

O FATOR PSICOLÓGICO NA ASMA BRÔNQUICA

IRACY DOYLE*

INTRODUÇÃO. REVISÃO DA LITERATURA

Asma é síndrome mais que doença, quer dizer, é conjunto de sintomas que respeita etiologias múltiplas. Assim, temos a asma renal, a asma cardíaca, a asma tímica, e outros estados dispneicos, aos quais se aplica o termo vagamente. Conhecida desde a mais remota antiguidade (do grego, "eu sufoco"), a asma teve o seu conceito modificado à medida que evoluiu o pensamento médico. No século XVIII, sob influência dos ingleses (Willis, Brée, Floyer¹), a palavra asma passou a designar o acesso de dispnéia acompanhada de respiração entrecortada, isto é, a antiga asma convulsiva. Laennec descreveu o enfisema pulmonar e a perturbação secretória da mucosa brônquica que integram o síndrome asmático, e atribuiu a asma a um espasmo nervoso da musculatura brônquica. No século XX, ao passo que Wintrich procura explicar a asma brônquica por um espasmo do diafragma, von Leyden traz novos dados para confirmar a hipótese de que os transtornos secretores da mucosa brônquica constituem o elemento primordial. Recentes estudos americanos (Cooke², Coca, Walzer e Thomen³) visam aplicar a esta enfermidade o conceito de alergia de von Pirquet; dentro dessa orientação, Storm van Leewen aponta como causa os alérgenos domésticos e climáticos.

Ainda que a tendência dominante fôsse a de considerar a asma como organicamente determinada, não poucos autores, embora de modo empírico, suspeitavam da origem psicogenética, pelo menos em alguns casos. Hipócrates afirmava que o ataque de asma podia ser precipi-

Trabalho entregue para publicação em 18 maio 1946.

* Docente de Psiquiatria na Fac. Med. Univ. Brasil (Rio de Janeiro).
Diretora do Sanatório Tijuca.

1. Helmont, J. B. van — *Ortus Medicinae*. Amsterdam, 1648.
Floyer, J. — *A Treatise of Asthma*. Innys and Parker, London, 1745.
Ramadge, F. H. — *Asthma, its Varieties and complications*. Longman, Brown, Green and Longman, London, 1847.
2. Cooke, L. A. — in Tice, F. *Practice of Medicine, Seção 3, Diseases of the Respiratory System*. W. F. Prior Co., Hagerstown, 1921.
3. Coca, A. F., Walzer, M., e Thomen, A. A. — *Asthma and hay fever in theory and practice*. Charles C. Thomas, Springfield, 1931.

tado por emoções súbitas e violentas. Afirmção análoga encontramos em trabalhos de Willis, van Helmont, Floyer, Hoffmann, Corvissart, Trousseau, Laennec, Ramadge, e, mais recentemente, Bruegelmann, Shultz, Hansen, Heyer, Mohr e Moss.

O conceito de alergia e sua aplicação aos casos de asma desviou, por muito tempo, a atenção dos estudiosos da consideração dos fatores emocionais, de tal modo que, mesmo nos trabalhos recentes há tendência a relegar para segundo plano a psicogênese da asma e a colocar tôda a ênfase no mecanismo alérgico. É tão fácil apelar para a existência de um alérgico, objetivamente verificado ou apenas suspeitado, que muitos autôres não sentem a necessidade de levar a pesquisa até o estudo da vida psicológica dos enfermos. No entanto, nos casos em que as crises asmáticas desaparecem ou diminuem em consequência da mudança de um lugar para outro, o raciocínio médico tanto pode apelar para o afastamento de certos alérgicos como para o isolamento de fatores ambientais de ordem emocional. Casos como êsses não são raros. Um doente de Moss⁴, por exemplo, não podia suportar o "clima" da Silésia e pasava bem em Offenbach; entretanto, teve um ataque asmático violento ao receber uma carta que o chamava para a Silésia.

Curiosos são também os pacientes que têm o seu acesso asmático a uma hora certa do dia. Bruegelmann⁵ cita um paciente seu, que começava a ficar dispneico às cinco horas da tarde: certo dia, no curso de uma conversação animada, o enfermo permaneceu bem até às sete horas da noite, quando alguém chamou sua atenção para o fato; imediatamente começou a chiar e a mostrar-se dispneico. Do mesmo modo, o raciocínio patogênico inclina-se no sentido psicológico, naquelas situações em que os pacientes, sensíveis a determinado alérgico, apresentam asma quando entram em contato direto ou indireto com elementos que lembrem o primeiro fator. MacKenzie⁶ refere-se a um doente que era sensível a rosas e teve um ataque asmático ao ver um papel cor de rosa. Dekker refere um paciente cuja asma sobrevinha nos dias de tempestade; certa vez, começou a respirar dificilmente, quando sua mulher começou uma pintura, reprodução de uma tempestade. Para a explicação de fatos como êstes, alguns autôres apelam para a teoria dos reflexos condicionados.

4. Moss, E. — Kausale Psychotherapie beim Asthma bronchiale. Münch. Med. Wschr., 70:805, 1923.

5. Bruegelmann, R. — Das Asthma. Sein Wesen und seine Behandlung, auf Grund zweiunddreissigjähriger Erfahrung und Forschung dargestellt. Bergmann, 5. Auflage, Wiesbaden, 1910.

6. MacKenzie, J. N. — The production of "rose asthma" by an artificial rose. Am. J. Med. Sc., 1:45, 1886.

No capítulo da psicogênese da asma, encontramos muitas referências ao elemento sugestão, como capaz de inibir, ou, pelo contrário, desencadear uma crise de asma. Dekker⁷ empregando a sugestão hipnótica, conseguiu abortar um ataque asmático incipiente. Hansen⁸, em três casos de alergia equina com testes cutâneos positivos, obteve grande melhora dos sintomas agudos, submetendo o paciente a tratamento hipnótico; não houve modificação das reações cutâneas. Laudenhelmer⁹ curou pela hipnose os acessos asmáticos de um vendedor de peles que não podia visitar o seu armazém. Clarkson¹⁰ conseguiu inibir os sintomas asmáticos de uma criança de cinco anos por meio da sugestão não-hipnótica. No que respeita ao fator sugestão na asma, Wittkower¹¹ resume as conclusões dos autores nos seguintes itens: 1 — provas cutâneas positivas não podem ser produzidas por sugestão, embora seja possível obter, por sugestão hipnótica, crises asmáticas relacionadas a determinado elemento; 2 — uma alergia cutânea, objetivamente demonstrada pelos testes, não pode ser eliminada por sugestão; entretanto, é possível obter o desaparecimento das crises asmáticas, mesmo na presença dos testes positivos, pelo emprêgo da sugestão hipnótica. Esse autor refere-se a uma vendedora de cigarros, que se via forçada a abandonar a profissão, por apresentar asma sempre que entrava em contato com o tabaco, mesmo quando não soubesse da presença desse elemento; os testes cutâneos revelaram forte alergia ao tabaco. Após tratamento psicológico (sugestão hipnótica), a paciente viu-se libertada dos seus ataques de asma, embora a reação da pele persistisse inalterada. Estas considerações levam a admitir que, mesmo nos casos em que um estado alérgico parece evidente, devemos pensar na existência de um elemento psicológico, imprescindível para que os ataques asmáticos se desencadeiem, seja por sua ação isolada e autônoma (hipótese em que a alergia seria apenas coincidência), seja tornando o indivíduo mais sensível à ação de determinado alérgeno.

Resultados terapêuticos favoráveis foram obtidos com outros métodos psicoterapêuticos, que não a sugestão. Assim, Mohr¹², Moos⁴,

7. Dekker, H. — Gibt es ein "Asthma nervosum"? Münch. Med. Wschr., 81:323, 1934.

8. Hansen, K. — Analyse, Indikation und Grenze der Psychotherapie beim Bronchialasthma. Dtsch. Med. Wschr., 55:1462, 1927.

