

OLIVER SACKS

**O HOMEM
QUE CONFUNDIU
SUA MULHER COM
UM CHAPÉU**
e outras histórias clínicas

Tradução:
LAURA TEIXEIRA MOTTA

13ª reimpressão

2010

(orig. 1970)



REMINISCÊNCIA

A sra. O'C. estava um pouco surda, mas em tudo o mais sua saúde era boa. Vivia em um lar para idosos. Certa noite, em janeiro de 1979, ela teve um sonho vívido, nostálgico, sobre sua infância na Irlanda, e especialmente sobre as músicas que eles cantavam e dançavam. Ao acordar, a música continuava tocando, muito alto e claro. "Devo estar sonhando ainda", pensou ela, mas não era verdade. Ela se levantou, desperta e intrigada. Era de madrugada. Alguém deve ter deixado um rádio tocando, ela supôs. Mas por que ela era a única pessoa que fora perturbada por isso? Verificou todos os rádios que encontrou — estavam todos desligados. Então teve outra idéia: ouvira dizer que o material usado em obturações dentárias às vezes podia atuar como um detector de cristal, captando transmissões extraviadas com intensidade incomum. "É isso", pensou. "Uma de minhas obturações está tocando alto. Não vai durar muito. Mandarei consertar de manhã." Ela se queixou à enfermeira do turno da noite, e esta disse que as obturações pareciam boas. Nesse momento, um outro pensamento ocorreu à sra. O'C.: "Que tipo de emissora de rádio iria tocar canções irlandesas, em volume ensurdecedor, em plena madrugada?", ela raciocinou. "Canções, só canções, sem apresentação ou comentários? E apenas as que conheço. Que estação de rádio tocaria *minhas* canções, e mais nada?" E então ela se perguntou: "Será que o rádio está na minha cabeça?"

Àquela altura, ela já estava toda confusa — e a música prosseguia, ensurdecidora. Sua última esperança era seu especialista, o otologista que estava acompanhando seu caso: *ele* a tranquilizaria, diria que eram apenas "barulhos no ouvido", algo relacionado à sur-

dez, nada com que se preocupar. Mas, quando ela o procurou pela manhã, ele declarou: “Não, senhora O’C., acho que não são os seus ouvidos. Um simples tinido, zumbido ou estrondo, talvez; mas um concerto de canções irlandesas — isso não vem dos seus ouvidos”, e prosseguiu, “talvez fosse bom a senhora procurar um psiquiatra”. A sra. O’C. marcou hora com o psiquiatra no mesmo dia. “Não, senhora O’C.”, disse ele, “não é sua mente. A senhora não está louca — e os loucos não ouvem música, ouvem apenas ‘vozes’. A senhora precisa procurar um neurologista, meu colega, doutor Sacks.” E foi assim que a sra. O’C. veio me consultar.

A conversa não foi nada fácil, em parte devido à surdez da sra. O’C., porém mais ainda porque minha voz era repetidamente abafada pelas canções — ela só conseguia me ouvir quando a música era mais suave. Ela era viva, alerta, não estava delirando nem louca, mas tinha um olhar distante, absorto, como alguém que estivesse um pouco em um mundo próprio. Não consegui encontrar problema neurológico algum. Mesmo assim, desconfiei de que a música *era* “neurológica”.

O que teria acontecido com a sra. O’C. para levá-la a tal situação? Ela estava com 88 anos, com saúde ótima e sem sinal de febre. Não estava tomando medicamento algum que pudesse desequilibrar sua mente excepcional. E, manifestamente, ela estivera normal no dia anterior.

“Acha que é um derrame, doutor?”, ela perguntou, lendo meus pensamentos.

“Poderia ser”, respondi, “embora eu nunca tenha visto um derrame como este. Alguma coisa aconteceu, isso é certo, mas não creio que a senhora esteja correndo perigo. Não se preocupe e espere.”

“Não é fácil esperar quando se está passando o que eu estou passando”, ela replicou. “Sei que aqui está silencioso, mas eu estou em um oceano de som.”

Eu queria fazer um eletroencefalograma imediatamente, dando atenção especial aos lobos temporais, os lobos “musicais” do cérebro, mas as circunstâncias conspiraram para impedir isso durante algum tempo. Nesse ínterim, a música foi diminuindo — menos alta e, sobretudo, menos persistente. Ela conseguiu dormir depois das três primeiras noites e, cada vez mais, conversar e ouvir conversas entre as “músicas”. Quando por fim mandei fazer o ele-

troencefalograma, ela estava ouvindo apenas trechos ocasionais e breves de música, mais ou menos uma dúzia de vezes ao longo do dia. Depois de a termos instalado e aplicado os elétrodos em sua cabeça, pedi a ela que ficasse quieta, não dissesse nada e não “cantasse para si mesma”, mas que erguesse ligeiramente o dedo indicador — o que, por si só, não perturbaria o EEG — se ouvisse alguma de suas músicas enquanto fazíamos o exame. No decorrer de duas horas de registro, ela ergueu o dedo em três ocasiões, e cada vez que fez isso os marcadores do EEG chacoalharam, transcrevendo espículas e ondas pronunciadas nos lobos temporais de seu cérebro. Isso confirmou que ela estava realmente tendo convulsões nos lobos temporais, as quais, como Hughlings Jackson intuiu e Wilder Penfield provou, constituem a base invariável da “reminiscência” e alucinações experienciais. Mas por que ela teria manifestado subitamente esse sintoma estranho? Mandei fazer uma tomografia do cérebro, e esta revelou que ela de fato tivera uma pequena trombose ou infartação em parte de seu lobo temporal direito. O súbito aparecimento de canções irlandesas durante a noite, a repentina ativação de traços de memória musical no córtex eram, aparentemente, a consequência de um derrame e, quando este se resolveu, as canções também se “resolveram”.

