

CONVERSÃO HISTÉRICA: O AFETO VIVIDO NO CORPO

Cilmara Soares D'Agostini¹

Guilherme Almeida de Lima²

RESUMO

Foi com os *Estudos sobre a histeria*, texto publicado em 1895, que a histeria permaneceu como fenômeno que possibilitou não apenas a existência de uma clínica freudiana, mas também o nascimento de um novo olhar sobre a feminilidade. As duas principais formas de histeria teorizadas por Sigmund Freud foram a histeria de angústia, cujo sintoma central é a fobia, e a histeria de conversão, onde se exprimem através do corpo representações sexuais recalcadas. Focaremos nesta última no sentido de uma tentativa de trazer um entendimento do que acontece na histeria de conversão onde se instala o conflito psíquico e acaba por se manifestar no corpo. O objetivo central do presente artigo é explicitar o mecanismo do fenômeno da conversão histórica, possibilitando a compreensão sobre a clínica das neuroses, além de disseminar esse conhecimento a qualquer um que se interesse pela neurose de histeria e suas manifestações clínicas observadas por Freud. A metodologia de pesquisa é do tipo bibliográfico quando a coleta de dados, de abordagem qualitativa quando à análise dos dados, e de objetivo exploratório, quanto a concepção temática. Conclui-se o presente estudo ressaltando que foi nos *Estudos sobre a histeria* desenvolvidos por Freud e Charcot na última década do século XIX, que os sintomas históricos foram concebidos por uma outra perspectiva, para além da medicina e da psiquiatria clássica. Os fenômenos históricos, portanto, são considerados conteúdos traumáticos ligados a desejos sexuais reprimidos de ordem inconsciente, e que quando a quantidade afetiva referente a esse desejo não alcança uma descarga de prazer adequada ou não encontra uma representação psíquica, emergem na consciência de forma distorcida, se transformando em sintomas desagradáveis ao sujeito. Desse modo, a histeria de conversão pode ser considerada em seu aspecto econômico, uma vez que quando uma carga afetiva não encontra uma representação psíquica para se ligar, tende a se descarregar no corpo.

Palavras-chave: Psicanálise. Histeria. Conversão. Inconsciente.

¹ Centro Universitário Campo Real. Psi-cilmaradagostini@camporeal.edu.com

² COLOCAR A FORMAÇÃO DO TEU PROFESSOR.

HYSTERICAL CONVERSION: THE AFFECTION EXPERIENCED IN THE BODY

ABSTRACT

It was with 'Studies on Hysteria', a text published in 1895, that hysteria remained as a phenomenon which made possible not only the existence of a Freudian clinic but also the birth of a new look on femininity. The two main forms of hysteria theorized by Sigmund Freud were anguish hysteria, whose central symptom is phobia, and conversion hysteria, where recalcitrant sexual representations are expressed through the body. We will focus on the latter in the sense of an attempt to bring an understanding of what happens in conversion hysteria where psychic conflict is installed and ends up manifesting itself in the body. The central objective of this article is to explain the mechanism of the phenomenon of hysterical conversion, making it possible to understand the clinic of neuroses, as well as to spread this knowledge to anyone who is interested in hysterical neurosis and its clinical manifestations observed by Freud. The research methodology is of the bibliographical type regarding data collection, of qualitative approach regarding data analysis, and of exploratory objective regarding the thematic conception. We conclude this study emphasizing that it was in the 'Studies on hysteria' developed by Freud and Charcot in the last decade of the 19th century that the hysterical symptoms were conceived from a different perspective, beyond that of medicine and classical psychiatry. The hysterical phenomena, therefore, are considered traumatic contents linked to unconscious repressed sexual desires, and that when the affective quantity related to this desire does not reach an adequate pleasure discharge or does not find a psychic representation, they emerge in consciousness in a distorted way, becoming unpleasant symptoms to the subject. In this way, conversion hysteria can be considered in its economic aspect, since when an affective load does not find a psychic representation to be attached to, it tends to be discharged in the body.

Keywords: Psychoanalysis. Hysteria. Conversion. Unconscious.

