

Existirá Um Caso Clássico de Histeria na Contemporaneidade?

Does Have a Classic Case of Histry Nowadays?

Gabriela Frota¹²³

RESUMO: Este artigo tem por objetivo colocar em discussão a questão da Histeria na Contemporaneidade. Para tanto, apresenta-se uma retrospectiva do significado do termo, bem como uma relação com o caso Dora, escrito por Freud, em 1905. Este foi um dos mais ilustrativos e importantes casos que contribuiu para aprofundar o estudo sobre Histeria e o desenvolvimento da psicanálise. Compreender desde a origem da palavra histeria à evolução de como a doença passou a ser vista ao longo dos tempos, torna-se importante para analisarmos estes pacientes, talvez raros, porém ainda presentes e tão similares como alguns dos principais casos estudados e descritos nos livros de Freud. Diante disso, estabelecer uma compreensão psicodinâmica da histeria e fazer a relação desta com a prática, nos viabiliza uma maior confiança ao atendermos estes pacientes. Dessa forma, o presente artigo apresenta diversas vinhetas clínicas que ilustram as questões teóricas, elucidando as semelhanças de interpretações para histeria, através dos anos.

ABSTRACT: This paper has the objective to put in discussion the topic of hysteria nowadays. For that presents retrospective of the mean of hysteria with the relation with Dora's case wrote by Freud, in 1905. This case was the most illustrative which contributed to understand the study of hysteria for the development of the psychoanalysis. The understanding of the origin of the word hysteria, to the evolution how the disease become to be seen, is important to analyze the persons under treatment for this psycho disease. This psycho disease is rare but is present in our days and is as similar as the most important cases that Freud studied and wrote in his books. The comprehension of the psychodynamic of the hysteria and to make the relation with the clinical practice give more confidence in order to treat those patients. In this way, this paper presents one clinical case described, that illustrate theoretical questions explaining similarities of the interpretations for hysteria which has been an area of discussion over decades.

Palavras-chave: histeria, contemporaneidade, psicodinâmica, psicoterapia psicanalítica.

Key-words: hysteria, nowadays, psychodynamic, psychoanalytic psychotherapy.

1 Trabalho apresentado como pré-requisito para o título de Especialista em Teoria Psicanalítica na Clínica Psicoterápica da Infância, Adolescência e Adulto, no CIPT.

2 Psicóloga em conclusão do curso de Especialização em Teoria psicanalítica na Clínica Psicoterápica da Infância, Adolescência e Adulto, no CIPT.

3 Agradeço a minha orientadora Karla Ferraro por sua grande disponibilidade em todas as vezes que necessitei. Agradeço à minha família por estarem a todo o momento me incentivando e compreendendo minha ausência nos períodos que estava dedicada à escrita deste.

O termo histeria é originário do termo médico grego hysterikos, referente a uma suposta condição médica peculiar a mulheres e causada por perturbações no útero (hysteron em grego). A nomenclatura foi utilizada por Hipócrates para explicar que a causa da histeria era um movimento irregular de sangue no útero. A doença se produziria pelo estancamento de uma substância não descarregada em nível genital e, caso não fosse retida através de abstinência sexual, adquiriria um efeito tóxico. Assim, ao espalhar-se pelo organismo, tal substância afetaria múltiplos órgãos e sistemas, provocando diversas manifestações patológicas (MAYER, 1989).

Em contra partida, a histeria deixou de ser um útero que afetava a psique, uma espécie de maldição da natureza biológica feminina para converter-se em um efeito do fantasma sexual, da sexualidade como atividade humana, psíquica, vivencial. O desejo sexual ocupou o centro do sistema e a demonstração de seu surgimento e organização no seio da relação parental do triângulo edípico. Subjetivizou o desejo, arrancando-o de sua base animal, demonstrando que o homem adoece não por ignorância das leis biológicas, mas porque o desejo sexual deve ser reprimido, tal como a lei da cultura o exige. Freud elucidou várias questões da histórica, mas teria permanecido insatisfeito por causa de sua irreduzível masculinidade (BLEICHMAR, 1988).

O conceito de histeria, segundo Stone (1999), modificou-se no decorrer da história. Reconhecida como doença da sexualidade feminina na Antiguidade. Na Idade Média foi associada à bruxaria, em seguida, passou por um período em que englobava quase todas as patologias neurológicas e psiquiátricas. Em outro momento, foi confundida com simulação. Atualmente, ainda observa-se confusão e desacordo a respeito da definição e utilização deste conceito. Termos como: histeria de ansiedade, histeria de conversão, caráter histórico ou histriônico entre outros, têm sido utilizados para descrever condições similares ou ilimitadamente diferentes. Os mais leigos servem-se do termo histórica para descrever exhibições emocionais descontroladas.

Sigmund Freud em 1893-1895 descreveu a histeria como doença pormenorizando seu quadro clínico, utilizando seus estudos para desenvolver a psicanálise, e contribuindo para a compreensão de seus mecanismos psicodinâmicos. Este postula que a causa da

histeria se localiza no período infantil, fase fálica do desenvolvimento sexual da criança. Observou que as histéricas viviam de reminiscências e seus sintomas representavam uma formação de compromisso entre o desejo sexual recalcado e a sua expressão consciente, descrevendo assim, o mecanismo de conversão: um sintoma puramente psíquico se transforma, convertendo-se num sintoma somático. Para ele, a histeria pressupõe uma experiência primária de desprazer, isto é, de natureza passiva.

Para chegar a tal conclusão, Freud percorreu uma longa caminhada pelo mundo das histéricas. Seu grande interesse pelo tema e conseqüente estudo do mesmo iniciou com o caso da “*Srta Anna O*”, tratado e redigido por Breuer (médico com quem trabalhava), mas observado por Freud. Após este período o pai da psicanálise escreveu sobre o primeiro caso, o qual efetivamente tratou, utilizando o método catártico: “*Sra. Emmy Von N.*”. Diante dos casos de maior destaque descritos por Freud, vieram: “*Miss Lucy R.*”, onde ele abandona progressivamente a hipnose; “*Katharina*”, onde há o relato de uma breve terapia psicanalítica; “*Srta. Elisabeth Von R.*”, a primeira paciente a submeter-se à análise propriamente dita, de um caso de histeria. Após alguns anos, foi a vez de “*Dora*”, onde publicou “*Fragmento da Análise de Um Caso de Histeria, (1905)*” e considerado de suma importância para estudos posteriores de histeria (QUINODOZ, 2007).

