jovem não quis se tratar e as crises desapareceram, mas algum tempo depois a mãe me telefonou para me avisar que o carro de L tinha pegado fogo, tudo indica que foi um acidente – só que na frente do prédio do meu consultório. – e me perguntou se o incêndio no carro tinha alguma coisa a ver com ele sentir de vez em quando cheiro de queimado?

Breve Comentário

Este caso dispensa comentários. Um dado muito curioso a favor de uma teoria monista da visada do mundo é o carro queimar e sua relação com o sintoma de L. O filicídio novamente é explícito e a saudabilidade do aparelho psíquico de L, que ainda não se suicidou, na nossa hipótese, decorre das crises, uma função do formatador. Elas decorrem da identificação (mas semiótica) com o pai assassino (e só secundariamente com o desejo de matar o pai como queria Freud (1928) no seu estudo sobre o Dostoiévski) buscando aplacar seu inconsciente sanguinário.

7.7. Dir-se-á: Ora. Mas o Epiléptico é um Paciente com uma Neurose Traumática Grave e Qualquer Paciente com Traumas Precoces Tem Estrutura Parecida. Só que o Epiléptico Tem a Peculiaridade das Crises, Que Podem Estar Controladas ou não.

Caso 21 – CH tem 28 anos, logo se nota que tem muito medo e tem *tremor familiar – igual ao pai – passa com álcool e só saía com os amigos depois de beber bastante... Sempre se sentira muito envergonhado... É um masturbador contumaz, às vezes mais de seis por dia, e tivera muito poucos relacionamentos sexuais, quase sempre com prostitutas... e tem ejaculação precoce há 4 anos... é gêmeo com o... ele é deficiente mental grave... Tomou água na hora do parto, ficou uma gosma que o afogou e morreram muitas células do cérebro dele, por isso ele não fala e caminha muito mal... . C piorou quando a namorada, depois da única relação normal que teve, pois ela ficou dois meses sem menstruar e ele lhe deu remédios... Ficou em pânico com a idéia de que nasceria um monstro; depois ela menstruou, mas ficou com uma infecção brutal. Monótono, usa drogas freqüentemente... Só dorme com tudo fechado, tem muitos pesadelos e sonha com coisas infantis, sonhou um lobisomem essa noite... Que quase botou fogo no apartamento... Faltou luz e ele pôs uma vela em cima da tampa plástica do toca-disco que... pegou fogo... E quando acordou estava se afogando, não conseguia respirar, aquela resina estava afogando-o... Por várias sessões relata como quase se afogou... tentava chegar a superfície mas havia uma trama de raízes que o impediam de respirar... Interessante que ao longo da psicoterapia que abordava o tema de sua identificação com o irmão deficiente e do trauma que inunda sua vida, nas ações, no pensamento, nos sonhos, C várias vezes levantou-se para vomitar no banheiro.

Breve Comentário

Concordamos, mas nos parece – e consideramos que o desenvolvimento disso é novidade – que as crises são utilizadas pelo ego, sempre semioticamente – já que o ego não pode utilizar nada, por leis cognitivas gerais que não sejam metáforas ou metonímias de ocorrências reais ou fantasiadas – como descarga de tensões, como se o ego se adaptasse um potencial do orgânico. Parece-nos que só esse enfoque poderia explicar a melhora desses pacientes com a psicoterapia, como podemos ajudá-los na simbolização propriamente dita, na formação de metáforas que traduzam seus conflitos.

Mas olhem só quem é o acompanhante fóbico de CH.

Caso 22 – VB tem 26 anos e é o acompanhante fóbico de CH, tem quatro irmãos todos com excelente escolarização e piorou com a melhora de CH

a ponto de insistir que queria falar comigo, pois não suportava mais o estado de medo e insegurança. Desde criança só dorme com a luz acesa... E não sabe o que é que teme... Mas identifica que alguém corre atrás dele com uma faca e acorda em pânico... Num dos episódios cortou o pulso esquerdo atirando-se contra a janela e no último, cortou o direito... Também contra a janela e ainda bem que acordou, pois estava no parapeito da janela... No quarto andar... . Nega mortos, suicídio na família, etc... O neurologista que o atendeu investigou-o adequadamente com EEG com vários métodos de ativação, TCE que resultou normal e resolveu medicá-lo por 12 meses. Se tiver alguém dormindo na cama ao lado durmo bem e nunca me aconteceu nada... . Mas, não conheço com adequação sua história.

Caso 23 – KP tem 35 anos e vem trazida pela mãe; não conseguiu se desenvolver, fala pouco e só faz o que se lhe manda. Seu pai suicidou-se quando tinha dois meses, na seguinte circunstância: a mãe estava só em casa – moravam para fora – e teve uma discussão com o esposo, pois ele estava envolvido com a polícia – depois o delegado lhe perguntou se ela sabia sobre um monte de coisas – uma discussão muito feia, ele pegou o revólver e ameaçou matá-la, ela pegou a criança no colo e pediu que não, pela nossa filha, não. Aí ele, com raiva, foi no galpão e deu um tiro no ouvido... voltei ensangüentada e como K chorasse muito Dr., eu peguei ela e dei de mamá... enquanto pensava no que eu ia fazer... Para ela, mas acho de que dei de mamá com sangue Dr. Por isso que ela ficou assim. E K se criou simbiótica... é simbiótica com a mãe mas às vezes tem crises de pânico. A mãe diz que vive com a filha e quer saber o que é isso... Examinei-a várias vezes e nunca falou comigo, nem a pedido da mãe; o EN, EEG e as condições de nascimento foram normais, embora saibamos que para a mente de K isso nunca contou muito.

Breve Comentário

O que houve com o formatador de K? Está semiotizando: K está morta, mas o formatador faz a mãe falar por ela. Recebeu sangue ao invés de leite e aqui vemos o impacto da obra de Rascovsky (1960) com seu psiquismo fetal. Mas K precisou de todo o aparelho para semiotizar isso, não sobrou nada para ser utilizado para fazer-se viva propriamente dita, isto é, existir num sistema relacional. Se o formatador tivesse determinado as crises – o que corresponderia a um sistema evoluído – é possível que K não estivesse semioticamente morta, mumificada no útero materno. Este caso aponta-nos que quanto mais precoce o trauma, mais áreas egóicas envolvidas, maior a insuficiência do formatador. Tudo o que o formatador pode emitir é o seu epitáfio.

8. Discussão Geral das Observações e Conclusões

Aqui, vamos comparar nossos achados aos da literatura – brevemente claro - até porque muito já foi discutido e veremos principalmente os aspectos mais controversos. Começamos então pelo problema da simbolização seguido do de qual fantasia básica podemos encontrar no epilético; depois, tentando integrar esses achados com a teorização do problema mente-corpo e baseado nos nossos dados clínicos, vamos tentar sustentar nossa teoria da formatação.

