

A histeria

Marilita Lúcia Calheiros de Castro

Da impossibilidade de sua definição

Lasègue, célebre médico francês dizia no século passado: “A definição de histeria nunca foi estabelecida e nunca o será... entretanto, poderíamos tentar complementá-la: ... por um médico.” Isso significa que a utilização de critérios médicos rígidos não dá conta do problema, obscurecendo a visão e impedindo qualquer definição.

Para que um médico possa tentar definir a histeria é preciso que ele se desprenda do contexto de seu saber, que ele se distancie e que forje novas ferramentas para abordar aquilo que ela não é, ou seja, uma doença como as outras.

Os médicos em geral, apresentam duas atitudes em relação ao problema:

a) Atitude de rejeição: “Não são doentes de verdade, são doentes que não têm nada.”

b) Atitude dos psiquiatras que por se sentirem tão rejeitados quanto seus doentes pela confraria médica, dizem: “A histeria é uma doença como as outras.”

Atualmente, tanto para a psiquiatria como para a moderna psicologia, o conceito de histeria é anacrônico. Na realidade, este quadro foi fracionado em vários outros males: depressão, angústia, **conversão**, **transtornos somatomorfos**, transtornos alimentícios, etc. Neles não se reconhece uma unidade, tratam-se de conjuntos de sintomas para os quais há um medicamento específico, segundo o sintoma predominante.

Os manuais de psiquiatria não vêem mais a histeria como força diagnóstica que ela tinha até o final dos anos oitenta. E isso nos mostra a capacidade mimética da estrutura histérica, denunciando a sua capacidade camaleônica e sua plasticidade. É como se a histeria estivesse sempre desafiando o saber estabelecido.

O próprio termo histeria escapa ao âmbito da medicina e é de uso popular. E na verdade a histeria do cotidiano não corresponde à histeria/doença, o que nos leva à constatação de que: “O médico só conhece, ou melhor só encontra histerias fracassadas, histerias “doentes”. O que nos indica que talvez existam histerias bem sucedidas ou, pelo menos, histerias que escapam da medicina. Na realidade, se não há sintomas, na esfera sexual, do tipo conversivo ou estados depressivos, estes pacientes não vão ao psiquiatra, já que uma personalidade histérica pura, sem descompensações sintomáticas não é mais que uma das possibilidades estruturais normais, junto à personalidade obsessiva sem obsessões e à fóbica sem fobias ou angústia. Do ponto de vista da vida de relação, é inclusive mais “normal” que estas últimas e, talvez, mais valorizada socialmente. Sabe-se que as pessoas com este tipo de estrutura de personalidade não costumam ser rotuladas de “histéricas” pela sociedade - como máximo, serão taxadas de sedutoras ou coquetes.

Uma história singular: papiros egípcios, textos hipocráticos, tratados de demonologia, a psicanálise

A histeria sempre existiu, acompanha o homem desde sua humanização, ela surge com a constituição do Inconsciente que é paralela à instituição da civilização, entendida aqui como um conjunto de regras regidas por uma ética e de uma série de codificações que permitem ao ser afastar-se cada vez mais da natureza, de suas raízes biológicas para ingressar no mundo simbólico do especificamente humano.

Descrições de quadros de histeria são encontrados nos papiros egípcios que datam de 4 mil anos, como o de “Kahun”. Este documento foi encontrado em 1898 por Sir Flinders-Petrie nas ruínas da localidade egípcia de mesmo

nome. O histórico documento descrevia vários sintomas encontrados em mulheres e que iam desde a clinofilia [1], passando por dores em diversos órgãos, até a impossibilidade de abrir a boca. Todos estes distúrbios eram remetidos a uma única causa, o útero. Este órgão, acometido de inanição, deslocar-se-ia através do corpo feminino, prejudicando o funcionamento dos diversos órgãos. O tratamento consistia em fazer o útero retornar ao seu local de origem, mediante a inalação de substâncias fétidas que o fariam descer, ou fumigações vaginais perfumadas que o atrairiam para baixo.

Em 1873, Georg Ebers, egiptólogo alemão, comprou de um árabe em Luxor, o papiro que veio a ter seu nome. O papiro de “Ebers”, escrito por volta de 1.500 a.C., contém um capítulo sobre as doenças da mulher que retoma todas as indicações terapêuticas do papiro de “Kahun”, mas acrescenta às fumigações vaginais, um íbis de cera do deus Thot, um dos mais poderosos do panteão egípcio, uma divindade especificamente masculina.