1 INTRODUÇÃO

Foi o médico vienense Sigmund Freud o grande responsável por reatualizar os estudos sobre a psicanálise marcando o seu nome com a grande ideia da autonomia do homem em relação à fala. Isso ocorreu com os *Estudos sobre a histeria* publicados em 1895, visto como o livro inaugural da psicanálise. A histeria permaneceu como fenômeno que possibilitou não apenas a existência de uma clínica freudiana, mas também o nascimento de um novo olhar sobre a feminilidade.

Derivada da palavra grega *hysteria* (matriz, útero), a histeria é uma neurose caracterizada por quadros clínicos variados. Sua originalidade reside no fato de que os conflitos psíquicos inconscientes se manifestam de maneira exagerada e sob a forma de simbolizações, através de sintomas corporais agoniantes, isto é, como

ataques ou convulsões de aparência epiléptica ou duradouros como também as paralisias, contraturas, cegueiras. As duas principais formas de histeria teorizadas por Sigmund Freud foram a histeria de angústia, cujo sintoma central é a fobia, e a histeria de conversão, em que se exprimem por meio do corpo representações sexuais recalçadas.

A presente pesquisa focará nesta última, a histeria de conversão, no sentido de buscar entender o que acontece nesse tipo de histeria, uma vez que se instala o conflito psíquico e este acaba por se manifestar no corpo.

A metodologia utilizada neste estudo é a bibliográfica, com ênfase nos trabalhos de Sigmund Freud a respeito da neurose de histeria e sua teoria das manifestações históricas, assim como em outros estudos referentes ao tema com o intuito de complementar o entendimento do estudo.

Por isso, será utilizada abordagem qualitativa que, segundo Fontelles et al. (2009), é o tipo de pesquisa apropriada para quem busca o entendimento de fenômenos complexos específicos, no caso a “conversão histórica”. O presente trabalho tem como objetivo explicitar o presente tema de forma objetiva e direta possibilitando fácil compreensão sobre esse fenômeno por qualquer indivíduo que se interesse pela neurose de histeria e as manifestações históricas observadas por Freud, quando atendia suas pacientes em histeria conversiva.

O presente trabalho justifica-se pela contribuição aos estudos científicos do referido tema buscando expor o entendimento do que se refere à conversão histórica na abordagem psicanalítica. Sendo assim, também é mister expor o entendimento da vivência do afeto no corpo para psicanálise, pois é este o retentor da angústia sofrida pelo sujeito na neurose de histeria, elencando os fenômenos de manifestação histórica com os primeiros estudos de psicanálise, uma vez que tais fenômenos originaram tal teoria.

E, a fim de auxiliar a compreensão do leitor deste trabalho, será exposta uma das discussões de caso de Freud a qual expõe fatores relevantes que contribuíram para que a paciente padecesse dos fenômenos da histeria de conversão, enfatizando a importância do conhecimento acerca da história do paciente para, assim, ajudar a aliviar a sua angústia por meio da fala.

2 METODOLOGIA

O presente trabalho é uma pesquisa bibliográfica que abrange toda a bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo, desde publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses, material cartográfico etc., até meios de comunicação orais: rádio, gravações em fita magnética e audiovisuais: filmes e televisão. Sua finalidade é colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto, inclusive conferências seguidas de debates que tenham sido transcritas de alguma forma, quer sejam publicadas, quer sejam gravadas, segundo explica Lakatos e Marconi (2003).

A abordagem da pesquisa é qualitativa e, segundo Fontelles et al. (2009), é o tipo de pesquisa apropriada à quem busca o entendimento de fenômenos complexos específicos, em profundidade, de natureza social e cultural, mediante descrições, interpretações e comparações, sem considerar os seus aspectos numéricos em termos de regras matemáticas e estatísticas.

Nesse sentido, os autores auxiliam na definição do objetivo da metodologia da presente pesquisa como sendo exploratória. Tal tipo de pesquisa visa a uma primeira aproximação do pesquisador com o tema, para torná-lo mais familiarizado com os fatos e fenômenos relacionados ao problema a ser estudado. No estudo, o investigador irá buscar subsídios, não apenas para determinar a relação existente, mas, sobretudo, para conhecer o tipo de relação (FONTELLES et al. 2009).