Corroborando com as idéias de Freud a respeito da histeria, Mayer (1989) salienta a problemática da identificação histórica a partir do complexo de Édipo. Segundo o autor, por não ter superado de maneira satisfatória seu complexo de Édipo, a histórica fixa-se na fase fálica da evolução libidinal. Fica submersa em um mundo povoado por seres *fálicos* ou *castrados*. Em termos psicosssexuais, é uma menina ferida em seu narcisismo: não tem o pênis como conseqüência de uma castração, seja vivenciando o horror de encarnar um ser monstruoso a quem a mãe não deu o pênis que todos possuem ou acreditando que teve pensamentos e/ou atos *maus* pelos quais lhe *tiraram* o pênis. A fim de contrabalançar este sentimento de inferioridade, a histórica dissimula o que percebe como falta, imperfeição ou até mesmo defeito, manifestando seu desejo de ocupar um lugar de completude e perfeição. Lugar esse instável, visto que necessita ser, regularmente, confirmado pelo

desejo capaz de despertar no outro: seja pela perfeição de sua voz, pelo atrativo de suas roupas, pela beleza de seu corpo ou até pela perspicácia de seu intelecto.

Ey; Bernard; Brisset (1969), definiram a histeria como sendo uma neurose típica, caracterizada por hiperexpressividade somática das idéias, das imagens e dos afetos inconscientes. Os sintomas são vistos como manifestações psicomotoras, sensoriais ou vegetativas de uma conversão somática. A estrutura de personalidade histérica inclui sugestibilidade, psicoplasticidade e formação fantasiosa de um personagem. Outros traços característicos foram relatados e acrescentados ao quadro, tais como: carência afetiva, necessidade de ser o centro das atenções, postura de vítima, sedução, dependência emocional, teatralidade, dramaticidade e egocentrismo. Compõe, ainda, o quadro sintomático uma certa dificuldade na estruturação da identidade, indecisão e incapacidade de expressar a própria opinião. Estão presentes também a labilidade emocional, explosões de raiva, rancor, imaturidade, puerilidade, apego ao devaneio e às fantasias e propensão a obter ganhos secundários com os sintomas da doença. Verifica-se assim, a expansão do conceito de histeria.

Em debates realizados em 1995 e 1996 em Congressos Internacionais de Psicanálise, a maioria dos psicanalistas concordava com a visão de que a histeria repousa em um amplo leque de patologias que vai da neurose à psicose, passando pelos estados borderline e narcisísticos graves. Contudo, é essencial que o psicanalista não perca a dimensão sexual da histeria limitando-a unicamente em uma patologia arcaica pré-genital. Evidentemente os analistas muitas vezes, se confundem diante da profusão de fenômenos clínicos que enfrentam no tratamento destes pacientes que evocam uma grande variedade de patologias primitivas. Neste sentido, não se trata de minimizar o papel que tem a interpretação dos conflitos edipianos e da culpabilidade sexual. Entretanto, considera-se que a histeria pertence ao “*reino das mães*”, na medida em que o útero e a gravidez estão altamente implicados, seja na fantasia ou na realidade. Por essa razão é importante considerar o fator biológico na histeria: ele não deve ser subestimado, pois se trata de uma patologia psíquica que tem como cenário o corpo (QUINODOZ, 2007).

Conforme Laplanche e Pontalis (2001), a histeria apresenta quadros clínicos diversos, sendo duas formas sintomáticas mais reconhecidas: a histeria de conversão e a de angústia. Na histeria de conversão, o conflito psíquico vem simbolizar-se nos sintomas corporais mais diversos, paroxísticos (crise emocional com teatralidade) ou mais duradouros (anestésias, paralisias histéricas, etc.). Na histeria de angústia, este sentimento é fixado de maneira geralmente estável em algum objeto externo (fobias). A histeria de conversão é originária de conflitos sexuais infantis e se manifesta através da maneira como a excitação psíquica é processada. O corpo aparece como o lugar onde se expressa aquilo que a censura impede que seja dito em palavras; por isso, propõe perceber o corpo somático da histérica como um corpo *prende* de metáforas, as quais é necessário *dar à luz*. A presença de sintomas conversivos é, para alguns, o traço fundamental e o que permite traçar a linha divisória entre histeria de angústia e histeria de conversão. Na ausência de conversão, a matriz geradora do núcleo de repressão, de triangulação edípica, não obstante, deve se achar presente. A idéia central é a transmutação, a mudança de estado, algo psíquico se converte em algo físico, corporal; o sintoma somático é a expressão simbólica, devidamente disfarçada pelos mecanismos de condensação e deslocamentos de idéias reprimidas.

Esta peculiaridade de guardar uma relação simbólica precisa com a história do sujeito é a que distinguiria a conversão de outros processos de formação de sintoma. Um sintoma de conversão estabelecido via identificação é o que Freud descreveu como identificação histérica ou também de contágio histérico; trata-se da identificação parcial com um elemento próprio do outro, que se articula precisamente pela semelhança do desejo em jogo. As crianças parecem ser capazes de *aprender* que uma incapacidade física é um meio poderosíssimo para encarar um sofrimento psicológico que se encontra além de seu controle (BLEICHMAR, 1988; MAYER, 1989).

O caso Dora vem sendo considerado o mais importante e responsável por revelar o que outros autores também encontraram em casos de histeria: que a fase fálico-edípica é extremamente significativa para a mulher histérica, uma fixação nesta etapa inclui inconscientemente rivalidade com os homens, freqüentemente com desejos de castração e morte para com eles; desejos ou tentativas de possuir genitalmente a mãe, assim como

substitutos maternos; e, mais profundamente, lembranças infantis provenientes da fase fálico-edípica de não ser capaz de dar à mãe e a nenhuma outra mulher nem prazer sexual com um pênis, nem tampouco, um bebê. O núcleo mais conflitivo de Dora, seria o componente agressivo para com homens e as defesas concomitantes (BLEICHMAR, 1988).