8.1. A Epilepsia Não tem uma Psicodinâmica Unitária: Como o Sono, Serve a muitos Senhores.

Esperamos que o relato de nossos casos possa ter sido demonstrativo do multifacetamento do fenômeno epilético. No título nos referimos ao sono porque é bem conhecido como o ego se utiliza dele para significar (semiotizar), na medida que usa o contexto em que o sono aparece, como uma recusa da aceitação de uma categoria de estímulos pela consciência – coisa que sono implica – para gerar um novo sentido. Isto é, se alguém dorme quando atende um determinado paciente, o contexto – o paciente, seu discurso – está dado e isso gera um determinado sentido. É bem conhecido como o ego está acordado embora o sujeito durma, pois, dependendo da categoria de estímulos, o sujeito recupera a consciência ou não. Assim são as crises. Interessante que aceitamos que alguém fique com sono – o que implica no envolvimento de determinadas áreas do sistema nervoso e coisa e tal – diante de um paciente, mas não aceitamos com a mesma facilidade que alguém tenha uma crise convulsiva num momento peculiar da vida. Aceitamos que determinadas áreas nervosas sejam suprimidas porque um determinado fenômeno é tido como normal, fisiológico, mas não aceitamos que alguma área seja estimulada. Mas este é um discurso mais voltado para os organicistas Wirchowianos.

Vejamos os fatores dinâmicos envolvidos com a epilepsia. Ajuriaguerra (1980), revisando o tema, encontrou que os autores se dividem entre as seguintes posições sobre o significado das crises:

- (1) significando a morte, submetimento sado-masoquista para Freud (1928);
- (2) desejo de morte do epilético pelos pais (quer dizer, o epilético deseja que os pais o matem. E por que não dizer, então, filicídio) para J. Guey;
- (3) equivalente libidinal de um coito extragenital para W. Reich e,
- (4) refúgio regressivo contra a irrupção da angústia para P. Clark e I. Heindrick (p544). Como vimos na revisão, acrescentaríamos:
- (5) fixação na figura combinada sádica e

- (6) significando a morte, num contexto de neurose traumática grave, para M. Martins (1983).

Na nossa experiência vimos que a crise precipitada por:

- (1) ansiedade de separação como no caso 01;
- (2) raiva com submetimento sado-masoquista no caso 02;
- (3) realização parcial de um desejo no caso 13;
- (4) nos demais casos há uma identificação destrutiva (assassina) dentro do ego que é semiotizada pelas crises – quer como proteção contra o filicídio, como é explícito no caso 02, quer como punição ao filicídio, como se dá com o caso 12.

Nossa impressão é que as crises podem mesmo ser semiotizantes de muitos sentimentos e, num mesmo paciente, seus determinantes podem variar muito. Por exemplo, no caso 14 que, há um tempo faz pensar que estejamos diante do parricídio, em outro momento do filicídio e em outro, do matricídio, com a destruição dos genitais maternos, quem sabe se para que a mãe não tivesse irmãos o fratricídio. Mas uma coisa é certa, na maioria dos casos, estamos diante do crime, do assassinato ou de uma ameaça explícita de morte, a primeira condição para as *Patoneuroses* de Ferenczi (1917/1921). É evidente que, se há um fator dinâmico esse, que determina as crises, mas não o assassinato – que não infreqüentemente ocorre – temos de supor uma hipótese estrutural que dê conta de uma manifestação semiótica que implique no envolvimento de parte do ego como mobilizador de elementos tradicionalmente atribuídos ao orgânico, permitindo a crise epiléptica, com sua semiotização inequívoca.

Afinal o que é semiotizar? É uma referência à semiótica, à ciência geral dos signos para uns, para outros a um signo pouco diferenciado, pouco articulado, comparativamente à articulação da linguagem. Genericamente podemos dizer a lingüística cuida da linguagem propriamente dita enquanto a semiótica cuida dos demais sinais: de trânsito, das roupas, das atitudes, e por aí vai. Mas a coisa toda se complicou muito, pois logo se demonstrou que a linguagem só tem sentido na interação com o contexto e a disciplina lingüística que estuda isto é a pragmática. E mais, logo se viu que se dava o mesmo com a semiótica, isto é, que o contexto pode articular um signo semiótico para gerar um sentido que não é a entrada convencional de um dicionário sobre os signos semióticos. Talvez pudéssemos denominar essa ciência de semiopragmática, mas não precisamos fazer isso porque o leitor deve ter notado que é desses recursos que o psicanalista se utiliza o tempo todo. Isto é, a tarefa psicanalítica é a busca de contextos adequados às emoções dos pacientes e quando o contexto dado é fundamentalmente lingüístico, estamos diante de simbolização propriamente diante; quando interpretamos ações interagindo com determinados contextos, estamos diante da semiopragmática, logo se vê que, quando falamos de semiose, estamos falando de representação de coisa, motora ou cinestésica em oposição à representação de palavra que

corresponderia, segundo Freud (1939) no *Moisés e o Monoteísmo*, à única representação que permite o acesso à consciência:

...os processos de pensamento, e tudo que possa ser análogo a eles no id, são, em si próprios, inconscientes, e obtêm acesso à consciência, vinculando-se aos resíduos mnêmicos das percepções visuais, auditivas ao longo do caminho da função da fala (p118).

Note-se como, quanto mais a simbolização de um paciente dependente da linguagem propriamente dita, menos sua conflitiva é dependente da representação de coisa, da ação, da atuação e melhor o prognóstico. A interpretação da fantasia básica – do contexto original de adequação de uma emoção - de uma crise convulsiva, a partir do contexto de ocorrência, é um exercício de semiopragmática e, aí, a crise não é uma simbolização propriamente dita, é uma semiose. É claro que isso necessita ser mais bem desenvolvido, mas é tarefa para depois...

8.1.1. O Problema da Cena Primária e dos Núcleos Perversos-Paranóides no Epiléptico

Em teoria psicanalítica qualquer enfoque pode ser estendido a todos os aspectos do psiquismo do paciente. Meltzer (1973), a partir de Klein, utiliza-se da idéia da cena primária como princeps das motivações humanas. Martins (1983) considera que no epiléptico há fixação na cena primária, talvez referindo que o paciente, envolvido numa neurose traumática grave, utilize-se do sadismo da figura combinada para semiotizar seu terror. Quer dizer, como a teoria não pode ser testada – por isso se dá – temos de ter algum critério para ver o que é dominante no quadro, e tendemos a nos utilizar da intuição. No caso 02, por exemplo, a cena primária é muito dominante em todo o material como fator estrutural e, parece-nos, representando o sadismo máximo, mas o fator dinâmico que, inequívoco, determina as crises é o filicídio. Os núcleos perversos-paranóides, da mesma maneira que a cena primária, também estão muito manifestos no epiléptico, daí porque enfatiza-se tanto a imagem da cena primária na estrutura perverso-paranóide e, quem sabe, estamos falando da mesma coisa apenas com graus diferentes de definição. Parece-nos, de qualquer maneira, que a explicação é a mesma para ambas ocorrências – a forte evidência dos núcleos perversos-paranóides e a cena primária: o trauma.