Quatrocentos anos antes de Cristo, Platão, que havia passado algum tempo no Egito, diz no Timeu:

“(…) Também nas mulheres e pelas mesmas razões, a chamada matriz ou útero é um animal que vive nelas com o desejo de fazer filhos. Quando fica muito tempo estéril, após o período da puberdade, tem dificuldade em suportá-lo, indigna-se, erra por todo o corpo, bloqueia os condutos do hálito, impede a respiração, causa mal-estar extremo e ocasiona doenças de toda espécie”.

Platão dividia o corpo humano em três partes, segundo as almas que as ocupavam. A alma imortal localizava-se no cérebro, a alma viril, no tórax, a alma animal, nas vísceras. Quanto mais se afastava do cérebro e da alma imortal, mais se perdia em qualidade. No estágio mais baixo, no baixo ventre, estava localizada a animalidade pura. Como os animais, o útero não possuía alma e, portanto, não estava submetido ao controle destas. Platão não considerava a mulher como um ser igual ao homem. Acreditava que ela

era o produto de uma metempsicose, da transformação de homens fracos em mulheres. Segundo ele,

“Entre os homens que tinham sido criados, todos os que se mostravam covardes e passaram a vida a fazer o mal foram, provavelmente, transformados em mulheres na segunda encarnação”.

Hipócrates, famoso médico grego nascido na ilha de Cós, segundo a tradição, estudou medicina no Asclepieion de Cós e ainda em Cnido, Tessália, Egito e Cítia. Foi contemporâneo de Platão e fala da histeria no VIII tomo de suas Obras Completas. Entre as duzentos e cinquenta páginas que compõem o capítulo reservado às doenças femininas, algumas são dedicadas à “sufocação da matriz”. A movimentação do útero no interior do corpo da mulher também serve como explicação para outras doenças, além da histeria. Por exemplo, a suspensão das regras também era provocada por esta migração uterina. Se a mulher não mantinha relações sexuais e o ventre se encontrava vazio (não grávido), o útero sofria um deslocamento devido ao ressecamento e à leveza, (maiores que o normal), provocados pela ausência do coito.

De acordo com Hipócrates, a “sufocação da matriz” ocorria sobretudo em mulheres que estavam em abstinência sexual e naquelas de maior idade. Em termos fisiológicos, era assim que o processo era descrito. Naquelas mulheres, os espaços encontrar-se-iam mais vazios que ordinariamente, o útero ressecado e mais leve deslocar-se-ia em direção aos vários órgãos. Quando este se lançava sobre o fígado, causava uma sufocação súbita que interceptava a via respiratória “localizada no ventre”. Nestas ocasiões, os olhos se reviravam, a mulher tornava-se fria e lívida, cerrava os dentes, salivava abundantemente e assemelhava-se aos epiléticos em crise. O prognóstico era bom e o ataque sobrevinha em plena saúde. O útero também podia lançar-se sobre outros órgãos, como o coração, a vesícula, etc. A sintomatologia era variada: vômitos, afonia, dores de cabeça, esfriamento das pernas, etc.

O tratamento, à semelhança do que preconizavam os egípcios, consistia em fazer o órgão retornar ao seu lugar próprio e os remédios eram inalações e fumigações de preparados exóticos. Por exemplo, um bom remédio era a aspiração do vapor produzido pelo cozimento de lentilhas, temperadas com vinagre, sal e bastante orégano. Nos casos mais graves, onde a doente perdia a voz e cerrava os dentes, introduzia-se em sua vagina, um pessário [2] embebido em substâncias perfumadas até que o útero voltasse ao seu lugar. O tratamento preventivo era simples: para as jovens solteiras, o casamento; para as casadas, o coito, a fim de umedecer e reter a matriz em seu lugar; para as viúvas, a gravidez.

No primeiro século da era cristã, face aos infortúnios sofridos pela Grécia, o foco da medicina se deslocou para Roma. Para lá emigraram vários médicos oriundos da Grécia, Ásia Menor e Alexandria, mas é de um médico latino que escrevia na língua de Cícero, de quem falaremos primeiro. Celso reuniu em sua obra, *De Artibus*, uma soma de conhecimentos consideráveis. Nos interessa, em particular, o sexto livro, *De re medica*, sobretudo o capítulo intitulado, “Da enfermidade da matriz”. Nele Celso escreve que, nas mulheres, este órgão é sujeito a uma doença violenta. Às vezes, as doentes perdem o conhecimento e caem ao solo como na epilepsia. A diferença é que aqui não se verificam as convulsões e a sialorréia, apenas um entorpecimento profundo.