Em meados de abril, a música havia desaparecido por completo, e a sra. O’C. voltara ao normal. Perguntei-lhe então como ela se sentia com respeito àquilo tudo e, em especial, se sentia falta das músicas paroxísmicas que ouvia. “É engraçado você perguntar isso”, disse ela, sorrindo. “Em grande medida eu diria que é um grande alívio. Mas, sim, eu *sinto* uma certa falta das velhas canções. Agora eu nem consigo mais recordar várias delas. Foi como se me devolvessem uma parte esquecida de minha infância. E algumas das músicas eram verdadeiramente adoráveis.”

Alguns de meus pacientes tratados com levodopa descreveram-me sentimentos semelhantes — o termo que empreguei foi “nostalgia incontinente”. E o que a sra. O’C. me disse, sua óbvia nostalgia, lembrou-me uma comovente história de H. G. Wells, “The door on the wall” [A porta no muro]. Contei-lhe a história. “É isso mesmo”, disse ela. “Isso capta com perfeição o espírito, a sensação. Mas *minha* porta é real, assim como meu muro era real. Minha porta leva ao passado perdido e esquecido.”

Não encontrei mais casos semelhantes até junho do ano passado (1989), quando me pediram para examinar a sra. O'M., que era agora residente do mesmo lar para idosos. A sra. O'M. também estava na casa dos oitenta, também era um pouco surda e também viva e alerta. Também ela ouvia música na cabeça, e às vezes um tinido, silvo ou estrondo; ocasionalmente, ouvia “vozes conversando”, em geral “bem distantes” e “várias ao mesmo tempo”, não conseguindo entender o que diziam. Ela não havia mencionado esses sintomas a pessoa alguma, e durante quatro anos secretamente receou estar louca. Ficou muito aliviada quando soube pela irmã que existira um caso semelhante na instituição algum tempo atrás, e quando pôde abrir-se comigo.

Certo dia, na cozinha, relatou a sra. O'M., enquanto ela ralava pastinaga, uma raiz comestível, começou a tocar uma música. Era “Easter parade”; vieram em seguida, em rápida sucessão, “Glory, glory, Hallelujah” e “Good night, sweet Jesus”. Assim como a sra. O'C., ela supôs que algum rádio estava ligado, mas logo descobriu que todos os rádios estavam desligados. Isso fora em 1979, quatro anos antes. A sra. O'C. recuperou-se em poucas semanas, mas para a sra. O'M. a música prosseguiu, e cada vez pior.

A princípio, ela ouvia apenas essas três músicas — às vezes espontaneamente, de súbito, mas com certeza sempre que por acaso pensasse em alguma delas. Por isso, evitava pensar nelas, mas tentar não pensar provocava-as do mesmo modo.

“A senhora gosta dessas músicas específicas?”, perguntei, como faria um psiquiatra. “Elas têm alguma importância especial para a senhora?”

“Não”, ela respondeu de imediato. “Nunca as apreciei particularmente, e não acho que tenham algum significado especial para mim.”

“E como se sentiu quando elas não pararam de tocar?”

“Passei a detestá-las”, ela replicou com veemência. “Era como se algum vizinho maluco ficasse tocando o mesmo disco sem parar.”

Durante um ano ou mais, houve apenas essas músicas, em sucessão enlouquecedora. Depois — e, embora de certo modo isso tenha sido pior, foi também um alívio — a música interior tornou-se mais complexa e variada. Ela passou a ouvir inúmeras canções — às vezes, várias ao mesmo tempo; outras vezes ouvia uma

orquestra ou um coro e, ocasionalmente, vozes ou só uma confusão de ruídos.

Quando examinei a sra. O'M., nada encontrei de anormal, exceto em sua audição, e neste aspecto o que constatei foi singularmente interessante. Ela apresentava uma certa surdez no ouvido interno, de um tipo comum, porém além disso ela tinha uma dificuldade rara na percepção e discriminação de tons, de um tipo que os neurologistas denominam *amusia* e que é especialmente correlacionado com deterioração da função dos lobos auditivos (ou temporais) do cérebro. Ela própria queixou-se de que recentemente os hinos da capela pareciam cada vez mais iguais uns aos outros, de modo que ela quase não conseguia distingui-los pelo tom ou melodia, precisando basear-se na letra ou no ritmo.¹ E, embora ela tivesse sido uma ótima cantora no passado, quando a examinei ela cantou com voz monótona e fora do tom. Mencionou também que sua música interior era mais vívida quando ela acordava, enfraquecendo à medida que outras impressões sensoriais se acumulavam, e que era menos provável de aparecer quando ela estava ocupada — emocionalmente, intelectualmente, mas, em especial, visualmente. Durante o período de mais ou menos uma hora que passou comigo, ela ouviu música apenas uma vez — alguns compassos de “Easter parade”, ouvidos tão alto e tão subitamente que ela praticamente não conseguiu me escutar nesses momentos.

Quando fizemos o eletroencefalograma da sra. O'M., foram registradas voltagem notavelmente alta e excitabilidade em ambos os lobos temporais — as partes do cérebro associadas à representação central de sons e música e à evocação de experiências e cenas complexas. E sempre que ela “ouvia” alguma coisa, as ondas de alta voltagem tornavam-se acentuadas, semelhantes a espículas e manifestamente convulsivas. Isso confirmou minha idéia de que ela também tinha epilepsia musical, além de doença dos lobos temporais.