É interessante notar que o registro lingüístico também captou essa idéia – a epilepsia como um coito sádico. Repare-se que, para os gregos, o conteúdo manifesto considerava que o epiléptico poderia estar possuído por um deus ou uma deusa, mas a palavra nos mostra qual o conteúdo latente. Temos de explicar, adicionalmente, por que é que uma outra palavra, como mal caduco ou mesmo mal sagrado não foi a que se fixou no registro lingüístico. Temos uma hipótese: fixou-se epilepsia porque esse é a palavra que tem os registros que permitem que o formatador a decodifique. Sim, mas não sabemos grego. E essa palavra deve ter sido escolhida pelo clero na idade média? Foi por isso que ela permaneceu. O que ela registra é o sadismo de um momento criminoso da humanidade. Quer dizer então que, antes da idade média, as pessoas eram felizes e tinham escolhido outras palavras para a epilepsia, aí veio a Igreja e fixou no epiléptico a idéia babilônica, buscando provar com isso que de fato existia o demônio? Isso, exatamente. Vamos pensar no assunto. Mas, de qualquer maneira, teríamos de explicar então porque essa idéia – de ser possuído por um demônio – era uma idéia só dos babilônios e foi tomada pelos gregos que a passaram para os romanos, que...

Nossa posição é assemelhada à de Martins (1983), só que consideramos que as crises são uma defesa e não uma nosologia capaz de ter ponto de fixação – não vamos abordar o problema de se é possível um ponto de fixação numa fantasia como a cena primária – sendo que o trauma dinâmico subjacente é o filicídio; e a cena primária, bem como os núcleos perversos-paranóides, decorrem da intensa regressão do ego. Na nossa idéia, a epilepsia é uma defesa que originalmente foi fundada de acordo com os determinantes descritos por Ferenczi (1917 e 1931) nas *Patoneuroses*, quais sejam: (1) Um perigo de morte ou uma ameaça de traumatismo, impondo uma adaptação das funções egóicas que impedem formas mais evoluídas de semiotização e simbolização e, na nossa experiência, de fato, o material semiotiza muito

claramente o crime, o parricídio e, principalmente, o filicídio e isso nos parece evidente nos casos e não vamos nos repetir em demasiado. (2) Uma lesão de uma parte do corpo anteriormente muito investida de libido. Aqui entra o orgânico, mas, adicionalmente, acrescentamos que as alterações eletro-encefalográficas são extremamente freqüentes na população e só uma ínfima parte desta tem crises, além do que boa parte dos epiléticos não têm alterações eletro-encefalográficas. (3) Um narcisismo constitucional tal que a menor lesão de uma parte do corpo atinge o ego inteiro. Essa posição de Ferenczi nos parece problemática, pois aqui, o que se entende por narcisismo – veja-se especialmente os casos 21, 22 e 23 – é uma tentativa do formatador em adaptar o organismo ao ambiente com os recursos que lhe restam, no caso da epilepsia, a partir do orgânico e com os limites impostos pelo trauma psíquico severo. Isto é, o formatador, formata o organismo – sua simbólica e suas ações – para um dado ambiente e o narcisismo é a semiotização com os limites do trauma.

Insistimos: Se supusermos como fator dinâmico o crime, o filicídio, que é substituído pela crise – que passa a ser um semiotizante do crime – temos de abordar um fator estrutural: que aparelho é esse que faz a semiotização do crime em crise? Quem é esse que pode tanto com o orgânico?

8.2. Por uma Teoria Dualista Provisória: A teoria do Formatador

Finalmente, como abarcar todos esses enfoques numa teoria que dê conta dessas questões? E aí ousamos dar um lugar especial para a simbolização e denominar sua função como formatadora, explorando a metáfora da computação. Então, por quais novas veredas penderia a teorização do problema mente-cérebro?

Em face aos nossos achados, não temos outra hipótese que não a de sustentar um dualismo com interacionismo de dupla via, com óbvios limites biológicos, mas que incluem um uso de potenciais pouco acessíveis do orgânico – a crise convulsiva, os tiques, as distonias e algumas patologias ditas psicossomáticas – sempre como atividade simbólica (semiótica), onde as crises – uma ação pré-mental, pois as funções egóicas estão suprimidas – é dirigida às identificações ou ao ambiente – ao inconsciente do outro – mas que, de qualquer modo, está a serviço do ego num sentido adaptativo. É da tentativa de explicar nossos achados que supomos nossa teoria da formatação e lembramos, por óbvio, que esse enfoque é um dos muitos possíveis e não desconhecemos quão audaciosa é nossa sustentação do formatador, um aparelho responsável pela atividade simbólica (metáfora-metonímia) gerador de símbolos-ações, capaz de se utilizar dos potenciais do orgânico permitindo a adaptação do organismo ao ambiente: respondendo adaptativamente ao inconsciente do outro.

Admitimos, então, um aparelho com as seguintes características:

1. Sua função é adaptar o organismo ao ambiente. E faz isso a partir das primeiras experiências e conforme o conceito de trauma com o seu sentido qualitativo e quantitativo que permite aproximar a etiologia das neuroses traumáticas das neuroses constitucionais como descrito por Freud (1939) no Moisés e o Monoteísmo. Adapta o organismo ao ambiente. Ambientes aqui são as fantasias inconscientes do outro, às vezes, introjetadas que foram atuadas ou não pelo outro. Esse aparelho captaria essas fantasias e formataria, no sentido computacional – cria um sistema em que outros sistemas não são reconhecidos – a conduta do sujeito. Certamente os adeptos da informática prefeririam configuração ao invés de formatação, mas preferimos a palavra mais conhecida.
2. Fica implícito que, tal como o Language Acquisition Device (LAD) de Chomsky (1977, 1980), que é capaz de aprender as regularidades de todas as línguas humanas conhecidas ou que venham a ser criadas, o formatador é capaz de traduzir todas as fantasias inconscientes que existem ou que possam vir a ser retiradas do aparelho de pensar pensamentos de Bion (1962, 1963). Parece-nos, também, que a postulação desse aparelho responde a pergunta que

Freud faz ao longo do *Moisés e o Monoteísmo* (1939): *Como persistiu intacto no inconsciente do grupo o fato de que Moisés fora assassinado?*