3 UM BREVE HISTÓRICO SOBRE A HISTERIA

De acordo com Roudinesco e Plon (1944), é possível construir uma linha do tempo a respeito da histeria começando com Hipócrates, em que histeria era considerada uma doença orgânica de origem uterina e, portanto, feminina, que afetava o corpo todo, definida como “sufocações da matriz”. Platão, por sua vez, enfatizava que a mulher trazia em seu seio um “animal sem alma”, diferente do homem. Na idade média, conforme as concepções agostinianas, eram consideradas a expressão de um prazer sexual, isto é, pecado.

Roudinesco e Plon (1998) relataram que, em 1487, a Igreja Católica Romana tratou como casos de bruxaria e mandou para o carrasco, particularmente as mulheres. O médico alemão Jean Wier (1515-1588) tentou opor-se ao poder da Igreja, denominando as convulsivas como doentes mentais. Franz Anton Mesmer, em meados do século XVIII, operou a passagem da loucura para uma concepção científica. Por meio da falsa teoria do magnetismo animal, Harles Lepois, 1618, com

a hipótese cerebral a “dessexualização” da histeria, o médico francês Pierre Briquet (1796-1881) fez com que entrassem na histeria fenômenos “sociológicos” ou “materiais”, William Cullen (1710-1790) qualificou a histeria como sendo doenças nervosas.

Foi, portanto, com Charcot, nos anos de 1880 e 1900, que se abandonou a tese da presunção uterina e se deu luz à moderna noção de neurose histérica. Entre 1888 e 1893, Freud elaborou um novo conceito de histeria, retomou de Charcot a ideia da origem traumática, todavia, pela teoria da sedução, afirmou que o trauma tinha causas sexuais, sublinhando que a histeria era fruto de um abuso sexual realmente vivido pelo sujeito na infância, postulam Roudinesco e Plon (1944).

Na obra *Um estudo autobiográfico* (1925-1926), Freud relatou sua história de vida e trajetória enquanto pesquisador e criador da Psicanálise, expondo suas expectativas e descobertas. Começou, então, apresentando sua origem:

Nasci a 6 de maio de 1856, em Freiberg, na Morávia, pequena cidade situada onde agora é a Tchecoslováquia. Meus pais eram judeus e eu próprio continuei judeu, quando eu era uma criança de quatro anos fui para Viena e ali recebi toda minha educação as teorias de Darwin, atraíram-me fortemente, e foi ouvindo o belo ensaio de Goethe sobre a Natureza, lido em voz alta numa conferência popular pelo professor Carl Brühl pouco antes de eu ter deixado a escola, que resolvi tornar-me estudante de medicina. Quando em 1873, ingressei na universidade, experimentei desapontamentos consideráveis, essas primeiras impressões na universidade, contudo, tiveram uma consequência que depois viria a ser importante (FREUD, 1925-1926, p. 15).

Foi no laboratório de fisiologia de Ernst Brücke que Freud encontrou tranquilidade e satisfação plena e também homens que respeitava e tinha-os como modelo, entre eles o próprio Brücke, Sigmund Exner e Ernst Fleischl von Marxow. Brücke chegou a confiar a Freud uma questão para solucionar na histologia do sistema nervoso, o que conseguiu com êxito em 1881. Tempo depois, recebeu seu diploma de doutor em medicina, foi na primavera de 1885, nomeado conferencista de neuropatologia com base em suas publicações histológicas e clínicas. Por fim, como resultado de elogios e recomendações de Brücke, recebeu uma bolsa de estudos de considerável valor (FREUD, 1925-1926).

No outono do mesmo ano, Freud viajou a Paris, tornando-se aluno na Salpêtrière, sendo mais um dos alunos estrangeiros, um dos motivos que não recebia muita atenção. Certo dia, ouviu Charcot questionando se estava sem tradutor alemão e que ficaria satisfeito se alguém se encarregasse de traduzir o novo volume de suas conferências para o alemão. Freud, então, ofereceu-se à vaga, Charcot aceitou a oferta, e Freud passou a fazer parte de seus conhecidos pessoais. A partir dessa

época se tornou parte integral em tudo o que se passava na clínica (FREUD, 1925-1926).

O que mais impressionou Freud enquanto esteve com Charcot foram suas últimas investigações acerca da histeria, algumas delas acompanhou pessoalmente. Charcot provava, por exemplo, a autenticidade das manifestações histéricas e de sua obediência a leis, a ocorrência frequente de histeria em homens, a produção de paralisias e contraturas histéricas por sugestão hipnótica e o fato de que tais produtos artificiais revelavam, até em seus menores detalhes, as mesmas características que os acessos espontâneos, que eram, muitas vezes, provocados traumáticamente (FREUD, 1925-1926).