Areteu de Capadócia chegou a Roma também no primeiro século depois de Cristo e escreveu vários tratados médicos. Entre estes, destaca-se o *Tratado dos Sintomas, das Causas e da Cura das Doenças Agudas e Crônicas*, traduzido para o francês, em 1834 por M. L. Renauld. Nesta obra, Areteu distingue as doenças agudas das crônicas. Assim, na epilepsia, a crise (doença aguda) se diferencia do estado mental do epilético (doença crônica). A histeria é incluída entre as doenças agudas. A descrição clínica das crises e do tratamento é semelhante às de Hipócrates. Areteu fala ainda de uma histeria masculina denominada “catoche”. Segundo Hipócrates, esta palavra designava a catalepsia; para Aristóteles, em sua forma adjetivada, significava possuído ou inspirado por um demônio. Ao tratamento convencional, Areteu acrescentava a pressão dos hipocôndrios com as mãos e, em seguida, com uma faixa para fazer descer o útero. Outro recurso

utilizado era a fricção do rosto e a provocação de dor, puxando os cabelos da enferma.

Os Murias, antigo povo indígena, tinham uma lenda que falava que durante a noite, “as vaginas dentadas” das mulheres abandonariam seus corpos para ir roer as colheitas. Qual a relação entre essa lenda e os textos da Antiguidade Clássica? Todos dizem a mesma coisa, que os órgãos femininos são dignos de temor e isto é uma fantasia masculina. Essa última constatação nos leva a pensar que tais fantasias traduzem o medo e o rancor dos homens frente a histeria, em particular, para melhor dissimular estes mesmos re-sentimentos em relação à mulher em geral.

Um salto no tempo e estamos no final da Idade média, em plena era da Inquisição. As histéricas, essas bruxas horripilantes que curavam com poções mágicas, copulavam e faziam pactos com o demônio, deixavam-se possuir por este, entravam em transe e como castigo eram condenadas à fogueira. Curiosamente, a mesma Inquisição que perseguiu as histéricas, perseguiu também aos judeus, por seguidores que eram de uma religião distinta ao cristianismo. Naquela época, todos os tipos de desgraça, desde colheitas ruins até epidemias, eram atribuídas às feiticeiras e aos judeus. No final do século XIII, cem mil judeus foram massacrados na Francônia, Baviera e Áustria, mas a perseguição às feiticeiras era ainda esporádica. Sua vez chegou no final do século XV. A 9 de Dezembro de 1484, o papa Inocêncio VIII promulgou a famosa bula [3] que declarou aberta a temporada de caça às bruxas:



“Realmente, nos últimos tempos chegou a nossos ouvidos o que certamente nos afligiu com amarga tristeza, que (...) muitas pessoas, de ambos os sexos, sem pensar em sua salvação e afastando-se da Fé Católica, abandonaram-se a demônios, íncubos e súcubos (...)

Por isso, Nós (...) decretamos e ordenamos que os já mencionados inquisidores tenham o poder para proceder à justa correção, ao encarceramento e ao castigo de quaisquer pessoas, sem embaraço e impedimento (...)”

Dois anos após a publicação da bula papal, em 1486, surgiu o não menos famoso manual para perseguidores de bruxas, o **Malleus Maleficarum**. A incidência de casos de feitiçaria aumentou enormemente, pois as autoridades encarregadas de sua supressão, exigiam que isto ocorresse. Segundo Kramer e Sprenger, os monges dominicanos que escreveram o “Malleus”,

“(...) a crença na existência de alguns seres chamados bruxas é uma parte tão essencial da Fé Católica que, sustentar teimosamente a opinião contrária tem um claro odor de heresia”.

Não sabiam, judeu e histórica que ao final do século XIX firmariam um pacto para finalmente desvelar os mistérios de tão singular quadro psicopatológico. Nos referimos aqui ao judeu Sigmund Freud e às suas pacientes históricas que juntos inventaram a ciência do Inconsciente, ou seja, a psicanálise.