3. Tem limites maturativos biológicos, isto é, como o sujeito nasce e tem de se adaptar ao ambiente para sobreviver, o formatador é mais atuante nos primeiros momentos de vida e, certamente, começa sua ação na vida intra-uterina. Mas termina, como pode nos apontar a teoria psicanalítica - quem sabe - aí pelos 4 ou 5 anos e, certamente, está muito pouco atuante depois da puberdade. Esses dados correspondem exatamente ao que sabemos sobre o LAD, fazendo supor que estejamos diante de um mesmo aparelho, capaz de captar regularidades estruturais extremamente complexas. E esse limite maturativo pode explicar os resultados algo insuficientes da psicoterapia psicanalítica como Freud (1937) aponta em *Análise Terminável e Interminável*.
4. É parte desse aparelho a função de captar o sentido gerado pela interação de contextos extralingüísticos ao estritamente dito. E as regras para a captação desse sentido seriam dadas pelo afeto que corresponderia à fixação das primeiras experiências ambientais do formatador, conforme descrito por Fontanari (1988):...*Não se afastando então que tais transtornos da escolha de contextos dependem de marcadores afetivo-volitivos...p346*.
5. O formatador é descrito em 3 níveis biológicos:
 - ❖ A ao nível do sistema nervoso de relação que age na musculatura estriada, de que resultam as estruturas que compõem pré-consciente freudiano (1892): representação de coisa, palavra, motora e cinestésica;
 - ❖ Ao nível do sistema nervoso autônomo que agiria sobre algumas glândulas e sobre a musculatura lisa e
 - ❖ Ao nível do sistema nervoso ganglionar. Faltam-nos teorias sobre os dois últimos itens e parece-nos que as idéias sobre a psicossomática são uma tentativa, num nível pré-teórico, de enfocar estas questões.

O formatador é um aparelho responsável pelo registro das necessidades adaptativas dessas três classificações conhecidas do sistema nervoso.

Lembramos apenas, para não ser exaustivo, que as mioclonias e as várias formas de convulsões – motoras – são achados normais da vida embrionária e fetal – se é que esses termos – mioclonias e convulsões – podem ser aplicados a esta etapa humana.

6. A descrição do formatador é redundante, pois é uma definição num nível pouco especificado – em parte – do que Bion (1962, 1963), Winnicott (1945, 1954) e Money-Kyrle (1968) descrevem nas suas obras, e é uma simples especificação dos achados de Freud (1913) em *Totem e Tabu* (e que, na nossa idéia, tentou retomar no final de sua obra (1939), no *Moisés e o Monoteísmo*):...*pois a psicanálise nos mostrou que cada homem possui, na atividade mental inconsciente, um aparelho que o capacita a interpretar as reações de outras pessoas, isto é, a desfazer as deformações que os outros impuseram à expressão de seus próprios sentimentos (p188)* . No *Moisés*... ele aborda o problema do trauma, da constituição orgânica e da transmissão inconsciente entre gerações. A idéia de um formatador – nos moldes do LAD de Chomsky (1977, 1980) ajuda a encaminhar a questão.
7. A existência desse aparelho biológico é uma necessidade para explicar as idéias inatas de Descartes (1637 a, b), o apego de Bowlby (1974), Harlow (1974) e outros. Peirce (1913), criador da semiótica, por exemplo, se perguntava como é que um pintinho não sai bicando tudo e bica logo o que é comida. E porque os homens sabem, para um conjunto de dados, qual a teoria com melhor potencial explicativo. Esse aparelho é inato. No pato, por exemplo, o formatador, muito grosseiro, é capaz de fazer com que qualquer coisa que se mecha, quando ele nasce, fique sendo sua mãe. Ainda (e agora, sem dúvida, segue a nossa afirmação mais exagerada), pela nossa proximidade com o inorgânico, é uma necessidade imposta pela afirmação de Wittgenstein (1921):

a forma lógica é a forma da realidade que nos permite explicar, através de uma fórmula matemática como é que se comporta o universo. Note-se que a visada de Wittgenstein (1921) é muito próxima da de Ferenczi (1923) na sua bio-análise.

Então, por qual vereda pende o problema mente corpo? Pelo inatismo no sentido de Chomsky (1983 a, 1983 b), que é o mesmo de Descartes (1637 a, b). Mas como supor um aparelho orgânico – o formatador – que não é afetado pelas lesões orgânicas? E, além disso, é capaz de interagir com o orgânico? Parece-nos que esta pergunta é a mesma que Descartes se fazia: Como é que pode existir um deficiente mental tão imbecilizado que não pode fazer um

cálculo simples, mas a maioria pode falar, usar as regularidades da língua? Porque o deficiente com uma lesão difusa encefálica, fala, usa regularidades muito complexas, mas não faz contas? E acrescentaríamos a Descartes, como é que usa outras regularidades estruturais, como as da conduta, determinada pelo inconsciente do outro, que nos permite achar os determinantes emocionais dessa conduta? Talvez o formatador seja um ensaio de resposta a esta questão. E, qual é o sentido de sua descrição, o que a teoria ganha em definição com a teoria do formatador? Isso é questão para depois, pois estamos numa área limítrofe do conhecimento e não é por acaso que apontamos sete itens. Nosso desejo é lembrar a sétima tese de Wittgenstein (1921): Sobre o que não se pode falar, deve-se calar.

E depois, que história é essa de supor que Freud se preocupava com isso? Freud (1939) no *Moisés e o Monoteísmo...* Aborda o problema de como persistiu intacto no inconsciente do grupo o fato de que Moisés fora assassinado. Considera então que...

Esse problema levanta a questão de saber que foram a tradição operante na vida do povo que se apresenta, questão que não ocorre nos indivíduos, visto que aí é solucionada pela existência no inconsciente de traços mnêmicos do passado... (p114). Em minha idéia, existe, a esse respeito, uma conformidade quase completa entre o indivíduo e o grupo: também no grupo uma impressão do passado é retida em traços mnêmicos inconscientes... No caso do indivíduo... o traço mnêmico... foi nele preservado... reprimido (p115). ...Temos, em primeiro lugar, a universalidade do simbolismo da linguagem... trata-se de um conhecimento original... ademais, o simbolismo desconsidera as diferenças de linguagem...(p119).

Aqui nos impressiona a semelhança com a obra de Chomsky. Como podemos falar de uma memória social? Só temos uma resposta e uma analogia: a linguagem é uma memória social, é nela que se depositam as escolhas de palavras, as histórias com suas estruturas de base e transformacionais inconscientes. Para nós, é suficiente postularmos o formatador – veja-se a analogia da linguagem – como uma estrutura capaz de captar todas as regularidades da conduta humana para respondermos à pergunta básica de Freud, como é que um conhecimento inconsciente passa de uma geração à outra?

8.3. Então, numa Teoria Cartesiana, as Crises São Usadas pelo Psiquismo ou Determinam o Psiquismo?

Note-se que, na pergunta, quando se diz *determinam o psiquismo* estamos dizendo que elas são o psiquismo numa teoria monista. Em que sentido? No mesmo sentido que dizemos para a neurose traumática que o trauma é o psiquismo. O sujeito vive a partir do trauma, sonha o trauma, seus sintomas são o trauma... Isto é, para nós, esta questão é um pseudoproblema já que, se as crises são uma defesa, uma tentativa do formatador de semiotizar para o inconsciente assassino, necessariamente, o epiléptico terá uma estrutura assemelhada à do neurótico-traumático grave. Logo, se o trauma é o psiquismo, as crises, parte do trauma, são o psiquismo.