9. Laudenhelmer, R. — Hypnotische Übungstherapie des Bronchialasthmas. Therap. d. Gegenw., 67:339, 1926.

10. Clarkson, A. K. — The nervous factor in juvenile asthma. Brit. Med. J., 2:845, 1937.

11. Wittkower, E. — Studies on the influence of emotions on the functions of organs including observations in normals and neurotics. J. Ment. Sc., 81:533, 1935.

12. Mohr, F. — Psychophysische Behandlungsmethoden. Hirzel, Leipzig, 1925.

Loewenstein¹³, Hansen¹⁴, Naber¹⁵, El Kholy¹⁶ e Clarkson¹⁰ empregaram técnicas que se aproximaram à da psicanálise, procurando relacionar os ataques a conflitos emocionais inconscientes. Em 1929, Pollmow, Petow e Wittkower¹⁷ apresentaram um estudo crítico de 45 casos de asma brônquica tratados psicologicamente por 18 autôres diferentes; a conclusão principal estabelece que “não existem dúvidas de que a psicoterapia foi favorável em muitos casos, quando os tratamentos clínicos haviam falhado”. Os especialistas do Guy’s Hospital de Londres trataram 25 crianças asmáticas, procurando modificar-lhes as atitudes e ao mesmo tempo influir sobre os pais, no sentido de obter uma situação psicológica de menos dependência recíproca. Dos 25 pacientes, 10 ficaram curados; 4 melhoraram muito; 4 obtiveram poucas melhoras; 5 não sofreram qualquer influência (Apud Alexander e French¹⁸).

O modo de pensar de Hipócrates é corroborado por alguns autôres modernos. Hansen¹⁴, estudando casos nos quais os ataques asmáticos ocorrem após emoções súbitas ou intensas, estabelece que “as crises asmáticas isoladas podem ser precipitadas, antecipadas, ou inibidas por fatores psicológicos”. Em certos casos da literatura, uma observação mesmo superficial faz suspeitar da existência de fatores emocionais, bastante importantes do ponto de vista patogênico. Moss⁴ refere a história de um enfêrmo que apresentava fenômenos asmáticos quando exposto à poeira do moinho em que trabalhava o seu colérico pai. Se se tratasse de alergia, como explicar que êsse indivíduo não reagisse do mesmo modo às poeiras produzidas por outros moinhos que trabalhavam com as mesmas substâncias?

Tais relatos levaram os autôres contemporâneos a verificar a frequência e importância dos fatores emocionais na gênese da asma brônquica, e a tentar explicar seu mecanismo de ação. Halliday¹⁹ pelo exame sucessivo de 30 casos não selecionados de pessoas incapacitadas por asma, concluiu pela existência, em muitas delas, de estado psico-neurótico grave, no período precedente à primeira crise asmática. Em alguns

13. Loewenstein, J. — Asthma und Psychotherapie. *Med. Klinik.*, 22: 994, 1926.

14. Hansen, K. — Zur Frage der Psycho- oder Organogenese bei allergischen Bronchialasthma und der verwandten Krankheiten. 2. Über psychische Bedingungen des Bronchialasthmas. *Nervenarzt*, 3:513, 1930.

15. Naber, J. — Asthma bronchiale: allergische Behandlung und Psychotherapie. *Ther. d. Gegenw.*, 70:437, 1929.

16. Kholy, M. K. el — The mental factor in bronchial asthma. Report of two cases. *Lancet*, 2:767, 1929.

17. Pollmow, H., Petow, H. e Wittkower, E. — Beiträge zur Klinik des Asthma bronchiale und verwandter Zustände. IV. Zur Psychotherapie des Asthma bronchiale. *A. Klin. Med.*, 110:701, 1929.

18. French, T. M. e Alexander, F. — Factores psicogénicos en el asma bronquial. *El Ateneo*, Buenos Aires, 1943.

19. Hallyday, J. L. — Approach to Asthma. *Brit. Med. J.*, 17:1, 1937.

dêses enfermos, o acesso de dispnéia sucedeu imediatamente a acontecimento de alto colorido emocional. Em outros, a asma foi precedida por períodos de sensações subjetivas de sufocação ou de dificuldades respiratórias variadas. Dentro dessa mesma orientação, MacKermott e Cobb²⁰ pesquisaram 50 casos do síndrome em apreço, e evidenciaram, em 37 dêses, um componente emocional indiscutível em relação com os ataques de asma.

Parece, pois, existirem provas concludentes de que os fatores emocionais podem desempenhar importante papel na patogenia da asma. Não obstante, muitos indivíduos atravessam situações traumáticas sem apresentarem sintomas asmáticos. Essa verificação leva a pensar na existência de uma predisposição individual, constitucional ou adquirida; essa predisposição tanto pode ser de natureza orgânica como psicológica.

Os autores que falam em predisposição orgânica apelam para o elemento alérgico e se referem à constituição alérgica que, aliás, não está demonstrada em todos os casos; Lewitz, Laemmerer e Storm van Leewen realizaram testes cutâneos os mais variados possíveis em 300 pacientes asmáticos e concluíram que apenas "em certo número dêses" foi possível demonstrar a existência de alergia. Outros acham que a predisposição à asma esteja em relação com certas enfermidades orgânicas das vias respiratórias, principalmente com a bronquite crônica.

No ponto de vista psicológico, a predisposição seria explicada por um estado de desequilíbrio emocional, seja constitucional, seja, o que parece mais certo, adquirido, em consequência de conflitos mais ou menos precoces, vividos pelo indivíduo.

MECANISMO PSICOGÊNICO DA ASMA BRÔNQUICA

Os estudos psicanalíticos permitem compreender, com relativa clareza, o modo de ação dos conflitos emocionais, nos diferentes casos de asma. Das suas observações, Freud havia concluído existirem relações estreitas entre asma brônquica e histeria de ansiedade. Sadger²¹ explicou os ataques asmáticos, em um caso por êle estudado, como uma oportunidade de libertação de impulsos sexuais que não puderam encontrar outra via de descarga, seja porque submetidos à repressão inconsciente, seja pela ocorrência de circunstâncias exteriores, como a separação do objeto amado. Este autor admite a hipótese de um acentuado erotismo respiratório nos pacientes asmáticos. Van Stegmann²² confirma a

20. MacDermott, N. T. e Cobb, S. — A psychiatric survey of fifty cases of bronchial asthma. *Psychosom. Med.*, 1:203, 1939.

21. Sadger, J. — Ist das Asthma bronchiale eine Sexualneurose? *Zbltt. Psychoanal.*, 1:200, 1911.

22. Stegmann, A. van — Ergebnisse der psychischen Behandlung einiger Fälle von Asthma. *Zbltt. Psychoanal.*, 1:377, 1911.

concepção de Freud de que a asma brônquica é uma neurose estreitamente relacionada à histeria ansiosa. Na sua paciente, as crises asmáticas estavam sempre ligadas a idéias de colorido sexual; eram de particular importância os acontecimentos que recordavam uma experiência de sedução ocorrida na mais remota infância. Federn²³ referiu-se a um caso de asma que se caracterizava pela predominância do elemento olfativo e do erotismo oral em sua "constituição erótica"; o quadro asmático ocorreu, pela primeira vez, em seguida à separação da mãe, e repetiu-se mais tarde em conseqüência da frustração de certos desejos eróticos reprovados pela censura. Esse autor chama a atenção para a persistência, na vida adulta, de um particular estado de ânimo comparável ao do menino infeliz e abandonado, angustiado pelo afastamento da mãe. Wulff²⁴ publicou um caso em que as crises ocorriam sempre que a paciente enfrentava situações que recordavam seu casamento infeliz e a luta que sustentava para manter-se fiel a seu marido.