Os sintomas: expressão da neurose histérica. Em termos históricos valeria a pena falar das crises descritas por Charcot no século passado na Salpêtrière. Ali elas se caracterizavam por:

1. Aura (uma dor ovariana poderia anunciar o início da crise).
2. O ataque propriamente dito, com grito, palidez, perda do conhecimento, queda, seguida de rigidez muscular (fase epileptóide).
3. Fase clônica, onde segundo Charcot, tudo era histérico. Caracterizava-se pelos grandes movimentos, contorções, opistótono, atitudes passionais.
4. Fase de resolução, marcada por soluços, choro e risos. No seio deste quadro rígido muita coisa ocorria. Um drama pessoal era representado: este conteúdo emocional faltava nas crises epiléticas.



Ao final das crises poderiam aparecer secreções abundantes: urina, saliva, muco vaginal.

Hoje em dia tais ataques aparatosos são raros, restam as “crises de nervos”: estados de agitação ou cólera, às vezes acompanhados de lipotimia que ocorrem após contrariedades, ainda que mínimas.

Outros sintomas mais raros são: crises de catalepsia [4], crises de letargia [5] e formas de “estados segundos”. Tais estados consistem em mudanças de personalidade. **Diferentes personalidades** são apresentadas ao público, uma ignorando a existência da outra. Às vezes ocorrem “fugas amnésicas”, no curso das quais a paciente passa a viver uma vida coerente, em outra localidade, mas completamente diferente de sua vida cotidiana. Esses estados são mais frequentes na literatura e nos filmes do que nos consultórios de psiquiatras e analistas. Um exemplo deste tipo encontra-se em um dos últimos “best-sellers” de Sidney Sheldon, “Conte-me seus sonhos”.

As crises conversivas. Aqui os sintomas aparecem sob a forma de perda da função de um ou de vários órgãos da vida de relação (musculatura estriada e órgãos sensoriais) provocando paralisias, anestésias, afonias, cegueira, astasia-abasia [6], crises convulsiformes, contraturas, desmaios, etc. Todos esses sintomas são reversíveis e não obedecem à realidade sensitivo-motora mas à representação que o sujeito tem de seu corpo e de seu funcionamento. Assim podemos observar uma perda total da visão em paciente histérico, sem que o reflexo foto-motor se encontre alterado. Vale acrescentar que não se trata de simulação, os sintomas simbolizam a nível corporal, um conflito inconsciente.

Valeria a pena, agora, tentar fazer uma diferenciação entre o sintoma conversivo e o sintoma psicossomático, bem como ter sempre em mente que estas manifestações também podem ocorrer em pacientes histéricos. Inicialmente, gostaríamos de fazer uma digressão e voltar aos primeiros escritos de Freud, onde ele fala da representação [7] e do afeto [8]. Quando vivenciamos algum acontecimento, nossa percepção dos objetos vem sempre acompanhada de um afeto que lhe corresponde. Posteriormente, a evocação do ocorrido em nossa memória (representação) virá sempre acrescida do afeto que lhe foi peculiar. Na conversão, a representação, penosa ou desagradável é recalçada para o inconsciente e seu afeto é deslocado para uma zona do corpo, geralmente implicada na cena traumática, convertendo-se em sintoma. Como aconteceu no exemplo

da paciente que chega torta (contratura) ao consultório do psiquiatra após ter participado com o namorado de alguns jogos sexuais, situação que entrava em choque com seus valores morais, de moça “direita”. Um outro dado importante é que não há lesão orgânica embora sempre exista uma queixa de sofrimento corporal. Da mesma forma, a suposta “lesão” ou perda de função independe da anatomia real do corpo, como vimos na cegueira histérica. A outra diferença se refere aos órgãos implicados quando de fenômeno conversivo se trata. No sintoma psicossomático o sistema nervoso autônomo e os órgãos mais profundos é que seriam atingidos. Aqui o afeto seria suprimido devido a uma dificuldade para reconhecer e verbalizar os sentimentos e as emoções, denominada alexitimia. Nos enfermos psicossomáticos o pensamento ‘funciona de forma operatória’, ou seja, está fixado no concreto, limitando a capacidade de representação e de atividade fantasmática. São pessoas que pouco sonham e, quando o fazem, apresentam sonhos realistas, que apenas repetem suas atividades diárias. Como exemplo teríamos a pessoa que sempre que se vê diante de um desafio existencial que ameaça seu equilíbrio, apresenta um aumento da ansiedade, levando a uma crise asmática. Ao exame poderíamos constatar uma enorme dificuldade para falar sobre e para identificar os próprios sentimentos. Outro dado é que na somatização há modificações anatomopatológicas e sinais clínicos objetiváveis.