Mas *o que* estava acontecendo com a sra. O'C. e a sra. O'M.? “Epilepsia musical” parece ser uma contradição em termos, pois a música, normalmente, é rica de sentimento e sentido e corresponde

¹ Minha paciente Emily D. apresentava uma incapacidade semelhante para perceber a expressão ou o tom vocal (*agnosia* tonal). (Ver “O discurso do Presidente”, capítulo 9.)

a algo profundo que há em nós, “o mundo por trás da música”, na frase de Thomas Mann; ao passo que epilepsia sugere exatamente o oposto: um evento fisiológico grosseiro e aleatório, absolutamente não seletivo, sem sentimento ou sentido. Por isso, “epilepsia musical” ou “epilepsia pessoal” poderia parecer uma contradição em termos. E, no entanto, tais epilepsias ocorrem, embora unicamente no contexto de convulsões do lobo temporal, epilepsias da parte do cérebro ligada à reminiscência. Hughlings Jackson as descreveu um século atrás, mencionando, nesse contexto, “estados oníricos”, “reminiscência” e “ataques físicos”:

Não é muito raro epiléticos apresentarem estados mentais vagos porém excepcionalmente complexos no início de ataques epiléticos [...] O estado mental complexo, ou aura intelectual, como é chamado, é sempre o mesmo, ou essencialmente o mesmo, em cada caso.

Tais descrições permaneceram puramente narrativas até a divulgação dos extraordinários estudos de Wilder Penfield, meio século depois. Penfield não só conseguiu localizar a origem desses estados mentais nos lobos temporais, como também *evocar* o “estado mental complexo”, ou as “alucinações experimentais” extremamente precisas e detalhadas desses ataques, por meio de delicada estimulação elétrica dos pontos do córtex cerebral propensos a convulsão quando o córtex ficou exposto, durante cirurgia, em pacientes totalmente conscientes. Essas estimulações provocavam de imediato alucinações intensamente vívidas de melodias, pessoas, cenas, as quais eram sentidas, vivenciadas, como imperiosamente reais, a despeito do ambiente prosaico da sala de operação, e podiam ser descritas aos presentes com detalhes fascinantes, confirmando o que Jackson descrevera sessenta anos antes ao falar da característica “duplicação de consciência”:

Existe (1) o estado de consciência quase parasítico (estado onírico) e (2) existem vestígios da consciência normal e, portanto, há uma dupla consciência [...] uma diplopia mental.

Isso me foi expresso com precisão por duas pacientes; a sra. O’M. podia ver-me e ouvir-me, embora com certa dificuldade, através do ensurdecido sonho de “Easter parade”, ou do sonho mais tranqüilo, porém mais intenso, de “Good night, sweet Jesus” (que evocava para ela a presença de uma igreja aonde ela ia, na 31st Street,

onde essa música sempre era cantada depois de uma novena). E a sra. O'C. também me via e ouvia através do ataque anamnésico muito mais profundo de sua infância na Irlanda: “Sei que o senhor está aí, doutor Sacks. Sei que sou uma velha com derrame num asilo de idosos, mas sinto que sou criança na Irlanda novamente — sinto os braços de minha mãe, eu a vejo, ouço sua voz cantando”. Tais alucinações ou sonhos epilépticos, Penfield demonstrou, nunca são fantasias: eles são sempre lembranças, e lembranças do tipo mais preciso e vívido, acompanhadas pelas emoções que ocorreram durante a experiência original. Seus detalhes extraordinários e consistentes, que eram evocados toda vez que o córtex era estimulado e excediam tudo o que pudesse ser recordado pela memória comum, indicaram a Penfield que o cérebro conservava um registro quase perfeito de cada experiência da vida, que o fluxo total de consciência era preservado no cérebro e, desse modo, podia sempre ser evocado ou trazido à tona, fosse pelas necessidades e circunstâncias ordinárias da vida, fosse pelas circunstâncias extraordinárias de uma estimulação epiléptica ou elétrica. A variedade, o “caráter absurdo” dessas lembranças e cenas convulsivas levaram Penfield a supor que tais reminiscências eram essencialmente sem sentido e aleatórias:

Na operação geralmente fica bem claro que a resposta experimental evocada é uma reprodução aleatória de qualquer coisa que tenha composto o fluxo de consciência durante algum intervalo da vida passada do paciente [...] Pode ter sido [Penfield prossegue resumindo a extraordinária miscelânea de sonhos e cenas epilépticas que ele evocou] um momento de ouvir música, um momento de olhar da porta para o interior de um salão de baile, um momento de imaginar a ação de ladrões de uma história em quadrinhos, um momento de acordar depois de um sonho vívido, um momento de conversar e rir com os amigos, um momento de procurar ouvir o filhinho para saber se ele está seguro, um momento de observar cartazes luminosos, um momento de estar deitada na sala de parto para dar à luz um filho, um momento de sentir medo de um homem ameaçador, um momento de observar pessoas entrando na sala com neve nas roupas [...] pode ter sido um momento de estar na esquina da Jacob com a Washington em South Bend, Indiana, [...] de ver os vagões do circo à noite, muitos anos atrás, na infância, [...] um momento de ouvir (e ver) a mãe despedindo-se dos convidados de uma festa [...] ou de ouvir o pai e a mãe cantando canções de Natal.

