

ACIDENTES MÚLTIPLOS COMO SÍNTOMA NEURÓTICO

CICERO CHRISTIANO DE SOUSA *

É cada vez maior a importância atribuída aos fatores psíquicos na patologia humana. Graças, sobretudo, à escola psicanalítica de Chicago, estamos assistindo ao desenvolvimento da medicina psicossomática, que tende a demonstrar a existência de componentes psicológicos na gênese de grande número de doenças. A originalidade desta escola reside menos nos fatos, muitos dos quais já tinham sido assinalados por médicos de várias épocas, que na rigorosa interpretação de fenômenos que vão sendo concatenados paulatinamente, dentro de um sistema de idéias perfeitamente coerente.

A escola de Chicago tem dado o melhor de sua atenção às perturbações nas quais é evidenciável a ação do sistema nervoso vagossimpático. Como é sabido, encontram-se os centros superiores autônomos ao nível da região hipotálamo-infundibular e são controlados pelo córtex cerebral através de fibras descendentes córtico-hipotalâmicas. Esta mesma região do diencéfalo atua sobre a hipófise, a qual, por sua vez, regula a secreção de todas as glândulas endócrinas. Por esta forma, rege o córtex, de maneira indireta, o funcionamento de todos os órgãos e aparelhos do corpo, e compreende-se com facilidade o mecanismo fisiológico da formação dos sintomas psicossomáticos, devidos a alterações endócrinas ou circulatórias ou a perturbações tróficas dos tecidos.

Há, entretanto, outras importantes correlações psicossomáticas que se podem chamar *indiretas*, em oposição às correlações *diretas*, antes enumeradas. Referimo-nos aos doentes que, por sua conduta, provocam em si mesmos lesões, mutilações, ferimentos ou outras perturbações. Merece ser recordado o caso famoso narrado por Dieulafoy¹. Conta êle a história de um rapaz que, por meio da potassa, provocou lesões gangrenosas nos dedos, levando os cirurgiões a amputá-los. Não satisfeito com êsse resultado, continuou em sua prática, até lhe amputarem o braço, antes de os médicos atinarem com a causa das lesões, cuidado-

Trabalho apresentado à Sociedade de Psicologia de São Paulo, em 25 setembro 1946; entregue para publicação em 15 setembro 1946.

* Assistente de Psicologia na Fac. Filosofia, Ciências e Letras da Univ. S. Paulo.

1. Dieulafoy, G. — Manuel de pathologie interne. Ed. 16, tomo III, pg. 855.

samente mantida em segredo pelo estranho doente. O intenso masoquismo do paciente levava-o não somente a provocar em si mesmo lesões dolorosas e de desagradável aspecto, mas ainda a fazer com que outros o mutilassem por meio de atos cirúrgicos. Embora a razão profunda dessa necessidade fôsse desconhecida por todos, inclusive pelo proprio paciente, é evidente que êle agia com perfeito conhecimento de causa ao usar a potassa como irritante dos tecidos e ao procurar os cirurgiões, escondendo-lhes ao mesmo tempo o uso que tinha feito da substância cáustica.

Ê este um caso extremo e relativamente raro. Mais comumente, o indivíduo se lesa sem ter o desejo consciente de o fazer. Dito de outra forma, são inconscientes tanto o impulso profundo quanto o mecanismo tendente a satisfazê-lo. É rica a literatura psicanalítica em casos deste tipo. Tal o doente de Durval Marcondes², que se submeteu a intervenção cirúrgica por afecção simulada ou, pelo menos, muito exagerada. Somente pela psicanálise chegou a compreender as razões de querer ser operado; a operação era, para êle, uma necessidade de ordem completamente diversa, e nunca poderia, sem o auxílio do psicoterapeuta, ser concebida como meio de satisfazer tendências inconscientes.

Outro caso extremamente interessante é descrito por Krapf³. Desde rapaz, seu paciente tinha sido vítima de certo número de acidentes de vária gravidade. Depois dos 20 anos de idade, começou a sofrer males diversos, que o levaram a submeter-se a enorme número de intervenções cirúrgicas: quando observado por Krapf já havia sofrido 44 anestésias gerais! Teve um período de melhoria durante alguns anos em que conseguiu casar-se e formar-se em medicina. Depois de algum tempo, entrou em conflito com a esposa, que não podia dar-lhe filhos, recommçou a série de operações e tornou-se morfímano e cocainómano e, enfim, alcoólatra.

