



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

MAYARA DOMBROSKI MENDES

DA HISTERIA CLÁSSICA À CONTEMPORÂNEA

ARIQUEMES - RO

2014

Mayara Dombroski Mendes

DA HISTERIA CLÁSSICA À CONTEMPORÂNEA

Monografia apresentada ao curso de graduação em Psicologia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Profª Orientadora Ms. Ana Claudia Y. Arantes

Ariquemes - RO
2014

Ficha Catalográfica
Biblioteca Júlio Bordignon

FAEMA

M538d Mendes, Mayara Dombroski.

Da histeria clássica á contemporânea./ Mayara Dombroski Mendes: FAEMA, 2014.
36.

Trabalho de Conclusão de Curso - Graduação em Psicologia - Faculdade de Educação e
Meio Ambiente - FAEMA.

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a Ana Claudia Yamashiro Arantes

1. Histeria. 2. Psicanálise. 3. Contemporaneidade. I. Arantes, Ana Claudia Yamashiro II.
Título. III. FAEMA.

CDD150

Bibliotecária responsável:
Elayne Cristina Nobre de Souza

CRB-2/1368

Mayara Dombroski Mendes

DA HISTERIA CLÁSSICA À CONTEMPORÂNEA

Monografia apresentada ao curso de graduação em Psicologia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Orientadora Ms. Ana Claudia Y. Arantes
Faculdade de Educação e Meio Ambiente

Prof^a. Esp. Gilsinéia Rapôso Coêlho
Faculdade de Educação e Meio Ambiente

Prof^a. Esp. Eliane Alves Almeida Azevedo
Faculdade de Educação e Meio Ambiente

Ariquemes, 13 de novembro de 2014

Dedico a Deus e a minha família.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus por sua infinita bondade, amor e cuidado com a minha vida. Por ter me abençoado todos esses anos de faculdade, me concedendo força, fé e perseverança.

Agradeço ao meu marido Marcelo Souza Mendes, por ter me apoiado, me entendido e me amado em todos os momentos que passei durante a faculdade.

Agradeço ao meu pai, Guiomar Dombroski, por sempre acreditar em mim. Ter me incentivado a conquistar os meus objetivos e ter me proporcionado a realização deste sonho.

Obrigada mãe, Noeli de Fátima Pereira Dombroski, por me amar e dedicar a sua vida a cuidar de mim, muitas vezes se renunciando para me apoiar.

Obrigada Ana Claudia Y. Arantes, por ser uma orientadora tão zelosa e dedicada comigo.

Obrigada meus amigos [de sala], por me proporcionarem tantos momentos inesquecíveis, tantos aprendizados, alegrias, enfim, obrigada por fazerem parte de um período tão importante de minha vida.

Agradeço aos meus professores por terem participado deste processo e me ensinado essa linda teoria, que é a psicologia.

RESUMO

Os estudos sobre histeria são considerados o ponto de partida da psicanálise. O presente estudo teve como objetivo principal apresentar um panorama da histeria clássica descrita por Freud comparada à histeria na contemporaneidade. Foi desenvolvida uma pesquisa bibliográfica, através de consultas em livros e artigos e por meio de estudos comparativos sob a forma contemporânea de ver a histeria e sua relação com a histeria clássica delineada na clínica psicanalítica freudiana. Constatou-se que a definição de histeria tem se dissipado desde sua eclosão na sociedade vitoriana, quando o pressuposto moral estava fundamentado na repressão sexual; porém, com a libertação sexual na contemporaneidade, supostamente ela desapareceu, permanecendo, então, apenas nos diagnósticos encontrados no DSM-IV e CID-10.

Palavras-chave: histeria; psicanálise; contemporaneidade.

ABSTRACT

The hysteria studies are considered psychoanalysis' starting point. The present study had as principal aim to present a classic hysteria over view described by Freud compared to hysteria in the contemporaneity. A bibliographic search was developed, through consultations done in books and articles by means of comparative studies under contemporary form to see the hysteria and its relation to classic hysteria delineate in the freudian psychoanalysis private practice. It was found that the definition of the hysteria have been dissipated since it's eclosion at victoriansociety, when the moral presupposition was based in a sexual representation; however, due to sexual liberation in contemporaneity, supposedly it has disappeared, remaining then just in the diagnostics found in DSM-IV and ICD-10.

Key words: Hysteria; psychoanalysis; contemporaneity.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CID-10	Manual de Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
PEPSIC	Periódicos Eletrônicos em Psicologia
SCIELO	Scientific Electronic Library Online

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	12
2.1 OBJETIVO GERAL	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3 METODOLOGIA	13
4 REVISÃO DE LITERATURA - CAPÍTULO I	14
4.1 CONTEXTO HISTÓRICO DOS ESTUDOS CLÁSSICOS DA HISTERIA NO ESTUDO DA PSICANÁLISE	14
4.2 PSICODINÂMICA DA HISTERIA	16
4.3 A ESTRUTURA E O CARÁTER HISTÉRICO	21
5 REVISÃO DE LITERATURA - CAPÍTULO II	22
5.1 HISTERIA NA CONTEMPORANEIDADE	22
5.2 DIAGNÓSTICO DA HISTERIA NA CONTEMPORANEIDADE	24
5.3 TRATAMENTO TERAPÊUTICO DA HISTERIA NA PSICANÁLISE	29
CONCLUSÃO	32
REFERÊNCIAS	34
APÊNDICE	36

INTRODUÇÃO

A histeria é uma psicopatologia que exhibe sintomas aparentemente de origem orgânica mas que não podem ser localizados com tal etiologia. Desta feita, era comum no fim do século XIX que ela fosse compreendida por grande parte do corpo médico como um tipo de teatro ou fingimento, que objetivaria chamar a atenção e se esquivar das responsabilidades da vida. Pelo fato dela não se constituir como uma doença física, pois não existe nenhum tipo de lesão ou inflamação do sistema nervoso, ela era alvo de um tipo de diagnóstico que participava de uma consideração moralizante. (FULGENCIO, 2002).

Freud apresentava seus casos de histeria como sendo a de conversão e a de angústia. A de conversão é originada por um trauma na infância, não necessariamente físico, mas de vinculação sexual, cuja crise emocional se mostra por meio de conversão, e se caracteriza como um meio simbólico de realizar o desejo. E a de angústia não converte para o corpo, sendo assim o desejo não consegue se concretizar. (Freud, 1996b).

"Os estudos sobre histeria são considerados como o ponto de partida da psicanálise" (Freud, 1996a, p.19). Através destes, Freud conseguiu uma importante realização em sua vida, a invenção do primeiro instrumento para o exame científico da mente humana (Freud, 1996a). "É diante da impossibilidade de o discurso médico responder aos sintomas somáticos da histeria de conversão que emerge o desejo de saber em Freud, dando origem à psicanálise" (LEITE, 2012, p.91).

Os ataques histéricos são provenientes do escoamento para o corpo da quantidade afetiva oriundas de eventos traumáticos da infância, ou projetados para fora do corpo formando alucinações ou delírios histéricos. Na histeria de angústia a excitação psíquica é sentida no corpo como angústia e desprazer vivenciado na forma flutuante ou localizado em objetos. Já a de conversão se trata de um mecanismo para dissipar a angústia, pois converte o afeto para o corpo. (LEITE, 2012).