É importante estar atento na maneira como o narcisismo relaciona-se aos sintomas manifestados na histeria, bem como nas perturbações psicossomáticas, pois, algumas vezes, marca a diferença entre ambas. Um sintoma histérico perturba ou faz sofrer o sujeito, inconsciente do fato de que foi ele mesmo que o provocou. Seu objetivo inconsciente é manipular um outro por quem ele se sente frustrado, mas o próprio paciente histérico acaba por se tornar prisioneiro de um dizer em seu próprio corpo, o qual acredita ser atacado por um agente externo. Sente-se vítima de uma causa que lhe é estranha, enquanto que sem o saber, é ele que se autovítima. Nas perturbações psicossomáticas, ocorre uma luta inconsciente entre as instâncias da psique, em contradição com o próprio interior da pessoa, enquanto que na histeria se estabelece uma luta imaginária entre um indivíduo e um outro. No sintoma histérico, o conflito entre sexualidade e valorização narcisista alcança sua máxima complexidade, e é neste conflito, em seu caráter genérico e constante para a feminilidade, que se institui como um sintoma da estrutura cultural. É esta identidade estrutural entre a feminilidade e a histeria que “*universaliza*” a histeria, assim como simultaneamente outorga à feminilidade seu caráter sintomático. Sempre que se crie uma oposição entre narcisismo e sexualidade ou entre narcisismo e feminilidade, e tal feminilidade fique reduzida à sexualidade, estaremos ante uma estrutura histérica (BLEICHMAR, 1988; DOLTO, 2004).

Quinodoz (2007), reconhece, sem dúvida, que a sexualidade desempenha papel capital na histeria, mas, para ele, o que predomina em uma paciente histérica é a luta incessante que ela trava contra as angústias primitivas. Descreve como essas pacientes agem na transferência com o psicanalista e como procedem em face das angústias arcaicas, que são sentidas como catastróficas e como perigo inexistente. Observa-se uma clivagem determinante de estados psíquicos que decompõem todos os níveis de vida psíquica. Por exemplo, as pacientes históricas procuram relações com objetos ideais, mas

se decepcionam tão logo entram em contato com eles e, por isso, transitam permanentemente de um extremo ao outro. Dessa forma, a histeria se deve, antes de tudo, a distúrbios psicóticos graves. Sabe-se que, em cem anos, a psicanálise evoluiu na capacidade de conter angústias psicóticas e de elaborá-las, de modo que hoje esses pacientes dispõem de melhores meios para superar e enfrentar as vicissitudes da existência. Bleichmar (1988), está atenta à alguns autores que se opunham a tese de generalização de psicose na histeria e sustentam que, se produz a descompensação, é porque desde o começo “[...] existiu algo que não era somente histeria” (p. 35).

Observa-se que, a paciente histérica, logo no início da entrevista, estabelece um “contato instantâneo” com o terapeuta, desenvolvendo com rapidez uma aparente harmonia emocional, criando uma forte impressão de confiança. A mulher histérica apresenta-se desamparada e dependente, contando com as respostas do terapeuta para guiá-la em cada uma de suas ações. O estímulo externo é procurado continuamente e a conduta histriônica, sedutora, manifestadamente emocional e dependente tem por objetivo envolver sutilmente os outros, de modo a garantir seu contínuo interesse e afeição. A paciente histérica vem ao consultório, habitualmente, após ser desapontada ou desiludida por seu marido ou amante. Tal situação resulta numa intensificação da fantasia e no temor à perda do controle de seus impulsos sexuais. As principais queixas envolvem depressão, ansiedade generalizada e preocupação pelos sintomas sexuais, o que é logo manifestado. Nos pacientes mais sadios, além das queixas de ansiedade, encontramos também a inibição social, estando essas em desacordo com a atuação real do paciente nas situações sociais (MACKINNON & MICHELS, 1981).

O *sonhar acordado* e a fantasia são atividades do psiquismo e desempenham importante papel na vida emocional do sujeito. O pensamento racional é predominantemente organizado e lógico e prepara o organismo para a ação, baseado no princípio da realidade. Por outro lado, o ato de *sonhar acordado* é continuação do pensamento infantil e baseia-se em processos primitivos, mágicos e de satisfação de desejos conforme o princípio do prazer. Este salienta-se particularmente na vida emocional da histérica. O conteúdo centra-se ao redor do recebimento de amor ou atenção. O “sonhar acordado” e seu traço de caráter servem à função defensiva. Este

apego por um mundo fantasioso, no qual grande parte da libido fica introvertida, subtraindo-se do mundo exterior, conduz a histérica para uma patologia. Buscando evitar as duras exigências impostas pela realidade, refugia-se num universo imaginário regido pelo princípio do prazer o qual permite cumprir as aspirações infantis que, de outro modo, teria que abandonar. Como geralmente as históricas vêm de famílias nas quais a atividade sexual está associada a grande ansiedade, é comum recordarem de proibições maternas, reais ou imaginárias, da masturbação durante a infância. A criança, desejando dominar suas tentações masturbatórias, serve-se dos devaneios como um substituto para alcançar uma auto-estimulação prazerosa. Na fase edípica, a sexualidade da criança concentra-se no desejo erótico para com seus pais. Não podendo ser gratificado diretamente, é deslocado para a atividade masturbatória. Por tal razão, as fantasias que o acompanham ou substituem oferecem gratificação simbólica dos desejos edípicos da criança (MACKINNON; MICHELS, 1981).

De acordo com Mayer (1989), a histérica conseguiu afastar-se da mãe o suficiente para ambicionar uma relação heterossexual com o pai e para desejar o lugar daquela com relação a ele. Mas ela não sabe como ser mulher, por isso o demonstra através de aparências: seduz, veste e exhibe-se como uma *mulher* atraente para um homem. Quando em contato com outra mulher pode utilizar um diferente tipo de sedução, a cumplicidade. Constatase que pessoas com traços de caráter histéricos necessitam mostrar e exhibir-se através de uma representação da qual não são sequer conscientes. A histérica representa perante o homem não somente que é uma mulher excepcional, única e desejável, mas também possuidora de algo mais que não se vê, algo que a torna ainda mais desejável. Muito mais do que alcançar o prazer sexual com um companheiro, o que importa é despertar o desejo de um homem.