Um dado curioso é que a cultura joga um papel importante no aparecimento e forma dos sintomas. O histórico é muito sensível a sugestão voluntária e involuntária, a indução psíquica e ao contágio mental. O fenômeno do “benefício secundário”, observado em todas as neuroses, é particularmente notável na histeria. Portanto podemos concluir que um meio cultural impregnado de superstições, crenças mágicas e primitivas, muito influenciável e de fácil comunicação interpessoal, será especialmente propício à proliferação da histeria. Pelo contrário, a medida que aumenta o nível cultural e em conseqüência, a crítica e a resistência a sugestão e às diversas influencias, optando-se por uma atitude racional, diminuem os casos de histeria mas aumentam os distúrbios psicossomáticos.

Um sintoma ainda hoje importante é o famoso “bolo histérico”. O doente sente um bolo que sobe do epigástrico até a garganta e ali se detém fechando

a garganta e produzindo a sensação de estrangulamento e constrição. Tais sensações ocorrem durante grandes emoções ou diante de algo que desperte medo. Pode acontecer fora da histeria e é comum em atores, antes do espetáculo, e em candidatos a concursos e exames.

Tal ocorrência no âmbito do normal nos leva a indagar: “A histeria é uma doença ou é um modo, acessível praticamente a todos, de expressar seu Inconsciente?”

Hoje em dia, os sintomas físicos mais frequentes são: as dores reumáticas, as cefaléias e outras algias, sintomas cuja organicidade fica difícil contestar. Entre os distúrbios psíquicos estão os quadros depressivos, as dificuldades de relacionamento interpessoal, as fobias e as crises de ansiedade. Na área sexual, temos a frigidez na mulher, a impotência e a ejaculação precoce no homem.

Muito ilustrativo do problema do estudo da histeria é o que dizem Baños e Belloch em seu Manual de Psiquiatria Vol. 2 de 1995:

“ ... A historia da histeria é uma historia -um tanto histérica-: padece de personalidades múltiplas, é tão difícil de expressar como a despersonalização, e parece vagar pelos manuais atuais como em um estado de fuga, situando-se às vezes onde não deve, e incluindo certa -amnésia- para o termo nos sistemas de classificação atuais ... ”

A personalidade da histérica

O traço mais unânime entre os diversos investigadores é o “histrionismo”. A palavra surge na Roma antiga para designar como histrião, ao comediante que representava farsas burlescas. Mas o que representa a histérica? Bem, uma característica dessa representação é o seu caráter afetado, exagerado, como se estivesse fingindo. A representação varia segundo as expectativas da platéia. Em nossos dias tais expectativas são veiculadas através da “mass mídia”. E aqui a nossa resposta: por não ter certeza de sê-lo, a histérica representa a mulher. Veremos posteriormente o

porque disso. Mas a sua representação da mulher é exagerada, usando ora uma hiperfeminilidade, ora um estilo unisex. Em nosso meio há um predomínio do primeiro estilo. Não é a toa que Grasset diz em um de seus artigos: “Sem querer faltar com o respeito, eu observaria que a maioria dos traços de caráter das histéricas é apenas uma exacerbação do caráter da mulher.” É fato notório que a maioria dos homens ao se queixarem das mulheres a chamem de histéricas.

A mitomania. Designa-se por esse termo as ficções criadas pela histérica, nas quais muitas vezes, ela própria acredita.

A perversidade. Os psiquiatras dos serviços públicos são os que usam esse qualificativo com maior desembaraço. Para estes, as histéricas perturbariam a ordem dos serviços, fariam complôs com outros enfermos, teceriam intrigas e semeariam a discórdia entre o pessoal subalterno e entre os próprios médicos. Além disso ofereceriam seus serviços às famílias dos outros doentes, seriam maldosas e importunas. O mesmo comportamento ocorreria fora do âmbito hospitalar. A histérica ameaça e provoca, é sedutora mas nela não se pode confiar pois mente e frustra as expectativas dos médicos, do esposo, do amante, dos parentes etc.

A dependência e a sugestionabilidade. A histérica costuma sempre encontrar alguém diante do qual ela se curva. Uma espécie de Mestre que não precisa ser necessariamente alguém que se destaque por suas qualidades, podendo mesmo ser bem medíocre.

É nos casais que se pode observar esse traço. As mulheres parecem ser as defensoras e os arautos das teses de seus maridos. Parecem despojar-se de qualquer pensamento pessoal para reforçar o do marido., sendo as primeiras a regozijarem-se com os sucessos deles. Outras vezes, quando sua escolha recai sobre alguém cujas qualidades são inferiores às dela, vemos uma queixa constante, uma demonstração de sua supremacia perante aquele que será sempre rebaixado mas nunca abandonado.