Muitas das demonstrações de Charcot começaram por provocar em Freud um sentimento de assombro e uma inclinação para o ceticismo, que tentavam justificar recorrendo a uma das teorias do dia. Charcot se mostrava sempre amistoso e paciente ao lidar com as dúvidas de Freud, mas era também muito determinado e foi numa dessas discussões sobre teoria que observou a permanente marca deixada no espírito de Freud (FREUD, 1925-1926).

Antes de partir de Paris, Freud examinou com o “grande homem”, referindo-se a Charcot, um plano para um estudo comparativo das paralisias histéricas e orgânicas. Desejava estabelecer a tese de que a histeria, as paralisias e as anestésias das várias partes do corpo se compreendiam definidas de acordo com a ideia popular dos seus limites, e não em conformidade com fatos anatômicos. Charcot concordou com o ponto de vista de Freud, mas não teve qualquer interesse em aprofundar na psicologia das neuroses (FREUD, 1925-1926).

Com a ideia de aperfeiçoar a técnica hipnótica, Freud viajou para Nancy, no verão de 1889, passando várias semanas. Durante o período de 1886 a 1891, realizou poucos trabalhos científicos e não publicou quase nada. Estava ocupado se estabelecendo em sua nova profissão e em assegurar a própria existência material, bem como a de uma família que aumentava rapidamente (FREUD, 1925-1926).

Ainda em sua obra *Um estudo autobiográfico* (1925-1926) relatou como o fato de a pesquisa científica, mais uma vez, ter se tornado o principal interesse de sua vida. O autor explica que

Desde o início fiz uso da hipnose de outra maneira, independentemente da sugestão hipnótica. Empreguei-a para fazer perguntas ao paciente sobre a origem de seus sintomas, que em seu estado de vigília ele podia descrever só muito imperfeitamente, ou de modo algum. Não somente esse método pareceu mais eficaz do que meras ordens ou proibições sugestivas, como também satisfazia a curiosidade do médico, que, afinal de contas, tinha o

direito de aprender algo sobre a origem da manifestação que ele vinha lutando para eliminar pelo processo monótono da sugestão (FREUD, 1925-1926, p. 26).

A maneira pela qual Freud chegou a esse outro processo ocorreu enquanto ainda trabalhava no laboratório de Brücke, já que começou a ter proximidade com o Dr. Josef Breuer, um dos médicos de família mais respeitados de Viena, com interesse científico, visto que produzira vários trabalhos sobre a fisiologia da respiração e sobre o órgão do equilíbrio. Mais velho que Freud, logo tornaram-se amigos e Breuer ajudou em alguns momentos difíceis. Adquiriram o hábito de partilhar todos os interesses científicos (FREUD, 1925-1926).

Nessa relação, Freud reconhecia que saiu ganhando com desenvolvimento da psicanálise, o que depois custou a amizade deles por consequência da divergência de ideias. Não foi fácil para Freud pagar tal preço, mas não pôde fugir disso.

Ainda em sua obra *Um Estudo Autobiográfico* (1925-1926), Breuer conta a Freud sobre um caso de histeria que, entre 1880 e 1882, havia tratado de maneira particular, o qual lhe permitiu penetrar profundamente na revelação e no significado dos sintomas histéricos. Breuer por várias vezes expôs a história clínica a Freud e teve a impressão de que o caso contribuía mais no sentido de uma compreensão das neuroses do que qualquer observação prévia. Tratava-se de uma paciente que tinha sido uma jovem de educação e habilidades invejáveis, adoeceu enquanto cuidava do pai, por quem era devotamente afeiçoada. Quando Breuer se encarregou do caso, apresentou um quadro variado de paralisias com contraturas, inibições e estados de confusão mental (FREUD, 1925-1926).

Uma observação eventual revelou a Breuer que a paciente podia ser aliviada desses estados nebulosos de consciência, caso fosse induzida a expressar em palavras a fantasia emotiva pela qual se achava dominada no momento. A partir dessa descoberta, chegou-se a um novo método de tratamento em que a paciente era levada a uma hipnose profunda e dizia o que lhe oprimia a mente (FREUD, 1925-1926).