Weiss²⁵, pela análise de um portador de asma, chegou à conclusão de que os acessos podem ocorrer como reação à separação da mãe; toda a tentativa de afastamento materno representaria uma recapitulação da experiência do nascimento. O paciente de Weiss nascera de parto laborioso, em estado asfíxico. O estudo da personalidade da genitora revelou intolerância por qualquer manifestação de interesse sexual por parte do paciente e intensa curiosidade pela vida íntima do mesmo. O primeiro ataque asmático ocorrido durante o tratamento sucedeu à derubada de uma árvore; Weiss admite que esse acontecimento tivesse despertado os conflitos associados ao medo da castração, conseqüência à atitude ameaçadora e proibitiva da mãe. A segunda crise coincidiu com uma discussão do paciente com a genitora. Na infância, as crises asmáticas haviam ocorrido sempre que a mãe se ausentava, coincidindo as melhoras, com a sua volta. A atitude do paciente em relação à mãe demonstrava intensa ligação de dependência; toda a sua vida éle a realizava como se estivesse "procurando proteção, alimento e amparo", e "como se desejasse intimamente o regaço materno, onde nada tinha a recear". A transferência obedeceu ao mesmo feitio que caracterizava as relações do enfermo com sua mãe. No decorrer do tratamento, éle se fez consciente dos seus impulsos hétero-sexuais, que haviam estado completamente mascarados sob um estado de intenso ressentimento pela pessoa de sua mãe.

23. Federn, P. — Beispiel von Libidoverschiebung während der Kur. Zschrft. f. Psychiat., 1:303, 1913.

24. Wulff, M. — Zur Psychogenität des Asthma bronchiale. Zbltt. Psychoanal., 3:202, 1913.

25. Weiss, E. — Psychoanalyse eines Falles von nervösem Asthma. Int. Z. (ärztl.) Psychoanal., 8:440, 1922.

Oberndorf ²⁶ sugere que o ataque asmático representa, simbolicamente, o grito do menino pela volta da mãe. Admite esse autor que a asma pode exprimir a existência de um conflito entre o desejo consciente de submissão à mãe e o desejo inconsciente de dominá-la. Na paciente por êle estudada, esse conflito havia-se transferido para a pessoa do marido havendo uma atitude consciente de reverência e um desejo inconsciente de reverência e um desejo inconsciente de domínio.

Flanders Durbar ²⁷ resume, assim, as características comuns a três casos de asma e febre de feno, por ela analisados: "1. transtornos da sexualidade, traduzidos por inversão da atitude feminina nas mulheres e identificação feminina nos homens; 2. acentuado predomínio de materiais sádico-anais e orais, mascarando a sexualização da função respiratória e o marcado erotismo olfativo; 3. ainda que obsessivos, os pacientes asmáticos parecem desenvolver poucos rituais protetores ou fobias, exceto no período de libertação dos seus sintomas respiratórios; 4. ao lado de intensa hostilidade e agressão, há tendência a libertar-se desses elementos. Parece haver pouca intermitência ou elaboração entre a fantasia e a realização verdadeira do imaginado. Nos sonhos, especialmente nos que terminam por ataques de asma, existem impulsos agressivos muito claros, sendo escassa a elaboração simbólica e reduzida a evidência da censura; 5. frágil organização do eu, com um super-ego inadequadamente assimilado, que ulteriormente se projeta e exterioriza durante a análise, criando problema de difícil solução."

Do estudo de 27 casos tratados no Instituto Psicanalítico de Chicago, French, Alexander e colaboradores concluíram pela especificidade do conflito emocional desencadeador da asma brônquica. Para êles, o asmático, principalmente durante os períodos que precedem os ataques, está intensamente sujeito a um conflito humano universal, entre a tendência ao estado de dependência materna e outras atitudes emocionais (especialmente assuntos sexuais e desejos genitais), que ameaçam e são incompatíveis com tal atitude de dependência. A crise de asma representa simbolicamente um grito inibido, por meio do qual o paciente houvesse querido chamar a sua mãe; ameaçado por um impulso que poderia separá-lo da mãe, o indivíduo retrocede ante o perigo e é impellido a proferir um pedido inarticulado de socorro. Entretanto, por motivo de ordem psicológica, o paciente suprime aquêle impulso, que se traduz nos sintomas asmáticos. Por meio do ataque, muitos enfermos conseguem realizar,

26. Oberndorf, C. P. — Psychogenic factors in asthma. N. Y. St. J. Med., 35:41, 1935.

27. Dunbar, H. F. — Emotions and bodily changes. A survey of literature of psychosomatic interrelationships. Pag. 1910-1933, Columbia University Press, N. Y., 1938.

Dunbar, H. F. — Psychoanalytic notes relating to syndromes of asthma and hay fever. Psychoanal. Quart., 7:25, 1938.

de modo mais ou menos claro, o seu intento de obter atenções, uma vez que o sofrimento os libera das responsabilidades e os torna objeto de dependência materna. Os fatores emocionais que condicionam a inibição do pedido de amparo variam de caso para caso. Em alguns pacientes, os pais haviam proibido a criança de chorar sob diversas ameaças. Em outros, havia esforço quase consciente para se opor à atitude de dependência, que era criticada pelos próprios enfermos. Dos 27 pacientes analisados, oito interromperam o tratamento precocemente. Dos 19 restantes, nove ficaram livres de sintomas, oito melhoraram muito e dois ainda não haviam sido beneficiados pelo tratamento e continuavam sob assistência na data em que foram publicados estes dados.

EXPERIÊNCIA PESSOAL

Embora não tivéssemos experiência quanto ao tratamento psicológico da asma brônquica, conhecíamos da literatura os fatos acima referidos. Havíamos tratado a mãe da nossa paciente, portadora de neurose grave. Já no fim do tratamento, dispoño de alguma compreensão em relação aos fatos da vida psíquica, a mãe de S. M. (objeto do presente trabalho) começou a suspeitar que a asma de sua filha fôsse de natureza emocional. Em vista do fracasso dos diversos processos terapêuticos usados até o momento, concordamos, após entendimentos com o pediatra assistente, em realizar a experiência terapêutica que abaixo transcrevemos:

OBSERVAÇÃO CLÍNICA — S. M., com 13 anos de idade, branca, brasileira, nascida no Distrito Federal, estudante. Principais sintomas: asma, irritabilidade, ciúmes, inadaptação à vida, deficiente rendimento escolar.

Dados familiares — O pai teve reação de Wassermann fortemente positiva no sangue, negatlvando após tratamento incompleto, antes do casamento. Em 1940, novamente, a reação de Wassermann revelou-se positiva. Em 1943, após novo tratamento, as sôro-reações para sífilis foram negativas. É um indivíduo deprimido, que se queixa de freqüentes esquecimentos e sensação subjetiva de dormência. A mãe é nervosa, freqüentadora habitual de consultórios médicos. Na sua história médica figuram: estrabismo na infância, urticária gigante, alguns abortos, retroversão uterina e quisto ovariano, colite, cistite e numerosos sintomas de conversão. Os pais conheceram-se na adolescência e, após seis meses de noivado, se casaram, ela com 18 anos e êle com 24. Tiveram duas filhas; uma, a paciente, e outra, com 3 anos atualmente, que parece uma criança normal. A atmosfera do lar, conforme diz a informante, sempre foi triste, e o entendimento entre os pais muito relativo. Há referência ao uso de métodos anticoncepcionais.

O avô paterno é nervoso, muito expansivo. Até a idade de 35 anos sofreu de ataques epileptiformes que cessaram espontaneamente; operado de câncer de estômago aos 67 anos. A avó paterna é nervosa, muito reservada, espírita, tendo apresentado algumas crises histéricas. O bisavô paterno esteve internado em consequência de perturbação mental. O avô materno é nervoso, relativamente controlado. Em 1908 apresentou vertigens que foram relacionadas a excesso de trabalho (?). A avó materna é nervosa, impulsiva, extrovertida, espírita, sofrendo de bronquite asmática. Colaterais paternos: tios nervosos, sendo 4 introvertidos e 2 predominantemente extrovertidos; uma tia paterna tuberculosa; outra sofreu

de asma; uma delas é surda; um tio teve ataques epileptiformes até a idade de 14 anos. Colaterais maternos: 2 tios maternos calmos, 3 nervosos; uma tia esteve em tratamento especializado com a Autora do trabalho (diagnóstico: histeria, reação esquizofrênica); um tio-avô materno sofreu de asma crônica e outro de epilepsia. Quatro primos portadores de asma e um epilético.