No campo terapêutico, essas características as tornam dependentes de seu

médico e sujeitas a curas milagrosas que ocorrem por pura sugestão.

A indiferença aos sintomas. A paciente se comporta, as vezes, como se falasse dos sintomas de outra pessoa. Após queixar-se deles com veemência passa a abordar outros acontecimentos de sua vida atual ou passada, como se tivesse esquecido o início da conversa. Curioso é que quanto mais o médico se desvia dos sintomas físicos mais a histérica o fará, observando-se um agravamento do mesmo se o médico lhes der muita atenção e resolver tratá-los com métodos convencionais.

A histeria masculina

Por ter sido sempre ligada aos órgãos femininos a histeria era mais encontrada nas mulheres. Mas, mesmo hoje, o diagnóstico da neurose no homem é bem menos freqüente que na mulher. Ora se a estrutura histérica é a que mais se aproxima daquilo que designamos como sujeito normal, onde estariam os homens histéricos? Estão escondidos e no melhor dos esconderijos, sob outra etiqueta diagnóstica, a das neuroses pós-traumáticas, aquelas que sobrevêm após um traumatismo físico. É que a neurose histérica está tão ligada ao sexo frágil que seria um verdadeiro insulto rotular um homem de histérico.

Os sintomas são parecidos aos da histeria feminina com exceção dos quadros mais aparatosos (crises a “la Charcot”, paralisias, anestésias, etc.) estes seriam substituídos por preocupações hipocondríacas, como o medo de afecções cardíacas, palpitações, cefaléias, algias diversas e vertigens. Os sintomas da área sexual já foram citados.

Há no histérico uma preocupação em aparecer e a busca de uma boa aparência, através de gestos, modo de falar, comportamento, roupas, penteados, da mesma forma que na mulher. O desejo de agradar a todos domina sua vida e é inconsciente. Isso o torna tão sedutor como a histérica mulher. Daí as inevitáveis conseqüências de ser amado por todo mundo pois os parceiros solicitados não apreciam o pluralismo nas relações e o histérico experimenta a angústia daquele que não quer renunciar a

ninguém. Por não querer renunciar a ninguém o histérico vive entregue aos desgostos dos amores perpétuos. Há uma hesitação em comprometer-se que é encontrada em vários domínios, por isso é tão difícil escolher uma carreira, uma mulher etc. É preciso sempre deixar uma porta aberta, caso o arrependimento bata e ele queira voltar. O interesse do outro por um objeto é uma verdadeira isca para o histérico, assim o vemos intrometer-se nos relacionamentos amorosos dos amigos, o mesmo ocorrendo com a histérica.

Vejamos o que pode levar ao tipo histérico de estruturação da personalidade. Neste tipo de personalidade o conflito se relaciona ao Édipo e à castração. Frequentemente temos uma menina fortemente apegada aos pais, que se vê colocada, dependendo das circunstâncias, como o par de um ou de outro. Isto se reflete na sua vida adulta no 'gosto' pela repetição de situações triangulares. É como se houvesse uma eterna dúvida sobre sua identidade sexual: o que sou, homem ou mulher? A diferença sexual anatômica é percebida como castração, e a impele a reagir exagerando a importância de tal diferença através de uma hiperfeminilidade, ou minimizando-a através de um estilo unissex.

A dificuldade em relação à identificação feminina está relacionada a um modelo feminino infantil inadequado. A mãe da histérica frequentemente não deseja ou não é desejada pelo companheiro, não se valoriza como mulher terna e sensual, hostiliza seu marido de forma velada ou manifesta e tem um relacionamento frio com sua filha. É uma evidência clínica que o complemento desta mãe é, com frequência, um pai submisso ou não, mas inseguro na transmissão da lei, e que trata de compensar o rechaço da esposa, voltando-se para a filha. Ele a erotiza de forma manifesta ou velada, reforçando suas fantasias de transformar-se em sua parceira. Às vezes, a mãe da histérica apresenta-se como vítima do marido: ele não a compreende, ele não a ajuda, ele é inculto, grosseiro, sexopata, etc. Outras, acusa a própria sociedade de ser injusta, de marginalizar a mulher, de privilegiar o sexo masculino. A filha percebe neste discurso um rechaço de sua identidade sexual, ao mesmo tempo que constrói na fantasia um ideal de parceiro inalcançável: o príncipe montado no cavalo branco, que sua mãe não conseguiu.

