

Flávia Comitre Vianna¹, Fátima Bötthcher-Luiz² e Egberto Ribeiro Turato³.

¹Graduanda do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp
Email: fla_vianna@hotmail.com

²Professor Doutora do Departamento de Tocoginecologia da FCM-Unicamp
Email: fattimaluiz@gmail.com

³Livre Docente do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da FCM-Unicamp.
Coordenador do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa
Email: erturato@hotmail.com

Instituição: Ambulatório de Psiquiatria do HC-Unicamp e Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa da FCM-Unicamp

Faculdade de Ciências Médicas, CP 6111, Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, CEP 13083-887, Campinas, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A histeria se enquadra entre os transtornos somatoformes, isto é, que implicam manifestações dolorosas ou outras sensações físicas complexas que fazem intervir o sistema nervoso autônomo. E, dentro dessa classificação, a histeria é nomeada como um transtorno dissociativo ou de conversão. *Os transtornos dissociativos ou de conversão se caracterizam 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.*¹

A histeria comporta um quadro clínico amplo, com uma estrutura neurótica - isto é, crônica e de natureza psicológica - caracterizada por episódios de perda temporária das funções física e/ou mental. A perda manifestada fisicamente, chamada de *Transtorno Conversivo*, pode ter sintomas como incapacidade motora (paralisias, convulsões, mudez, etc.) ou da sensibilidade (anestésias, parestesias, cegueira, etc.). Já a perda mental, chamada de *Transtorno Dissociativo*, pode resultar em perda temporária da consciência, geralmente não total (como desmaios, transe e fugas), com perda seletiva da memória ou da integração total das capacidades psíquicas². Acompanhando esses sintomas, é comum também certa teatralidade, puerilidade e traços de sugestibilidade, inclusive ao relatar os sintomas, facilitando bastante o diagnóstico.³



1885 - Études Cliniques sur la Grande Hystérie ou Hystéro-Épilepsie, Paul Richer (Clonismo e Arco Histórico)

OBJETIVO

Descrever e discutir, do ponto de vista psicológico, significados das vivências de familiares sobre a relação afetiva estabelecida com pacientes histéricas, destacando eventuais comportamentos manipulativos no cotidiano, bem como frente a episódios dissociativos e/ou conversivos.

SUJEITOS E MÉTODOS

Para cumprir o objetivo de compreender a concepção e os significados da convivência com mulheres em tratamento ambulatorial de histeria atribuídos pelos familiares delas, foi escolhido o *método clínico-qualitativo*. Este foi elaborado a partir de duas áreas metodológicas densas: de um lado, os conhecimentos e as atitudes clínico-psicológicas, desenvolvidos tanto no enfoque psicanalítico das relações interpessoais, quanto na prática histórica da medicina clínica; e, de outro, empregamos as concepções inerentes aos métodos qualitativos (compreensivo-interpretativos), desenvolvidos a partir das ciências humanas. Os *métodos qualitativos* apresentam como característica principal o objetivo de compreender e interpretar fenômenos da natureza humana a partir das significações que as pessoas atribuem a esses fenômenos, em seu *setting* natural.⁴

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As hipóteses levantadas inicialmente permitiram que fosse feita uma tipologia de familiares, visto que esses apresentavam formas diferentes de se relacionar com o problema de saúde das pacientes. No entanto, é importante reforçar que essa tipologia não é estanque, justamente pelo fato de se dispor a caracterizar padrões comportamentais que, por estarem sempre subordinados à subjetividade do indivíduo, são, por natureza dinâmicos. Dessa forma, um sujeito de pesquisa pode tanto transitar entre dois tipos de acordo com o momento pelo qual ele passa, quanto, em um mesmo momento, assumir características de duas tipologias diferentes.

Por finalidades didáticas, entretanto, optou-se por destacar aqueles 3 tipos predominantes no momento da entrevista. São eles:

1)Os ambivalentes:

São acompanhantes que, se por um lado mantém relação afetiva positiva com a paciente e querem cuidar delas, por outro lado também se sentem sobrecarregados emocionalmente, cogitando ter certo de afastamento;

“Eu tento acompanhar da melhor forma... às vezes eu perco a paciência, porque não é fácil. Meu serviço é muito estressante, então eu chego em casa de saco bem cheio e ainda tem ela... ah, menina, ninguém merece! (risos) mas a gente tenta, né?”

2)Os estimuladores:

Esses acompanhantes buscam poupar as pacientes de experiências desagradáveis e de situações prováveis de produzir as crises, exatamente por isso, são familiares que, não conscientemente, se tornam mais passíveis de serem alvo da atuação da doente, comportamento igualmente não consciente. Tais familiares acabam organizando suas rotinas de vida a partir das manifestações emocionais e comportamentais dessas pacientes;

“Tento acalmar ela, tento evitar que ela passe por aborrecimentos, a gente tenta evitar alguma coisa de desagrade.”

3)Os responsabilizados:

Esse último tipo de acompanhantes é composto por aqueles que desejam intensamente abandonar as pacientes, mas se vêem forçados a não fazê-lo por achar que ninguém se prontificará a cuidar delas, o que, sob o entender desses acompanhantes, agravaria muito o problema de saúde das pacientes.

“Eu voltei com ela porque eu tive dó dela, porque sem mim, ela fica, assim, ao Deus dará, não come, não bebe, não faz nada, fica só chorando às pitangas (...) Se eu não ligo pra ela, ninguém liga”

CONCLUSÃO

Cada familiar apresenta um modo próprio de se relacionar com a paciente e de entender seu problema de saúde. Isso, é claro, se reflete na forma com que esse acompanhante trata a paciente no dia-a-dia e também na forma com que a socorre ou deixa de socorrê-la nos momentos de crise. A partir do princípio de que a paciente histérica tem suas manifestações clínicas no sentido de atrair atenção para si mesma e também de manipular as pessoas a sua volta para que estas ajam a seu favor, mesmo que totalmente inconscientes disso, a atitude do familiar pode atuar tanto no sentido de reprimir quanto de estimular esses comportamentos, interferindo possivelmente na evolução clínica das pacientes.

Assim, é importante que o médico conheça o relacionamento entre os acompanhantes e as pacientes, para que este possa melhor orientá-los sobre como agir frente às manifestações histéricas das pacientes.

REFERÊNCIAS

1. CID-10 Datasus disponível em <<http://www.datasus.gov.br/cid10/webhelp/f44.htm>> Acessado em 15 de abril de 2009.
2. Solomon P e Patch VD. Psicoses orgânicas. In: Solomon P e Patch VD. São Paulo: Atheneu Editora; 1975. p. 221-2.
4. Guggenheim F e Smith GR. Transtornos somatoformes. In: Kaplan, HI e Sadock, BJ. Porto Alegre: Artmed; 1999. p. 1362-8.
3. Denzin N e Lincoln Y. Handbook of quantitative research. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994.