Através das transformações históricas e das mudanças nos valores e princípios da cultura atual, a histeria não é mais vista sob esse mesmo ângulo. Hoje seus sintomas se assemelham aos transtornos encontrados no DSM-IV e no CID-10.

Bezerra (2004) elaborou um estudo para analisar a histeria na contemporaneidade, afirmando que o histérico do final do século XIX e o histérico contemporâneo se angustiam de diferentes formas; a resistência, a defesa e a conversão mostram-se de acordo com cada época em que eles vivem também.

O presente trabalho vem analisar a psicodinâmica cultural do final do século XIX, onde os primeiros estudos Freudianos mostram o paciente histérico numa sociedade cheia de repressão sexual, e na contemporaneidade, na qual a exacerbação do gozo e a valorização dos indivíduos que se utilizam da aparência física para terem atenção e para serem sexualmente provocantes, são fatos apreciados e por vezes não considerados sob uma forma psicopatológica.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Apresentar uma visão da histeria clássica descrita por Freud comparada à histeria na contemporaneidade.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Vislumbrar, através de uma perspectiva histórica, os estudos clássicos da histeria na teoria Freudiana;

Apresentar o panorama da cultura do final do século XIX;

Conceituar sobre a psicodinâmica da histeria de conversão e de angústia;

Explanar sobre a estrutura do sintoma histérico;

Compreender a histeria na contemporaneidade;

Avaliar como a configuração cultural contemporânea exerce influência na manifestação histérica;

Escrever sobre os transtornos do DSM-IV e do CID-10 que se assemelham a histeria de angústia e de conversão descrita por Freud;

Explanar sobre o tratamento da histeria.

3 METODOLOGIA

Este estudo é fundamentado numa pesquisa bibliográfica, através de consultas em livros e artigos, por meio de estudos comparativos onde será possível esclarecer sobre os mecanismos psíquicos da mulher histérica e seus sintomas sob a consideração psicanalítica delineada por Freud e sob as novas formas adquiridas na contemporaneidade.

A pesquisa bibliográfica é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto. Existem porém pesquisas científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográfica, procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta (FONSECA, 2002, p. 32 *apud* GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Esta pesquisa é qualitativa e o acesso à bibliografia foi realizado de forma manual, por meio documental dos escritos existentes na área, bem como através de meios eletrônicos. Na internet os sites de procura foram Google Acadêmico, SCIELO, PEPsic e BVS.

Alguns livros e artigos foram indicados por comunicação interpessoal e têm a relevância de mostrar a importância dos estudos clássicos em psicanálise, de forma a possibilitar a apreensão da configuração dos sintomas, as explicações causais que os motivam e a psicodinâmica da histeria clássica, tal como era descrita por Freud. A partir disto, possibilitam deslumbrar os aspectos subjetivos que influenciaram na configuração do sintoma e a relação destes com os valores e o paradigma cultural de tais pacientes, pois eram esses valores que cerceavam o indivíduo e possibilitavam que a única forma de encontrar prazer e realizar os seus desejos fosse na criação e vivência de um sintoma.

4 REVISÃO DE LITERATURA - CAPÍTULO I

4.1 CONTEXTO HISTÓRICO DOS ESTUDOS CLÁSSICOS DA HISTERIA NO ESTUDO DA PSICANÁLISE

A histeria foi uma psicopatologia muito estudada por Freud, especialmente nos seus estudos iniciais que foram aqueles que deram origem a psicanálise propriamente dita. Freud participou dos estudos sobre histeria que, no século XIX, era considerada um problema cultural porque acometia muitas pessoas daquela época, especialmente as mulheres. Nesse período, as ideias de Jean-Martin Charcot (médico francês e europeu) exerceram grande influência nas concepções Freudianas, como será visto em sequência. (SIMANKE; CAROPRESO, 2006).

Ao longo de sua carreira Freud teve várias influências de grandes teóricos de sua época que o ajudaram na elaboração de sua teoria. Um dos primeiros foi Charcot que dentre tantas contribuições fez com que a histeria fosse considerada uma neurose com direito a estudo. Outro teórico foi Joseph Breuer (médico clínico e fisiologista) que permitiu a Freud se afastar do fator constitucional da histeria e investigar os agentes casuais e históricos. E Pierre Janet que abordava o método catártico. (SIMANKE; CAROPRESO, 2006).

Freud se mudou à Viena ainda quando criança, realizando estudos típicos de uma formação liberal. Suas ideias inovadoras desde o começo de seus estudos psicanalíticos suscitavam temores da sociedade vitoriana; um exemplo bem claro, pode ser observado com relação a opinião de Freud sobre a sexualidade, onde tal assunto nem ao menos era comentado entre os burgueses da época, porém, essa situação não impediu que suas obras fossem reconhecidas. (JANIK; TOULMIN, 1991).

A sociedade de Viena do séc. XIX era conhecida como uma sociedade burguesa, que teve um desenvolvimento industrial amplo. Sua base familiar era patriarcal e os casamentos eram tratados como negócios:

Para o candidato a magnata, um 'bom casamento' era essencial. Os valores que essa sociedade mas apreciava eram a razão, a ordem e o progresso, perseverança, autoconfiança e disciplina conformidade com os padrões do

bom-gosto e da ação". "Nesse microcosmo da monarquia, o pai de família era o avalista da ordem e da segurança, e, como tal, possuía *autoridade absoluta*. (JANIK; TOULMIN, 1991, p.36, itálico meu).

Na citação acima se pode ressaltar que o aspecto predominante da sociedade vitoriana era a autoridade masculina sobre a mulher, fazendo com que a cultura patriarcal dessa época tratasse a mulher apenas como um objeto. Suas vestimentas eram bem recatadas e cobriam quase todo corpo; quanto ao seu comportamento as mulheres não podiam estudar; também tinham que ser acanhadas, ingênuas, e a possibilidade de sentir prazer era somente atribuída às prostitutas da época. O casamento, contudo, era considerado apenas como um negócio, sendo assim, entende-se o fato das pacientes de Freud serem essas mulheres da burguesias. (JANIK; TOULMIN, 1991).

Os pais e os irmãos da mulher desta época exerciam domínio e superioridade sobre ela. Para aquela sociedade o que a mulher precisava era de comodidade financeira, por isso era costume ver homens mais velhos se casando com moças. E destas, era esperado que fossem ótimas mães e donas de casa. (MOLINA, 2011).

O homem nesse período só poderia se casar com 25 ou 26 anos de idade. Sua obrigação era de comprometer-se com os negócios, pois o casamento requeria que o mesmo tivesse dotes. Para sua satisfação sexual poderia procurar uma prostituta - situação oposta em que a mulher vivia, pois a mesma só poderia relacionar-se com um homem quando se casasse. (JANIK; TOULMIN, 1991).

A lei civil da época exigia que as mulheres fossem completamente submissas aos homens, no que se referia a sua vida, ao lar e aos filhos, ou seja, não tinham nenhum direito legitimado pela sociedade civil. (MOLINA, 2011).

Traçando um panorama histórico, podemos ver que Viena passou por várias fases com diferentes valores culturais - começou pela riqueza e o status social (sendo estes os mais importantes para a sociedade), passou pela arte e a inovação, chegando à política, onde o liberalismo político fracassou por diversas vezes. (JANIK; TOULMIN, 1991).