Sobre os acidentados é bem conhecido o trabalho de Marbe⁴, que estudou estatisticamente os infortúnios de 2000 inscritos numa companhia de seguros. Estabeleceu dois grupos, o primeiro constituído por pessoas que não haviam sofrido nenhum acidente durante os primeiros cinco anos e o segundo por indivíduos que haviam sido vitimados ao menos uma vez. Num segundo período de cinco anos, o primeiro grupo teve uma média de 0,52 acidente e o segundo de 1,34, diferença bem significativa, se considerarmos que as profissões e ocupações das

2. Marcondes, D. B. — Um aspecto psicanalítico da cirurgia. *Rev. de Cirurgia de S. Paulo*, 1:455 (fevereiro) 1935.

3. Krapf, E. E. — Accidentes y operaciones como expresión de tendencias auto-destrutivas. *Rev. de Psiquiat. y Criminol.* (Buenos Aires), 9:145 (maio-junho) 1944.

4. Marbe, K. — *Praktische der Unfälle und Betriebsschäden*. Berlin, 1926.

pessoas nos dois grupos eram semelhantes e, objetivamente, ofereciam mais ou menos os mesmos riscos.

A questão dos acidentes é muito complexa. Do ponto de vista que nos interessa, poderão dividir-se em três grupos. O primeiro encerra os acidentes casuais, devidos a circunstâncias completamente imprevisíveis e independentes da atividade pessoal. O segundo grupo é o dos casos em que é exigido do indivíduo a realização de tarefa superior a suas forças. Neste caso estão as pessoas com defeitos visuais ou auditivos, com falta de preparo técnico suficiente para exercer dada atividade, ou ainda com debilidade orgânica ou mental. O terceiro grupo é o dos casos em que não se pode apontar no indivíduo nenhuma das faltas ou debilidades do grupo anterior. O indivíduo não tem defeitos sensoriais ou neurológicos, conhece suficientemente o que tem a fazer, apresenta inteligência normal. Apesar disso, sofre o acidente, que é portanto um "ato falhado", comparável a um lapso da memória ou da linguagem. Como tôdas as ações dêste tipo, reconhece como causa um conflito intrapsíquico no qual as tendências que colidem podem ser total ou apenas parcialmente conscientes.

Há indivíduos, entretanto, em que as cousas são mais complicadas. O que caracteriza seu comportamento é a repetição indefinida das falhas, o que lhes traz sofrimento contínuo e constante apreensão às pessoas de seu ambiente familiar. Do estudo dêstes casos podemos concluir que a "vocação para o desastre" (bem como a "vocação para a operação cirúrgica") é especial manifestação do masoquismo do indivíduo, dependente da estrutura de sua personalidade. Constitui específico sintoma neurótico (que merece o nome de *autoplegofilia*) e pode colocar-se ao lado de outras condutas cujo resultado final é trazer sofrimento ao enfermo. Lembremos a estranha fascinação que sôbre muitas pessoas exercem profissões perigosas (piloto de provas) ou esportes arriscados (corridas de automóvel ou de motocicletas, acrobacias em asas de aviões). Lembremos o caso do indivíduo que se torna tuberculoso mercê de comportamento desregrado. A mesma componente masoquista existe na personalidade dos dipsômanos e toxicômanos que se deixam arrastar ao desprestígio, à miséria, à doença e à sordidez. Em todos êstes casos, o sofrimento resultante representa, de certa forma, um prazer para o indivíduo, visto satisfazer suas necessidades inconscientes de punição.

Do ponto de vista prático, há também considerações a fazer. Não pensamos poder resolver com poucas palavras a complicada questão de prevenção dos acidentes. Em parte, é possível evitá-los melhorando as condições de trabalho ou adaptando mais perfeitamente o indivíduo a sua tarefa. Esta última medida pode obter-se pela seleção profissional

ou pela reeducação do acidentado reincidente⁵. É claro que, sôbre um neurótico, esta ação seletiva ou reeducadora poderá também fazer-se sentir, embora em menor grau. Nestes casos, o acidente independe em larga medida do ambiente: mudado êste, o neurótico continuará a criar situações em que êles poderão reproduzir-se. Para êstes desastrados neuróticos, o remédio só pode ser individual e psicológico, aplicado pelo psicoterapeuta, único capaz de minorar seus males.