História pessoal — Nasceu em 1931, de parto laborioso que necessitou fórceps, sob anestesia raquidiana. Não foi feito tratamento antilúético prenatal. Durante a gravidez, a progenitora teve vômitos incoercíveis e profundos sofrimentos morais, aliados a dificuldades financeiras. A paciente nasceu em estado de morte aparente, com escoriações na face e pálpebras, e equimoses conjuntivais; tinha tremores localizados no membro superior direito. Custou a pegar no seio, no qual foi alimentada até os 3 meses de idade. A seguir, alimentação artificial por leite de vaca, mingau de maizena, banana, sopa de legumes, caldo de feijão, até o fim do segundo ano, quando iniciou a alimentação habitual do adulto. Foi difícil a transição para o alimento salgado. A dentição iniciou-se aos 6 meses. Com a mesma idade disse as primeiras palavras. Sentou-se aos 7 e andou aos 11 meses. Até os 2 anos de idade, parecia uma criança normal. Apresentou, então, estrabismo convergente e começou a roer as unhas, bem como exibiu um tique polegar, transitório, que reapareceu aos 10 anos de idade. Entre os 6 e 7 anos, comia papel. Até os 6 anos, tinha medo de cortar o cabelo e, até os 10, intimidava-se na presença de dentistas e médicos. Há, ainda, referência ao medo de incêndio e ladrão e a cóleras súbitas, durante a segunda infância. O sono da paciente foi habitualmente inquieto, com ranger de dentes, durante todo o período infantil, depois dos 2 anos. Aos 7 anos, passou a dormir em quarto separado. Nunca dormiu na mesma cama com os pais. Até os 9 anos de idade era a mãe quem lhe dava o banho. Embora muito mimada pelos progenitores, era, às vezes, tratada com muita severidade. Criada no ambiente doméstico, até a idade de 6 anos, S. M. raramente brincava com outras crianças; sentia falta de companheiras, mas não era bem recebida pelas demais crianças, porque as provocava e chorava quando não lhe faziam a vontade. Muito ciosa com os brinquedos, não gostava de emprestá-los. Aborrecia-se mesmo quando a lavadeira levava a sua roupa para lavar. Protestava quando sua mãe fazia presente das suas roupas e brinquedos usados.

Começou a estudar aos 5 anos e meio, mas, no fim de 15 dias, foi retirada do colégio, porque adoecera. Aprendeu em casa a formar sílabas, contar e somar, com muita dificuldade. Aos 7 anos foi matriculada no primeiro ano primário. As professoras queixavam-se de que a menina era irrequieta e de que seu ajustamento aos colegas e professoras era muito precário. Repetiu o segundo ano escolar, apesar de ter aulas particulares suplementares. Aos 10 anos, na terceira série primária, a menina revelou algum aproveitamento. No decorrer do terceiro ano, mudou de escola. A nova professora era dedicada, “até copiava-lhe os pontos”; mas S. M. não os estudava. Frequentes eram as queixas baseadas em atos de insubordinação, e repetidas as rixas com colegas e professores. Ia sozinho para o colégio, no ônibus da escola. Desde novembro de 1944 não estuda.

Ainda não foi menstruada; tem cólicas periódicas. Tudo o que S. M. sabe de assuntos sexuais foi ministrado pela mãe, aproveitando a oportunidade de perguntas relativas a nascimento da criança e diferenças sexuais. As explicações eram recebidas com relativa naturalidade. A informante suspeita ter havido práticas masturbatórias, porque encontrou S. M., algumas vezes, dormindo com a mão na zona genital.

Furunculose aos 4 meses. Desde os 6 anos, usa óculos, aconselhados para corrigir estrabismo convergente. Adenopatia entre os 4 e 6 anos de idade. Herpes labial aos 10 anos. Aos 8 anos, como caía muito e era considerada criança nervosa, foi levada a um psiquiatra, que não encontrou anormalidade alguma, “apenas distração”, receitando convulsanetas. Desde os 10 anos, sofre de asma. Aos 11

anos teve impetigo e sintomas gastrointestinais, tais como prisão de ventre e vômitos durante as refeições; de vez em quando, crises de urticária. Novamente, aos 12 anos, furunculose. Nessa idade, foi operada (amigdalectomia). Em 1942, apresentou reação de Wassermann fortemente positiva no sangue; fez tratamento bismuto-arsenical; em 1943, o exame foi negativo.

O pouco aproveitamento nos estudos levou os familiares e professores a considerarem S. M. como intelectualmente deficiente. No ponto de vista emocional, a paciente não demonstrava confiança em si própria, sendo excessivamente dependente, principalmente da mãe. Há quatro anos e meio, com o nascimento da irmã, viu-se torturada por ciúmes. No ponto de vista caracterológico, revelava-se uma criança irritável, preocupada, triste, ressentida freqüentemente, tímida, às vezes agressiva, muito sugestionável, inconstante nos empreendimentos. Gosta de brincar com bonecas; suas leituras prediletas são "Gibi" e "Tico-Tico". Aprecia novelas de rádio. Educada nos princípios da religião católica, fez a primeira comunhão e vai à missa aos domingos. Além dos traços emocionais assinalados, devemos fazer referência ao medo, objetivado em várias fobias: medo de incêndio, de ladrão, de bicho-papão, bruxas, embora nunca tivesse sido amedrontada pelos familiares.

História da doença atual — Há três anos e meio, S. M. teve coqueluche atribuída a contágio, porque imediatamente antes sua irmãzinha apresentara a mesma infecção; no decorrer da coqueluche, S. M. apresentou o primeiro acesso de asma, explicado pela mãe como consequência de um susto: ruído de explosão, seguido de clarão vermelho no céu (incêndio no Cais do Porto). Daí para cá, mais ou menos de dois em dois meses, a enferma tinha acessos asmáticos acompanhados de inquietação, sensação de morte e idéias de culpa; a paciente apelava para Deus, a quem pedia misericórdia e perdão para suas culpas, em frases carregadas de emoção. Aproveitava esses sintomas para conseguir oportunidade de satisfação; chamava os familiares, pedia a presença dos vizinhos preferidos, exigia da família todos os cuidados, monopolizava tôdas as atenções, obrigando a mãe a permanecer acordada em sua companhia.

Ao lado do quadro asmático, a paciente apresentava certas alterações do comportamento, principalmente no que diz respeito às relações com a constelação familiar: certa agressividade para com a mãe, patenteada não só por meio de reclamações freqüentes e queixas de toda a ordem, como por atos aparentemente não intencionais: certa vez pisou na barra do vestido da progenitora, quando esta descia do bonde, com grave perigo de queda; a seguir, desculpou-se inúmeras vezes, demonstrando-se muito angustiada e preocupada; sua atitude foi de tal ordem que a própria mãe desconfiou que a menina assim procedera "por maldade". A agressividade em relação à irmã demonstrava-se por má-vontade, desinteresse pelas gracinhas e implicância habitual. Ao mesmo tempo, movia verdadeira campanha contra as amas e demais pessoas que cuidavam da caçula, a tal ponto que nenhuma serviçal demorava em casa, tôdas alegando, por motivo da retirada, a implicância de S. M. Essa situação emocional condicionava também outros caracteres: desobediência acentuada, teimosia, tristeza, desinteresse pelo estudo e pelas atividades domésticas, crises de nervos, impaciência, desinteresse pelas amigas e alterações do sono traduzidas em pesadelos que a faziam acordar assustada e aos gritos. Sonhava muito com incêndios e vivia imaginando ameaças de ladrões e assaltos.

Desde 1941, S. M. tem estado sob a assistência contínua de pediatra competente, que tentou todos os tratamentos habituais nesses casos (cálcio, adrenalina, efedrina, auto-hemoterapia, tratamento anti-sifilítico), com resultados transitórios. Durante esse período, a paciente foi submetida a vários *exames complementares* — *Exame radiológico dos campos pleuropulmonares e dos seios da face*: normal. *Hemograma*: leucocitometria, 8.000 por mm.³; contagem específica: neutrófilos segmentados 47%, neutrófilos em bastão 8%, eosinófilos 14%, monócitos 17%, linfó-

citos 14%. *Hemossedimentação*: 1.^a hora, 21 mms.; 2.^a hora, 45 mms. *Exame da secreção brônquica*: abundância de neutrófilos; alguns eosinófilos, ausência de bacilos ácido-álcool-resistentes. *Reação de Mantoux*: a 1/10.000, negativa. *Testes cutâneos intradérmicos*: para alimentos, negativos, com exceção de laranja (positivo) e banana (duvidoso); para inalantes, negativos; para germes, negativos, com exceção do *B. coli* (positivo). Nas dietas de prova, a laranja e a banana foram toleradas, como, aliás, os demais alimentos que mais freqüentemente figuram como alérgenos. Apenas durante o uso do tomate, S. M. apresentou ligeiros chiados; o teste, entretanto, foi considerado duvidoso, porque coincidiu com mudança do tempo para chuvoso, quando habitualmente a paciente piorava.