Com relação com a figura paterna, Mayer (1989) expõe:

É através da fantasia que a mulher histérica consegue ser o objeto de amor de um pai idealizado; mais ainda, pois não tem apenas o pai, tem tudo: beleza, perfeição, completude. Encanto para dissimular, para silenciar o que, todavia, agora sente inconscientemente: que é feia, incompleta, vazia, que os homens tem mais, que pra eles tudo é mais fácil, [...] (p.59).

Ainda em relação à figura paterna o autor refere:

O pai é extremamente idealizado, tanto mais quanto menor tenha sido a elaboração do complexo de castração por parte dos pais. É um pai para o qual se dirige toda a sedução infantil. Para um pai e uma filha a barreira do incesto nunca é tão frágil como aqui. (p.60).

A relação com o esposo causa-lhe desilusão por descobrir que este não é o homem ideal com quem sonhava. O amor da histérica é uma profunda preocupação auto-erótica projetada em um outro e, assim que este outro se destaca finalmente daquele outro interno, ocorre o embaraçoso e amargo desapontamento. Na sua frustração e depressão, retrai-se em fantasias românticas. Ela acreditará que está sendo usada como objeto; ele, que sua capacidade viril não é suficiente para fazer gozar e deixar satisfeita uma *mulher*. Ela sente-se inferiorizada (castrada); ele, um menino impotente. Por certo são muitas as variantes e os graus de inibição genital, mas o que é comum observar nestes casos é uma prática sexual que sistematicamente decepiona (MAYER,1989; BOLLAS, 2000).

O homem a quem a histérica ama é dotado com traços de um pai ideal, nada exigindo dela. Entretanto, esta sempre teme perdê-lo, como perdeu seu pai; conseqüentemente, escolhe um homem a quem possa prender por suas necessidades de dependência. Poderá fazer um casamento socialmente “inferior” ou casar com alguém cujos antecedentes culturais, raciais ou religiosos sejam diferentes dos seus, não só como manifestação de hostilidade contra o pai, como por defesa contra seus desejos edípicos, substituindo dessa forma o tabu do incesto pelo tabu social. A histérica tem, em geral, função sexual perturbada, a frigidez parcial ou inibição genital é uma reação ao temor de seus próprios sentimentos sexuais. O mesmo pode se refletir no desejo de adquirir poder sobre os homens através de conquista sedutora. Experimenta grande conflito em relação aos seus objetivos, o que contribui para inibição sexual (MACKINNON & MICHELS, 1981).

Bollas, (2000), segue a projeção no pai, referindo que a histérica busca um retorno à mãe por intermédio da dessexualização do self e da mãe, ao passo que o não histérico progride para sexualização do self e do outro. A dessexualização é geralmente alcançada pela idealização das características não-sexuais da mãe, transformando-a em

uma Madona e o self em um inocente sexual. Querendo ser um garotinho ou uma garotinha, perfeito do outro, o histérico ativa a idealização por meio da libido-como-dessexualização. A figura paterna também pode estar inclusa nesta constelação por um ato de cisão em que, como pai sexual mal, ele é recalcado ou projetado em homem sexual mal, tal como o molestatador de crianças, do mesmo modo que a mãe sexual foi cindida na mulher sexual má, tal como uma reconhecida prostituta. A histérica *suficientemente boa* constrói um self ideal e uma mãe ideal que repudia a sexualidade como aquilo que traz discórdia, a mãe interna reprova a sexualidade e quer que a histérica permaneça como sua criança para sempre. É como se a histérica estivesse dizendo à mãe: “Prometo me entregar ao seu desejo” (p.158), na esperança de que possa se tornar, então, objeto de amor materno; mas após o estágio edípico, quando este outro inclui, agora, não deliberadamente a lei do pai, o outro responde: “Aceito sua promessa e meu desejo é que me dê o que há de melhor em você” (p.158), contrato que conduz o histérico ao seu futuro contra seus desejos intrínsecos.

Bleichmar (1988), refere que Lacan em sua releitura de Freud resgata a psicanálise e a histérica de uma concepção reunificada do objeto, ao destacar que não é o pênis que a histérica persegue, mas sim o falo. Falo esse, que designa justamente aquilo que, sob a perspectiva imaginária da criança, está faltando à mãe. Sobre o seu conceito, baseado na teoria infantil, Lacan faz incidir grande parte de suas idéias. Na representação de uma ausência e/ou de uma falta, o falo se presta para girar sobre si tanto o desejo como o objeto. A menina se introduzirá no Complexo de Édipo por não possuí-lo, e desejará o pênis do pai para receber o substituto simbólico do mesmo: o filho. A menina institui o pai como objeto de seu desejo, mas nem o objeto (o pai), nem o desejo (o sexual de ser penetrada), foram experiências nas quais ela transitou. Acredita ser ou possuir o falo que concebia entre ela e a mãe. Lacan acentua que é justamente este o dilema da histérica: não poder determinar o objeto de seu desejo. Para fazê-lo, se lança ao centro do triângulo edípico, de tal forma que sempre em uma histeria há três personagens.

Neste sentido destaca-se, no caso Dora, o pai e o senhor K em posição simétrica e, simultaneamente, a senhora K. O interesse de Dora ao fixar-se no senhor K não é excludente da senhora K, pois tal interesse teria residido na relação dos personagens do

casal e não neles em separado. Lacan sustenta que Dora desenvolve um vínculo libidinal com o senhor K. A senhora K não é somente o objeto escolhido, ela é a pergunta de Dora, e encara a seus olhos a função feminina, o mistério de sua feminilidade corporal. Assim, o que Dora busca na senhora K é uma resposta à sua pergunta: “Que é ser mulher?”, ou mais precisamente: “Como pode aceitar-se como objeto de desejo do homem?”. Para abordar esta interrogação e saber sobre a sexualidade feminina, se identificaria com o homem, o senhor K e com Freud durante o tratamento. Dito de outra forma, o homem adquire importância para a histérica, porque está situado no circuito de outra mulher, sendo condição deste circuito que a outra mulher seja desejada pelo homem. Então, a hipótese se fecha na afirmação de que o acesso ao objeto de desejo (o pai, o homem) é outorgado por um terceiro (a mãe, outra mulher). Temos como enunciado geral que o objeto do desejo se institui por mediação, é o objeto do desejo do outro. É nesta problemática, que a histérica fica presa. (BLEICHMAR, 1988).