Vamos apresentar o caso de um paciente que nos pareceu interessante por confirmar mais uma vez a natureza neurótica de certos acidentes. Percorrendo o arquivo clínico de uma Companhia de Seguros contra acidentes do trabalho*, foi nossa atenção atraída pela história de um operário em cuja ficha estavam assinalados os seguintes acidentes e respectivas conseqüências:

- 1 — 20/ 7/1944 — Ferimento corto-contuso do antebraço direito.
- 2 — 2/ 8/1944 — Conjuntivite ao trabalhar com a solda elétrica.
- 3 — 10/ 8/1944 — Choque elétrico quando trabalhava com uma máquina.
- 4 — 17/ 8/1944 — Ferimento contuso na região frontal, por marelada.
- 5 — 24/ 8/1944 — Fratura da unha do índice direito.
- 6 — 13/ 9/1944 — Corpo estranho no olho direito.
- 7 — 26/ 9/1944 — Corpo estranho no olho direito.
- 8 — 3/10/1944 — Escoriações no têrço inferior da perna esquerda.
- 9 — 11/10/1944 — Ferimento do indicador esquerdo por golpe.
- 10 — 21/10/1944 — Arrancamento da unha do indicador e contusão da terceira falange do médio direito.
- 11 — 26/12/1944 — Escoriações no têrço inferior da coxa e no têrço superior da perna esquerda.
- 12 — 31/ 1/1945 — Corpo estranho no dedo indicador.
- 13 — 17/ 4/1945 — Conjuntivite irritativa no olho direito pelo fogo.
- 14 — 25/ 5/1945 — Queimadura no dorso.
- 15 — 26/ 6/1945 — Conjuntivite irritativa no olho direito pela solda elétrica.
- 16 — 23/ 7/1945 — Contusão da perna esquerda por martelada.
- 17 — 7/ 8/1945 — Contusão nas costas. "Mau jeito".

Note-se que êstes 17 acidentes ocorreram no período de tempo que medeia entre os dias 20 de julho de 1944 e 7 de agosto de 1945, isto é, pouco mais de 12 meses. Em média, o paciente sofreu, durante êsse ano, um acidente cada 23 dias, sendo, pois, um grande recordista neste domínio. Obtivemos da Companhia seguradora as facilidades necessárias para fazer a observação psicológica e psiquiátrica do caso: infelizmente, só nos foi possível realizar duas entrevistas com o paciente,

5. Sôbre os resultados da seleção profissional, consultem-se as publicações do Departamento de Seleção e Educação Profissional da Estrada de Ferro Sorocabana, habitualmente dirigida pelo Eng. Italo Bologna. Sôbre a reeducação dos acidentados (em caso de condutores de automóveis), há interessantes trabalhos feitos por de Silva (veja-se Harry de Silva — Psychological Bulletin, vol. 36, n.º 4, 1939).

* Sociedade Cooperativa de Seguros contra Acidentes no Trabalho "A Textil", a cujos diretores e membros do corpo clínico agradecemos.

uma das quais dedicada ao exame clínico psiquiátrico rotineiro e a outra à aplicação do psicodiagnóstico de Rorschach. Pudemos dispor, entretanto, dos exames de outros médicos, bem como obter dados sobre o seu trabalho na fábrica. Nossos exames são datados de 14 e 16 de agosto de 1945.

M. M., branco, com 24 anos de idade, brasileiro, mecânico, filho de imigrantes italianos, casado. Trata-se de rapaz franzino, medíocre, demonstrando boa vontade em responder às perguntas e em se submeter ao exame, embora estivesse, de início, apreensivo e um pouco intimidado. Não apresenta alterações sensíveis no domínio intelectual: memória normal para fatos recentes e antigos, sensopercepção sem nada digno de nota. Cultura primária, inteligência média, facilidade no uso da linguagem. Segundo seu próprio juízo, é mais inteligente e trabalha melhor do que seus companheiros de labor. Apresenta certa ansiedade em relação com a vida futura. Sente-se nervoso e irritável. Em menino, frequentou Grupo Escolar, matriculando-se depois no Liceu de Artes e Ofícios, onde aprendeu mecânica e serralheria, profissão do pai, que lhe ensinara já os primeiros rudimentos. O pai e a mãe são vivos e seu maior desejo é vê-los felizes. Tem um irmão três anos mais moço do que ele, também serralheiro, e uma irmã 13 anos mais velha. Nunca se deu muito bem com o irmão e até hoje tem pequenos atritos com ele. Casou-se em janeiro de 1945 e sua mulher está grávida.