Em 1944, a paciente começou a piorar. No inverno desse ano, esteve todo o tempo "cansadinha e chiando"; as exacerbações eram freqüentes e a sintomatologia cada vez mais alarmante. Em 1945, também no inverno, esteve acamada durante dois meses, vitimada por freqüentes acessos de dispnéia e sintomas sincopais que exigiam intervenção médica urgente. No último paroxismo apresentado, o estado da paciente foi considerado grave e o prognóstico *quod ad vitam*, reservado. Em junho de 1945, esgotados os recursos da terapêutica clínica, o pediatra responsável autorizou o tratamento psicológico.

Exame somático — Paciente em acentuado estado de desnutrição; pele e mucosas pálidas. Ligeiro estrabismo convergente, bilateral. Extremidades frias e cianosadas. Inapetência acentuada. Tosse seca, convulsiva. Dispnéia expiratória. Tórax ligeiramente globoso; à percussão, som claro timpânico em ambos os hemitórax; à escuta, numerosos sibilos difusos, bilateralmente. Pulso radial: 120 por minuto; rítmico, pouco tenso, filiforme. Pressão arterial: 80-50. Não verificamos dados dignos de registro em relação aos demais aparelhos.

Psicanálise — A paciente foi submetida à psicanálise desde junho até dezembro de 1945, tendo apresentado grandes melhoras desde as primeiras sessões. Teve alta curada de sua asma. Durante as sessões psicanalíticas foram feitas interessantes observações quanto à psicodinâmica da paciente, observações que podem ser condensadas nos comentários seguintes:

Personalidade — Na paciente, como nos casos estudados por French e Alexander, encontramos os seguintes traços caracterológicos: 1 — exagerada dependência emocional em relação aos genitores, principalmente a mãe, situação esta facilitada pela atitude materna, excessivamente protetora; 2 — egocentrismo, evidenciado nas disputas com a irmã (a quem não permitia regalia alguma), com os demais familiares, com as colegas e amigas; 3 — ciúmes, mais ou menos generalizados, inicialmente, em relação aos pais, após o nascimento da irmã; 4 — agressividade, traduzida em impulsos inconscientes e involuntários dirigidos principalmente à mãe e à irmã; 5 — ansiedade, que, já existindo antes do aparecimento do quadro asmático, passou a colorir nitidamente os ataques de dispnéia; 6 — falta de confiança em si mesma; 7 — tendência ao isolamento, manifestada tanto na escola, como nos demais ambientes. O estudo da personalidade da paciente revelou que tais características existiam anteriormente ao aparecimento da "neurose respiratória"; estavam presentes mesmo antes do nascimento da rival, fato que não determinou senão agravamento dos traços caracterológicos, traduzidos em conduta mais irregular, até a culminação nos sintomas neuróticos.

Situação precipitante dos ataques — A primeira crise asmática apareceu em seguida a estado emocional violento e súbito, motivado por acontecimento exterior (percepção de um incêndio longínquo, acompanhado de explosões); a paciente referiu-se a esta experiência e às emoções que a acompanharam, com as seguintes palavras: "Susto, medo e aflição". Esta experiência reapareceu freqüentemente nos sonhos, nos quais, ao lado do estado emocional que a acompanhou quando real, existia a preocupação evidente de que a irmã pudesse ser vítima das chamas e la-

baredas. Em algumas das fantasias oníricas, a paciente fazia esforços para salvar a irmã, por vezes conseguindo "o seu intento"; em outras, deixava-a morrer. A relação entre os acessos asmáticos e os sonhos de incêndio ficou bem evidenciada: certa noite, a enferma apresentou sintomas asmáticos acompanhados de pedidos de socorro e apelos à mãe; não despertou, porém; pela manhã, não se lembrava das manifestações respiratórias, mas recordava o sonho, que se acompanhara de grande sofrimento e ansiedade: sonhara que um incêndio ameaçava sua casa. Fato curioso a assinalar foi a modificação observada no conteúdo dos sonhos relativos ao tema incêndio, à medida que a paciente progredia no tratamento. Não apenas os incêndios tornavam-se menos dramáticos, como também se afastavam de sua casa. No último sonho desta série, pegava fogo no centro da cidade e a casa de S. M. quase não sofrera, pois era uma construção resistente, feita de cimento armado, que fôra apenas ligeiramente chamuscada. Este último sonho acompanhou-se ainda de alguma ansiedade, de tosse e chiados. Durante o tratamento, a paciente, que, numa rara demonstração de penetração psicológica, concluíra por si mesma o princípio que orienta a dinâmica dos sonhos (realização de desejos), pôde avaliar a relação entre êsses sonhos e os seus impulsos agressivos dirigidos à irmã menor.

É interessante o processo dinâmico do ataque de asma ocorrido no dia 16 de julho de 1945, verificado através das sessões analíticas anteriores. Assim é que, no dia 12, a paciente sonhou com ladrões. No dia seguinte, discutiu com a irmã e queixou-se de que sempre davam razão à outra. A 14 de julho, recebeu de presente da doutora uma boneca, e procurou fazer inveja à caçula. Na noite de 14, teve um sonho em relação com a experiência do nascimento da irmã. Acordou assustada, chiando, e pediu à mãe que a deixasse dormir no quarto dos pais, pois tivera "um sonho pavoroso, que a deixara muito agitada". S. M. passou os dias 15 e 16 sensivelmente mal humorada, parecendo preocupada. Na noite de 16, teve acesso asmático violento, com impressão de morte.

Relações emocionais familiares — A antipatia de S. M. pela irmã evidenciou-se precocemente, quando da sua visita à Maternidade. Já então sua mãe notou falta de naturalidade nas expansões afetivas da menina e má-vontade com a irmã, que mereceu dela apenas expressões negativas. No decorrer do tratamento, a chegada da irmã foi revivida num sonho, em que o pai apareceu sob a figura de um preto velho que batia num poste, anunciando em altas vozes que alguma coisa ia acontecer. A paciente esclareceu que se tratava de alguma coisa ruim, que ela não compreendia bem o que fôsse. Este sentimento de desagrado acompanhou-se, no próprio sonho, de uma fantasia de autopunição (espancamento pelo pai). No mesmo sonho, S. M. imaginava a irmãzinha dormindo, muito quieta, dentro de um quarto completamente fechado. S. M., que já obtivera informações sobre a vida intra-uterina, identificou a imagem do sonho com a situação da criança anteriormente ao nascimento. No ponto de vista do estudo dinâmico da vida onírica, a análise deste sonho revela um conteúdo aparente, em relação com fatos banais e recentes (o hábito que tinha o pai de brincar de "preto velho", a tentativa de despertá-la com o despertador e as palavras "Está na hora! Está na hora!"), e um conteúdo latente, que se refere a experiências mais remotas e intensamente traumáticas.

