



Fantasia Históricas e Ataques históricos

Roberto Girola

www.robortogirola.com.br

Bibliografia

- FREUD , S. (1908). *Fantasia histérica e sua relação com a bissexualidade*. In: _____. Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud, Vol. Ix. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____. (1908). *Algumas observações gerais sobre ataques histéricos*. In: _____. Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud, Vol. Ix. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____. (1916-17). *Conferência XXIV*. In: _____. Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud, Vol. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- ROUDINESCO, E e PLON, M. "Histeria". In: *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 1998.
- GIROLA, R. Carmen e o amor histérico. In:
<http://www.robertogirola.com.br/index.php/component/k2/90-vida-amorosa-e-sexualidade/563-carmen-e-o-amor-histerico>

O conceito

- Para Roudinesco/Plon na histeria (de *hystera*=útero) “os conflitos psíquicos inconscientes se exprimem de maneira teatral e sob a forma de simbolizações, através de sintomas corporais paroxísticos (ataques ou convulsões de aparência epiléptica) ou duradouros (paralisias, contraturas, cegueira” (p. 337).
- Roudinesco e Plon distinguem 4 formas de histeria:
 1. Histeria de angústia (->fobias);
 2. Histeria de conversão (->somatização de fantasias recalçadas);
 3. Histeria de defesa (->contra afetos desprazerosos)
 4. Histeria de retenção (->afetos não abreagidos)
- Estes autores veem na H. o “sintoma de uma rebelião sexual que serviu de motor para sua emancipação política” (p. 338).
- Cabe perguntar neste sentido qual seria a evolução atual desse sintoma; observável na clínica atual.

Abordagens sobre a histeria feminina.

- Como frisam Roudinesco e Plon, a histeria foi desde a antiguidade associada a uma doença que pertence a esfera do feminino.
- Houve múltiplas tentativas de defini-la como:
- “sufocações da matriz”;
- “”animal sem alma” que habita a mulher;
- No Cristianismo isto se torna um sinal de “possuições demoníacas”, amplamente descritas no *Malleus maleficarum* (1487 - Manual usado na Inquisição para detectar e punir as bruxas com o fim de extirpar da sociedade a presença demoníaca).
- Só no século XVI Com Wier a histeria começa a ser vista como doença mental (cf. teorias científicas de Messmer no sec. XVIII)).
- As primeiras tentativas de “dessexualizar” a H surgem já no séc. XVII com Lepois, aventando a possibilidade de uma histeria masculina, mas até o fim do sec. XVIII “O útero e a matriz continuam presentes na patologia da H.” (Foucault).

.A histeria como neurose

- Se Briquet (séc. XIX) associa a H. com condições de vida e trabalho, as concepções psiquiátricas (pós Pinel) da doença buscam sua origem em **explicações organicistas e psicológicas**.
- Charcot (Escola de Salpêtrière) abandona definitivamente a presunção uterina, fazendo da H. uma *neurose*.
- Charcot vê a H. como uma doença “funcional de origem hereditária”, que afeta tanto os homens como as mulheres.
- As diferenças ideológicas das escolas francesas de Salpêtrière e Nancy influenciam F. que as assume de forma dialética.
- F. retoma de Charcot a teoria da origem traumática da H., mas introduz a “teoria da sedução”: a H. teria sua origem no abuso sexual (trauma real).
- Sucessivamente F (1897) introduz a noção de **fantasia** (cf. o texto em exame), associada à noção de **libido** -> *Abandonando a teoria do trauma como causa da H.*

.A importância das fantasias

- Em busca da “cura” F. passa da hipnose ao método catártico e finalmente à associação livre.
- O caso Dora intrigou profundamente F, ao descobrir a importância clínica da transferência (cf. Posfácio, vol VII) e das fantasias envolvidas na formação de neurose histérica.
- O conflito psíquico inconsciente é percebido por F como a principal causa da histeria. A histérica não sofre de “reminiscências”, mas de fantasias.
- Mesmo que, na infância, houvesse algum abuso ou violência, o trauma não serviria como explicação exclusiva sobre a questão da sexualidade humana. Ao lado da realidade material existe uma **realidade psíquica** igualmente importante.
- A **conversão**, assim como nos sonhos, deve ser encarada como um modo de realização do desejo*: um desejo sempre insatisfeito.
- .