Dentro deste contexto, Freud tinha pacientes que não eram completamente submissas às premissas da época, o que nos remete à "*cura*" de suas pacientes através da conversação e a constatação de que suas pacientes e as mulheres desta época precisavam apenas de serem ouvidas. As histéricas foram mulheres que

arriscaram expor sua condição de vida. "Talvez tenha sido essa a grande descoberta de Freud: as mulheres de carne e osso". (MOLINA, 2011, p. 24).

4.2 PSICODINÂMICA DA HISTERIA

Para compreender a histeria é preciso primeiramente entender como funciona o psiquismo da histérica; sendo assim, Freud em seu livro "Estudos sobre histeria" afirma que quando acontece uma experiência traumática carregada de afeto com indivíduos no curso normal, o mesmo é aliviado em uma série de atitudes conscientes, mas na histeria acontece o oposto. O afeto é recalçado e a experiência traumática se torna inconsciente. Contudo, a supressão nunca é completa e o afeto desligado de sua representação originária torna a aparecer como um sintoma histérico. Este sintoma é entendido como um símbolo mnêmico justamente porque substitui e se torna um "símbolo da lembrança suprimida". (FREUD,1996a, p. 22).

Com relação aos sintomas, um dos focos dos estudos de Freud foi apontar suas possíveis causas que em sua experiência clínica era difícil de descobrir, pois quando perguntado ao paciente, em alguns casos ele se recusava a falar, em outros ele não se lembrava, e ainda, noutras ocasiões, não desconfiava que o fato que ocorreu é o que gerou a patologia. A partir daí, Freud utilizava a hipnose para descobri-los, pois as causas permitiam entender que a histeria se dá a partir das experiências externas. (FREUD,1996a).

As causas dos sintomas histéricos, em sua maioria, tiveram origem em uma experiência traumática, chamados traumas psíquicos. Na histeria traumática essa experiência desencadeia diversos sintomas no paciente. Na histeria comum é uma série de traumas psíquicos que desencadeiam os sintomas, esses devem ser do mesmo gênero. "Com grande frequência, é um fato da infância que estabelece um sintoma mais ou menos grave, que persiste durante os anos subsequentes". (FREUD,1996a, p. 40).

A histeria clássica pode ser entendida abordando três tipos de sintomas: viscerais, funcionais duradouros e manifestações agudas:

As manifestações agudas consistiriam de crises histéricas completas (*à la* Charcot) e crises menores, com estados de turvação da consciência, amnésias histéricas, crises de agitação psicomotora e desmaios [...]. Sintomas funcionais duradouros incluiriam paralisias funcionais, contraturas e espasmos musculares, além de alterações da sensibilidade. O grupo dos sintomas viscerais compreenderia queixas de dor, retenção intestinal ou urinária, dispepsia, queixas respiratórias, cefaléias, distúrbios vaso-motores, sensação de órgãos se movendo pelo corpo, bem como de eles estarem "cheios" ou "vazios". (ÁVILA; TERRA, 2010, 334).

Entre os mais diversos sintomas da histeria têm-se as analgesias e neufragias, desmaios, anestésias e hiperestesias, ausências, tiques, convulsões, abulias, reumatismos, distúrbios viscerais (vômitos, diarréias, constipações), paralisias, afasias, paresias, alucinações, cegueira, e distúrbios psicológicos, tais como: fobias, obsessões e ansiedades. (SIMANKE; CAROPRESO, 2006).

Simanke e Caropreso (2006, p.70), em nota de rodapé, explicam que a neuralgia é uma "dor produzida por uma atividade anormal do sistema nervoso (e não por uma lesão nos tecidos do corpo)". A analgesia se refere a uma "insensibilidade à dor causada da mesma maneira". Já a anestesia é uma "insensibilidade a estímulos sensoriais em geral". Os autores supracitados explicam ainda que a hiperstesia é uma "sensibilidade exacerbada a toda espécie de estímulos sensoriais". A paresia um "distúrbio motor menos grave que uma paralisia, que não leva à perda total dos movimentos". E as afasias são "distúrbios neurologicamente determinados da linguagem (fala e/ou compreensão)". Já Freud (1996a, p. 118) refere-se às abulias como "inibições da vontade, incapacidade de agir".

A Srta. Anna O. (1880), por exemplo, era uma jovem com 23 anos de idade, muito inteligente, não sugestionável, mas não era desenvolvida seu conhecimento com relação à sexualidade. Sua patologia surgiu e com ela foram aparecendo diversos sintomas, entre os quais se ressalta: distúrbios da visão e audição, paralisias, paresias no pescoço, parafasia, aversão a alimentos, alucinações, amnésias e tosse. (FREUD, 1996a).

O sintoma histérico surge quando a pessoa produz uma carga de afeto aliada a uma experiência traumática, por exemplo, quando um indivíduo sofre uma experiência ruim, ele reage contra o que lhe fez mal, expulsando essa carga de afeto; o histérico, entretanto, não reage e o reprime com uma intensidade desligada da representação de origem. No ataque histérico há uma atuação do evento traumático, o que pode indicar a causa que deu origem ao trauma. (FREUD, 1996a).

Um exemplo claro do que acabou de ser dito pode ser encontrado no caso de Katharina circunscrito em meados de 1890, no qual além de ter recalcado a lembrança traumática - a lembrança de ver o tio e a empregada tendo relações sexuais; esta, por sua vez, ficou incubada por um tempo até que o sintoma conversivo realmente aparecesse. Para Charcot esse momento foi chamado de "período de elaboração psíquica", designado posteriormente por Freud como um período de latência à eclosão do sintoma. (FREUD,1996a). A respeito do caráter traumático compartilhando de uma origem sexual, temos que: "[...] toda representação presente na origem da neurose (da histeria) é, de fato, em última instância, uma representação sexual". (SIMANKE; CAROPRESO, 2006, p.108).

O que se entende por "afeto" é que ele está ligado a uma excitação cerebral sexual, por exemplo, quando um indivíduo se apaixona ocorre uma excitação estimulada pela pulsão sexual onde origina o afeto. Essa pulsão é responsável pela maior parte da excitação intracerebral e conseqüentemente de grande número das neuroses. As excitações se distribuem de forma irregular pelo sistema nervoso e é esse desequilíbrio que é o enfoque psíquico dos afetos idiogênicos (gerada pelas representações e percepções):

Todos os afetos intensos restringem a associação - o fluxo de representações. As pessoas ficam 'insensatas' com a raiva ou com o pavor. Somente o grupo de representações que provocou o afeto persiste na consciência e o faz com extrema intensidade. Assim, a atividade associativa não consegue aplacar o excitamento. (FREUD,1996a, p.222).

Segundo Freud, (1996a) uma das manifestações históricas é a "estenía", onde os "afetos são ativos (...) [e] aplacam a excitação aumentada através da descarga motora" (p.222). A descarga motora desta força intensa e aumentada indica uma força muscular proeminente tornada ativa através dos sintomas manifestos pelo transtorno de transe e possessão, uma das características descritas pelo DSM-IV que conferem uma nomenclatura possível da histeria; e, como já foi constatado, quando se tem uma descarga motora o excitamento diminui.