Na conduta explícita, a agressividade e os ciúmes da paciente, em relação à irmã, traduziam-se em freqüentes brigas, no desejo de monopolizar a mãe, na guerra de nervos sistemática dirigida contra as amas da irmã e, principalmente, em certos impulsos inconscientes, traduzidos em agressões aparentemente não intencionais. Uma delas foi referida no decorrer do tratamento sob condição de que a mãe não fôsse ciente do fato: S. M., aproveitando uma queda da irmã, caiu sobre a mesma, e, nos seus comentários sobre o incidente, deixava transparecer as fantasias con-

comitantes: medo de que a irmã houvesse fraturado braços e pernas, e receio de ser punida pela genitora. Por generalização, o desgosto da enferma pela irmã condicionava o desagrado por todas as crianças pequenas. Por curioso fenômeno de deslocamento, S. M., que reprimia alguns de seus impulsos agressivos dirigidos contra a irmã (por medo de indispor a mãe e perder sua estima), passou a utilizar a pessoa de uma prima recém-nascida, como ponto de aplicação de sua hostilidade. A própria enferma declarou que não realizava essas "brincadeiras de mau gosto" com a irmã, por medo de que a mãe pudesse descobrir. O receio de que certos atos (apertar o nariz da prima até que ela parecesse sufocada) pudessem haver provocado a morte da prima era evidente. O estado de dúvida penoso não bastava como castigo do crime imaginário; era grande o sentimento de culpa e as crises de asma são lembradas, na mesma cadeia de associações, como um castigo divino, expiação proporcional à miséria do crime. O estado fóbico traduzia-se especificamente como medo de ladrões. Não se tratava de ladrão que roubasse, mas sim de uma espécie de malfeitor que entrava em casa para matar as pessoas. A análise da constelação familiar, em relação com a fobia, demonstrou que a vítima mais provável da sanha do assaltante seria a caçula da família, que, por incapacidade física, não seria capaz de defesa ou fuga. A avaliação dos fatos supracitados levou S. M. a verificar seu sentimento de ciúmes em relação à irmã. Ainda assim, procurou localizar esta emoção no passado: "Eu tinha ciúmes da minha irmã, mas isto foi coisa que já passou". Entretanto, logo a seguir declara que "tinha ciúmes da sua mãe, do papai, da vovó e da Maria", a empregada que trabalhava na casa há dois meses. Quando lhe chamamos a atenção para este fato, a menina reconheceu que, na realidade, às vezes, se surpreende com sentimentos hostis, procedendo como legítima rival da irmã. E conclui: "Esses sentimentos aparecem quando a gente é pequena. A gente faz tudo para escondê-los, até de nós mesmos, mas eles vão criando raízes, como planta daninha".

A mãe de nossa enferma estivera em tratamento conosco durante cerca de oito meses. Padecia de neurose grave, que orientava uma situação de desajustamento familiar completo. Essa senhora traduziu o comportamento da filha, no que diz respeito às relações recíprocas, do seguinte modo: antes do nascimento da caçula, S. M. revelava-se excessivamente dependente; exigia todas as atenções da família, e com muita dificuldade aceitou o afastamento do meio doméstico, no período de iniciação escolar. Depois do nascimento da irmã, a paciente mostrou-se a princípio triste, chorosa, queixando-se freqüentemente de que a mãe preferia a outra filha, que era mais bonita. Progressivamente, S. M. começou a modificar sua atitude no trato com a mãe e, por extensão, com os demais familiares: tornou-se teimosa, negativista, desconfiada e agressiva. A sua teimosia, que era tolerada pela mãe, revelava-se também na escola em relação às professoras, e constituía motivo de freqüentes queixas por parte da direção dos colégios.

O sentimento de desconfiança orientava freqüentemente fenômenos de projeção psicológica em que a menina atribuía aos outros pensamentos e sentimentos seus, deixando entrever em alguns deles seu drama interior. Por exemplo, no incidente de queda sobre a irmã, na escada, ela declara: "Não contei nada à mamãe, porque ela podia pensar que eu fizera aquilo de propósito". Em outro fato, que, aliás, constituiu o motivo principal para que a mãe desconfiasse da situação de conflito de S. M. e pensasse na hipótese do tratamento psicológico, verifica-se o elemento projeção e, no pensamento projetado, evidencia-se a agressividade da menina em relação à mãe: ao descer de um bonde, a paciente pisou na saia da genitora, por pouco determinando a queda da mesma. A mãe, que tinha intenções de deixar passar despercebido o fato, estranhou as desculpas reiteradas de S. M., e perguntou, "Por que é que você se desculpa tanto?" A resposta veio rápida: "A sra. podia pensar que fôsse de propósito".

O sentimento de ciúmes e o desejo de monopólio em relação à pessoa da mãe era evidente. A idéia de que a genitora distribuisse cuidados e atenções com outras pessoas era particularmente penosa para a enferma. Na sessão de 22 de junho, a paciente contou que, quando viu a mãe chegar na Clínica em companhia de umas meninas que trouxera para consultar, sentiu-se tão mal, que teve uma tonteira. Aliás, diz ela, "quando me aborreço costumo ter tonteira". No decorrer do tratamento, S. M. teve mais duas tonteiras, traduzidas por obnubilação da consciência, em relação com experiências desagradáveis.

O pai da paciente, ainda que nervoso, é controlado, mantendo em casa uma atitude relativamente calma. Em geral deprimido, tímido, pouco interferente na direção da casa e nos problemas relativos à educação dos filhos, que estão quase exclusivamente afetos à autoridade da genitora. O tipo de relação emocional da paciente com a pessoa do pai é satisfatório: S. M. estima-o sem exageros, sem oscilações, sem hostilidade. Sempre que fala nêle, usa expressões calmas, que indicam segurança e naturalidade: "Meu pai é bom e justo. Não faz distinção entre eu e minha irmã. É um bom amigo que eu tenho".

Utilização secundária dos ataques — Durante as crises de dispnéia, nossa enferma pensava que ia morrer. Frequentemente, tinha a impressão de que se tratava de um castigo e apelava para a misericórdia de Deus. Admitia mesmo que estes sofrimentos constituíssem motivo de expiação para certas culpas. No início do tratamento, não sabia quais fôsem essas culpas e dizia, "eu sei que êle nos castiga quando procedemos mal". Ao lado da finalidade expiatória, que lhes era inerente, os ataques asmáticos ofereciam à enferma excelente oportunidade para monopolizar as atenções da família. É mais do que claro que, quando jazia no leito, chiando, tossindo, gemendo, tanto sua mãe como seu pai ficavam exclusivamente à sua disposição, desdobrando-se em desvelos. No ponto de vista social, S. M. conseguia, com o espetáculo de seu sofrimento, impressionar os vizinhos e amigos da família, que acudiam, interessados em prestar qualquer auxílio. A menina aproveitava a ocasião para pedir que chamassem as pessoas de sua preferência, no que era prontamente atendida. Por outro lado, a doença representou uma excusa para que deixasse de ir à escola, onde se sentia tão infeliz e era, freqüentemente apodada de boba, visto serem mediocres seus progressos nos estudos. O abandono da escola significava a permanência no lar, onde tinha motivos de sofrimento, mas também oportunidades de gratificação, principalmente quando estava doente.

Avaliação da transferência — Como se observa freqüentemente no tratamento de crianças, a transferência esboçou-se rapidamente e acentuou-se no decorrer do tratamento. Após três sessões analíticas, S. M. sonhou que estava estudando com a doutora e afirmava a sua confiança na pessoa da analista numa frase simples: "Essas cousas que digo à senhora ninguém sabe, nem mamãe". Daí por diante, em vários sonhos, mais ou menos transparentes, a doutora representou a pessoa que a tratava bem, em quem ela confiava e que representava uma fonte de gratificações. A princípio, não evidenciou intenção de monopólio. Aliás, o ambiente mais ou menos neutro da Clínica onde esteve internada não lhe ofereceu grandes motivos para sentimentos de ciúmes ou de hostilidade, no seu novo tipo de relação emocional. Mais adiante, transpareceu o desejo de monopólio, quando procurava reafirmar à irmã a preferência da doutora pela sua pessoa, e quando "esqueceu" de entregar à analista alguns desenhos, que representavam uma homenagem da outra. Certa vez, estávamos no quarto de uma paciente na Clínica, e fomos surpreendidos por S. M., que arranjara um expediente para interromper a entrevista: trazia "um sorvete para a doutora". Na fase final do tratamento, com a avaliação das características da transferência afetiva, modificou-se o tipo de relação emocional de S. M. com a analista, que passou a ser considerada como pessoa mais

velha, mais experiente, que a auxiliou em situação de dificuldade. Na fase de separação, reagiu bem: expressou seus sentimentos em palavras, não usando a linguagem dos sintomas; prosseguiu ajustada no ambiente familiar e social: continuou interessada nos estudos, com rendimento progressivamente crescente.