Eu gostaria de poder citar na íntegra essa passagem esplêndida de Penfield (Penfield e Perot, pp. 687 ss.). Ela expressa, assim como minhas pacientes irlandesas, um espantoso sentimento de “fisiologia pessoal”, a fisiologia do eu. Penfield impressionou-se com a frequência dos ataques musicais e deixou muitos exemplos fascinantes e quase sempre engraçados, uma incidência de 3% nos mais de quinhentos pacientes com epilepsia do lobo temporal que ele estudou:

Nos surpreendemos com o número de vezes em que a estimulação elétrica levou o paciente a ouvir *música*. Esta foi produzida a partir de dezessete pontos diferentes em onze casos [ver figura]. Ora se ouvia uma orquestra, ora vozes cantando, um piano tocando, ou um coro. Várias vezes afirmou-se que era uma canção de rádio [...] A localização para a produção de música está na convolução temporal superior, tanto na superfície lateral como na superior (e, assim, próximo do ponto associado à chamada *epilepsia musicogênica*).

Isso é comprovado de modo marcante, e muitas vezes cômico, pelos exemplos fornecidos por Penfield. A lista a seguir foi extraída de seu grande artigo final:

“White Christmas” (caso 4), cantado por um coro.

“Rolling along together” (caso 5). Não identificado pelo paciente, mas reconhecido pela enfermeira da sala de cirurgia quando o paciente a cantarolou durante a estimulação.

“Hush-a-bye baby” (caso 6). Cantado pela mãe, mas também considerado um tema de um programa de rádio.

“Uma canção que ele tinha ouvido antes, muito tocada no rádio” (caso 10).

“Oh, Marie, oh, Marie” (caso 30). Música-tema de um programa de rádio.

“The war march of the priests” (caso 31). É o lado 2 de “Hallelujah Chorus”, um disco pertencente ao paciente.

“Mãe e pai cantando canções de Natal” (caso 32).

“Music from guys and dolls” (caso 37).

“Uma canção que ela tinha ouvido muitas vezes no rádio” (caso 45).

“I’ll get by” e “You’ll never know” (caso 46). Canções que ele tinha ouvido freqüentemente no rádio.

Em cada caso — como ocorreu com a sra. O’M. — a música era fixa e estereotipada. A mesma melodia (ou melodias) era ouvida repetidamente, fosse no decorrer de ataques espontâneos, fosse

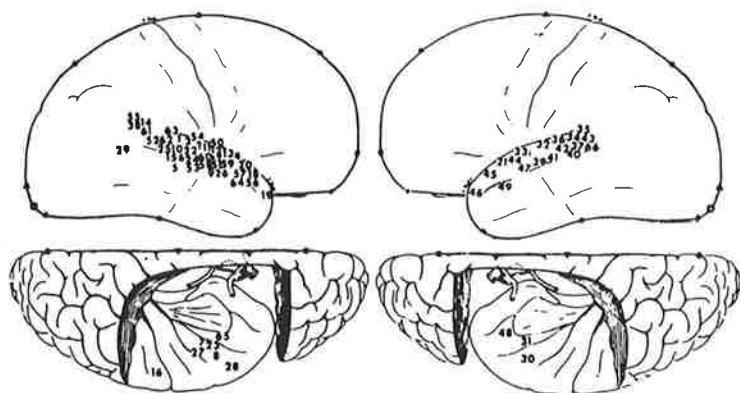
mediante estimulação elétrica do córtex propenso a ataques. Portanto, essas melodias não eram populares só no rádio, mas igualmente populares como ataques alucinatórios; elas eram, por assim dizer, “As dez mais do córtex”.

Existe alguma razão, devemos refletir, por que certas músicas (ou cenas) são “selecionadas” por determinados pacientes para reprodução em seus ataques alucinatórios? Penfield examinou essa questão e não vê razão, e certamente não há sentido, na seleção encontrada:

Seria difícil imaginar que alguns dos incidentes triviais e músicas recordados durante a estimulação ou descarga epiléptica pudessem ter alguma importância emocional para o paciente, mesmo estando acentuadamente consciente dessa possibilidade.

A seleção, conclui Penfield, é “absolutamente aleatória, exceto pelo fato de haver alguns indícios de condicionamento cortical”. Essas são as palavras, essa é a atitude, por assim dizer, da fisiologia. Talvez Penfield esteja correto — mas poderia haver mais alguma coisa? Está ele, de fato, “acentuadamente consciente”, consciente o bastante, nos níveis relevantes, da possível importância emocional das músicas, do que Thomas Mann denominou “o mundo por trás da música”? Será suficiente um questionamento superficial, do tipo “Essa música tem algum significado especial para você”? Todos sabemos muito bem, com base no estudo das “livres associações”, que os pensamentos aparentemente mais triviais ou aleatórios podem revelar uma inesperada profundidade e ressonância, mas que isso só se evidencia mediante uma análise em profundidade. Claramente não há essa análise profunda em Penfield, tampouco em nenhuma outra psicologia fisiológica. Não está claro se uma análise profunda desse tipo é necessária — mas, considerando a oportunidade extraordinária dada por tal miscelânea de músicas e cenas convulsivas, ficamos pensando que seria válida pelo menos uma tentativa.