Toda a psiquiatria clássica sustenta essa idéia de uma estrutura psicológica epiléptica, apontando uma epilepsia fundamentalmente *psicótica*, outra *condutopática* e uma terceira, com manifestações predominantemente *motoras*, dita *neurológica*. Recomendamos a excelente revisão sobre o tema, de Palomba (1991). Mas Penfield e Erickson (1941) discutem longamente o problema e concluem que *não há uma personalidade epiléptica típica*. Podemos, portanto, na nossa idéia, encontrar epilépticos com psiquismo semelhante, mas não podemos supor um psiquismo inequivocamente específico para eles já que, para nós, a epilepsia é uma defesa.

Freud (1928) mesmo insistia que conhecia pelo menos um paciente que, sem dúvida, era normal e altamente criativo: o Prof. Helmeholtz.

Genericamente, atribuíamos a seguinte tríade aos epilépticos:

- (1) uma forma peculiar de inter-relacionamento que é classicamente conhecida como viscosidade (gliscróide), que também aparece na ruminação do pensamento;
- (2) um aspecto comum à estrutura psicológica psicopática: a impulsividade, a passagem à motricidade sem a intermediação do pensamento reflexivo, voltado para as implicações do ato, para a previsão do futuro e,
- (3) a pobreza na simbolização ou semiotização de seus desejos, dificuldades graves na compreensão e na emissão de um simbolismo emocional que, quando presente, nos dá uma sensação estática, por assim dizer, das inter-relações. Mas essa tríade não pode ser atribuída a todos os epilépticos e o único desses achados que não é franco nas neuroses traumáticas é viscosidade.

9. O Tratamento Psicológico nas Epilepsias: Terapia Comportamental e Psicoterapia Psicanalítica

Aqui, já que verificamos com clareza a existência de um vertedouro emocional, revisaremos alguns aspectos relativos ao tratamento psicológico do epiléptico. A nossa posição é clara a respeito: Todo o paciente epiléptico ajudado com um período de psicoterapia-teste. Sugerimos, então, que se acrescente essa indicação aos critérios internacionais para cirurgia para

epilepsia, conforme especificados em Grummit (1990) e outros, especialmente que os riscos (Oliver, 1990) são consideráveis. A idéia de tratar os epiléticos por algum método psicológico não é recente – existem muitos relatos isolados de crises convulsivas relacionadas a eventos psicológicos – e o pioneirismo pertence à terapia comportamental. Ehle e Homan (1980), responsáveis pelo estudo das epilepsias no clássico texto de Rosenberg (1980), apontam como modalidade terapêutica que tem sido muito investigada nos últimos anos, a terapia comportamental, o biofeedback, em que o paciente é monitorizado com eletro-encefalógrafo com o objetivo de, mentalmente, suprimir a atividade paroxística, apontando que esta técnica ainda era experimental. Mas, em geral, os textos têm uma visão reflexológica do problema: haveria um dado estímulo interno, ou um precipitante emocional, de uma dada emoção que ativaria os neurônios responsáveis pela crise e essa é a posição de Gestalt e Broughton (1974). Já Fenwick e Brown (1989), mais audaciosos, discutem um modelo neuronal em que os neurônios próximos da área lesada (epileptógena) seriam acessíveis à terapia comportamental, e Brown e Fenwick (1989) discutem casos individuais em que a terapia comportamental foi bem sucedida no controle de crises parciais complexas. O método de tratamento foi muito simples e consistiu em fazer o paciente recordar a áurea da crise e controlar sua eventual generalização secundária.

Nossa amostra é muito pequena. E agora, se o paciente é beneficiado por psicoterapia, que corpo teórico psicanalítico pode abarcar o evento?

Nossa impressão é que o espaço transferencial funciona como um excelente catalisador de tensões, digamos que funciona como um novo pulsar, um novo buraco negro que permite a reformatação de seu sistema semiótico, agora a partir da imposição de uma semiotização e simbolização neuróticas. Mas, é claro, temos de ter mais experiência para colocarmos num nível suficientemente mais especificado essas metáforas.

E esse controle das crises relacionado ao tratamento, seria mediado pela linguagem verbal? Ou pela linguagem pré-verbal? Essa é uma questão que vale para todas as tentativas de tratamento psicológico, mas parece-nos que a variável principal é a capacidade de continência do terapeuta de angústias muito primitivas, como a ameaça de aniquilamento físico, que certamente, incluirá a abordagens intersubjetivas, familiares. Como vimos nos nossos casos, esses pacientes não são facilmente acessíveis ao tratamento com ou sem parâmetros e a adesão, como é amplamente demonstrado pela literatura para qualquer paciente, depende do quanto de neurótico tem sua personalidade.

Alertamos que a ruminação obsessiva que aparece como um nível adequado de funcionamento do epilético, como uma forma de controlar o desborde do trauma e a emergência do processo primário, é altamente exasperante para o terapeuta. De outro lado, a experiência contra-transferencial de aniquilamento físico é clara e marcada: *Uma colega, no mês anterior às férias, foi ameaçada de morte pelo seu paciente, epilético, e chegou a documentar bem o caso, pois temia ser assassinada e queria tudo estivesse registrado para as providências... Uma amostra do terror que ele só conseguia descarregar com a semiose das crises.*

10. Comentários Finais

Nossa teoria do formatador necessita ser mais bem desenvolvida; também necessitaríamos melhor desenvolver as características das neuroses traumáticas graves e suas diferenças – achamos que não há – dos achados no epiléptico. Teríamos de desenvolver os conceitos de semiotização e pragmática.

Vamos retomar a questão do orgânico com mais uma última questão. Argumentamos com Chomsky (1977, 1980, 1983 a, 1983 b) de que há um conjunto infinito de línguas considerando as que tenham existido no passado, as do presente e as do futuro, e que há uma capacidade humana básica para a linguagem com limites, determinantes, biológicos. E que a tarefa do lingüista é descrever a estrutura básica da língua universal que dá origem a todas as línguas que tenham existido, existam ou venham a existir. Além de descrever as regras de base que compõem essa língua universal e as regras transformacionais que, aplicadas a esta estrutura de base, dão o conteúdo manifesto das línguas. Mais, que no nível individual, cada pessoa nasce com um *LAD* capaz de captar as regularidades de qualquer língua e é assim que a criança aprende (adquire) a fala. Alertamos que Meltzer (1989) consideram embora não argumente, insustentáveis as idéias de Chomsky, apontando que o que ele afirma é a Torre de Babel.

Fazemos uma analogia dessa teoria com as aventadas por Freud no *Totem e Tabu* e no *Moisés e o Monoteísmo...* Isto é, haveria um aparelho que chamamos de formatador capaz de captar todas as fantasiadas inconscientes do ambiente e, a partir dessas fantasias selecionadas do ambiente, para a sobrevivência do organismo, determinar a conduta do sujeito ou, dito de outra maneira, seria um gerador de símbolos-ações, metáforas-metônímias. A função do psicanalista seria descrever junto com o paciente a estrutura de base – as fantasias inconscientes universais – e suas regras transformacionais – suas defesas – que, aplicadas às regras de base, geram o conteúdo manifesto, a conduta do paciente.