Neste contexto, em que a mãe desqualifica o homem que escolheu para compartilhar sua vida e o pai aceita permanecer nesta união, fica difícil atingir uma identidade sexual firme. Que modelo de mulher e de homem pode edificar uma filha nesta trama familiar ? Algumas vezes ela irá buscar este modelo feminino de identificação em outras mulheres, amigas, mulheres mais velhas. Outras, sente-se a vontade como a queridinha de um casal, identificando-se com a mulher, compartilhando seu desejo e, até, usurpando seu objeto. Por exemplo, seduzindo o marido das amigas.

Observa-se em algumas histéricas uma acentuada dependência de seu companheiro. Isto se deve a que no passado a dependência infantil foi mal tolerada pelos pais, notadamente pela mãe. Numa tentativa de compensar o rechaço materno, a menina faz um deslocamento dessa dependência, na vida adulta, para o marido. Muitas vezes, este acaba por se transformar no secretário de uma intelectual, na “babá” de uma agorafóbica ou naquele que vela o sono de uma insone. Entretanto, essa dependência adquire um matiz hostil, refletindo a forma como a mãe tratava seu pai ou a ela própria.

A ausência de desejo entre os pais da histérica faz com que o pai aproxime-se perigosamente de sua filha e a obrigue a erigir poderosas barreiras contra as pulsões sexuais na fase edípica positiva. O resultado é uma inibição da genitalidade e um deslocamento do erotismo para as fantasias e devaneios. O que se traduz na idéia comum de que a histérica seduz e depois foge do encontro sexual. Outra consequência é a dissociação entre o amor genital e o amor terno: o prazer só é obtido quando não há envolvimento amoroso.

No caso do homem histérico as coisas se passam de forma semelhante. De um modo geral, o pai (frágil ou despótico) foi inseguro no exercício da lei*. A mãe o desqualifica de forma sutil ou manifesta e aproxima-se cada vez mais de seu filho, conduzindo-o a uma problemática semelhante à da histérica mulher. O comportamento sedutor também é observado aqui, o histérico parece estar sempre insatisfeito com o que tem e achar mais valioso o que os outros possuem. A insatisfação é, portanto, o estado de alma permanente do histérico e, é preciso lembrar, que isso vale tanto para

a histeria masculina quanto para a feminina. Essa insatisfação resume-se na seguinte afirmação: “O que os outros possuem parece-me preferível ao que eu possuo”. Ser amado por todos e por todas, não perder nenhum objeto de amor é um desejo que só pode ser satisfeito no sonho ou na fantasia.

O histérico é tão inseguro quanto a sua identidade sexual quanto a histérica, necessitando por isso cobrir-se de insígnias que o assinalem como alguém super viril : carrões, super mulheres, etc. O comportamento donjuanesco serviria aqui de exemplo.

O diagnóstico de estrutura histérica no homem não é raro. O de estado neurótico caracterizado como tal é muito mais. Entretanto, quando a neurose eclode e o homem histérico se decide a procurar um analista, o faz por três razões:

a) Problemas da atividade sexual: impotência, ejaculação precoce, dúvidas em relação à sua sexualidade: “Doutor, sou homossexual”?.

b) Angústia que se concretiza em discretas e secretas fobias: medo de contágio, impossibilidade de comprar para si sapatos ou uma gravata, como símbolos fálicos, sem a intervenção da esposa ; ou ainda o imperativo obsessivo, senão obsessivo, da lavagem pós-amorosa imediata, como fidelidade narcísica às recomendações de uma mãe libertária e intrometida, que tratava sempre com o filho dos perigos de Vênus.

c) Fracassos e compensações. Isto se expressa na inaptidão por assumir altas posições, promoções, etc. Nestes momentos geralmente ele adoece. Abre-se então a porta para as toxicomanias menores: éter, anfetaminas ou medicamentos diversos, que o ajudam secretamente a manter um papel que é sempre supercompensação de um sentimento de inadequação com o qual ele tem de conviver. Nestes casos, o

álcool também pode ser utilizado.

Os mecanismos de defesa mais usados na histeria são o recalque e a identificação. Algumas vezes, podem ocorrer mecanismos mais primitivos como a **projeção**. Neste caso estaremos diante de um quadro mais regressivo, a psicose histérica, onde não faltam os delírios e as alucinações, exemplificado pelos delírios de possessão demoníaca tão frequentes no final da Idade Média e início do Renascimento.