Na hipnose, a paciente descobria a ligação que faltava e todos os seus sintomas voltavam-se a fatos comoventes que vivia enquanto cuidava de seu pai, isto é, seus sintomas tinham um significado e eram resíduos ou reminiscências daquelas situações emocionais. Verificou-se, ainda, que na maioria dos casos houve algum pensamento ou impulso de suprimir, enquanto se encontrava à cabeceira do enfermo, e que, como substituto deste, surgiam depois os sintomas. Entretanto, em geral, o sintoma não era o principal de uma única cena traumática dessa natureza, mas o resultado de uma soma de grande número de situações semelhantes (FREUD, 1925-

1926).

Freud, então, começou a repetir as pesquisas de Breuer com seus próprios pacientes especialmente depois da visita a Bernheim, em 1889, em que havia aprendido as limitações da sugestão hipnótica. Não trabalhou em outra coisa. Após observar durante vários anos que seus achados eram constantemente confirmados em cada caso de histeria acessível a tal tratamento, e depois de haver acumulado considerável quantidade de material sob a forma de observações comparáveis às dele, Freud propôs a Breuer que deveriam elaborar e lançar uma publicação conjunta (FREUD, 1893-1895).

Na obra *Publicações Pré-Psicanalíticas E Esboços Inéditos* (1886-1889), Freud nos relembra a origem do termo Histeria.

O nome “histeria” tem origem nos primórdios da medicina e resulta do preconceito, superado somente nos dias atuais, que vincula as neuroses às doenças do aparelho sexual feminino. Na Idade Média, as neuroses desempenharam um papel significativo na história da civilização; surgiam sob a forma de epidemias, em consequência de contágio psíquico, e estavam na origem do que era fatural na história da possessão e da feitiçaria. Alguns documentos daquela época provam que sua sintomatologia não sofreu modificação até os dias atuais. Uma abordagem adequada e uma melhor compreensão da doença tiveram início apenas com os trabalhos de Charcot e da escola do Salpêtrière, inspirada por ele (FREUD, 1886-1889, p. 77).

Até essa época, a histeria tinha sido a “*bête noire*” (fera negra) da medicina. Os pobres histéricos, que em séculos anteriores tinham sido lançados à fogueira ou exorcizados, em épocas recentes e esclarecidas estavam sujeitos à maldição do ridículo; seu estado era tido como indigno de observação clínica, como se fosse simulação e exagero. Nessa perspectiva, Freud afirma que

A histeria é uma neurose no mais estrito sentido da palavra quer dizer, não só não foram achadas nessa doença alterações perceptíveis do sistema nervoso, como também não se espera que qualquer aperfeiçoamento das técnicas de anatomia venha a revelar alguma dessas alterações. A histeria baseia-se total e inteiramente em modificações fisiológicas do sistema nervoso; sua essência deve ser expressa numa fórmula que leve em consideração as condições de excitabilidade nas diferentes partes do sistema nervoso (FREUD, 1886-1889, p. 77).

No texto *Sobre o Mecanismo Psíquico dos Fenômenos Histéricos*, na obra *Primeiras Publicações Psicanalíticas* (1893-1899), Freud lembra que todos os modernos avanços na compreensão e no conhecimento da histeria derivaram do trabalho de Charcot. Na primeira metade de 1880, Charcot começou a voltar sua atenção à “neurose maior”, que é como os franceses chamavam a histeria. Em uma série de pesquisas, Charcot obteve êxito em provar a presença de regularidades e leis nas quais as observações clínicas insuficientes ou insensíveis de outras pessoas, que

viam apenas simulação de doença ou uma intrigante falta de conformidade à regra. Consoante Chacort, Freud afirmou:

Com segurança, que tudo o que se tem aprendido de inédito sobre a histeria nos últimos anos procede, direta ou indiretamente, de suas sugestões. Contudo, entre os numerosos trabalhos de Charcot, nenhum a meu ver é mais valioso do que aquele onde nos ensinou a compreender as paralisias traumáticas que aparecem na histeria; e como este é precisamente o trabalho que o nosso vem continuar, espero que os senhores me permitam apresentar-lhes esse assunto, uma vez mais, com algum detalhe (FREUD, 1893-1899, p. 37).