Masud Khan (1983) apud Bollas (2000), apontou no desenvolvimento da criança histérica a provável formação de um falso self. É fácil verificar como, por meio da irradiação dos próprios instintos da criança. As paixões sexuais são transformadas no êxtase do autosacrifício, em que se abre mão dos instintos pelo suposto amor do pai e da mãe. Este sacrifício não é suportado apenas culturalmente, mas é objeto também de uma certa adoração parental e social.

Apresentação Clínica

Pink tem 29 anos, divorciou-se no último ano e está em excelente crescimento profissional (têm terceiro grau completo e pós-graduação). Reside sozinha, próximo a casa dos pais, e tem apenas um irmão mais novo com quem mantém bom relacionamento.

Como refere a literatura, habitualmente, a paciente histérica vem ao consultório após ser desapontada ou desiludida por seu marido ou amante, para Pink não foi diferente. Procurou tratamento psicológico no segundo semestre de 2008, por indicação de uma amiga. O motivo principal foi o término do casamento no início do mesmo ano: “[...] *E desde então, algumas coisas são difíceis de encarar*” (sic). Queixava-se também de ansiedade generalizada e grande desânimo. Com o tempo, os sintomas sexuais foram

sendo evidenciados, corroborando, assim, com um certo padrão de sintomas explicitados por pacientes histéricas. Logo após breve período de avaliação, foi indicada psicoterapia com frequência de duas sessões semanais, as quais permanecem até então, com pouquíssimas faltas ou atrasos.

Desde pequena, Pink relata “*ser a garotinha do papai*”. Em determinadas vezes este aspecto é referido utilizando-se de fortes mecanismos de defesa. Porém, dizer a frase tão fortemente, não significa que a paciente tenha consciência da dimensão que isto tomou em sua vida. Neste momento, já havíamos iniciado uma compreensão e descoberto significados destas questões em sua vida. Seguindo as associações em relação à figura paterna, Pink deixa transparecer que o pai sempre foi rígido e machista, cobrando-lhe perfeição na maioria de suas coisas, exigindo-lhe boas notas e companhias. Demonstrava-se superprotetor; característica esta, também presente na mãe da paciente. Devido a grande respeito e admiração pelo pai, Pink temia fazer algo que realmente o desagradasse; por isso, qualquer chamada de atenção que este lhe desse, fazia sentir-se extremamente mal e culpada diante do fato ocorrido. Um exemplo relatado pela paciente: aos seis anos de idade, saiu para andar na praia com uma amiguinha e acabaram esquecendo do horário que deveriam voltar, o pai já lhe esperava muito bravo com o atraso, e antes de ouvi-la, logo saía brigando. É notório o quanto Pink fica submersa em um mundo povoado por seres *fálicos* ou *castrados*. Em termos psicosssexuais, é uma menina ferida em seu narcisismo: não tem o pênis como consequência de uma castração, fortemente levada a crer que teve pensamentos e/ou atos *maus* pelos quais lhe *tiraram* o pênis. A fim de contrabalançar este sentimento de inferioridade, dissimula o que percebe como falta, imperfeição ou defeito, manifestando seu desejo de ocupar um lugar de completude e perfeição; comportamentos estes estendidos por todas as etapas de seu desenvolvimento e nas diversas áreas de sua vida. Lugar este instável, visto que necessita ser, regularmente, confirmado pelo desejo capaz de despertar no outro: seja pela perfeição de sua voz, pelo atrativo de suas roupas, pela beleza de seu corpo ou até pela perspicácia de seu intelecto.

A figura materna aparece como submissa ao marido, e sua vida resumiu-se à grande dedicação aos filhos até que estivessem crescidos. Atualmente, Pink assusta-se ao

dar-se conta do quanto a mãe projeta nela seus sonhos, principalmente referente à questão profissional, sendo difícil descobrir e separar quais seus reais desejos, sonhos e planos daqueles de sua mãe. Novamente aqui, é impossível para a paciente não sentir-se culpada ao negar e frustrar sua mãe. A leitura de uma histórica suficientemente boa como BOLLAS (2000), propõe, cabe com excelência a Pink, ao passo que foi conduzida contra seus próprios desejos intrínsecos, efetivando a promessa de entregar-se ao desejo da mãe.

Com o passar das sessões uma riqueza maior de dados da história da paciente iam surgindo e possibilitando inferir o diagnóstico de Histeria. Não é raro, hoje em dia, este diagnóstico ser confundido ou receber outra especificação como Fibromialgia, já que as manifestações corporais estão presentes em ambos. Pela semelhança do caso em questão, e igualmente por sua compreensão psicodinâmica a respeito da histeria, reporta-se ao Caso Dora de Freud. A paciente relatou que em alguns momentos de sua vida, teve fortes crises que se manifestaram em seu corpo. A primeira, aos 08 anos, quando as pernas ficaram paralisadas, não conseguindo caminhar. Nesse período passou por uma internação de 05 dias, sem conseguir contar o que exatamente ocorreu e/ou foi diagnosticado. Na segunda, aos 14 anos, os braços ficaram paralisados. Foi para o hospital novamente, quando recorda-se que foram feitos diversos exames, porém mais uma vez, não sabendo precisar qual foi o diagnóstico. Na última crise, aos 21 anos, novo episódio onde os braços paralisaram, e desta vez, lembra-se que o diagnóstico firmado foi de Fibromialgia. Neste momento também recebeu o diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizada. Desde então, Pink faz uso de medicações para tais patologias e acompanhamento regular com reumatologista. A presença de sintomas conversivos é, para alguns, o traço fundamental que permite marcar a linha divisória entre histeria de angústia e histeria de conversão. A idéia central é a transmutação, a mudança de estado, algo psíquico se converte em algo físico, corporal; o sintoma somático é a expressão simbólica, devidamente disfarçada pelos mecanismos de condensação e deslocamentos de idéias reprimidas. Por que da necessidade de ter um corpo preche de metáforas? O que será que está demasiadamente censurado a ponto de manifestar-se no corpo aquilo que é impossibilitado de ser colocado em palavras? Tais perguntas encaixam-se perfeitamente no caso de Pink e suas respostas encontram-se presentes nos postulados de Freud de

1905, referindo que a causa da histeria se localiza no período infantil, fase fálica do desenvolvimento sexual da criança. Assim as histéricas vivem de reminiscências e seus sintomas representam uma solução de compromisso entre o desejo sexual recalçado e a sua expressão consciente. Para ele a histeria pressupõe uma experiência primária de desprazer de natureza passiva.