Ainda, na parte que consideramos mais fraca de nossa hipótese, supomos que esse aparelho registraria o ambiente – interno e externo – em três níveis: um relacional, um autônomo e um ganglionar, que tiramos da classificação neurológica, isto é, cada acontecimento seria memorizado, registrado, nestes três níveis; na verdade, não explicamos, mas a teoria implica em várias estruturas de base e várias estruturas transformacionais e o que não fica claro é o seguinte: Como é que o formatador, uma estrutura inata – que amadurece como o fígado (Chomsky, 1980) – pode ser conciliada com um dualismo de dupla via como o denominamos?

Essa pergunta toca o cerne da questão. Vejamos a Carta a Fliess de 11 de Janeiro de 1897 (Masson, 1986):... *a determinação da psicose... em contraste com a neurose... parece estar em que a agressão sexual ocorre antes do término do primeiro estágio intelectual, isto é, antes que o aparelho psíquico esteja constituído em sua forma primária... a epilepsia, creio, pertence ao mesmo período...* Isto é, estamos sustentando que o formatador pode buscar recursos semióticos – a crise epiléptica – de outras estruturas: egos muito primitivos, como um ego autônômico ou um ego ganglionar, isso se

houver uma ameaça de aniquilamento físico, Mas essas coisas precisam ser melhor pensadas.

Glossário

Afásico – Diz-se do paciente que tem um transtorno da fala por lesão na área da linguagem.

Aplasia de medula – Diz-se da patologia em que morrem porções significativas das células responsáveis pela produção das células do sangue.

Astrocitoma – Tumor de uma célula da glia, o astrócito.

Atividade irritativa (no EEG) – presença de pontas (espículas) ou ondas agudas no EEG.

Automatismos Psicomotores – Atividade epiléptica automática como mastigar, etc.

AVC – Acidente vascular cerebral, derrame.

Cintilografia cerebral – exame de imagem resultante da captação da emissão gama de um radioisótopo.

Circular de cordão – Volta-de-cordão umbilical no pescoço de um feto.

Cisto porencefálico – Um cisto formado por um poro no encéfalo, uma cavidade no encéfalo.

Crises convulsivas – Diz-se de uma crise epiléptica, isto é, que é produzida por uma descarga neuronal paroxística e se acompanha de movimentos convulsivos; diz-se assim quando não se deseja especificar o tipo de crise, caso contrário, especifica-se o tipo de movimento: Bravais-Jacksoniana, tônica, clônica, tônico-clônica, mioclônica, etc...

Crises convulsivas tônico-clônicas generalizadas – Ver crises convulsivas; é a crise com dois momentos motores, há uma extensão total que dura segundos e que é responsável pelo grito que anuncia o início da crise, ao que se segue movimentos intermitentes, clônicos; esse tipo de crise é chamado grande mal

Crises mioclônicas – Movimentos bruscos como os que se têm normalmente quando se dorme, são movimentos normais da vida fetal.

Crises parciais complexas – São crises em que as descargas elétricas são parciais no encéfalo e se acompanham de processos mentais complexos, ações; os automatismos psicomotores estão incluídos nessa categoria.

Crises uncinatas – É uma crise parcial simples em que o paciente sente um cheiro de queimado, em geral de borracha ou vela. Diz-se uncinata porque a descarga se dá no uncus (gancho) do hipocampo e trata-se de uma área envolvida na memória e conduta.

DNPM – Desenvolvimento neuro-motor.

Disritmia – Termo abandonado que decorre de um tempo em que se pensava poder correlacionar conduta com padrões eletro-encefalográficos; atualmente é usada como uma palavra mais gentil do que epilepsia quando não é usada erradamente.

EEG – Eletro-encefalograma.

EN – Exame neurológico.

Encefalopatia – Doença encefálica.

Foco lento (no EEG) – Presença de ondas de 4 Hz ou menos que podem ser polimórficas ou não, no adulto significa lesão cerebral.

Grande-mal - Ver crise tônico-clônica generalizada.

Hemiplégico – Paralisado de um lado do corpo.

Hipertensão Intracraniana – Como o crânio é uma caixa óssea, qualquer aumento da massa dentro dele leva a um aumento de pressão, já que ele não pode aumentar o volume no adulto; na criança ela aumenta o tamanho da cabeça.

Músculo temporal – Um músculo responsável pelo fechar a boca, palpável na têmpora.

Parieto-occipital - Região do encéfalo ou do crânio localizada pelos ossos parietal e occipital; no caso, a área de junção entre as duas regiões.

Pequeno-mal – É o mesmo que ausência, uma crise em que o sujeito perde apenas a consciência por segundos.

RDNPM – Retardado de Desenvolvimento Neuro-Psico-Motor.

RNM – Ressonância Nuclear Magnética.

TCE – Tomografia Computadorizada do Encéfalo.

Temporal – Região do crânio ou no encéfalo delimitado pelo osso temporal, pela têmpora.

Tremor Familiar – Doença muito comum, familiar, que se caracteriza por um tremor de frequência alta principalmente nas mãos, que é uma exacerbação do tremor fisiológico e que, tipicamente, desaparece com o uso de álcool. Atualmente acredita-se que seja uma variante leve de uma doença degenerativa do sistema nervoso.

Referências Bibliográficas

1. AJURIAGUERRA, J. – Manual de Psiquiatria Infantil. Rio de Janeiro, Masson do Brasil, 1980.
2. ALEXANDER, F. (1950) – Medicina Psicossomática. Princípios e Aplicações. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989.
3. BENVENISTE, E. (1966) – Problemas de Lingüística Geral. São Paulo. Ed. Nacional e Ed. Da Universidade de São Paulo, 1976.
4. BERGSON, H. (1919) – O Cérebro e o Pensamento: Uma Ilusão Filosófica. In: Cartas, Conferências e Outros Escritos. Coleção Os Pensadores. São Paulo. Abril Cultural, 1979.
5. BION, W. R. – Aprendendo de la Experiencia. Buenos Aires, Paidós, 1962.
6. BION, W. R. – Elementos de Psicanálise. Rio de Janeiro, Zahar, 1963.
7. BLEGER, J. – Comentário Sobre o Sentido Antitético das Palavras Primitivas. Simbiose e Ambigüidade. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1988, 3ed.
8. BLEGER, J. – Psicologia da Conduta. Porto alegre, Artes Médicas, 1989.
9. BOWLBY, J. – Nota sobre o Contexto Histórico da terapia da Vinculação. In: ZAZZO, R. e outros. – A Vinculação. Lisboa, Socicultur, 1974.
10. BROWN, S. W. e FENWICK, PC. B. – Evoked and Psychogenic Epileptic Seizures. II. Inhibition. Acta Neurol. Scand., 80:541-7, 1989.
11. CHIOZZA, L. – Psicoanalista de los Transtornos Hepaticos. Buenos Aires, Ediciones Kargieman, 1970.