Em relação com os acidentes, afirmou que ignora o motivo de serem tão numerosos, só podendo atribuí-los ao "azar" de que é vítima: gosta de viver e não sabe porque estas coisas só a ele acontecem. Contou que, desde menino, quando começou a trabalhar guiado pelo pai, já se feria constantemente. Lembrou-se de alguns desses ferimentos, memorizados mais facilmente pela gravidade e pelas seqüelas que lhe proporcionaram. Cerca de cinco anos antes de o verme ficou cego do olho direito, pela penetração no globo ocular de um fragmento de ferro. Pouco tempo depois, levou uma grande pancada no outro olho, tendo-se submetido a tratamento especializado, quase redundando em cegueira total. Noutra ocasião, teve fratura exposta da perna esquerda (da qual lhe resta grande cicatriz disforme), passando muito tempo sem trabalhar. Estes são os "grandes acidentes", visto os outros, de menor gravidade, se terem sucedido de maneira quase ininterrupta durante toda a sua vida.

No protocolo do psicodiagnóstico de Rorschach, o que primeiro chama a atenção é o tipo de vivência do paciente: coartação absoluta, sem nenhuma cor e sem nenhuma cinestesia. Numa única resposta (II — 1), transparece talvez uma influência cromática. Quanto aos movimentos, são absolutamente nulos; as respostas cinestésicas vulgares estão ausentes: o cartão III é rejeitado e, no VIII, as porções róseas laterais são "dois bichos" sem outro qualificativo, não evidenciando nem mesmo no inquérito. A determinação, em todos os casos, foi sempre a mesma: a forma da mancha. Nas respostas IV — 1 e VI — 1, procuramos no inquérito um elemento claro-escuro, extremamente frequente, mas ele não se manifestou. Encontramo-nos, pois, diante de um tipo de vivência completamente coartado (0:0). Tomando as fórmulas secundárias de Kropfer, o mesmo resultado se obtém: com efeito, não há respostas FM ou m, nem Fc, nem c, nem C'; doutra parte, a percentagem de respostas aos três últimos cartões é 32, número inferior à expectativa, mesmo levando em consideração apenas os detalhes comuns, o que indica mais uma vez que as cores não determinaram as respostas. Nosso homem apresenta, pois, um recalque completo da afetividade e da imaginação. É um espírito seco, rígido, sem mobilidade, estereotipado em seus pequenos interesses.

É evidente a existência de um choque de cores nos cartões II e III. Revela-se pelo abaixamento da qualidade e da quantidade das respostas e pela elevação

dos tempos de reação. Enquanto no primeiro cartão se projetam três respostas de boa forma após 13" de intervalo, no segundo são necessários 27" para se obter uma única resposta de má qualidade. No terceiro, a ação da côr é tão intensa que há colápsio completo, descendo a zero o número de respostas, embora haja nesse cartão duas vulgares. Aliás, a outra prancha rejeitada é a X, também corada, na qual há, com freqüência, elevado número de respostas; há mesmo, aí, três formas vulgares. Tanto no cartão III, como no X, foi possível ao paciente ver, induzido por nós, as formas vulgares, demonstrando assim cabalmente que tinha havido antes inibição neurótica, e que êle não é um psicótico, segundo ensinamento muito acertado de Leme Lopes. A perturbação causada pelo colorido evidencia-se, ainda,

PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACH

I(13"):	1 — ^	É um morcêgo	G	F+	PH
	2 — <	Aquí tem uma cabeça de gente, vista de lado	Dd	F+ A	V
	3 — ^	Parecem ilhas... êstes pontinhos (pequenas manchas próximas à base)	Dd	F+	Geo
II(27"):	1 — ^	Carangueijo	DG	F—	A
III(62"):		"Está duro. Não vai".	Rejeitado		
IV(25"):	1 — ^	Pele de bicho	G	F+	A V
	2 — v	Aquí na beirada tem um homem ("só o perfil") (no grande detalhe infero-lateral)	Dd	F+	Hd
V(30"):	1 — ^	Um bicho; não sei qual é ("é um morcêgo")	G	F+	A V
	2 — v	Isto é uma pinça (detalhes inferiores)	D	F+	Ob
VI(22"):	1 — ^	Um animal; não sei qual é ("é um animal sêco, é uma pele de animal")	G	F+	A V
	2 — ^	Aquí a cabecinha de uma águia (Dd do detalhe superior)	Dd	F+	Ad
	3 — ^	Aquí parece uma unha ... uma garra de bicho (margem inferior, próximo do centro)	Dd	F+	Ad
	4 — ^	Aquí é uma perna de mesa (linha central, parte mais escura)	Dd	F+	Mob
VII(13"):	1 — v	Verboleta (detalhe inferior)	D	F+	A
	2 — ^	O rosto de um gato (detalhe superior)	D	F—	Ad
	3 — v	Dentes ... uma porção (Dd na margem superior do terço superior)	Dd	F+	Ad
VIII(8"):	1 — <	Dois bichos (detalhes róseos laterais)	D	F+	A V
	2 — ^	Um esqueleto de animal (centro mais claro)	D	F+	An V
	3 — v	Aquí uma cabeça de carneiro (parte lateral do alaranjado inferior)	Dd	F+	Ad
IX(18"):	1 — >	Duas cabeças de veado (limite do alaranjado e do verde)	D	F+	Ad
	2 — <	Duas cabeças de gorila (parte lateral do vermelho)	D	F+	A
	3 — ^	Homem com chapêu pontudo (parte superior do alaranjado)	D	F+	PH
	4 — >	Cara de um homem (margem do detalhe verde)	Dd	F+ A	H
X(22"):		"Não sei".	Rejeitado		