Durante todo ensino fundamental e o primeiro ano do ensino médio, Pink estudou em colégio de freiras. Neste período, teve poucas amigas, todas meninas e muito tímidas, fato que a destacava entre as amigas do grupo. Por outro lado, no grupo maior, não era de enturmar-se, em especial com as meninas mais “*patricinhas*” e “*exibidas*” da turma, entre estas, via-se tomada por grande insegurança e conseqüente timidez. Neste ponto justifica-se a dificuldade, pois desde então, estamos diante de uma pré-adolescente com fortes traços de caráter histérico, necessitando mostrar e exhibir-se através de uma representação da qual sequer é consciente. No entanto, impedida de destacar-se entre as “*patricinhas*” defende-se repudiando-as, buscando um grupo onde poderá evidenciar-se e encontrar cumplicidade, característica presente nas histéricas. Neste sentido a dificuldade em ser mulher apresenta-se, e ao aliar-se “*as meninas temidas*” diminui os riscos de competição ou sentir-se inferiorizada diante de uma amiga.

Aos dezesseis anos, Pink conheceu seu primeiro namorado, por intermédio de uma amiga em comum. Com este mesmo namorado teve sua primeira experiência sexual e: “*acabei casando por causa do pai*” (sic). Entregue ao desejo da mãe como bem cita Bollas (2000), Pink construiu um self ideal e uma mãe ideal a qual repudiou e ainda repudia a sexualidade como aquilo que trouxe discórdia, a mãe interna reprovou a sexualidade no intuito de que Pink permanecesse como sua criança para sempre. Esta passagem fica clara no instante em que a paciente conta que quando “*apenas pensou*” em perder a virgindade e resolveu conversar com os pais: “*foi um verdadeiro desastre, um escândalo*”. Tendo a necessidade de continuar sendo a garotinha do papai, perfeita do outro, ativa a idealização por meio da libido-come-dessexualização, negando por determinado período seu real desejo, interrompendo o assunto iniciado e correspondendo à solicitação dos pais: “*pensar em transar era só depois que casar, eu deveria me casar virgem*”.

Após alguns meses, depois de ter transado com o namorado, Pink resolveu retomar o assunto em casa, dessa vez com o namorado presente. Neste dia, também não foi uma boa experiência, mas o pai acabou aceitando, porém pouco tempo depois “*fez a gente casar*” (o que a paciente dá-se conta logo após que conta).

O casal ficou morando na casa dos pais dela aproximadamente quatro anos; o que acaba reforçando a imaturidade e o conseqüente viver de fantasias, que fazem da paciente o objeto de amor de um pai idealizado. No último ano de casamento mudaram-se para um apartamento próprio, escolhido juntamente com o pai. Por determinado período, Pink tentou evitar as duras exigências da realidade, refugiou-se em um universo imaginário regido pelo princípio do prazer o qual permitia-lhe cumprir aspirações infantis, mas de outro modo teria de abandoná-las; agora era sua própria casa, era ela quem tinha de dar conta das tarefas domésticas além de trabalhar fora para suprir as despesas do casal. Pink relata ter percebido meses após a mudança que o relacionamento praticamente não existia mais (as funções domésticas e, principalmente a financeira eram mantidas por ela, fazia o “*papel de homem*”). Nesta questão, Pink segue fiel às características de uma histérica, uma vez que o homem a quem ama é dotado com traços de um pai ideal, nada exigindo-lhe; entretanto teme perdê-lo, como perdeu seu pai; conseqüentemente, escolhe um homem a quem possa prender por suas necessidades de dependência. A paciente concretiza um casamento socialmente “inferior” não só como manifestação de hostilidade contra o pai, mas também como defesa contra seus desejos edípicos, substituindo o tabu do incesto pelo tabu social. Quando deparava-se com a crise conjugal, cada vez mais intensa, “*os sintomas*” da fibromialgia aumentavam. Refere que mesmo na companhia do marido, sentia grande solidão. Diante da situação, passou a sofrer, e por muito evitou enfrentar a realidade, sonhando acordada com outra realidade mais complacente, onde os desejos realizam-se magicamente: para Pink o marido “*dar-se-ia conta de seus erros*”, buscaria um emprego, e seria capaz de tornar-se em grande companheiro com o passar dos tempos, sendo um excelente pai para seus filhos.

Passar significativo período de frustração e depressão retraída às suas fantasias românticas foi necessário para que pudesse efetivamente desiludir-se e descobrir que aquele não era o homem ideal com quem sonhava. Seguindo a perspectiva do amor da

histérica, infiro que a paciente estava mergulhada em uma profunda preocupação auto-erótica projetada em um outro (no marido) e, quando descolaram-se da família ao terem sua própria casa, foi possível fazer uma diferença entre este outro e aquele outro interno (marido que idealizava mas que jamais existiu) levando inevitavelmente ao embaraçoso e amargo desapontamento.

Atualmente, Pink mora sozinha, no mesmo apartamento em que viveu com o marido por aproximadamente um ano. No entanto, quando chegou a tratamento era muito difícil ficar em casa, pois deparava-se com muita solidão. Acredita que deve satisfação aos pais, assunto freqüente em suas sessões, de seus relacionamentos afetivos. Um olhar atento e cauteloso por parte da terapeuta é necessário diante do discurso de Pink, pois apresenta-se desamparada e dependente, contando com as respostas do terapeuta para guiá-la em cada uma de suas ações. O estímulo externo é procurado continuamente e a conduta histriônica, sedutora, manifestadamente emocional e dependente tem por objetivo envolver sutilmente os outros, de modo a garantir seu contínuo interesse e afeição.

Novos relacionamentos, principalmente amorosos, são estranhos para a paciente que relata a necessidade de ter alguém ao seu redor que lhe dê atenção. Gosta de ser desejada pelos homens com os quais envolve-se, porém após manter relações sexuais com eles, tem uma grande sensação de vazio, e é “como se eu estivesse fazendo algo errado”.