Voltei a me ocupar da sra. O’M. brevemente, para trazer à tona as associações e sentimentos ligados às suas “canções”. Isso pode ser desnecessário, mas acho que vale a pena tentar. Uma coisa importante já se evidenciou. Embora conscientemente ela não possa atribuir às três músicas um sentimento ou sentido especial, ela agora recorda, e isso é confirmado por outras pessoas, que *tinha a*



RESPOSTAS AUDITIVAS EXPERIMENTAIS A ESTIMULAÇÃO

1. Uma voz (14); Caso 28. 2. Vozes (14). 3. 1 voz (15). 4. Uma voz familiar (17). 5. Uma voz familiar (21). 6. Uma voz (23). 7. Uma voz (24). 8. Uma voz (25). 9. Uma voz (28); Caso 29. 10. Música conhecida (15). 11. Uma voz (16). 12. Uma voz familiar (17). 13. Uma voz familiar (18). 14. Música conhecida (19). 15. Vozes (23). 16. Vozes (27); Caso 4. 17. Música conhecida (14). 18. Música conhecida (17). 19. Música conhecida (24). 20. Música conhecida (25); Caso 30. 21. Música conhecida (23); Caso 31. 22. Voz familiar (16); Caso 32. 23. Música familiar (23); Caso 5. 24. Música familiar (Y). 25. Som de passos (1). Caso 6. 26. Voz familiar (14). 27. Vozes (22); Caso 8. 28. Música (15); Caso 9. 29. Vozes (14); Caso 36. 30. Som familiar (16); Caso 35. 31. Uma voz (16a); Caso 23. 32. Uma voz (26). 33. Vozes (25). 34. Vozes (27). 35. Uma voz (28). 36. Uma voz (33); Caso 12. 37. Música (12); Caso 11. 38. Uma voz (17d); Caso 24. 39. Voz familiar (14). 40. Vozes conhecidas (15). 41. Cão latindo (17). 42. Música (18). 43. Uma voz (20); Caso 13. 44. Voz familiar (11). 45. Uma voz (12). 46. Voz familiar (13). 47. Voz familiar (14). 48. Música familiar (15). 49. Uma voz (16); Caso 14. 50. Vozes (2). 51. Vozes (3). 52. Vozes (5). 53. Vozes (6). 54. Vozes (10). 55. Vozes (11); Caso 15. 56. Voz familiar (15). 57. Voz familiar (16). 58. Voz familiar (22); Caso 16. 59. Música (10); Caso 17. 60. Voz familiar (30). 61. Voz familiar (31). 62. Voz familiar (32); Caso 3. 63. Música familiar (8). 64. Música familiar (10). 65. Música familiar (D2); Caso 10. 66. Vozes (11); Caso 7.

tendência a cantarolar essas músicas, inconscientemente, muito tempo antes de elas se transformarem em ataques alucinatórios. Isso sugere que elas *já* estavam inconscientemente “selecionadas” — uma seleção que foi então capturada por uma patologia orgânica surgida posteriormente.

Essas músicas continuam a ser as mais ouvidas por ela? São importantes para ela agora? Ela obtém alguma coisa de sua música alucinatória? No mês seguinte àquele em que examinei a sra. O’M., o *New York Times* publicou um artigo intitulado “Shostakovich tinha um segredo?” O “segredo” de Shostakovich, dava a entender um neurologista chinês, dr. Dajue Wang, era a presença de um estilhaço metálico, um fragmento móvel de granada, em seu cérebro, no corno temporal do ventrículo esquerdo. Shostakovich aparentemente relutava em permitir que o fragmento fosse removido:

Desde que o fragmento fora parar ali, disse ele, cada vez que inclinava a cabeça para um lado ele podia ouvir música. Sua cabeça estava repleta de melodias — diferentes em cada ocasião — das quais ele fazia uso quando compunha.

Alegou-se que os raios X mostravam o fragmento deslocando-se quando Shostakovich movimentava a cabeça, pressionando seu lobo temporal “musical” quando ele a inclinava, produzindo uma infinidade de melodias que esse gênio podia usar. O dr. R. A. Henson, editor de *Music and the brain* (1977), expressou um ceticismo muito acentuado, mas não absoluto: “Eu hesitaria em garantir que é impossível acontecer isso”.

Depois de ler o artigo, pedi que a sra. O’M. o lesse também, e suas reações foram veementes e claras. “Não sou nenhum Shostakovich”, disse ela. “Não posso *usar* minhas músicas. Seja como for, estou farta delas — são sempre as mesmas. As alucinações musicais podem ter sido uma dádiva para Shostakovich, mas para mim não passam de um estorvo. *Ele* não queria ser tratado — mas eu sim, e muito.”

Prescrevi anticonvulsivos à sra. O’M., e ela dali por diante deixou de ter convulsões musicais. Encontrei-a recentemente e lhe perguntei se sentia falta delas. “Nem um pouco”, ela respondeu. “Estou muito melhor sem elas.” Mas isso, como vimos, não ocorreu com a sra. O’C., cuja alucinação era, de um modo geral, de um tipo

mais complexo, misterioso e profundo, e, mesmo possuindo uma causa aleatória, acabou tendo grande importância e utilidade psicológica.

De fato, com a sra. O’C. a epilepsia foi diferente desde o início, tanto em termos da fisiologia quanto do caráter e impacto “pessoal”. Ocorreu, nas primeiras 72 horas, um ataque quase contínuo, ou “estado” de ataque, associado a uma apoplexia do lobo temporal. Isto, por si só, foi esmagador. Em segundo lugar, e isto também teve alguma base fisiológica (no caráter abrupto e extensão do ataque e sua perturbação de centros emocionais profundos do gancho do hipocampo, amígdala, sistema límbico etc., muito internos e em regiões profundas do lobo temporal), houve uma *emoção* muito forte associada aos ataques e uma satisfação imensa (e fortemente nostálgica) — uma sensação poderosíssima de ser novamente criança, em seu lar esquecido havia tanto tempo, nos braços e na presença de sua mãe.