Mais bonitos — IV — X — VIII — VI — I

Mais feios — IX — II — V — III — VII

Durante a aplicação prestou muita atenção. Não fez comentários. Demonstrou sempre a máxima boa vontade.

G — 4	A — 8	R — 22	F+ % — 91
DG — 1	Ad — 6	T — 27'30"	sC — 0
D — 8	H — 1	T/R — 75"	M — 0
Dd — 9	Hd — 1	Tempo de reação (acr.) — 21"	M:sC = 0:0
	An — 1	Tempo de reação (crom.) — 18"	R(VIII+IX+X)% — 32
F+ — 20	Geo — 1	V — 7	FM+m : Fc+c+C' = 0:0
F— — 2	Ob — 1	F% — 100	A±H : Ad+Hd = 9 : 9
	Mob — 1		A% — 64

Tipo de percepção: G(D) Dd. Seqüência rígida. Nível intelectual médio. Rejeição de III e X. Choque de côres.

por outro lado, do qual temos ainda pequena experiência: a escolha do cartão mais bonito e do cartão mais feio, no presente caso respectivamente o IV e IX. Notemos que o IV é constituído por enorme massa negra e raramente considerado belo; o IX é corado.

A inteligência é média. Quatro respostas globais é número baixo, mas considerando a cultura do paciente, vemos que não se trata de um débil mental. As globais são todas "primárias" (Rorschach) ou "instantâneas" (Beck): são as mais comuns de todas, denotando um mínimo de esforço mental de síntese. Não deu respostas globais construídas e organizadas, o que, aliás, nada tem de extraordinário em indivíduo de sua cultura.

É notável a resposta II — 1, uma DG, secundária confabulada. O paciente, aí, revela que nem tudo vai bem dentro de seu espírito, que sua lógica pode falhar diante de cousas bem objetivas, embora procure sempre se guiar por motivos puramente intelectuais.

É elevada a percentagem de F+. Depende ela, como é sabido, de dois fatores: de um lado, a boa adaptação da inteligência aos dados objetivos exalta esse número até certo limite; de outra, a depressão, a ansiedade, a angústia elevam-no ainda mais, além do ponto ótimo. Em nosso paciente, a ansiedade se revela assim claramente, sobretudo sabendo-se que sua lógica não é das mais rigorosas (uma DG). A angústia trai-se também pela resposta anatômica (VIII — 2).

Quanto ao tipo de apercepção, há acentuação em Dd, a expensas de D. Doutra parte, a seqüência é sempre a mesma, em todos os cartões em que o número de respostas é suficiente para poder ser avaliada. Segue sempre a mesma ordem G - D - Dd, embora em algumas pranchas não haja respostas de um outro tipo de seleção. Podemos afirmar que o paciente é minucioso, prêso a bagatelas, impertinente, fugindo, às vezes, do que é óbvio. Pertence àquele tipo de homens de fêrrea lógica, fanáticos da ordem, do esquema, da regra, partidários do *fiat justitia, ruat caelum*.

Outro dado interessante é a ausência de respostas intersticiais. A elas atribuiu Rorschach o papel de indicadores da tendência à oposição, seja contra si mesmo, seja contra o meio ambiente, dado confirmado por outros autores. Beck, entretanto, lembra que os detalhes intersticiais projetam "um ingrediente normal da personalidade, o apêgo a um propósito". Sua ausência em nosso homem estaria, pois, lembrando a falta de "fôrça de vontade", certa abulia característica de muitos neuróticos.

A adaptabilidade social é bastante boa; há 7 respostas vulgares, número médio excelente. A percentagem de A, de seu lado, é 64, um pouco elevada para a idade do paciente. Está indicando um começo de estereotipia, longe, entretanto, de ser psicótica ou oligofrênica.