12. CHIOZZA, L. e Colabs. – Ideas para Uma Concepcion Psicanalitica del Cancer. Buenos Aires, Paidos, 1978.
13. CHOMSKY, N. – Pensamentos e Linguagem. Petrópolis. Vozes, 1977.
14. CHOMSKY, N. – Regras e representações. A Inteligência Humana e seu Produto. Rio de Janeiro, Zahar, 1980.
15. CHOMSKY, N. – A Propósito das Estruturas Cognitivas e de seu Teorias do Desenvolvimento: Uma Resposta a Piaget. In: PIATTELLI-PALMARINI, M. (Org) – Linguagem. Teorias da Aprendizagem. O Debate entre Jean Piaget e Noam Chomsky. São Paulo. Editora Cultrix e Editora da Universidade de São Paulo, 1983 a.
16. CHOMSKY, N. – Debate. Réplica a Barbel Inherder. In: PIATTELLI-PALMARINI, M. (Org) – Teorias da Linguagem. Teorias da Aprendizagem. O Debate entre Jean Piaget e Noam Chomsky. São Paulo. Editora Cultrix e Editora da Universidade de São Paulo, 1983 b. p179.
17. CRICK, F. e KOCH, C. – Towards e Neurobiological Theory of Consciouness. No Prelo, 1990.
18. DEJERINE, J. – Sémilogie des Affections du Systeme Nerveux. Paris Masson et Cie, Editeurs, 1926.
19. DENNET, D. C. – II. Current Issues in the Philosophy of Mind. American Philosophical Quarterly, 15(4):249-60, 1978.
20. DESCARTES, R. (1637a) – Discurso Sobre o Método. São Paulo. Hemus, 1978.
21. DESCARTES, R. (1637b) – Obra Escolhida. São Paulo. Difusão Européia do Livro, 1962.
22. DINGWALL, W. O. - The Evolution of Human Communicative Behavior. In: NEWMAYER, F. J. - Linguistics: The Cambridge Survey. Cambridge University press, 1988.
23. ECCLES, J. C. – O Conhecimento do Cérebro. São Paulo. Ateneu Editora São Paulo e Editora da Universidade de São Paulo, 1979.
24. EHLE, A. e HOMAN, R. – The Epilepsies. In: Rosenberg, R. N. – Neurology. New York, Grune e Stratton, 1980, v5.
25. FEIGL, H. (1958) – Mente-Corpo: Um Problema Real((PI)) In: GADAMER, H. G. E VOGLER, P(Eds). Antropologia Psicológica. São Paulo. EDU/EDUSP, 1973.
26. FENWICK, PB. C. e BROWN, S. W. – Evoked and Pscogenic Epileptic Seizures. I. Precipitacion. Acta Neurol. Scand., 80:535-40. 1989.
27. FERENCZI, S. (1911) – Sobre las Palabras Obcenas. In: Sexo e Psicanálise. Buenos Aires. Ediciones Hormé, 1959.
28. FERENCZI, S. (1923) – THALASSA: Psicanálise da Origem da Vida Sexual. Rio de Janeiro. Biblioteca Universal popular, 1967.
29. FERENCZI, S. – Escritos Psicanalíticos 1909-1933. Rio de Janeiro. Livraria Taurus Editora, 1988.
30. FERRATER MORA, J. – Dicionário de Filosofia. Lisboa, Publicações Dom Quixote, 1982, 5 ed.
31. FLAVELL, J. H. – La Psicologia Evolutiva de Jean Piaget. Buenos Aires, Paidós, 1971.
32. FODOR, J. – The Modultory of the Mind. The Behavioral and Brain Sciences, 8:1-5, 1985.

33. FONTANARI, J. L. – Sobre a Neurolingüística das Implicaturas. Dissertação de Mestrado em Lingüística e Letras – PUC-RS, 1988.
34. FREUD, S. (1892) – La Afasia. Buenos Aires. Ediciones Nueva Vision, 1973.
35. FREUD, S. (1888) – Histeria. EDIÇÃO STANDARD BRASILEIRA DAS OBRAS PSICOLÓGICAS COMPLETAS DE SIGMUND FREUD. Rio de Janeiro. Imago, 1972, v1.
36. FREUD, S. (1888) – Histero-epilepsia. EDIÇÃO STANDARD BRASILEIRA DAS OBRAS PSICOLÓGICAS COMPLETAS DE SIGMUND FREUD. Rio de Janeiro. Imago, 1974, v1.
37. FREUD, S. e BREUER, J. (1893) – Estudos sobre a Histeria. EDIÇÃO BRASILEIRA DAS OBRAS PSICOLÓGICAS COMPLETAS DE SIGMUND FREUD. Rio de Janeiro. Imago, 1974, v2.
38. FREUD, S. (1905) – Três Ensaio Sobre a Teoria da Sexualidade. EDIÇÃO STANDARD BRASILEIRA DAS OBRAS PSICOLÓGICAS DE SIGMUND FREUD. Rio de Janeiro. Imago, 1976, v7.
39. FREUD, S. (1909) – Algumas Observações Gerais Sobre Ataques Históricos.
EDIÇÃO STANDARD DAS OBRAS PSICOLÓGICAS COMPLETAS DE SIGMUND FREUD. Rio de Janeiro. Imago, 197((PI)), v9.
40. FREUD, S. (1910) – A Significação Antitética das Palavras Primitivas. EDIÇÃO BRASILEIRA DAS OBRAS PSICOLÓGICAS COMPLETAS DE SIGMUND FREUD. Rio de Janeiro. Imago, 1072, v11, p141-6.
41. FREUD, S. (1913) – Totem e Tabu. EDIÇÃO STANDARD BRASILEIRA DAS OBRAS PSICOLÓGICAS COMPLETAS DE SIGMUND FREUD. Rio de Janeiro. Imago, 1972, v13.
42. FREUD, S. (1927) – Dostoiévski e o Parricídio. EDIÇÃO STANDARD BRASILEIRA DAS OBRAS PSICOLÓGICAS COMPLETAS DE SIGMUND FREUD. Rio de Janeiro. Imago, 1972, v21.
43. FREUD, S. (1937) – Análise Terminável e Interminável. EDIÇÃO STANDARD BRASILEIRA DAS OBRAS PSICOLÓGICAS COMPLETAS DE SIGMUND FREUD. Rio de Janeiro. Imago, 1972, v23.
44. FREUD, S. (1939) – Moisés e o Monoteísmo. EDIÇÃO STANDARD BRASILEIRA DAS OBRAS PSICOLÓGICAS COMPLETAS DE SIGMUND FREUD. Rio de Janeiro. Imago, 1972, v23.
45. GASTAUT, H. e BROUGHTON, R. – Ataques epilépticos. Barcelona, Toray, 1975.
46. GRICE, H. P. – Lógica Conversacional. In: DASCAL, M. (Org.) – Pragmática. Campinas, UNICAMP, 1982.
47. GRUMNIT, R. J. – Selection of adult Patients for Surgical Treatment of Epilepsy. Acta Neurol. Scand. 83:42-46, 1990.
48. HARRE, R. – Social Elements of Mind. British Journal of Medical Psychology, 57:127-35, 1984.
49. HEIDEGGER, M. (1939) – Conferências e Escritos filosóficos. Sobre o Humanismo . Coleção os Pensadores. São Paulo. Abril Cultural, 1983.
50. HARLOW, H. F. – As Afectividades. In: ZAZZO, R. e outros. – A Vinculação. Lisboa, Socicultur, 1974.
51. JACKSON, J. H. – Neurological Fragments. London. Oxford University Press, 1925.