Nos afetos "astênicos" não há essa descarga reativa e se constata uma debilidade muscular, que pode designar a presença de uma abulia, mas que esta não se acompanha de fato porque na astenia há uma excitação de origem, mas que se dissipa e desaparece através de um nivelamento gradual da excitação. (FREUD,1996a).

Se não há uma reação motora que seja capaz de eliminar a quantidade total de excitação o afeto que se apartou de uma representação recalçada fica livre e pode ser descarregado pela via somática. Nos casos de normalidade, a excitação provocada pelo afeto não se desvincula da representação que lhe deu origem. Mas a partir do recalque da representação nos fenômenos histéricos, o afeto ligado a sua representação de origem procura um meio de descarga. Se essa descarga não pode ser realizada pela via motora, ela encontra a via somática:

Nos casos em que o afeto original foi descarregado não através de um reflexo normal, mas por um reflexo anormal, este último é também liberado pela lembrança. A excitação decorrente da ideia afetiva é 'convertida' num fenômeno somático. (FREUD,1996a, p.227).

O reflexo normal se dá quando há uma descarga motora ou através da instituição de uma representação ligada ao afeto, por exemplo, o fenômeno do desejo e ou do medo. Os reflexos anormais também chamados de fenômenos histéricos não têm origem em nenhuma ideia, já que a representação foi suprimida e desligada de seu afeto e este circula livremente no organismo. Nesse caso há apenas a somatização, que se manifesta retirado do âmbito psíquico, convertendo-se no corpo. (FREUD,1996a).

Reafirmando a ideia Freudiana, Jaspers (1985, p.484) alega que "A conversão dá-se através de sintomas somáticos e psíquicos e aparece sob a forma de afetos, falta de afeto, distúrbios funcionais etc."

Além da possibilidade de somatização outro elemento importante na histeria são os estados hipnóides, que tem como característica a intensidade e o isolamento das representações da consciência. Por representação entende-se "imagens mnêmicas puras e simples, sem qualquer excitação do aparelho perceptivo, [que] jamais [...] atingem o caráter da existência objetiva, que é a marca das alucinações". (FREUD,1996a, p. 210).

Os estados hipnóides causam a separação da mente e a amnésia. Já as representações quando muito ativas podem atingir o limiar da consciência, dependendo do grau de satisfação e não satisfação no qual o afeto provoca; outra possibilidade é que a representação converta a excitação psíquica em um fenômeno somático. (FREUD,1996a).

[Os fenômenos motores] podem ser parcialmente interpretados como formas universais de reação apropriadas ao afeto que acompanha a lembrança, [...] e em parte como uma expressão direta dessas lembranças (FREUD, 1996a, p. 50).

Segundo Freud (1996a) existem representações que são consideradas patológicas chamadas de: "inadmissíveis a consciência". Tais representações inconscientes são recordações que deixaram de ter sentido, mas provocam sintomas somáticos porque são dissociadas ao seu afeto de origem. Isso significa que ocorreu uma separação da mente, ou seja, uma dissociação da consciência que em sua maioria está presente nos casos de histeria, pois estabelece um fator constitucional dessa patologia.

A dissociação da consciência pode ser causada por circunstâncias emocionais da vida e pelos mecanismos de defesa - que é o modo como o indivíduo foge do que lhe traz angústia. Nos casos de histeria aguda a divisão da mente ocorre de outra forma. Nesses casos existem características psicóticas, como as alucinações e os "estados de excitação maníacos e coléricos". (FREUD, 1996a, p. 254).

A relevância do descobrimento da dissociação da consciência se dá na medida em que as representações influenciam nos sintomas somáticos. No ataque histérico as representações são suprimidas da consciência e o afeto, deslocado das representações de origem, é condensado em sintomas somáticos. Isso significa que a partir de uma repressão de uma representação o afeto em si não é suprimido, pelo contrário:

Qualquer acontecimento que provoque lembranças inconscientes libera toda a força afetiva dessas representações que não sofreram desgaste, e o afeto evocado fica então inteiramente desproporcional a qualquer um que surgisse apenas na mente consciente. (FREUD, 1996a, p. 256).

Para Freud (1996a) a histeria não é determinada apenas por fenômenos idiogênicos, isto é, não tem uma origem necessariamente por uma representação. Um mesmo sintoma pode ou não ser remetido a uma causalidade histórica - por exemplo, uma dor de cabeça pode ser causada por uma sugestão, quando falamos de um paciente histérico, ou por uma alta pressão arterial. Para que realmente aconteça um fenômeno idiogênico, o aparelho que vai ser afetado por uma crise histórica deve estar em um estado atípico para excitá-lo.

A sugestionabilidade da histeria, que já fora considerada por Charcot uma característica constitutiva desta patologia, tornam os indivíduos histéricos muito influenciáveis. Ela acontece concomitantemente à auto-sugestão, a partir da qual acontece a fabulação do indivíduo. A partir desta fabulação os pacientes histéricos falsificam sua própria existência, adaptando-se sobremaneira ao meio e as pessoas que o rodeiam. (JASPERS, 1985).

4.3 A ESTRUTURA E O CARÁTER HISTÉRICO

O elemento sexual na histeria é uma característica fundamental em sua estrutura psicológica, assim como sua forte fixação na fase fálica com alguns aspectos orais e sua regressão da libido. Existem dois tipos de estrutura histérica: a de angústia e a de conversão. A de angústia, chamada por Bergeret (1998) como "histerofóbica" se utiliza como mecanismo central o recalque; sua libido é basicamente genital, as identificações parentais são complexas e ambivalentes, e sua angústia tem como causa a castração. A de conversão tem como qualidade a "[...] focalização [...] de um investimento libidinal retirado das representações amorosas concernentes à imagem do pai de sexo oposto". (p. 104). A "focalização somática" se refere a uma condução da angústia à uma parte do corpo que tem relação com o trauma vivido e que possui investimento libidinal. "A conversão [...] corresponde tanto ao medo da castração quanto ao ardil para evitá-la, tanto ao objeto sexual proibido quanto ao objeto recuperado" (BERGERET, 1998, p.106). A histeria de conversão tem fixações na fase oral e fálica e a angústia vincula-se à concretização do desejo.

Os histéricos têm como características o egocentrismo, a sugestionabilidade, a dependência, a labilidade emocional e afetiva, o histrionismo, e o medo da sexualidade. Com relação ao caráter histérico, vê-se no de conversão o recalque de uma forma bem atuante e as fantasias são cheias de representações sexuais. Os traços de caráter conversivos mais evidentes são: teatralismo, erotização, afetividade fictícia e mitomania:

No caráter histérico de conversão, há uma tendência a erotizar as relações mais banais, a buscar duplicações de objetos infantis em objetos atuais; nisso, a sugestionabilidade permanece sempre muito forte; os impulsos emotivos (aparentemente irracionais) e a dramatização fazem parte do mesmo sistema de reprodução das linhas conflituais edípicas. (BERGERET, 1998, p.156).

Por histrionismo entende-se que é uma teatralidade exagerada, parecendo fingimento, que muda de acordo com o ambiente e as pessoas que rodeiam o paciente histérico, pois o mesmo continuamente busca a atenção de sua platéia. (BEZERRA, 2004).