Exames complementares — O exame médico e neurológico feito por nós nada revelou de significativo. O exame do oculista assinala catarata traumática complicada no olho direito. No olho esquerdo, visão de 1, sem correção.

Quanto às condições de trabalho, apuramos que, dos 453 operários da mesma fábrica, 32 foram atendidos no posto médico da Companhia de Seguros durante o mesmo período. Um destes trabalhadores teve 4 acidentes durante o ano considerado; os outros sofreram menos, geralmente um único infortúnio. Quanto ao trabalho do paciente, não é mais perigoso do que o de outros. Em particular, há outro operário que faz exatamente o mesmo serviço que êle e que foi ao consultório médico uma única vez durante esse período, com um corpo estranho na córnea.

Pelo que acabamos de expôr, fica evidenciada a neurose do paciente. O quadro inclui ansiedade, repressão dos afetos, coartação, irritabilidade, timidez, obsessões, dúvidas. Quanto aos acidentes, não podendo ser atribuídos a defeitos sen-

soriais ou neurológicos, nem à debilidade mental, e possuindo o paciente um curso de formação profissional na melhor de nossas escolas do gênero, somos obrigados a admitir que têm um particular e preciso significativo psicológico: são devidos a defeitos de sua personalidade; constituem o sintoma neurótico específico a que antes nos referimos.

Não pudemos fazer, como seria de desejar, um estudo mais profundo do paciente. Doutra parte, seu protocolo de Rorschach é muito incolor no que diz respeito ao conteúdo das interpretações: não apresenta aquelas respostas que permitem ilações relativamente seguras sobre alguns dinamismos inconscientes, as "respostas-complexo" de Robert Veit. Mesmo nessas condições, entretanto, alguma coisa podemos afirmar sobre a estrutura de sua personalidade, embora insistimos neste ponto, nossas interpretações sejam em grande parte hipotéticas. Só uma psicanálise de muitos meses poderia esclarecer mais completamente todos os problemas propostos por tão interessante personalidade. Entretanto, é muito provável que o que se segue seja a realidade.

A afirmativa mais segura que podemos fazer é que os acidentes e suas conseqüências representam, em definitivo, uma autopunição mercê de sentimento de culpa inconsciente, responsável, outrossim, pela ansiedade do paciente. Mais difíceis de serem respondidas são as questões relacionadas, de uma parte, com a origem deste sentimento e, de outra, com a adoção desse sintoma específico (os acidentes) e não de outro qualquer. Estes dois problemas parecem ser, entretanto, bastante relacionados entre si.

Examinando a história de sua vida, torna-se evidente a não liquidação do complexo de Édipo. Patenteia-se, em sua afirmativa de que o que mais deseja atualmente é ver os pais felizes, provável formação de reação, pois de seu comportamento resulta o viverem em constante apreensão, receosos de que algo mais grave lhe venha a suceder. Doutra parte, esta preocupação, esta ansiedade dos pais fornece também material importante para a compreensão do caso em suas raízes mais remotas, pré-ediípianas, pois nos dá uma indicação, embora pouco precisa, sobre a neurose dos genitores. Sabemos que o paciente tem um irmão pouco mais moço do que ele e uma irmã muito mais velha; sabemos, também (é o paciente que o informa) que sua mãe não teve outros filhos. É interessante, pois, a constituição de sua família: quando a irmã tinha já 13 anos, o casal teve mais dois filhos, com intervalo relativamente pequeno. Esta situação não é muito comum. Depois de já ter criado um filho e este estar crescido, o nascimento de novas crianças perturba bastante a organização da família. Podemos aqui fazer duas hipóteses que levam à mesma conclusão. A primeira é que os novos filhos não tenham sido desejados, pelo grande aumento de trabalho que trazem para a mãe. É verossímil que, sobretudo o mais velho dos dois, tenha escapado a uma política materna anticoncepcional e abortiva. Se isto é verdade, sentiu-se o paciente, quando criancinha,

indesejado e sentiu a mãe como pessoa odiosa e má. Isto teve as mais graves conseqüências em sua vida, como não poderia deixar de suceder. Com efeito, nesta idade, introjetando a mãe odiosa, passou ela com esta característica a constituir parte importante de sua personalidade, desde então definitivamente prejudicada. Mais tarde, quando se fere e se mutila, é a mãe pré-edípica que está referindo o mutilado. É êste o significado mais profundo dos acidentes. Complementarmente, seus pais, quando se angustiam por sua causa, estão reagindo contra o desejo de matar o filho, que tiveram antes de seu nascimento ou quando era êle ainda muito novo.