A histeria bem sucedida

O exemplo de **Anna O** (Bertha Pappenheim, fundadora do serviço social na Alemanha) e de Blanche (a rainha das histéricas da Salpêtrière e mártir da radiologia) nos mostram uma forma especial, ainda que bastante frequente, de evolução da neurose. Como poderíamos explicar tal evolução? Lembremos que o combate inconsciente do histérico, combate que normalmente se manifesta através dos sintomas, é o combate por uma outra sexualidade (que não esteja explicitamente ligada aos genitais ou à reprodução), por uma outra forma de amor, pelo amor do outro. Ora, não faltam situações ou profissões que possibilitam a encenação de alguma coisa que lembra, mais ou menos, esse amor outro.

Todos sabem da atração que as profissões médicas ou paramédicas exercem sobre os histéricos. Quantas vezes durante a consulta de histéricas, não se houve a frase: 'Doutor, o senhor exerce uma das profissões mais bonitas. Eu sempre quis estudar medicina'. Isto não significa que na medicina existam mais histéricos que em outras profissões. Em contrapartida, o mesmo não ocorre com as profissões paramédicas. O acesso mais fácil, a divulgação frequente feita pela literatura e pelo cinema, fazem com que essas profissões ofereçam um suporte alternativo para as fantasias de devotamento.

Na realidade, tais profissões permitem múltiplos encontros que podem às

vezes produzir inesperada acontecimentos, circunstancias com um efeito semelhante a uma interpretação psicanalítica, oferecendo ao sujeito uma descoberta de si mesmo. Isso pode ser um empurrão suficiente para que ele se livre da necessidade de se expressar através dos sintomas.

Surpreendente e misteriosa até hoje, essa “doença” cujos sintomas não têm qualquer substrato lesional, mudam segundo a época e os costumes e podem desaparecer como em um passe de mágica... É possível que a preocupação dos grandes clínicos do passado (Briquet, Charcot, Janet, Grasset e Babinsky) em procurar as lesões causais da histeria tivesse talvez um motivo inconsciente: evitar o reconhecimento dessa inquietante verdade: “todos somos histéricos” !

Notas

1. Termo que designa a persistência do paciente no leito por vários dias ou meses, sem que haja uma causa orgânica que o justifique. (1)
2. Aparelho de formato circular, de borracha, usado para remediar a queda do útero. (2)
3. O Martelo contra as Bruxas, publicado em português. Para uma crítica desta época de nossa civilização, ir a <http://orbita.starmedia.com/~hyeros/historia028.html> (3)
4. Distúrbio da psicomotricidade que atinge o tono muscular e a iniciativa motora. Nos casos de histeria apresenta-se como sono cataléptico com inibição motora mas sem hipertonia. O paciente está consciente, ouve, pensa e percebe tudo ao seu redor, mas não pode sair do estado de imobilidade. Pode ocorrer no momento de acordar ou após emoções violentas. Pode durar dias. (4)
5. Sono profundo. (5)
6. Incapacidade para se pôr de pé e caminhar. (6)
7. O termo designa “aquilo que se representa, o que forma o conteúdo concreto de um ato de pensamento” e em especial a reprodução de

- uma percepção anterior”, na forma de uma imagem. (7)
8. Termo que exprime qualquer estado afetivo, penoso ou agradável, vago ou qualificado, quer se apresente como uma descarga maciça (crises de raiva, choro, riso, englobadas sob o epíteto: crises de nervos), quer como uma tonalidade geral (humor deprimido, estado de ânimo triste ou alegre). (8)

Leitura sugerida

1. Israel, L. A histérica, o sexo e o médico. Editora Escuta, 1995
2. Jeammet, P. Manual de psicologia médica. Masson, 1989
3. Lempérière, T. La personnalité hystérique. Confrontations Psychiatriques, n.1, 1968, pp.53-66
4. Castro Mendoza, M.L. Histeria, um estudo histórico conceitual. Dissertação de Mestrado. João Pessoa, 1990
5. Martín Muñoz, J. Conversión y somatización, histeria y psicossomática. In resúmenes de patología psicossomática, Vol. I. Edición del Círculo de Estudios Psicopatológicos de Granada, España, 1991.
6. *Baños RM, Belloch A, Ruipérez MA. Trastornos disociativos. In: Belloch A, Sandín B, Ramos F. Manual de psicopatología. Vol 2. Madrid: McGraw-Hill, 1995: 271-297.*