.A importância das fantasias1

- Em busca da “cura” F. passa da hipnose ao método catártico e finalmente à associação livre.
- Além dos estudos sobre *Interpretação dos sonhos* (1900), o caso Dora intriga profundamente F, ao descobrir a importância clínica da transferência (cf. Posfácio, vol VII) e das fantasias envolvidas na formação de neurose histérica, em um movimento similar à transferência que ocorre no sonho dos conteúdos ocultos para os manifestos.
- O **conflito psíquico inconsciente** é percebido por F como a principal causa da histeria. A histérica não sofre de *reminiscências*, mas de *fantasias*. Mesmo que, na infância, houvesse algum abuso ou violência, o trauma não serviria como explicação exclusiva. Ao lado da *realidade material* existe uma **realidade psíquica** igualmente importante.
- A **conversão**, assim como nos sonhos, deve ser encarada como um modo de realização do desejo*: um desejo sempre insatisfeito.

Fantasia histérica (1908) - 1

- Todo ataque histérico revela a irrupção de fantasias.
- “As fantasias inconscientes podem ter sido sempre inconscientes e formadas no inconsciente; ou [...] foram inicialmente fantasias conscientes, devaneios, {...} deliberadamente esquecidas, tornando-se inconscientes através da ‘repressão’ [recalque]” (p. 150).
- Tais fantasias têm “uma conexão com a vida sexual do sujeito” e são semelhantes às fantasias masturbatórias que surgem em uma evolução do autoerotismo infantil, quando à manipulação física de uma zona erógena se associa uma imagem ligada a um desejo objetual.
- Posteriormente, ao renunciar a esse tipo de satisfação sexual, caso não a substitua por outra, torna-se abstinente.
- Caso a libido não seja sublimada para “fins mais elevados”, a fantasia inconsciente revive e se desenvolve, “começando a atuar [...] sob a forma de sintoma patológico” (p. 151).
- Portanto “as fantasias inconscientes são os precursores psíquicos imediatos de toda uma série de sintomas histéricos”.

Fantasia histérica (1908) - 2

- Os sintomas “nada mais são do que fantasias inconscientes exteriorizadas por meio da ‘**conversão**’” (p. 151)’.
 - A **somatização** frequentemente **reproduz** as “mesmas sensações sexuais e inervações motoras que originalmente acompanhavam as fantasias [...] inconscientes” (p. 151).em um retorno à satisfação sexual primária.
 - Contudo, F aponta casos em que “os histéricos não dão expressão às suas fantasias sob a forma de sintomas, mas como realizações conscientes, e assim tramam e encenam estupros, ataques ou atos de agressão sexual” (p. 151).
 - A técnica psicanalítica visa tornar consciente para o paciente as fantasias inconscientes ocultas que estão por trás dos sintomas e das atuações, revelando a sua sexualidade.
 - Por trás de um sintoma pode não haver apenas uma fantasia e sim várias.

Visão progressiva dos sintomas da H.

1. Os sintomas histéricos são símbolos mnêmicos de impressões e experiências (traumáticas).
2. “Os sintomas histéricos são substitutos, produzidos por ‘conversão’, para o retorno associativo dessas experiências traumáticas” (p. 152).
3. “Os sintomas histéricos são [...] uma expressão da realização de ‘um desejo’” (ibid.).
4. “Os sintomas histéricos são a realização de uma fantasia inconsciente que serve à realização de um desejo” (Ibid.).
5. “Os sintomas histéricos estão a serviço da satisfação sexual e representam uma parcela da vida sexual do sujeito” (Ibid.).
6. “Os sintomas histéricos correspondem a um retorno a um modo de satisfação sexual reprimido que era real na vida infantil.
7. Os sintomas histéricos são uma conciliação entre um impulso libidinal e um impulso repressor, mas pode também representar a união de duas fantasias libidinais de caráter sexual oposto. (cf. p. 152 e 153) de caráter bissexual.

Visão progressiva dos sintomas da H.

8. Os sintomas histéricos podem assumir a representação de impulsos inconscientes que não são sexuais, mas que possuem uma significação sexual (cf. p. 153).
9. “Os sintomas histéricos são a expressão, por um lado, de uma fantasia sexual inconsciente masculina e, por outro lado, de uma feminina” (p. 163. Porém F não atribui a essa fórmula o valor geral que atribui às outras 8.