Pode ser verdade que esses ataques tenham uma origem tanto fisiológica como pessoal, provindo de partes particularmente carregadas do cérebro, mas igualmente atendendo a determinadas circunstâncias e necessidades psíquicas, como em um caso relatado por Dennis Williams (1956):

Um deputado, 31 anos (caso 2770), tinha epilepsia maior, induzida por ver-se sozinho em meio a estranhos. Início: recordação visual de seus pais em casa, o sentimento de “Que maravilha estar de volta”. É descrito como uma lembrança muito agradável. Ele apresenta cútis anserina, sente calor e frio, e o ataque desaparece ou evolui para uma convulsão.

Williams relata essa história espantosa sem mais detalhes e não faz ligação entre as partes da mesma. A emoção é menosprezada como sendo puramente fisiológica — “prazer ictal” impróprio —, e a possível relação entre “estar de volta ao lar” e estar solitário é igualmente deixada de lado. Evidentemente, Williams pode estar certo; talvez tudo seja inteiramente fisiológico; mas para mim é difícil não pensar que, se fosse para ter ataques, esse homem, o caso 2770, dava um jeito de ter os ataques certos na hora certa.

No caso da sra. O’C., a necessidade nostálgica era mais crônica e profunda, pois seu pai morrera antes de ela nascer, e ela perdera

a mãe antes de completar cinco anos. Órfã, sozinha, fora mandada para os Estados Unidos, para morar com uma tia solteira muito severa. A sra. O’C. não tinha lembranças conscientes dos primeiros cinco anos de sua vida — nenhuma recordação da mãe, da Irlanda, do “lar”. Para ela isso sempre fora motivo de imensa e dolorosa tristeza — essa ausência, ou esquecimento, dos primeiros, dos mais preciosos anos de sua vida. Muitas vezes ela tentara, sempre em vão, recapturar as lembranças de sua infância perdida e esquecida. Agora, com o sonho e o longo “estado onírico” que o sucedeu, ela recapturou um sentimento crucial de sua infância esquecida, perdida. O sentimento que lhe vinha não era apenas “prazer ictal”, mas uma alegria vibrante, intensa e tocante. Era, em suas palavras, como se uma porta se abrisse — uma porta que ficara obstinadamente fechada toda a sua vida.

Em seu belo livro sobre “recordações involuntárias” (*A collection of moments*, 1970), Esther Salaman fala sobre a necessidade de preservar, ou recuperar “as lembranças sagradas e preciosas da infância”, e sobre como a vida é pobre, *sem alicerces* na ausência dessas recordações. Ela menciona a imensa alegria, o senso de realidade que recuperar essas lembranças pode trazer, e fornece uma profusão de maravilhosas citações autobiográficas, especialmente de Dostoievski e Proust. Todos nós somos “exilados de nosso passado”, escreve essa autora, e por isso *precisamos* recuperá-lo. Para a sra. O’C., que beirava os noventa anos e o fim de uma longa vida solitária, essa recaptura de lembranças “sagradas e preciosas” da infância, essa estranha e quase milagrosa anamnese que abriu a força a porta fechada da amnésia da infância, foi proporcionada, paradoxalmente, por um distúrbio cerebral.

Ao contrário da sra. O’M., para quem os ataques eram exaustivos e tediosos, a sra. O’C. obtinha deles um conforto para o espírito. Eles lhe davam um senso de sustentáculo psicológico e realidade, o senso elementar que ela perdera, nas longas décadas de desligamento e “exílio”, de que ela *tivera* uma verdadeira infância e um lar, de que *fora* amada e recebera cuidados e carinho materno. Enquanto a sra. O’M. *queria* o tratamento, a sra. O’C. recusava os anticonvulsivos: “Eu *preciso* destas lembranças”, dizia. “Preciso do que está acontecendo... E isto vai terminar mais cedo do que eu gostaria.”

Dostoievski tinha “ataques psíquicos” ou “estados mentais complexos” no início dos ataques epiléticos, e certa vez comentou sobre eles:

Vocês, pessoas sadias, não podem imaginar a felicidade que nós, epiléticos, sentimos durante o segundo que antecede nossos ataques [...] Não sei se essa felicidade dura segundos, horas ou meses, mas, acreditem, *eu não a trocaria por todas as alegrias que a vida pode proporcionar.* (T. Alajouanine, 1963.)

A sra. O’C. deve ter compreendido isso. Também ela sentia, em seus ataques, uma extraordinária felicidade. Mas isso lhe parecia o auge da sanidade mental e da saúde — a própria chave, ou melhor, a porta, para a sanidade mental e a saúde. Por isso, vivenciava sua doença como saúde, como uma *cura*.

Quando melhorou e por fim se recobrou do derrame, a sra. O’C. atravessou um período de melancolia e medo. “A porta está fechando”, ela comentou. “Estou perdendo tudo novamente.” E de fato ela perdeu, em meados de abril, as súbitas irrupções de cenas, músicas e sensações da infância, seus repentinos “transportes” epiléticos para o mundo de seus primeiros anos de vida — que eram sem dúvida “reminiscências”, e autênticas, pois, como comprovou Penfield sem sombra de dúvida, tais ataques capturam e reproduzem uma realidade — uma realidade vivenciada, e não uma fantasia: segmentos verdadeiros da vida e experiência passada do indivíduo.

Mas Penfield sempre fala em “consciência” nesse contexto — em ataques físicos capturando e reproduzindo convulsivamente parte do fluxo de consciência, da realidade consciente. O que é singularmente importante, e comovente, no caso da sra. O’C. é o fato de a “reminiscência” epilética ter capturado algo inconsciente — experiências da primeira infância, esquecidas ou reprimidas da consciência — restaurando-as, convulsivamente, à memória e consciência plenas. E podemos supor ser essa a razão por que, embora fisiologicamente a “porta” se tenha fechado, a experiência em si não foi esquecida, deixando uma impressão profunda e duradoura e sendo vivenciada como uma experiência significativa e benéfica. “Estou feliz por isso ter acontecido”, ela declarou quando tudo terminou. “Foi a experiência mais saudável, mais feliz de minha vida. Já não há um grande pedaço da infância faltando. Não consigo recor-

dar os detalhes agora, mas sei que está tudo lá. Sinto uma espécie de inteireza que nunca tinha sentido antes.”