Já o caráter histerofóbico tem um funcionamento melhor que o de conversão, pois é mais adaptado ao meio interior e exterior, se parece com uma neurose, seus conflitos psíquicos são edípicos e genitais, suas angústias são causadas por agentes externos e afetivos. Dentre seus traços de caráter estão a sugestionabilidade, evitações e a erotização mascarada. (BERGERET, 1998).

5 REVISÃO DE LITERATURA - CAPÍTULO II

5.1 HISTERIA NA CONTEMPORANEIDADE

Os pacientes histéricos da contemporaneidade não têm a mesma psicodinâmica daqueles do século XIX, mesmo que tenham essencialmente os mesmos conflitos psíquicos e o sintoma seja instaurado na ocasião do trauma. (BEZERRA, 2004).

Sabe-se que na histeria uma de suas características principais é o fingimento (histrionismo) e a imitação. Nota-se que hoje as figuras políticas, religiosas e culturais que possui essa característica muito exaltada pela sociedade do espetáculo fazem sustentar a sua credibilidade através da manipulação discursiva, aliada aos trejeitos performáticos muito mais do que a própria validade do discurso. O histérico manipula o ambiente e as pessoas na qual ele convive e não consegue manter uma relação de afetividade com o objetivo. (BEZERRA, 2004).

A idade para o desenvolvimento da psicopatologia histérica encontra-se entre os 3 e os 13 anos de idade, pois no desenvolvimento da libido a histeria vai depender de como é vivenciado o complexo de Édipo, ou seja, a fase genital, e de que forma é estruturado o período de latência posterior a vivência edípica. A fantasia e a sexualidade genital são fenômenos ambivalentes e o próprio corpo é visto com repulsa, havendo, então, o predomínio da fantasia:

O corpo histérico é um palco de sofrimento, é o corpo-dor que simboliza não só a divisão do sujeito em relação ao sexo homem/mulher, mas também a impotência do prazer absoluto, a paralisia diante do desejo do Outro, as cicatrizes do gozo deixado pelos traumas, as marcas de saudade do prazer total que nunca adveio. O histérico clama deciframento. Solicitando que o outro fale dele. (BEZERRA, 2004, p.20).

Sabendo que a histeria tem como objeto de representação o corpo, e ainda levando em consideração a fantasia e a sugestibilidade, tem-se, hoje em dia, um paciente histérico que busca a perfeição do corpo e, por não alcançá-lo, se torna uma pessoa deprimida, o que nos remete a outro traço de personalidade contemporâneo: a depressão. (BEZERRA, 2004).

Atualmente não se encontra mais aquelas históricas reprimidas do século XIX, pois já não existe a repressão da cultura patriarcal, na qual a mulher e principalmente seu corpo eram totalmente sobrepujados. Hoje, pelo contrário, e principalmente após o movimento feminista no fim da década de 1960, há uma exacerbação do corpo e do desejo da mulher.

Os desmaios por ataques histéricos, porém, ainda existem naquelas mulheres que ao contar para a família que estão grávidas, desmaiam, pois ainda existem resquícios de uma cultura onde a virgindade e a maternidade são coisas sagradas para a figura feminina. (BEZERRA, 2004).

Ainda existe também uma característica muito forte da histeria clássica nas formas de histeria contemporâneas, que é utilizar o corpo como meio de expressar seus sentimentos e desejos. (BEZERRA, 2004). Antes tinham vez as paralisias e as analgesias, hoje há a anorexia, que é a busca por aceitação que uma jovem faz por um ideal de beleza proposto pelo capitalismo e atravessado por ideais morais que vêm na magreza o auto-controle sobre os desejos. O indivíduo histérico se adapta aos diversos tipos de ambientes e por essa adaptação não ser completa é que surge o sintoma:

A personalidade histérica é o modo habitual de conduta do histérico e manifesta sua adaptação relativamente bem sucedida ao seu entorno. A psicoplasticidade do histérico permite-lhe mimetizar não somente gestos, vestimentas, jeitos de falar ou de se comportar, mas também sintomas de ordem física e psíquica. Tais sintomas, entretanto, exteriorizam o fracasso dessa adaptação e se expressam fundamentalmente, mas não exclusivamente, por meio do corpo. (ÁVILA; TERRA, 2010, 334).

Faz-se necessário, então, abordar qual a mudança que ocorreu nesses anos: as mudanças da figura da mulher através do feminismo; a libertação sexual; as transformações da composição familiar; a flexibilidade da autoridade e das hierarquias; as novas formas de relação entre adulto e criança e jovem e adulto; e a nomenclatura, pois hoje se classifica a histeria de uma forma diferente. (KEHL, 2009b).

Outro ponto para ser abordado seria o porquê de tal mudança. Mudou-se porque, como já foi discorrido, antigamente a histeria era vista como um problema cultural devido a uma repressão sexual muito forte da sociedade vitoriana que fora superada nos séculos XX e XXI. Alguns historiadores expressam que antes as pessoas tinham uma disposição maior para se expressar por sintomas físicos, já que conheciam pouco sobre as questões psicológicas, o oposto do que ocorre na contemporaneidade "na qual conceitos de motivação inconsciente e de doenças psicossomáticas encontram-se bastante difundidos". (ÁVILA; TERRA, 2010, p. 338).

Por mais que pareça essas transformações não são somente boas ao indivíduo e à sociedade, pois hoje, pelo contrário, o gozo é exigido que seja vivenciado. Antigamente os sujeitos tinham como referencial a lei e o impedimento do incesto, hoje, porém, não existem mais esses tipos de referenciais como necessidade, somente por opção; é nesse contexto que pode ser observado que os homens ao invés de possuírem uma culpa específica, se culpam por tudo, especialmente por não se sentirem felizes ou por não gozarem plenamente, como é estabelecido pela cultura, já que sua insatisfação não pode ser explicada pela coação. (KEHL, 2009b).

5.2 DIAGNÓSTICO DA HISTERIA NA CONTEMPORANEIDADE

Os terapeutas contemporâneos se baseiam nos manuais de classificação DSM-IV e CID-10. Tomam a classe dos transtornos conversivos para que apenas sejam classificados em circunstâncias distintas. Os transtornos de somatização são vistos de uma forma generalizada e estão associados a grande parte das síndromes e condições. No DSM-III o transtorno de somatização estava presente no grupo dos transtornos somatoformes, na tentativa de delimitar os pacientes que antes eram chamados de histéricos conversivos. Mas com o DMS-IV o conceito de histeria foi abandonado por outros termos. (ÁVILA; TERRA, 2010).

Essa tentativa de modificar os conceitos da histeria possibilitou um avanço para a medicina por desconsiderar que certas condições orgânicas graves tinham uma etiologia psíquica, sendo passível de se desvendar em sua psicodinâmica. Contudo os desenvolvimentos recentes das categorias diagnósticas passaram a não considerar a questão psicodinâmica e centrar-se apenas em uma classificação das doenças. (ÁVILA; TERRA, 2010).