Pink está “ficando” com um homem, “*aparentemente bem bacana*”, seu colega de pilates. “*No domingo de manhã, estava tudo legal, um clima gostoso, acabou pintando uma transa, mas daí o Rodrigo brochou*”, ficando muito chateada com a situação, pois este fato já havia ocorrido, de início questionou-se se não estava sendo atraente e capaz de excitá-lo o suficiente, encarando como sendo “*problema dele*”. Nesse dia, Rodrigo disse que havia brochado porque a percebia tensa, como se algo estivesse errado. É sintoma das pacientes histéricas, em geral, terem a função sexual perturbada, a frigidez parcial ou inibição genital. É uma reação ao temor de seus próprios sentimentos sexuais. Nesse momento o parceiro percebeu tal dificuldade, talvez passou apenas como uma sensação sem nome, porém, sentia-se nervoso, preocupado em agradá-la, importando-se

com que Pink tivesse prazer. Tamanha era sua preocupação durante o ato sexual que acabava brochando. Pink acredita que está sendo usada como objeto. O companheiro, que sua capacidade viril não é suficiente para fazer gozar e deixar satisfeita esta *mulher*. Ela sente-se inferiorizada (castrada); ele, um menino impotente. Pink conta: “*quase tive um chilique, fiquei em estado de choque em saber que o problema era meu*”. Tratando de racionalizar, colocou a culpa na fibromialgia. Esta última fala reforça fielmente a idéia de que muito mais do que alcançar o prazer sexual com um companheiro, o importante é realmente despertar o desejo de um homem.

No entanto, na mesma sessão, relata que naquela manhã após o ocorrido, foram fazer alongamento na sala (ele é professor de educação física), e diante de grande relaxamento, iniciou-se a ali uma nova relação sexual. Segundo a paciente foi a primeira vez que realmente “*se sentiu ali*”, como mulher, capaz de sentir seu próprio corpo e de seu parceiro, sem ficar “*matutando*” mil e uma coisas, mais próxima do prazer. Surpreende-se com a novidade de um homem pensar nela enquanto mulher que gosta, e sente carinho. Pink, ao descrever a sensação, parecia verdadeira e emocionada com o fato de Rodrigo pensar primeiro nela e depois nele mesmo.

Atualmente, Pink vive uma história intensa com um rapaz chamado Fábio. O relacionamento iniciou com trocas de poemas, cartas, letras de músicas, o que estabeleceu entre eles uma comunicação metafórica. Pink utiliza-se das mesmas para trabalharmos em sessão, o que têm possibilitado boas reflexões. Estão vivendo este apaixonamento à aproximadamente seis meses e neste período, a paciente resolveu não dar nome à relação. Além disso, está em uma etapa do tratamento a qual não conta detalhes de sua vida aos pais, estando atenta aos sentimentos de culpa e estabelecendo uma relação com os mesmos de forma mais saudável e madura. Idealiza cada vez menos a figura paterna, tornando-o um ser humano normal; desvencilhando-se da fragilidade da barreira do incesto que impera entre pai e filha “*acometida*” de tal patologia, e não abrindo mão de seus instintos em prol do suposto amor dos pais.

A música “*tema da relação*” do casal chama-se: Limão com Sal e na verdade trechos dessa fazem sentido na história da paciente:

Tenho que confessar agora/ Nunca acreditei na felicidade/ Às vezes com algo se parece/ Mas é pura casualidade/ Logo que te

194

encontro/ Seus olhos me dão algo a mais/ Só de te ter por perto/
Sinto que volto ao começo/E te quero com limão e sal/Eu te
quero assim como está/ Não precisa mudar-te nada.

De que maneira Pink poderia acreditar na felicidade? Presa aos sintomas da histeria, é difícil imaginar uma possibilidade de felicidade, o que sacramenta o “*sonhar acordada*”. Qual será a graça em viver sem tamanha intensidade, uma vez que é privada de perceber-se como mulher e lhe é retirado o direito de gozar? Esse gozo não única e exclusivamente sexual, mais além, “*gozo*” pela vida. Ao experimentar esse outro olhar, talvez por completa casualidade (como refere à letra de uma das músicas que utilizam para comunicarem-se) onde os olhos do atual companheiro lhe dão algo mais, Pink passa a sentir o gosto do limão com sal, fórmula que arde, talvez pelos medos das descobertas, mas segundos os antigos é um ótimo remédio contra dor e infecção. Dor essa da clausura diante da histeria e infecção causada pelos constantes sintomas. Pink está deparando-se com o Fábio de limão e sal, o que propicia contatar-se com suas próprias dores de outra forma, podendo conscientizar e dar sentido a cada uma delas. Fábio ainda vai mais além, possibilita a integração de seus aspectos negativos, e positivos, apresentando-se à paciente: “*livre, sem amarras e convidativo para a vida!*”. Na mesma medida Pink quer ser aceita “*assim como está*”, “*sem mudar qualquer desejo*”.

Entretanto, um processo em evolução não exime eventuais regressões. Envolvida em um relacionamento estável, Pink traz um acontecimento que novamente coloca em pauta à origem da palavra histeria: “*Esta semana durante uma transa com o Fábio tive um forte sangramento, a princípio sem causa determinada. Fui à ginecologista e ela me explicou que tenho umas feridinhas no útero e terei de cauterizá-las, se não esses sangramentos poderão ser freqüentes. Até já marquei e a única indicação é que eu não tenha relação sexual por três dias*”. Mesmo com tantos ganhos é difícil desconsiderar o significado do termo histeria, pois o mesmo já está literalmente impresso no corpo de Pink:

O termo histeria é originário do termo médico grego hysterikos, referente a uma suposta condição médica peculiar a mulheres e causada por perturbações no útero (hysteron em grego). A nomenclatura foi utilizada por Hipócrates para explicar que a causa da histeria era um movimento irregular de sangue no útero. A doença se produziria pelo estancamento de uma substância não

descarregada em nível genital e, caso não fosse retida através de abstinência sexual, adquiriria um efeito tóxico. Assim, ao espalhar-se pelo organismo, tal substância afetaria múltiplos órgãos e sistemas, provocando diversas manifestações patológicas (MAYER, 1989, p.16)

O tratamento prossegue, e possibilidades de interpretações são abertas: deparar-se com tamanho prazer sexual causa-lhe tanta culpa a ponto de ter que “reter” a pulsão para que não se esparrame no corpo sem controle? Ou ainda: o ocorrido poderá ser visto como elaboração, a necessidade de reviver a origem literal do termo para então seguir em frente com maior liberdade? Enfim, um caminho já está sendo trilhado através de nossa aliança terapêutica, o que distancia cada vez mais a paciente da saída, a qual crê que a histeria é uma patologia que aprisiona a mente a ponto de perpetuá-la.