Outra hipótese, entretanto, é possível, embora nos pareça menos provável. Talvez fôsse o menino, ao contrário, muito desejado pelos pais, já mais idosos. Nestas condições, teria talvez sido uma criança mimada, super-protégida. O resultado final é, porém, o mesmo, porque do excesso de cuidados nasce também um sentimento de culpa. Os acidentes seriam o meio encontrado pelo paciente, de apaziguar êsse sentimento.

Num nível mais superficial, encontram-se os dados relativos à fase edípiana. De início, é fato notável que o paciente consegue hoje, por ser um desastrado, manter sobre si a atenção das pessoas da família. Há, aí, de um lado, uma vingança contra o pai edípiano e contra a mãe que não se deixou seduzir e, de outro, uma longínqua realização do desejo infantil de dominação. Esta vingança e esta vitória são altamente prejudiciais e sentidas conscientemente como de todo indesejáveis, como tôdas as vinganças e vitórias de base neurótica, mas são, em fim de contas, uma vingança e uma vitória. Devemos notar, também, que os acidentes mais graves sofridos pelo paciente foram a perda de um dos olhos, uma violenta pancada no outro e um ferimento muito grave na perna, com ameaça de amputação. Estas mutilações — amputação de um olho ou de uma perna — são reconhecidamente símbolos da castração. É provável, pois, que o paciente, com os acidentes, esteja se castrando de maneira simbólica, ao mesmo tempo que evita, com a operação, realizar os desejos contidos no complexo de Édipo e se castiga por tê-los tido.

Doutra parte, o irmão tem considerável importância na história de sua vida. Como é lembrado pelo próprio paciente, nunca se deu muito bem com êle: é natural, pois, que, anteriormente, tenha havido grande rivalidade entre os dois, com o respectivo complexo de Caim. É também interessante notar que os dois rapazes têm a mesma profissão do pai e que o paciente, por ser um desastrado, é o menos eficiente dos três no exercício de seu mister. Apesar disso (são suas as palavras),

julga-se “trabalhador melhor e mais inteligente” do que os companheiros de labuta. Há, aí, evidentemente, uma banal transferência. Ele quer ser melhor do que o irmão, o que se evidenciaria praticamente pela excelência de seu trabalho. Isto, entretanto, é impedido pelo Super-ego, por estar ligado não somente com o complexo de Caim, mas também com o complexo de Édipo, não conseguindo o paciente ser tão bom trabalhador como o pai, da mesma forma que não consegue ser como o irmão. Assim, não permitindo a si mesmo igualar-se ao pai e ao irmão, castiga-se por ter desejado a sua morte.

Outro fato ressalta da comparação das datas dos acidentes com a de seu casamento, realizado em janeiro de 1945. Em contraste com a série ininterrupta de desastres em agosto, setembro e outubro de 1944, o mês de novembro passou em silêncio; dezembro e janeiro seguinte só apresentam um acidente cada um; fevereiro e março, novo silêncio, recomeçando em abril a série dos infortúnios. O casamento se situa, pois, num período de grande acalmia; é natural supormos uma relação de causa a efeito entre os dois fatos, admitindo que seu estado mental, quando se casou, não permitia a realização de acidentes, ou melhor, não necessitava deles. É claro que não podemos saber tôdas as tendências que procurou satisfazer com o casamento. É certo, entretanto, que uma delas foi o desejo de liquidar com certas situações afetivas anteriores. Quase desaparecem os desastres em correlação com esta atitude. Entretanto, uma atitude ou uma mudança de situação não curam uma neurose. Assim também, os propósitos do paciente não poderiam ter durado muito tempo; não tendo conseguido mantê-los, por quaisquer razões, voltaram novamente os desastres logo depois.

Entre o casamento e os acidentes, podemos admitir outra relação. Deflorando a mulher, realizou um ato sangrento contra outra pessoa: assim, dirigindo para o exterior a sua agressividade, não teve necessidade de voltá-la contra si. Pelo defloramento, estava simbolicamente casando outra pessoa e, assim, não tinha necessidade de se mutilar.