O diagnóstico de um paciente histérico na contemporaneidade deve ser visto de uma forma bem ampla, pois seus traços de personalidade podem ser encontrados em diversos transtornos descritos nos manuais de diagnósticos dos transtornos mentais. Pelos manuais tentarem classificar e não dar uma visão psicodinâmica, assim como Freud fazia, fica difícil de identificar delineamentos exclusivos da configuração contemporânea da histeria, por isso existem vários transtornos que podem ser assimilados a ela:

Em psiquiatria, o termo “histeria” tanto pode designar um sintoma quanto uma doença, ou mesmo uma síndrome. E a imprecisão desse diagnóstico, a sua etiologia incerta e a apresentação clínica de algo tão multifacetado dificultam que se lhe atribua uma identidade nosográfica bem definida. (ÁVILA; TERRA, 2010, 338).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) propõe como diagnóstico para histeria o transtorno de personalidade histriônica, o transtorno de somatização e o transtorno dissociativo. O transtorno da personalidade histriônica (301.5) nos norteia a uma visão geral da histeria, pois tem como critérios diagnósticos:

Um padrão global de excessiva emotividade e busca de atenção que se manifesta no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos, indicando por, no mínimo, cinco dos seguintes critérios:
(1) desconforto em situações nas quais não é o centro das atenções

- (2) a interação com os outros frequentemente se caracteriza por um comportamento inadequado, sexualmente provocante e sedutor
- (3) mudanças rápidas e superficialidade na expressão das emoções
- (4) constante utilização da aparência física para chamar a atenção sobre si próprio
- (5) estilo de discurso excessivamente impressionista e carente de detalhes
- (6) dramaticidade, teatralidade e expressão emocional exagerada
- (7) sugestionabilidade, ou seja, é facilmente influenciado pelos outros ou pelas circunstâncias
- (8) considerar os relacionamentos mais íntimos do que realmente são. (DORNELLES, 2002, p.667).

O transtorno da personalidade histriônica (301.5) pode se assimilar a outros transtornos de personalidade, porém, por características específicas ele se difere de outros e a título de exemplificação, cito o transtorno da personalidade borderline:

Embora o **Transtorno da Personalidade Borderline** também possa caracterizar-se por busca de atenção, comportamento manipulador e rápidas oscilações emocionais, ele se distingue por um comportamento auto-destrutivo, rompimentos coléricos de relacionamentos íntimos e sentimentos crônicos de profundo vazio e perturbação da identidade. (DORNELLES, 2002, p.666, grifo autor).

Já o transtorno de somatização (300.11) se assemelha à histeria de conversão, pois o mesmo tem como critérios diagnósticos:

- A. Um histórico de muitas queixas físicas com início antes dos 30 anos, que ocorrem por um período de vários anos e resultam em busca de tratamento ou prejuízo significativo no funcionamento social [...]
- B. Cada um dos seguintes critérios deve ter sido satisfeito, com os sintomas individuais ocorrendo em qualquer momento durante o curso do distúrbio:
 - (1) quatro sintomas dolorosos: um histórico de dor relacionada a pelo menos quatro locais ou funções diferentes (p. ex., cabeça, abdômen, costas, articulações [...]).
 - (2) dois sintomas gastrintestinais: um histórico de pelo menos dois sintomas gastrintestinais outros que não dor (p. ex., náusea, inchaço, vômito outro que não durante a gravidez, diarreia [...]).
 - (3) um sintoma sexual: um histórico de pelo menos um sintoma sexual ou reprodutivo outro que não dor (p. ex., indiferença sexual, disfunção erétil ou ejaculatória [...]).
 - (4) um sintoma pseudoneurológico: um histórico de pelo menos um sintoma ou déficit sugerindo um problema neurológico não limitado a dor (*sintomas conversivos tais como prejuízo de coordenação ou equilíbrio, paralisia [...], alucinações, perda da sensação de tato ou dor, diplopia, cegueira, surdez, convulsões; sintomas dissociativos tais como amnésia ou perda da consciência outra que não o desmaio*).
- C. (1) e (2)
 - (1) após investigação apropriada, nenhum dos sintomas no Critério B pode ser completamente explicado por uma condição médica geral [...].
 - (2) quando existe uma condição médica geral relacionada, as queixas físicas ou o prejuízo social ou ocupacional resultante excedem o que seria esperado [...].

D. Os sintomas não são intencionalmente produzidos ou simulados (como o Transtorno Fictício ou na Simulação). (DORNELLES, 2002, p.473, grifo meu).

O diagnóstico diferencial para tal transtorno se faz no que se refere a diferenciação dos outros transtornos dessa mesma categoria, ou seja, dos transtornos somatoformes:

Por definição, todos os indivíduos com transtorno de Somatização têm um histórico de sintomas dolorosos, sintomas sexuais e sintomas conversivos e dissociativos. Portanto, se esses sintomas ocorrem exclusivamente durante o curso do transtorno de Somatização, não deve haver um diagnóstico adicional de Transtorno **Doloroso Associado Com fatores Psicológicos**, [...], **Transtorno conversivo** ou **Transtorno Dissociativo**. [...] As representações somatoformes que não satisfazem os critérios para Transtorno de Somatização devem ser classificadas como **Transtorno de Somatização Indiferenciado**, [...], ou **Transtorno Somatoforme Sem Outra Especificação** [...]. (DORNELLES, 2002, p.473, grifo autor).

Essa segmentação classificatória que pretende diferenciar o somático do psíquico, passível de dissociação pretende circunstanciar o diagnóstico partindo de uma visão especialista, e pelo que notamos ao longo de nossas compilações de casos históricos de histeria, esta segmentação não se encontrava na neurose histérica.

No caso do diagnóstico do transtorno dissociativo, esse tem como padrão global uma perturbação da mente, nas funções da consciência, memória, identidade ou percepções do ambiente. No transtorno dissociativo os subtipos são amnésia dissociativa, fuga dissociativa, transtorno dissociativo de identidade, transtorno de despersonalização e transtorno dissociativo sem outra especificação, que tem como características diagnósticas:

Amnésia Dissociativa, caracterizada por uma incapacidade de recordar informações pessoais importantes, em geral de natureza traumática ou estressante, demasiadamente extensa para ser explicada pelo esquecimento normal [...].

Fuga Dissociativa, caracterizada por uma viagem súbita e inesperada para longe da casa ou do local habitual de trabalho, acompanhada por uma incapacidade de recordar o próprio passado e confusão acerca da identidade pessoal ou adoção de uma nova identidade.

Transtorno Dissociativo de Identidade (anteriormente Transtorno de Personalidade Múltipla), caracterizado pela presença de duas ou mais identidades ou estados de personalidade distintos [...].

Transtorno de Despersonalização, caracterizado por um sentimento persistente ou recorrente de estar distanciado dos próprios processos mentais ou do próprio corpo [...].

O **Transtorno Dissociativo Sem Outra Especificação** é incluído para a codificação de transtornos cuja característica predominante é um sintoma dissociativo, que, no entanto, não reúne os critérios para qualquer Transtorno Dissociativo específico. (DORNELLES, 2002, p.497, grifo autor).

Como pode ser observado as características diagnósticas de tais transtornos se assemelham aos sintomas da histeria de angústia e de conversão delineada por Freud.

No Manual de Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), a histeria, se assemelha na classe dos transtornos neuróticos como o transtorno dissociativo (de conversão) (F44), que:

[...] se caracteriza por uma perda parcial ou completa das funções normais de integração das lembranças, da consciência, da identidade e das sensações imediatas, e do controle dos movimentos corporais. [...] A evolução pode igualmente se fazer para transtornos mais crônicos, em particular paralisias e anestésias, quando a ocorrência do transtorno está ligada a problemas ou dificuldades interpessoais insolúveis. [...] Os exames médicos e os exames complementares não permitem colocar em evidência um transtorno físico (em particular neurológico) conhecido. (OMS, 2007, p. 337).