Considerações Finais

Caberia transformar em pergunta o que foi em outrora uma afirmação: a histeria deixou de ser um útero que afetava a psique? Uma espécie de maldição da natureza biológica feminina para converter-se em um efeito do fantasma sexual, da sexualidade como atividade humana, psíquica, vivencial? Vertentes são abertas nesse momento: a que acredita na base animal da doença, demonstrando que o homem adoece por ignorância das leis biológicas; a que defende que no desejo sexual o centro do sistema e a demonstração de seu surgimento e organização no seio da relação parental do triângulo edípico, devendo este ser reprimido como a lei da cultura exige, causando assim a doença.

Anos, décadas e séculos passam e os mesmos seguirão entrelaçando-se nas perguntas e respostas. Similaridade há com o conteúdo exposto aqui, cada leitor tem o direito de concordar, discordar, e questionar.

Porém, pensar nos casos descritos por Freud e deparar-nos em 2009 com uma paciente como Pink nos leva a jamais desconsiderar perplexa semelhança. Quebrando barreiras de tempo e modernidade, deixando sempre atual a psicodinâmica da histeria

descrita por Freud; mostrando a importância de não ignorar antigas classificações e diagnósticos:

Evidentemente, os analistas muitas vezes, se confundem diante da profusão de fenômenos clínicos que enfrentam no tratamento destes pacientes que evocam uma grande variedade de patologias primitivas. Neste sentido, não se trata de minimizar o papel que tem a interpretação dos conflitos edipianos e da culpabilidade sexual e no nível edipiano. Entretanto, considera-se que a histeria pertence ao “reino das mães”, na medida em que o útero e a gravidez estão altamente implicados, seja na fantasia ou na realidade. Por essa razão é importante considerar o fator biológico na histeria: ele não deve ser subestimado, pois se trata de uma patologia psíquica que tem como cenário o corpo (QUINODOZ, 2007, p. 29).

Sabe-se que a caminhada terapêutica com Pink ainda é longa, mas algo diferente já se iniciou nesse processo, pelo simples fato da paciente estar ali, falando de si, da sua história, dos seus pais. Cada vez que fala dos pais, do pai principalmente, na sessão seguinte ou na mesma, relata algo a mais, onde ela própria percebe o quão falha é esta relação, o quanto deixou a desejar, ou melhor, o quanto foi desejada e reprimida nessa relação. Neste momento invertem-se os encantamentos; agora é permitido a Pink “*encanto pela verdade, pela liberdade e vivacidade*”; e não mais “*encanto para dissimular, para silenciar*”, mas sim para falar, gritar, desaprisionar. Depois de ter se conscientizado de sua completude e onipotência, é hora de deparar-se com sua real beleza, a qual por muito foi escondida por batons e falsa perfeição. Em outros momentos estava constantemente preocupada em atender as expectativas, principalmente de seus pais. Agora seus olhos, aos poucos, reconhecem a diferença. Sustentam o olhar do outro, sem carregar a obrigação de agradar a todo momento. Não necessita mais de sombra ou qualquer outra maquiagem. Talvez em dias de festa para realçar seu brilho do olhar que transmite existência própria.

REFERÊNCIAS

- BLEICHMAR, Emilce. **O Feminismo Espontâneo da Histeria**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.
- BLEICHMAR, Emilce. **Manual de Psicoterapia de La Relacion Padres e Hijos**. Buenos Aires: Paidós, 2005.
- BOLLAS, Christopher. **Hysteria**. São Paulo: Escuta, 2000.
- DOLTO, Françoise. **A imagem inconsciente do corpo**. São Paulo: Perspectiva, 2004. 313 p.
- EY, H.; BERNARD, P.; BRISETT, C. H. **Tratado de psiquiatria**. Barcelona: Toray-Masson, 1969. 461 p.
- FREUD, Sigmund (1893-1895). Estudos sobre a histeria. In: **Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud, vol. II**. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda, 1980.
- FREUD, Sigmund (1905). Fragmento da análise de um caso de histeria. In: **Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud, vol. VII**. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda, 1980.
- LAPLANCHE, J. e PONTALIS, J. B. **Vocabulário da psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 2001. 552 p.
- MACKINNON, Roger A., MICHELS, Robert. **A entrevista psiquiátrica na prática clínica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981. 382 p.
- MAYER, Hugo. **Histeria**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- STONE, M. H. **A cura da mente**. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- QUINODOZ, Jean-Michel. **Ler Freud - Guia de leitura da obra de S.Freud**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

ANEXO

Julieta Venegas

Limão Com Sal⁴

**Tenho que confessar que as vezes
Não gosto da tua forma de ser
Logo você desaparece
E não entendo muito bem o porquê**

**Não diz nada romantico
Quando chega ao entardecer
Fica com um humor estranho
A cada lua do mês**

**Porem, a todo demais
Ganha todo o bem que me dá
Só de te ter por perto
Sinto que volto ao começo**

**E te quero com limão e sal
Eu te quero assim como está
Não precisa mudar-te nada
Eu te quero se vem ou se vai
Se sobe, se desce e se não está
Seguro do que sente**

Tenho que confessar agora

⁴ Letra de música trazida em sessão pela paciente

**Nunca acreditei na felicidade
Às vezes com algo se parece
Mas é pura casualidade**

**Logo que te encontro
Seus olhos me dão algo a mais
Só de te ter por perto
Sinto que volto ao começo**

**E te quero com limão e sal
Eu te quero assim como está
Não precisa mudar em ti nada
Eu te quero se vem ou se vai
Se sobe, se desce e se não está
Seguro do que sente**

**Só de te ter por perto
Sinto que volto ao começo**