Essas não foram palavras vazias, e sim corajosas e verdadeiras. Os ataques da sra. O’C. realmente efetuaram uma espécie de “conversão”, proporcionaram de fato um centro para uma vida sem eixo, devolveram a ela a infância que perdera — e com isso veio uma serenidade que ela nunca sentira antes e que permaneceu pelo resto de sua vida: uma serenidade e segurança de espírito supremas, só permitidas àqueles que possuem, ou recuperam, o verdadeiro passado.

PÓS-ESCRITO

“Nunca me consultaram apenas devido a ‘reminiscência’ [...]”, disse Hughlings Jackson; em contraste, Freud afirmou: “A neurose *é* reminiscência”. Mas claramente o termo está sendo empregado em sentidos absolutamente opostos — pois o objetivo da psicanálise, poderíamos dizer, é substituir “reminiscências” falsas ou fantásticas por uma verdadeira recordação, ou anamnese, do passado (e é precisamente essa recordação verdadeira, seja trivial, seja profunda, que é evocada no decorrer de ataques psíquicos). Freud, como sabemos, admirava muito Hughlings Jackson — mas não sabemos se este, que viveu até 1911, já teria ouvido falar de Freud.

A beleza de um caso como o da sra. O’C. está em que ele é ao mesmo tempo “jacksoniano” e “freudiano”. Ela apresentava uma “reminiscência” jacksoniana, mas esta serviu para dar-lhe um alicerce e curá-la, como uma “anamnese” freudiana. Casos assim são excitantes e preciosos, pois atuam como uma ponte entre o físico e o pessoal, e mostrarão, se permitirmos, os rumos da neurologia do futuro, uma neurologia da experiência vivida. A meu ver, isso não teria surpreendido ou indignado Hughlings Jackson. De fato, é certamente o que ele próprio sonhou, quando escreveu sobre “estados oníricos” e “reminiscência” nos idos de 1880.

Penfield e Perot intitularam seu artigo “The brain’s record of visual and auditory experience” [O registro cerebral da experiência visual e auditiva], e podemos agora refletir sobre a forma, ou formas, que esses “registros” internos podem ter. O que ocorre, nesses ataques “experimentais” absolutamente pessoais, é a reprodução

completa de (um segmento de) uma experiência. Poderíamos perguntar: o que *poderia* ser posto para funcionar de maneira a reconstituir uma experiência? Seria algo semelhante a um filme ou disco, rodado no projetor ou toca-discos do cérebro? Ou algo análogo, mas logicamente anterior — como um *script* ou uma partitura? Qual será a forma final, a forma natural, do repertório de nossa vida? O repertório que fornece não apenas a “memória” e a “reminiscência”, mas nossa imaginação em todos os níveis, das simples imagens sensoriais e motoras aos mais complexos mundos, paisagens, cenas imaginativas? Um repertório, uma memória, uma imaginação de uma vida que é essencialmente pessoal, dramática e “icônica”.

A ocorrência de reminiscência em nossos pacientes traz à luz questões fundamentais a respeito da natureza da memória (ou *mnesis*) — e tais questões também são suscitadas, inversamente, em nossas histórias sobre *amnésia* ou *amnesis* (“O marinheiro perdido” e “Uma questão de identidade”, capítulos 2 e 12). Questões análogas sobre a natureza do conhecimento (ou *gnosis*) são levantadas com base em nossos pacientes com *agnosias* — a dramática *agnosia visual* do dr. P. (“O homem que confundiu sua mulher com um chapéu”) e as *agnosias auditiva e musical* da sra. O’M. e Emily D. (capítulo 9, “O discurso do Presidente”). E questões semelhantes acerca da natureza da ação (ou *práxis*) nascem da confusão motora, ou *apraxia*, de certos retardados e de pacientes com *apraxias do lobo frontal* — as quais às vezes são tão graves que esses pacientes podem tornar-se incapazes de andar, perder suas “melodias cinéticas”, as melodias do andar (isso acontece também com pacientes *parkinsonianos*, como foi descrito em *Tempo de despertar*).

Assim como a sra. O’C. e a sra. O’M. apresentavam “reminiscência”, uma irrupção convulsiva de melodias e cenas — uma espécie de *hipermnese* e *hipergnose* —, nossos pacientes com *amnésia* e *agnosia* perderam (ou estão perdendo) suas melodias e cenas íntimas. Ambos os casos atestam a natureza “melódica” e “cênica” da vida interior, a natureza “proustiana” da memória e da mente.

Estimule-se um ponto no córtex de um paciente assim e desenvolve-se, convulsivamente, uma evocação ou reminiscência proustiana. O que serviria de intermediário para isso? Que tipo de organização cerebral poderia permitir que isso acontecesse? Nossas concepções atuais sobre o processamento e representação cerebral

são todas essencialmente computistas (ver, por exemplo, o brilhante livro de David Marr, *Vision: a computational investigation of visual representation in man*, 1982). E, como tal, são expressas em termos de “esquemas”, “programas”, “algoritmos” etc.

Mas será que esquemas, programas e algoritmos nos forneçam, por si sós, a qualidade ricamente visionária, dramática e musical da experiência — a vívida qualidade pessoal que *faz* dela uma “experiência”?