Além desse, pode-se haver a amnésia dissociativa (F44.0), que é:

A característica essencial é a perda da memória, que diz respeito geralmente a acontecimentos importantes recentes, não devida a transtorno mental orgânico e muito importante para ser considerada como expressão de esquecimento ou de fadiga. (OMS, 2007, p.338)

A fuga dissociativa (F44.1) - "apresenta todas as características de uma amnésia dissociativa; comporta, além, disto, um deslocamento motivado maior que o raio do deslocamento habitual" (OMS, 2007, p.338); o estupor dissociativo refere a uma- "[...] diminuição importante ou de uma ausência dos movimentos voluntários e da reatividade normal a estímulos externos [...]" (OMS, 2007, p.339); os estados de transe e de possessão são (F44.3) - "transtornos caracterizados por perda transitória da consciência de sua própria identidade, associada a uma conservação perfeita da consciência do meio ambiente" (OMS, 2007, p.339); o transtorno dissociativo de movimento, cujas variedades mais comuns (F44.4) - "são a perda da capacidade de mover uma parte ou a totalidade do membro ou dos membros" (OMS, 2007, p.339); nas convulsões dissociativas (F44.5) os movimentos são parecidos com as convulsões epiléticas, porém, é raro que ocorra a mordida da língua; na anestesia e

perda sensorial dissociativa (F44.6) "[...] pode haver igualmente perda de um dado tipo de sensibilidade, com conservação de outras modalidades sensoriais, não correspondendo a nenhuma lesão neurológica conhecida" (OMS, 2007, p.340); e os transtornos somatoformes (F45), mencionados anteriormente.

O caso clínico da Srta. Anna O. de 1880 (iniciado por Breuer) se refere a uma moça muito inteligente, com dons poéticos, descrita como generosa e não sugestionável. Tinha uma vida monótona, *vivia em um conto de fadas, enquanto as pessoas achavam que ficava prestando atenção*, teve como sintomas paralisia, psicose peculiar, alucinações, amnésia total, tosse, sonambulismo, entre outros sintomas. (FREUD, 1996a, itálico meu).

A Sra. Emmy Von N. era da Livônia, uma paciente de Freud com idade de 40 anos. Emmy era a décima terceira dos quatorze filhos de sua mãe, era educada e havia recebido uma educação muito rígida dos pais; casou com um rapaz bem dotado que morreu de derrame cerebral pouco tempo depois do casamento, e desse relacionamento teve duas filhas - o que possibilitou ainda mais seu agravamento, pois ficou sozinha para educá-las. Por volta de 1889 Freud iniciou o tratamento dela e ao longo desse período percebeu que a mesma tinha sintomas, dentre os quais o estalido com a boca, alucinações, desmaio, gagueira, tique, medo de animais e hospícios, paralisia temporária da perna direita. (FREUD, 1996a).

Podemos ver que os dois casos poderiam ser identificados com o transtorno dissociativo e transtorno de somatização; no primeiro caso há ainda uma amnésia dissociativa.

5.3 TRATAMENTO TERAPÊUTICO DA HISTERIA NA PSICANÁLISE

Freud fazia o tratamento de seus pacientes histéricos do século XIX através da "escuta dos fenômenos inconscientes e da causalidade psíquica revelada no dizer de seus pacientes" (BURSZTYN, 2011, P. 737). Nessa época o tratamento com a hipnose permitia analisar a história e os sintomas que os acometiam, o que possibilitou que o mesmo começasse seus estudos clínicos. Junto à hipnose –

tratamento de uso corrente na época-, Freud utilizou a eletroterapia, a massagem e o regime alimentar, influenciado por Breuer.

Foi em 1889 que Freud começou a utilizar o método catártico como forma de tratamento, mais uma vez influenciado por Breuer. Nesse período ele utilizou a hipnose para induzir a rememoração, não mais para a eliminação do sintoma. (BURSZTYN, 2011). O método catártico era uma forma de acabar com o sintoma histérico; ele fazia com que o paciente lembrasse o momento que foi instaurado o sintoma, provocando uma intensa emoção, a qual o paciente não manifestava. Quando o paciente revivia essa situação, a emoção se escoava por meio da fala e conseqüentemente o sintoma desaparecia; essa técnica era chamada de catarse. (PAIM; IBERTIS, 2006).

O conceito do recalque foi criado quando Freud utilizou o método catártico, pois ele via que alguns episódios eram esquecidos pelo paciente histérico; e foi aí que ele deixou definitivamente de usar a hipnose e a sugestão, permanecendo só com a associação livre do indivíduo. (BURSZTYN, 2011). Foi através da associação livre que Freud percebeu que o paciente podia desempenhar um certo papel no tratamento. Analisando sua experiência clínica, viu que as lembranças recalçadas iam surgindo na fala do indivíduo. Abandonando, pois, a sugestão e a hipnose, Freud construiu o método analítico que possibilitava ao paciente associar livremente. (BURSZTYN, 2011).

Hoje, o tratamento da histeria *pode* ser realizado por meio da psicoterapia psicanalítica. Esse método permite ao paciente ficar relaxado e dizer sobre o que vem a mente; para isso o analista deve, através da atenção flutuante, interpretar as associações livres do paciente histérico. Essa técnica permite que o paciente fale de seus fenômenos inconscientes, que se referem aos desejos sexuais recalcados. É através da associação livre que o paciente fala do mal que lhe angustia. (CATTAPAN, 2011).

Freud afirma que "o terapeuta deve propiciar condições para que se estabeleça uma comunicação de "inconsciente para inconsciente" e que o ideal seria que o analista pudesse "cegar-se artificialmente para *pode* ver melhor". Essa regra da atenção flutuante permite que o analista aguçe sua intuição, que significa "olhar para dentro". O terapeuta deve saber discriminar seus próprios sentimentos e o que é da situação analítica. (ZIMERMAN, 1999, p. 296).

Que a partir da associação livre e da atenção flutuante a técnica psicanalítica se firmou não só promovendo a escuta da representação consciente do paciente, mas também, atentando ao fluxo do desejo inconsciente e neste momento a transferência e a contratransferência se tornaram significativas no relacionamento entre analista e paciente.

Na prática clínica o terapeuta deve agir sem preconceitos; deve ter cuidado para não se envolver de imediato com o encantamento dos indivíduos histéricos; entender que esse paciente pode firmar um contrato imediatamente, assim como quebrá-lo rapidamente também; deve entender que tal paciente tem desejos sexuais; atentar-se aos falsos *insights* que ele possa ter; e compreender que a princípio o paciente pode ter melhoras significativas, facilidade para associar livremente e ser rico de fantasias centradas na sexualidade, assim como por último anular sua percepção da realidade. O terapeuta deve focalizar em alguns aspectos de sua atividade interpretativa:

1) usar a técnica da "confrontação", como, por exemplo, levando o paciente a confrontar se há similaridade em como ele se vê e como os outros o vêem. 2) Para tanto, é válido utilizar a técnica de uma "imaginária dramatização verbal", através da qual o paciente troca de lugar, papel e função com outras pessoas no cenário dos seus grupos de convivência, inclusive, com o próprio analista. 3) Trabalhar com as funções conscientes do ego do paciente, ou seja, de como ele percebe, pensa, ajuíza, discrimina e comunica os seus sentimentos de ódio e de amor (como ele ama, é amado e quais os seus critérios de amor). [...]. 5) Da mesma maneira, é função do terapeuta estar atento para a forma *dissociada* de como funciona o psiquismo do paciente. (ZIMERMAN, 1999, p.213).