52. JAKOBSON, R. – Towards a Linguistic Typology of Aphasic Impairments. RENCK, AVS e OCONNOR, M. (Eds) – Celsa Foundation Symposium on Disorders of Language. Boston, Little, Brown and Co, 1964.
53. LEVINSON, S. C. – Pragmatics. Cambridge. Cambridge University Press, 1983.
54. LIBERMAN, D. – Lingüística, Interacción Comunicativa y Proceso Psicoanalítico. Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión, Tom, o III, 1972.
55. LORENZ, K. – Extratos da Correspondência com René Zazzo. In: Zazzo, R. e outros. – A Vinculação. Lisboa, Socicultur, 1974.
56. LYONS, J. – Semântica – I. Coimbra, Editorial Presença / Martins Fontes, 1977.
57. MARTINS, M. A . – Epilepsias e outros Estudos Psicanalíticos. Porto Alegre. Artes Médicas, 1983.
58. MALDAVSKY, D. – Sobre la Erogeneidad, la Representación-Cuerpo y los Dobles em las Estructuras Narcisistas. Uma Visión de Conjunto. Não Publicado, 1989.
59. MASSON, J. M. (ED) – A Correspondência Completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess. Rio de Janeiro. Imago Editora Ltda, 1986.
60. MELTZER, D. – O Desenvolvimento Kleiniano – 1: O Desenvolvimento Clínico de Freud. São Paulo. Editora Escuta Ltda, 1989.
61. MELTZER, D. – O Processo Psicanalítico. Rio de Janeiro, Imago, 1967.
62. MELTZER, D. – Estados Sexuais da Mente. Rio de Janeiro, Imago, 1979.
63. MONEY-KYRLE, R.E. – Desarrollo Cognitivo. Int. J. Psycho-Anal, 1968, XLIX, 4. (Traduzido para o espanhol).
64. OLIVER, A - Risk and Benefit in the Surgery of Epilepsy: Complications and Positive Results on Seisures Tendency and Intellectual Function. Acta Neurol. Scand., 83:114-21, 1990.
65. PALOMBA, G. A - Epilepsia Condutopática, Psicótica e Neurológica. Psicorama, 2:6-12, 1991.
66. PEIRCE, C. S. (1913) – Semiótica. São Paulo, Perspectivas, 1977.
67. PENFIELD, W e FRICKSON, T. C. – Epilepsy and Cerebral Localization. Baltimore, Charles c. Thommas, 1941.
68. PIAGET, J. – Esquemas de Ação e Aprendizagem da Linguagem. In: PIATTELLI-PALMARINI, M. (Org) – Teorias da Linguagem. Teorias da Aprendizagem. O Debate entre Jean Piaget e Noam Chomsky. São Paulo. Editora Cultrix e Editora da Universidade de São Paulo, 1983a.
69. PIAGET, J. – Psicogênese dos Conhecimentos e seu Significado Epistemológico. In: PIATTELLI-PALMARINI, M. (Org) – Teorias da Linguagem. Teorias da Aprendizagem. O Debate entre Jean Piaget e Noam Chomsky. São Paulo. Editora Cultrix e Editora da Universidade de São Paulo, 1983b.
70. POPELL, E. – Fronteiras da Consciência. A Realidade e a Experiência do Mundo. Lisboa. Edições 70, (1989).
71. POPPER, K. – Conjectura e Refutações. Brasília. Editora da Universidade de Brasília, 1972.

72. POPPER, K. e ECCLES, J. C. – The Self and Its Brain. London. Springer-Verlag, 1978.
73. RAPAPORT, D. – La Estructura de la Teoria Psicoanalítica. Buenos Aires. Editorial Paidós, 2 ed, 1967.
74. RASCOVSKY, A . – El Psiquismo Fetal. Buenos Aires, Editorial Paidós, 1960.
75. RASCOVSKY, A . - O Filicídio. Rio de Janeiro. Artenova, 1974.
76. ROSEN, S. (1973) – O Cérebro Consciente. São Paulo, Alfa-Omega, 1984.
77. SANVITO, W. L . – The Brain/Mind Complex. Na Epistemological Approach. Arg Neuro-Psiquiat (São Paulo), 49 (3):243-50, 1991.
78. SCHANK, R. C. – The Cognitive Computer. On Language, Learning, and Artificial Inteligence. Massachusetts. Addison-Wesley Publishing Company, 1985.
79. SEARLE, J. R. – Os Actos de Fala. Coimbra, Almedina, 1984.
80. SEARLE, J. R. (1980) – Mente, Cérebro e Ciência. Lisboa, Edições 70, 1984.
81. STRAWSON, PF. (1950) – Significado e Verdade. In: DASCAL, M. (Org.) – Semântica. Campinas, UNICAMP, 1982.
82. SULLOWAY, F. J. – Freud, Biologist of the Mind. New York. Basic Books, 1979.
83. THOMAZ, T. O. - Novas Considerações Sobre o Discurso e sua Fonte. O Alojamento Discursivo da Emoção. No Prelo, 1991.
84. VIGOTSKY, L. S. (1930) – A Formação Social da Mente. São Paulo. Martins Fontes, 1984.
85. VIGOTSKY, L. S. (1934) – Pensamento e Linguagem. Lisboa. Antídoto, 1979.
86. WINNICOTT, D. W. – Natureza Humana. Rio de Janeiro, Imago, 1988.
87. WINNICOTT, D. W. (1949) – A Mente e Sua Relação com o Psique – Soma. In: Textos Seleccionados Da Pediatria à Psicanálise. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1988, 3ed.
88. WINNICOTT, D. W. (1945) – Desenvolvimento Emocional Primitivo. In: Textos Seleccionados Da Pediatria à Psicanálise. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1988, 3ed.
89. WINNICOTT, D. W. (1954) – Aspectos Metapsicológicos e Clínicos da Regressão Dentro do Marco Psicoanalítico. In: Textos Seleccionados Da Pediatria à Psicanálise. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1988, 3ed.