COMENTÁRIOS

Trabalhamos com um caso crônico de asma brônquica, de sintomatologia realmente dramática, que reduzira a paciente à condição de invalidez, e lançara os médicos assistentes numa situação de desânimo, uma vez que todos os recursos terapêuticos habituais haviam sido tentado, sem resultados permanentes. A evolução do caso demonstrou o agravamento progressivo dos sintomas, tornados de tal modo alarmantes, que, quando foi resolvido o tratamento psicológico, o prognóstico "quod ad vitam" era considerado reservado. A análise da história familiar da enferma apresentava exuberância de elementos que poderiam fazer pensar na presença de um fator hereditário, capaz de tornar mais sombria ainda a perspectiva prognóstica. O conhecimento da positividade das reações serológicas para sífilis, em 1940, fez com que os médicos pensassem na possibilidade de um síndrome asmático de natureza luética. Entretanto, o tratamento específico proporcionou a negativação das provas de laboratório, mas não oferecem qualquer resultado, no que diz respeito aos sintomas.

Restava a etiologia alérgica. Empíricamente mesmo, haviam sido dados alguns conselhos, baseados no conhecimento de que os alérgenos domésticos e climáticos costumam ser responsabilizados pelo aparecimento de quadros asmáticos. Assim é que, por conselho médico, foram retiradas as cortinas do quarto da paciente, foi feita a seco a limpeza do assoalho e móveis, substituído o colchão comum por colchão de borracha, evitados os gelados e a exposição ao tempo úmido e frio. Entretanto, os testes alérgicos não confirmaram as esperanças dos médicos, quando procuravam explicar a asma de S. M. pela ação de alérgenos, pois que apenas revelaram resultado positivo para a laranja e para *Bacilo coli*, e reação duvidosa para banana. De outro lado, as provas alimentares não evidenciaram qualquer relação entre o aparecimento dos sintomas e a ingestão daqueles alimentos, que se haviam comportado como alérgenos nas provas cutâneas. Os freqüentes apelos ao laboratório não corroboraram outra hipótese etiológica. Em vista da falência de qualquer tentativa de explicação patogênica, e da falta de resultados terapêuticos com os recursos habituais nesses casos, resolvemos tentar o tratamento psicológico.

Aliás, a anamnese revelou a existência de elementos que permitiam pensar em asma psicogênica: 1 — a personalidade da paciente, anteriormente ao aparecimento da doença, apresentava traços neuróticos variados que chegavam ao ponto de dificultar o seu ajustamento ao ambiente doméstico e escolar; 2 — as relações emocionais da paciente com os fa-

miliares caracterizavam-se por extrema dependência materna, por hostilidade dirigida principalmente à irmã menor, e ciúmes em relação a todos aqueles que prodigalizavam atenções a essa irmã; 3 — o comportamento materno, caracterizado por excesso de solicitude, compensatória de certas fantasias agressivas em relação aos filhos; 4 — o aparecimento do primeiro acesso de asma após um estado emocional súbito e violento; 5 — a eclosão das crises dispnéicas pouco tempo após o nascimento da irmã, acontecimento que foi encarado pela paciente como indesejável, capaz de abalar a segurança de filha única, no que dizia respeito ao afeto materno.

No decorrer do tratamento psicológico, os itens acima foram plenamente confirmados. Verificou-se, mais ainda, que: a experiência traumática inicial (incêndio) que aparentemente determinara o aparecimento da primeira crise, servia de base à realização de fantasias agressivas, dirigidas contra a irmã menor; a imagem do incêndio aparecia freqüentemente nos sonhos da paciente, com intensa tonalidade afetiva, de natureza ansiosa; a experiência do nascimento da irmã foi revivida em uma fantasia onírica que se acompanhou de ansiedade, chiados, respiração difícil, e da vivência de medo, em seguida ao despertar, com a necessidade de procurar o amparo materno; nesse mesmo sonho, o nascimento da irmã foi lembrado como cousa ruim e seguido por uma cena de autopunição; existia conscientemente um sentimento de culpabilidade; os ataques asmáticos ofereciam ampla utilização secundária, isto é, proporcionavam uma oportunidade de autopunição e excelente ocasião para obter o tipo de gratificação mais desejado pela paciente, qual seja o de desviar da irmã as atenções e cuidados dos pais; S. M. mantinha uma atitude ambivalente em relação à mãe, caracterizada por dependência afetiva de um lado e sentimentos hostis de outro.

Tornados conscientes êsses conflitos e obtida a repressão em outras bases, foi possível submeter a menina a novo regime de vida, de estudos e de trabalho, que concorresse para reafirmar atitudes de independência e de autoconfiança. Como resultado, obtivemos a remissão completa das crises asmáticas, que não reapareceram mesmo na ocorrência de dois resfriados. Não apenas desapareceu o quadro asmático, como se modificou a personalidade da paciente e o seu comportamento perante a vida, obtendo-se melhor ajustamento familiar, social e escolar. No ponto de vista do rendimento pedagógico, devemos realçar o fato de S. M., que fôra anteriormente julgada oligofrênica pelos professores e pelos pais, haver conseguido realizar em seis meses o que as crianças normais das escolas conseguem em dois anos de curso primário.

SUMÁRIO E CONCLUSÕES

Trata-se do estudo e tratamento de um caso de asma brônquica em menina de 13 anos que, ao lado da "neurose respiratória", apresentava características pessoais (egoísmo, ciúmes, irritabilidade), que dificultavam

sua adaptação ao ambiente. O rendimento escolar da enferma, mesmo anteriormente ao aparecimento da asma, era tão reduzido, que permitia suspeitar de atraso mental. A existência de 7 casos de asma brônquica em pessoas da família fazia pensar numa condição hereditária e tornava obscuro o prognóstico. A princípio, baseados na positividade das soro-reações para a sífilis, admitiram os pediatras assistentes a possibilidade da etiologia luética; entretanto, o tratamento específico propocionou a negatificação da reação, sem qualquer modificação nos sintomas. Restava o mecanismo alérgico. Mas os testes cutâneos intradérmicos apenas revelaram hiperergia para a laranja e para o Bacilo coli e reação duvidosa para banana; de outro lado, as provas alimentares não evidenciaram relação entre o aparecimento dos sintomas asmatiformes e a ingestão daqueles alimentos, que se haviam comportado como alergenos nos testes. Outros exames de laboratório não corroboravam qualquer outra hipótese etiológica.

Fomos convidados a assistir à paciente no quarto ano de evolução da enfermidade, após haverem falhado todos os recursos terapêuticos usados habitualmente nesses casos. A anamnese demonstrava o agravamento progressivo dos sintomas, não havendo dados que pudessem fazer pensar na possibilidade de remissão espontânea. Em junho de 1945, época em que foi iniciado o tratamento psicológico, a paciente encontrava-se em condição de invalidez, permanentemente retida ao leito, em estado de grande astenia e com sintomas sincopais que exigiam intervenção médica urgente. Tratava-se de situação grave e o prognóstico quod ad vitam foi considerado reservado, pelo clínico que a assistia.

A anamnese psicossomática evidenciou que a asma de S. M. havia aparecido um ano após o nascimento de sua irmã menor, na ocorrência de uma coqueluche, que ambas apresentaram quase concomitantemente. Verificou-se, também, que o primeiro acesso asmatiforme surgira como consequência de um susto determinado pela percepção de um incêndio. Por outro lado, o comportamento da menina durante as crises era por demais dramático e deixava transparecer, ao lado do sentimento de culpa e do estado ansioso, certa tendência a exigir tôdas as atenções e cuidados dos familiares.

O estudo da personalidade da enferma evidenciou: exagerada dependência emocional em relação à mãe, situação esta facilitada pela atitude materna, excessivamente protetora; egocentrismo; ciúmes da irmã com a genitora e com tôdas as pessoas que prodigalizavam carinhos à caçula; agressividade, traduzida em impulsos inconscientes e involuntários, aplicados principalmente à pessoa da irmã e da mãe; ansiedade, que se acentuava por ocasião das crises dispneicas; falta de confiança em si mesma; tendência ao isolamento.