▪

Sobre ataques histéricos (1909) A

- F sugere usar para a interpretação dos sintomas de um ataque histérico a mesma técnica usada para a interpretação dos sonhos.
- “O ataque histérico [...] deve ser submetido à mesma revisão interpretativa que empregamos para os sonhos”: “via de regra, devido à censura, a representação mímica da fantasia sofre distorções idênticas às distorções alucinatórias do sonho” (p. 209).
 1. “O ataque torna-se ininteligível por representar simultaneamente várias fantasias em um mesmo material, ou seja, através da **condensação**” (p. 209).
 2. No ataque há uma **identificação múltipla** com figuras antagônicas da fantasia.
 3. “A **inversão** antagônica de inervações, [análoga] à transformação de um elemento em seu oposto, comum no trabalho onírico, acarreta também uma distorção muito ampla” (p. 210).
 4. Pode ocorrer também uma **inversão da ordem cronológica** na fantasia que é representada, como em certos sonhos que começam com o final da ação e terminam com seu início.

Sobre ataques histéricos (1909) B

- “O complexo reprimido consiste numa catexia libidinal e num conteúdo ideativo (a fantasia)”, portanto o ataque pode ser determinado:
 1. **Associativamente**: provocado pela associação entre um conteúdo inconsciente e um acontecimento consciente
 2. **Organicamente**: quando situações psíquicas externas elevam a catexia libidinal por razões somáticas internas.
 3. A serviço de um *objetivo primário* (**ganho primário**): a **fuga para a doença** ocorre como um consolo quando a realidade torna-se demasiadamente penosa
 4. A serviço de um *objetivo secundário* (**ganho secundário**): ou seja uma meta útil atingida através da doença (cf. Conferência XXIV. Vol. XVI). “O motivo para adoecer [...] é sempre a obtenção de algum lucro. [...] como a olyução economicamente mais comoda em caso de conflito psíquico (é a fuga para a doença)” (Cf nota no caso Dora, p. 49-50, Vol. VII).

Sobre ataques histéricos (1909) C

- O “ataque histérico destina-se a substituir uma satisfação autoerótica praticada no passado e à qual o indivíduo renunciou” (p. 209s), que pode repetir-se durante o ataque.
- Estádios envolvidos:
 - a) Satisfação autoerótica sem representação;
 - b) Satisfação autoerótica com fantasia;
 - c) Renúncia ao ato (a fantasia permanece);
 - d) Repressão da fantasia -> ataque histérico;
 - e) Retorno do reprimido.
- Alguns tipos de somatização:
 - Incontinência urinária;
 - Morder a língua;
 - Automutilação;
 - Absence

Sobre ataques histéricos (1909) D

“É o mecanismo reflexo do coito que mostra o caminho para a descarga motora da libido reprimida em um ataque histérico “ (p. 213). F observa que já na antiguidade o coito era descrito como uma pequena epilepsia, situação que se repete nos ataques histéricos convulsivos.

F. retoma a seguir o sua teoria sobre a sexualidade infantil da mulher que é inicialmente “masculina” devendo sucessivamente, se tudo der certo, se transformar em feminina. Neste sentido Em grande número de casos a neurose histérica representa apenas uma intensificação excessiva daquele influxo típico de repressão que, apagando a sexualidade masculina, permite o aparecimento da mulher.

Um relato de somatização histérica - 1

Uma paciente relata a seguir um processo de somatização histérica. Em menos de um ano, a análise conseguiu trazer à tona situações emocionais muito graves, ligadas a dois abusos sofridos na infância e a uma relação muito difícil com a mãe, além de frustrações na vida matrimonial, resultando na cura completa dos sintomas.

O relato

- Tudo começou com uma preocupação com meu peso no início de 2014. Foram passando as semanas e não me desligava dessa preocupação, afinal, "podia ser uma doença grave". Poucas semanas depois, estava dirigindo quando senti a uretra arder. A bexiga começou a ficar muito dolorida e o ato de urinar muito desagradável, como se tivesse infecção urinária. Os exames mostravam que estava tudo normal, mas a uretra ardia como se "tivesse pimenta", dia e noite. Chegava a chorar. Um urologista me disse que estava somatizando a ansiedade. Outro me receitou um medicamento que não resolveu o problema e ainda por cima causou taquicardia. Comecei a me perguntar se não tinha problema de coração e passei a prestar atenção nos batimentos cardíacos o tempo todo.