A resposta é, claramente, e até mesmo com veemência, “Não!”. Representações computistas — até mesmo a primorosa sofisticação concebida por Marr e Bernstein (os dois maiores pioneiros e estudiosos dessa área) — jamais poderiam, por si sós, constituir representações “icônicas”, as representações que são o encadeamento e a essência da vida.

Assim, surge um hiato, na verdade um abismo, entre o que ficamos sabendo por nossos pacientes e o que os fisiologistas nos dizem. Existe algum modo de transpor esse abismo? Ou, se isso for categoricamente impossível (como pode ser), existem conceitos além dos da cibernética com os quais possamos compreender melhor a natureza essencialmente pessoal, proustiana da reminiscência da mente, da vida? Em suma, podemos ter uma fisiologia proustiana, muito superior à mecânica, sherringtoniana? (O próprio Sherrington faz alusão a essa possibilidade em *Man on his nature* [1940], quando imagina a mente como um “tear encantado” a tecer em padrões sempre mutáveis porém sempre significativos — tecendo, de fato, padrões de sentido...)

Esses padrões de sentido transcenderiam programas ou padrões puramente formais ou computistas e dariam margem à qualidade essencialmente *pessoal* que é inerente à reminiscência, inerente a toda *mnesis*, *gnosis* e práxis. E se perguntarmos que forma, que organização esses padrões poderiam ter, a resposta vem à mente de imediato (e, de certo modo, inevitavelmente). Padrões pessoais, padrões para o indivíduo, teriam de possuir a forma de *scripts* ou partituras — assim como padrões abstratos, padrões para computador, têm de estar na forma de esquemas ou programas. Portanto, acima do nível de programas cerebrais, precisamos conceber um nível de *scripts* e partituras cerebrais.

A partitura de “Easter parade”, imagino, está indelevelmente gravada no cérebro da sra. O’M. — a partitura, *sua* partitura, de tudo

o que ela ouviu e sentiu no momento original em que a experiência foi impressa. De modo semelhante, as partes “dramatúrgicas” do cérebro da sra. O’C., aparentemente esquecidas mas ainda assim totalmente recuperáveis, devem ter guardado, indelevelmente inscrito, o *script* de seu dramático cenário da infância.

E cabe notar, com base nos casos de Penfield, que a remoção do diminuto ponto convulsivo do córtex, do foco irritante causador da reminiscência, pode remover *in toto* a cena repetitiva e substituir uma reminiscência absolutamente específica ou “hipermnésia” por um esquecimento ou amnésia também absolutamente específico. Existe nisso um aspecto de extrema importância, e também assustador: a possibilidade de uma *verdadeira* psicocirurgia, uma neurocirurgia da identidade (infinitamente mais refinada e específica do que nossas grosseiras amputações e lobotomias, que podem embotar ou deformar todo o caráter mas não são capazes de atingir as experiências individuais).

A experiência não é *possível* antes de ser organizada iconicamente; a ação não é *possível* se não for organizada iconicamente. “O registro cerebral” de tudo — tudo o que é vivo — tem de ser icônico. Essa é a forma *final* do registro cerebral, muito embora o feito preliminar possa ser moldado como cômputo ou programa. A forma final da representação cerebral tem de ser, ou admitir, a “arte” — o cenário e a melodia artística da experiência e da ação.

Analogamente, se as representações cerebrais estão danificadas ou destruídas, como nas amnésias, agnosias e apraxias, sua reconstituição (se possível) requer uma dupla abordagem: uma tentativa de reconstituir programas e sistemas danificados — como vem sendo desenvolvida, extraordinariamente, pela neuropsicologia soviética — ou uma intervenção direta no âmbito das melodias e cenários íntimos (como descrito em *Tempo de despertar*, *A leg to stand on* e vários casos mencionados neste livro, em especial “Rebecca” [capítulo 21] e na introdução da parte 4). Qualquer abordagem pode ser empregada — ou ambas associadas — para podermos entender ou ajudar pacientes com dano cerebral: uma terapia “sistemática” e uma terapia “artística”, preferivelmente ambas.

Tudo isso foi sugerido cem anos atrás — no texto original de Hughlings Jackson sobre “reminiscência (1880); por Korsakoff ao tratar da amnésia (1887); e por Freud e Anton, na década de 1890,

com relação às agnosias. Os notáveis *insights* desses quatro autores foram um tanto esquecidos, eclipsados pela ascensão de uma fisiologia sistemática. Chegou o momento de recuperá-los, tornar a usá-los para que possa emergir, em nossa época, uma nova e bela ciência e terapia “existencial”, que possa combinar-se à sistemática para nos dar uma compreensão e um poder abrangentes.

Desde a publicação original deste livro, venho sendo consultado sobre inúmeros casos de “reminiscência” musical — esta evidentemente não é rara, em especial nos idosos, embora o medo possa inibir a busca de ajuda. Ocasionalmente (como aconteceu nos casos da sra. O’C. e da sra. O’M.) é comprovada uma patologia grave ou significativa. Às vezes — como em um relato de caso recente (*NEJM*, 5 de setembro de 1985) — existe uma origem tóxica, como o uso excessivo de aspirina. Pacientes com grave surdez nervosa podem ter “fantasmas” musicais. Porém, na maioria dos casos, nenhuma patologia pode ser encontrada, e o problema, embora incômodo, é essencialmente benigno. Por que as partes musicais do cérebro, entre todas, seriam tão propensas a essas “apresentações” na idade avançada é uma questão que permanece muito obscura.