Outro recurso para o tratamento pode ser por medicamentos, porém, vale ressaltar que somente por ele o tratamento se torna ineficaz, pois acompanhado aos medicamentos deve haver o tratamento psicoterápico. (CATTAPAN, 2011).

CONCLUSÃO

Antigamente, o perfil da mulher era aquela que mostrava sua feminilidade através das roupas, que cobriam praticamente quase todo seu corpo, e dos acessórios, já o perfil da mulher contemporânea é aquela que utiliza somente seu corpo para atrair e camuflar o que sente. Há exemplos de mulheres que por essa preocupação vão para as academias e deixam seus corpos com aparência masculina ou também existem aquelas que consomem seu corpo com a magreza. (DUARTE; CHATELARD, 2014).

A sociedade contemporânea valoriza a conquista e a competitividade, valores que são passados pelo capitalismo. Dentro desse contexto, os pacientes histéricos não possuem um sintoma que foge da normalidade social, dos costumes e dos valores da sociedade, ou seja, que foge do "discurso do Mestre", expressão de Maria Rita Kehl, pois está em perfeita conformidade com o que lhe é passado:

A histeria continua a causar muito sofrimento a muita gente; mas as histéricas, que tanto incomodaram a sociedade vitoriana, hoje passam despercebidas: seus sintomas estão em perfeita conformidade com as condições atuais do discurso do Mestre. (KEHL, 2009a, p. 24).

Hoje o que importa é a exaltação do eu por meio do outro num processo de gozo permanente, o que sugere a cultura do espetáculo onde o indivíduo vale o que ele *parece ser*, obrigando o sujeito a estar em constante *atuação* para que o outro sinta um deslumbramento sobre ele. O indivíduo histórico teme exatamente que ele não consiga manter essa aparência enganadora, por isso fica em constante busca de chamar a atenção do outro:

Sem nunca conseguir alcançar os ideais de feminilidade que são postos pela cultura atual, mesmo que se submeta aos mais diversos procedimentos estéticos, médicos, psicológicos, entre outros, que prometem a ela este exato resultado, a angústia se coloca em primeiro plano, pois isto tudo lhe confronta com a sua falta. As depressões, síndromes do pânico, entre outras, são formas dos sujeitos atuais, e com muita frequência histéricos, de expressar sua eterna inadaptação aos ideais que lhes são impostos. (DUARTE; CHATELARD, 2014, p. 127).

Pela lógica o diagnóstico da histeria tem se dissipado, pois essa psicopatologia foi uma doença vitoriana onde a moral da época estava

fundamentada na repressão sexual, porém, com a libertação sexual supostamente ela desapareceu. E como já abordado seu termo deixou de ser usado, sendo trocados por alguns como o somatoforme ou o dissociativo, que são encontrados no CID-10 e DSM-IV.

REFERÊNCIAS

ÁVILA, L. A. , TERRA, J. R. Histeria e somatização: o que mudou? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. São Paulo: v. 59, n.4, 2010.

BERGERET, J. **A personalidade normal e patológica**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 1998. 261p.

BEZERRA, M. M. de S.. **Histeria na Contemporaneidade**. 2004. 25p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em psicologia) - Faculdade de Ciências Humanas - ESUDA, [S.I.], 2004.

BURSZTYN, D. C. O tratamento da histeria: um desafio para a rede de saúde mental. **Psicologia: ciência e profissão**. Rio de Janeiro: v. 31, n.4, 2011.

CATTAPAN, P. Interpretação psicanalítica e produção de verdades: problematizações. **Rev. EPOS**. Rio de Janeiro: 2011.

DORNELLES, C. **Manual diagnóstico de estatístico de transtornos mentais**. 4ª ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002. 880p.

DUARTE, M. S.; CHATELARD, D. S. Do mal estar moderno ao pós-moderno: reflexos sobre a histeria. **Psicanálise e Barroco em revista**. Brasília: v.12, n.1, 2014.

FREUD, S. **Estudos sobre Histeria**. Ed. Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996a. 350p., volume II.

FREUD, S. **Um caso sobre Histeria, três ensaios sobre sexualidade e outros trabalhos**. Ed. Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996b. 329p., volume VII.

FULGENCIO, L. A compreensão freudiana da histeria como uma reformulação especulativa das psicopatologias. **Revista Latinoam. Psicopat. Fund.** [S.I.] v. 4, n.4, 2002.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (Org.) **Métodos de pesquisa**. 1ª ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. 114p.

JANIK, A.; TOULMIN, S. **A Viena de Wittgenstein**. Rio de Janeiro: Campus, 1991. 345p.

JASPERS, K. **Psicopatologia Geral**: psicologia compreensiva, explici: fenomenologia. Rio de Janeiro/ São Paulo: Atheneu, 1985. 545p.

KEHL, M. R. **O tempo e o cão**: a atualidade das depressões. São Paulo: Boitempo, 2009a, 298p.

KHEL, M. R. Sonhos do avesso. Folha de São Paulo, São Paulo, 06 Set. 2009b. Disponível em: < <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/mais/fs0609200912.htm> >. Acesso em: 14 outubro 2014.

LEITE, Sônia. Histeria de conversão: algumas questões sobre o corpo na psicanálise. **Tempo psicanalítico**. Rio de Janeiro: v.44, 2012.

MOREIRA, R. M.; MACHADO, C. M. N. A histeria do século XXI: novas perspectivas. **Rev. Contemporânea - psicanálise e transdisciplinaridade**, Porto Alegre: n. 10, 2010.

MOLINA, J. A. **O que Freud dizia sobre as mulheres**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2011. 183p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10**. São Paulo: 2007, 1191 p.

PAIM, F.F; IBERTIS, C. M. A hipnose e o método catártico como primeiros caminhos à descoberta da associação livre. **Rev. Disc. Scientia**, Santa Maria, v. 7, n.1, 2006.

SIMANKE, R. T.; CAROPRESO, F. **Temas de introdução à psicanálise freudiana**. São Carlos: EdUFScar, 2006. 125p.

ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos psicanalíticos**: teoria, técnica e clínica - uma abordagem didática. Porto Alegre: Arthmed, 1999. 478p.

APÊNDICE



Mayara Dombroski

- Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/9826914729905702>
- Última atualização do currículo em 02/10/2014

Possui ensino-medio-segundo-graupela Faculdade de Educação e Meio Ambiente(2010). **(Texto gerado automaticamente pela aplicação CVLattes)**

Identificação

Nome Mayara Dombroski 

Nome em citações bibliográficas DOMBROSKI, M.

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2010 Graduação em andamento em Psicologia.
Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.

2009 - 2010 Ensino Médio (2º grau).
Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.

Áreas de atuação

1. Grande área: Outros.