O autor expõe que, se consideraremos o caso de uma pessoa sujeita a um trauma, sem antes ter estado doente e, talvez, mesmo sem ter qualquer predisposição hereditária, o trauma deve satisfazer a certas condições. Isso significa que esse trauma deve ser grave, isto é, ser de uma espécie que envolva a ideia de perigo mortal, de uma ameaça à vida, no entanto não deve ser grave no sentido de pôr termo à atividade psíquica. De outra forma, não produziria o resultado que esperamos dele. Assim, por exemplo, não deve envolver concussão cerebral ou qualquer ferimento realmente sério. Além disso, o trauma deve ter uma relação especial com alguma parte do corpo (FREUD, 1893-1895).

4 O MECANISMO DE CONVERSÃO HISTÉRICA

Na obra *Estudos sobre a Histeria* (1893-1895), Freud e Breuer, no texto *Comunicação Preliminar*, trazem à luz o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos em que destacam o fato de uma observação casual levá-los, durante vários anos, a pesquisar uma grande variedade de formas e sintomas de histeria, com a descoberta precipitante do fato que teria provocado a primeira ocorrência, muitos anos antes do fenômeno em questão.

Na grande maioria dos casos não foi possível estabelecer o ponto de origem através da simples interrogação dos pacientes, por mais minuciosamente que seja levada a efeito. Isso se verifica, em parte, porque o que está em questão são, muitas vezes, algumas experiências que o paciente não gosta de lembrar, mas ocorre principalmente pela incapacidade de recordar e não ter nenhuma suspeita da semelhança entre o evento desencadeador e o fenômeno patológico (FREUD, 1893-1895).

Freud e Breuer (1893-1895) relataram ainda que os sintomas que fizeram chegar aos fatores desencadeadores desse tipo incluíam nevralgias e anestésias de

naturezas muito diversas, muitas das quais haviam persistido durante anos, contraturas e paralisias, ataques histéricos e convulsões epileptoides. Tais convulsões foram consideradas pelos observadores como epilepsia verdadeira, “*petit mal*”, e perturbações da ordem dos *tiques*, vômitos crônicos e anorexia, levados até o extremo de rejeição de todos os alimentos, várias formas de perturbação da visão, alucinações visuais constantemente recorrentes, etc.

A desproporção entre os muitos anos de duração do sintoma histérico e a ocorrência isolada que o provocou é o que estavam constantemente habituados a encontrar nas neuroses traumáticas. Com grande frequência, é algum fato da infância que estabelece um sintoma mais ou menos grave, que persiste durante os anos subsequentes.

Para ficar mais claro, Freud e Breuer (1893-1895) tomaram como exemplo uma emoção penosa surgida durante uma refeição, mas suprimida na época, e que produz então náuseas e vômitos que persistem por meses sob a forma de vômitos histéricos, ou uma jovem que velava o leito de um enfermo, atormentada por uma grande angústia, caiu num estado crepuscular e teve uma alucinação aterrorizante, enquanto seu braço direito, que pendia sobre o dorso da cadeira, ficou dormente; disso proveio uma parestesia do mesmo braço, acompanhada de contratura e anestesia, ou ainda a que tentou rezar, mas não conseguia encontrar as palavras; por fim, conseguiu repetir uma oração para crianças em inglês.

O que acontece é que na histeria uma quantidade de energia produzida do afeto em questão é convertida em energia somática e a representação recalçada é simbolizada por uma atividade corporal.

Laplanche e Pontalis (1991, p.448), esclarecem o significado de “Representação”, termo clássico em filosofia e em psicologia para designar “aquilo que se representa, o que forma o conteúdo concreto de um ato de pensamento” e “em especial a reprodução de uma percepção anterior”. Freud opõe a representação ao afeto, pois cada um destes elementos possui destinos diferentes nos processos psíquicos.

O termo *Vorstellung* faz parte do vocabulário clássico da filosofia alemã. A separação entre o afeto e a representação está na origem do recalque, leva a descrever um destino diferente para cada um desses elementos e a encarar a ação de processos distintos: a representação é “recalçada”, o afeto é “reprimido” etc.

Nesse sentido, Freud destaca que,

Em geral, porém, uma representação afetiva é prontamente submetida a um “desgaste”, isto é, a todas as influências, que a privam pouco a pouco de sua carga de afeto. Sua revivescência causa uma quantia sempre decrescente de excitação, e a lembrança perde assim a capacidade de contribuir para a produção de um fenômeno somático. A facilitação do reflexo anormal desaparece e o *status quo ante* é então restabelecido (FREUD, 1893-1895, p. 242).