A análise da situação psicológica revelou que a experiência traumática, aparentemente inicial, desencadeadora da primeira crise asmati-

forme (incêndio), aparecia freqüentemente em sonhos coloridos de grande ansiedade e servia de base à realização de fantasias agressivas dirigidas contra a irmã; que a experiência do nascimento da irmã foi revivida em uma fantasia onírica que se acompanhou de ansiedade, chidos, respiração difícil, e da vivência de medo em seguida ao despertar, com a necessidade de procurar o amparo materno; que nesse mesmo sonho o nascimento da caçula foi lembrado por S. M. como "uma cousa ruin", a êsse pensamento seguindo-se uma cena de autopunição; que existia, conscientemente, um sentimento de culpabilidade; que os ataques asmáticos ofereciam ampla utilização secundária, isto é, proporcionavam uma oportunidade de autopunição e ocasião para obter o tipo de gratificação mais desejado pela paciente, qual seja o de desviar da irmã as atenções dos familiares. A transferência afetiva fêz-se obedecendo ao mesmo tipo de dependência materna, isto é, dependência afetiva nítida, acompanhada do desejo de monopólio e de ciúmes.

Como conseqüência do tratamento, não apenas desapareceu o quadro asmático, como se modificou a personalidade da paciente e seu comportamento perante a vida, obtendo-se melhor ajustamento familiar, social e escolar. Do ponto de vista pedagógico, merece realce o fato de haver S. M., que fôra anteriormente julgada oligofrênica pelos pais e professores, haver conseguido realizar progressos realmente notáveis.

O estudo dos casos referidos na literatura e a nossa experiência leva-nos a admitir, na asma brônquica, mesmo quando parece evidente a existência de um estado alérgico, a possibilidade da atuação de um elemento psicológico, imprescindível para que os ataques asmáticos se desencadeiem, seja por sua ação isolada e autônoma (hipótese em que a alergia seria apenas coincidência), seja tornando o indivíduo mais sensível à ação de determinado alérgeno.

A compreensão da vida psicológica dos enfermos asmáticos parece indicar estarem êles sujeitos a um conflito humano universal, entre a tendência ao estado de dependência materna e outras atitudes emocionais, que são incompatíveis com tal dependência. Expressão do conflito, a crise de asma representaria simbolicamente um grito inibido, uma linguagem sintomática, por meio do qual o indivíduo protestaria contra o afastamento da mãe.

Os resultados obtidos com o tratamento psicológico nos asmáticos autorizam a seguinte conclusão de ordem geral e obrigatória: em todos os portadores de asma brônquica devemos adotar a orientação estabelecida pela medicina psicossomática, isto é, ao mesmo tempo que procuramos evidenciar os fatores orgânicos, anatômicos e funcionais, ao mesmo tempo que analisamos as alterações metabólicas e consideramos os fatores constitucionais, devemos realizar cuidadosa anamnese psicológica, no sentido de verificar a presença de fatores emocionais capazes de explicar ou de contribuir para o aparecimento do quadro asmático. O raciocínio clínico, baseado em tais dados, não apenas colocará o mé-

dico em condições de compreender a patogenia de certos casos, como permitirá resolver, no ponto de vista terapêutico, certas condições nas quais os tratamentos clínicos habituais se tenham revelado ineficazes,

SUMMARY AND CONCLUSIONS

The present paper takes up the study and treatment of a case of bronchial asthma in a girl 13 years old, who, in addition to the "respiratory neurosis", possessed also unpleasant personal characteristics (egotism, jealousy, irritability) which made adaptation to her surroundings very difficult. The child's progress in school, even before the onset of the asthma, was so slow she was thought to be backward. The presence of 7 cases of bronchial asthma in the family would lead one to think of a hereditary condition, and to make the prognosis seems even more doubtful. At first, on the basis of positive syphilis in the patient's bloodstream a year before the onset of the illness, attending pediatricians considered the possibility of a syphilitic origin. However, although appropriate treatment resulted in a negative blood reaction, no change was observed in the asthmatic symptoms. Allergy remained. But the skin tests revealed sensitivity only to orange and *Bacillus coli* and a doubtful reaction for banana; on the other hand, food tests showed no relation to the appearance of asthmatic symptoms. Frequent laboratory tests of various kinds, X-rays, etc. gave no clue as to a possible cause.

We were asked to see the patient in the fourth year of her illness, after all other therapeutic measures generally used in such cases had failed. The case history showed a progressive worsening of the symptoms, with no indication of the possibility of a spontaneous cure. In the winter of 1945, when psychological treatment was begun, the patient had reached a stage of invalidism, was confined to her bed, in a state of great general weakness and with occasional states of collapse which required urgent medical attention, artificial feeding, stimulants and sedatives. Her condition was so serious, that little hope was held out for life itself by the attending physician.

A psychosomatic study of the case revealed that S. M.'s asthma had appeared one year after the birth of her little sister, during an attack of whooping cough, which both had at the same time. In addition, the first asthmatic attack had supervened as a consequence of a sudden fright caused by a fire. On the other hand, the child's behavior during the crises was excessively dramatic, accompanied by feelings of guilt and great anxiety, and a tendency to exact all the attention and solicitude of the family.

The study of the patient's personality brought out the following traits: exaggerated emotional dependence on the mother, fostered by an excessive protective attitude on the part of the mother; egocentrism;

jealousy of the little sister shown in relation to the mother and all other people who dealt with or showed any affection for the younger child; anxiety, heightened at the time of the dyspneic crises; lack of confidence in herself; a tendency to isolation.

The analysis of the psychological situation of our patient revealed that the apparently initial traumatic experience, which set off the first asthmatic crisis — a fire — appeared frequently in dreams accompanied by great emotion, and served as basis for building up aggressive fantasies against the younger sister. That the sister's birth was revived in a relatively transparent dream accompanied by anxiety, wheezing, dyspnea and fear which carried over into the waking state, with the need to seek the mother's protection; that in this dream the sister's birth was characterized as "something bad", and this thought was followed by a scene involving self-punishment; that there was a conscious feeling of guilt; that the asthmatic attack were utilized for a secondary purpose, that of self-punishment, an opportunity to secure the type of gratification most desired by the patient, that of drawing the attention and solicitude of the family away from her little sister. The affective transference followed the same pattern of dependence on the mother, with the desire to monopolize attentions, and jealousy.

Not only did the asthmatic symptoms disappear completely, as a consequence of the treatment, but the patient's personality and attitude towards life changed, and a better adjustment to family, social and school environments was achieved. It is a noteworthy fact that, whereas S. M. had previously been considered backward by parents and teachers, she has since progressed astonishingly in her studies.

The study of cases found in the literature of this illness and our personal experiences lead us to the conclusion that in cases of bronchial asthma, even when the existence of an allergic state seems evident, the possibility of the action of a psychological element responsible for the onset of the attacks should be considered. It remains to be seen whether the psychological factor is the causative agent, in which case the allergy is only a coincidence, or whether, possibly, it may make the individual more sensitive to a certain allergen.

An understanding of the psychological life of asthmatic patients would seem to indicate that they are subject to a universal human conflict between the tendency to a other emotional attitudes which are incompatible with such dependence. The asthmatic attack, an expression of the conflict, would symbolically represent an inhibited cry, a symptomatic language, by means of which the individual protests against separation from the mother.

Results obtained with psychological treatment of asthmatics would justify the following general and obligatory conclusion: In all cases of asthma we should adopt the technique established by psychosomatic

medicine, that is, while we attempt to discover organic, anatomical and functional factors, and study metabolic alterations and constitutional factors, we must at the same time make a careful psychological observation of the case, in order to uncover any emotional factors which might explain the onset of the symptoms. Such a procedure will not only permit the physician to understand the origin of certain otherwise inexplicable cases, but will allow conditions in which all usual clinical treatments have failed utterly to be treated successfully.

R. João Alfredo, 25 (Tijuca) — Rio de Janeiro