Um relato de somatização histórica - 2

- A ansiedade foi se multiplicando. Iniciou uma "sensibilidade" estranha nas pernas. Era o começo dos formigamentos. Sentia insuportáveis "tremores internos" nas pernas e costas e "choques" nas pernas. Dores de estômago apareceram. Ao mesmo tempo, começaram as dores na junta do pé esquerdo com o tornozelo. Não conseguia andar normalmente usando esse pé. Chegou um momento em que sentia dores na bexiga e nas juntas dos quadris ao mesmo tempo. Eram tão fortes que perdi a noção de momento certo para urinar. Nunca sabia se estava com a bexiga cheia o suficiente para urinar. Era horrível. Respirava fundo, mas parecia que o ar não era suficiente. Estava dormindo mal, mas uma noite acordei às 4 horas da manhã. Quando comecei a relaxar e a sonhar, um movimento brusco, involuntário, do meu corpo me acordou. Movimentos bruscos e involuntários não me permitiram dormir. Na noite seguinte, esses movimentos simplesmente me impediram de dormir. Estava cansadíssima, "morrendo de sono", mas quando ia entrar em sono profundo, um movimento me acordava.

Um relato de somatização histérica - 3

- . Eram os mais variados possíveis, em diferentes partes do corpo: cabeça, ombro, mãos, dedos, pernas, pés. Todos os movimentos me acordavam. Era quase uma tortura. Fui ao pronto socorro pedir um "remédio para dormir". O médico me passou um benzodiazepínico, faixa preta.
Busquei uma especialista em sono. Ela tentou um tratamento mais natural com melatonina e valeriana, mas os movimentos continuavam e não me deixavam dormir. Numa segunda consulta, ela me receitou um medicamento, o zolpidem, que induz o sono, mas não causa relaxamento muscular, como os benzodiazepínicos. Comecei a tomá-lo e, quando acordava, parecia que não tinha dormido nada, estava cansadíssima.
- Daí em diante iniciaram muitas dores pelo corpo: costas, braços, pernas, pescoço. TODAS as juntas doíam e os formigamentos aumentaram significativamente. Tomava remédios para dores na coluna, vivia com bolsinhas de água quente aqui e ali pra aliviar as dores. Nada ajudava.

Um relato de somatização histérica - 4

- Fui a um neurologista especialista em coluna. Conteí meu histórico. Ele logo desconfiou de que meus problemas eram de origem emocional. Realizou diversos exames clínicos, pediu ressonância da coluna, tomografia cerebral. Tudo normal. Passou outro benzodiazepínico e me explicou que o zolpidem, por não causar relaxamento muscular, me induzia a dormir sem descanso muscular, dormia tensa, por isso tantas dores. Meu organismo estava entrando em colapso, ele disse.

Fui a um reumatologista por causa das dores nas juntas. Fiz exames: ressonância, raios X. Todos resultados deram negativos. Não tinha problemas reumatológicos.

Quanto aos formigamentos, eram tantos que me impediam de ficar quieta e me concentrar em qualquer coisa. Tinha de ficar em movimento o tempo todo, pois assim os sentia com menos intensidade. Ficava cansadíssima, esgotada. Os formigamentos só passavam na hora de dormir, quando tomava o benzodiazepínico. Eram os únicos minutos de descanso e relaxamento que eu tinha.

Um relato de somatização histérica - 5

- Esses sintomas atrapalharam minha concentração no trabalho, nas tarefas domésticas e no relacionamento com meus filhos, marido e amigos. Era insuportável ficar parada em filas ou esperando o sinal vermelho abrir no trânsito. Tinha de ficar em movimento, em movimento... o tempo todo. Acabei ficando agitadíssima, inclusive mentalmente. Quando alguém dizia: "Relaxa", "descansa", chegava a me ofender.

Voltei ao neurologista enfatizando os movimentos que aconteciam na hora de dormir, "que deveriam ter causa neurológica", eu dizia. Ele me garantiu que do ponto de vista neurológico eu estava normal. Mas eu insistia. Queria respostas. Ele foi bastante incisivo e duro comigo: "Seu problema é emocional. Vc tem um distúrbio emocional gravíssimo!".

Saí do consultório péssima.

Ao final, caí em depressão. Agonizava de 3 a 4 horas por dia na cama. Nada tinha graça. Nada me dava alegria.