Num nível mais superficial ainda, assinalemos o lucro secundário que o sintoma dá ao paciente. Quando acidentado, é socorrido e recebe parte de seu salário, embora sem trabalhar. Sendo ele um neurótico, pode tornar-se inconscientemente desejável ser acidentado. Em conexão, é interessante notar-se que a maior parte dos acidentes são de pequena gravidade — corpo estranho na córnea, escoriações ligeiras, leves queimaduras. Sua consequência imediata consiste na falta ao trabalho por um ou dois dias. Convém, entretanto, não exagerar o valor deste mecanismo. É claro que o paciente preferiria ser capaz de trabalhar sem se ferir, do que receber êsse magro dinheiro do seguro.

Mesmo êste fato, porém, é passível de interpretação mais profunda. Vimos que, com tôda a probabilidade, a mãe amamentou-o de má vontade e, possivelmente, desmamou-o muito precocemente. Guardou êle uma espécie de saudade do seio materno, que nunca chegou a satisfazê-lo e passou tôda a vida a desejá-lo. Hoje, identificando a Companhia de Seguros com sua mãe, obriga-a a alimentá-lo gratuitamente, realizando assim, tardiamente, aquêle antigo desejo infantil.

RESUMO

Assinalando o grande desenvolvimento atual da Medicina psicossomática, o A. chama a atenção para os casos em que a ação psicopatogênica é indireta: do comportamento do doente resulta um dano qualquer ao seu organismo. Após recordar alguns casos na literatura cita o trabalho de Marbe que estabeleceu claramente, por meios estatísticos, que há pessoas mais sujeitas a acidentes do que outras. Para o A., de acordo com a gênese, os acidentes podem ser: 1) puramente casuais; 2) dependentes de falta de habilidade do indivíduo, ou de defeitos neurológicos; 3) constituir verdadeiros "atos falhados", comparáveis a lapsos da memória ou da linguagem, e causados por um conflito intrapsíquico de tendências conscientes ou inconscientes. Quando muito numerosos, os atos do último tipo constituem verdadeiro sintoma neurótico e evidentemente, só poderão ser afastados pela psicoterapia.

O A. refere o caso de um operário que, em pouco mais de um ano de observação, sofreu 17 acidentes, de gravidade geralmente pequena. A tendência a se ferir era notada desde a adolescência. O exame mental revelou indivíduo com traços neuróticos acentuados: irritabilidade, dúvidas, inveja, ansiedade, fobias. O psico-diagnóstico de Rorschach confirmou tratar-se de um neurótico; em particular, todas as respostas são determinadas pela forma, sendo O:O o tipo de vivência; há 91% de F+; o tipo de percepção é G:(D):Dd; a seqüência é rígida; o choque de côres evidente no cartão II.

Procurando dar uma explicação psicanalítica para o caso, e diante dos dados relativos à família do paciente e à sua vida anterior, admite o A. que os acidentes indicam: 1) no plano mais profundo, uma agressividade pre-ediapiana introjetada contra a mãe; 2) mais superficialmente, autocastração para se castigar dos desejos contidos no complexo de Édipo e evitar que se realizem; 3) mais superficialmente ainda, há a considerar o lucro secundário do sintoma, relativamente pouco importante.

SUMMARY

Emphasizing the high position presently reached by psychosomatic medicine, the author studies especially the cases in which the psychopa-

thologic action works indirectly, i. e., from the patient's behavior there results some damage. After reviewing similar cases of literature, the author quotes Marbe, who clearly established, by statistical procedures, that there are people more liable to injuries than others. The author believes that, according to their origin, the accidents may be: 1 — strictly casual; 2 — dependent upon disability or neurologic disorders; 3 — true "failed acts", comparable to memory or speech lapsuses, and caused by an intrapsychic conflict of conscious and unconscious tendencies. When the injuries are very numerous, the accidents of the last type are real neurotic symptoms and will be removed only by means of psychotherapy.

The author reports a case of a workman who, in the course of a little more than a year of observation, underwent 17 injuries, generally not severe. The tendency to hurt himself was shown since youth. The mental examination evidenced definite neurotic signs: irritability, doubts, envy, anxiety, phobias. The Rorschach test confirmed the patient was a neurotic; particularly, every answer is determined by the form, the type of vivency being O:O there are 91 per cent of F+; the perception type is G:(D):Dd; the sequence is rigid; the colors schock is evident on the plate II.

Trying to give a psychoanalytic explanation for the case, and taking on account familial and former individual data, the author believes that the injuries point to: 1 — on a deeper level, pre-oedypian introjected aggressivity against the mother; 2 — more superficially, autocastration to punish himself for the wishes repressed in the Oedypus complex and to avoid their actualization; 3 — still more superficially, it must be taken on account the secondary profit of the symptoms, of little significance.

R. Castro Alves, 1005 — São Paulo