Explica, ainda, que essas influências do “desgaste”, que se refere, entretanto, são decorrentes da associação, do pensamento e de correções por referências a outras representações. Esse processo de correção então se torna impossível quando a representação afetiva se retira do “contato associativo”, assim apontado por Freud, que destaca ainda que, quando isso acontece, a representação retém toda a sua carga afetiva. Visto que a cada renovação toda a soma de excitação do afeto original volta a ser liberada, a facilitação do reflexo anormal que se iniciou na época é finalmente estabelecida, ou então, se a facilitação já estava completa, ela é mantida e estabilizada. O fenômeno da conversão histérica, assim, estabelece-se permanentemente (FREUD, 1893-1895).

Kaufmann (1996) postula que em uma primeira delimitação do conceito de afeto, na psicologia tradicional, permitirá precisar desde logo a fonte da elaboração que conduzirá, a partir do tratamento catártico, até a psicanálise. Kaufmann (1996, p. 12) destaca Wundt que escrevia que,

Todo Afeto, começa por um sentimento inicial (*Anfangsgefühl*) mais ou menos intenso, característico por sua qualidade e direção da produção do afeto e que tem origem, ou numa representação provocada por uma impressão externa ou num processo psíquico que sobrevém em virtude de condições associativas ou a perceptivas. Segue-se então um processo representativo acompanhado de um sentimento correspondente, que se mostra característico, respectivamente, de cada um dos afetos particulares, em razão da qualidade do sentimento e da velocidade do processo. Por fim, o afeto se conclui com o acompanhamento de um sentimento de término que, ao termo do processo, termina numa situação de repouso em que o afeto se esconde.

Nessa perspectiva, a perturbação do equilíbrio dinâmico do sistema nervoso, isto é, uma distribuição desuniforme do aumento de excitação é o que compõe a faceta psíquica dos afetos. Freud destaca, ainda, que

Pode-se considerar evidente por si mesmo que todas as perturbações do equilíbrio mental que denominamos de afetos agudos acompanham um aumento da excitação. Mas esse aumento da excitação não pode ser empregado na atividade psíquica. 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, 1893-1895, p. 230).

Freud expõe que os afetos que são ativos ou estênicos, entretanto, de fato, aplacam a excitação aumentada através da descarga *motora*. Os gritos e os saltos de alegria, os maiores tónus musculares da cólera, as palavras raivosas e as ações retaliatórias - tudo isso permite que a excitação se escoie em movimentos quais sejam o sofrimento mental e a descarrega na respiração difícil e em atividades secretoras: soluços e lágrimas. É uma constatação cotidiana que tais reações reduzem e aliviam o excitamento (FREUD, 1893-1895).

Na obra *Publicações Pré-Psicanalíticas E Esboços Inéditos* (1886-1889), na *carta 52* datada do dia 06 de dezembro de 1896, Freud escreve ao seu amigo confidente de estudos a respeito do “recalcamento” e destaca que

É como uma falha na tradução, isto é o que se conhece clinicamente como “recalcamento”, seu motivo é sempre a produção de desprazer que seria gerada por uma tradução; é como se esse desprazer provocasse um distúrbio do pensamento que não permitisse o trabalho de tradução. Onde dentro de uma mesma fase psíquica e entre os registros da mesma espécie, forma-se uma defesa normal devida à produção do desprazer. Já a defesa *patológica* somente ocorre contra um traço de memória de uma fase anterior, que ainda não foi traduzido. Certamente não é por causa da *magnitude* da produção de desprazer que a defesa consegue efetuar o recalcamento. Muitas vezes, lutamos em vão precisamente contra lembranças que envolvem o máximo de desprazer (FREUD, 1886-1889, p. 289).

Roudinesco e Plon (1998) explicam que na linguagem comum a palavra recalque designa o ato de fazer recuar ou de rechaçar alguém ou alguma coisa. Assim, é empregada, com respeito, às pessoas que se pretende bloquear acesso a um país ou a um recinto específico. Para Sigmund Freud, o recalque designa o processo que visa a manter no inconsciente todas as ideias e representações ligadas às pulsões, cuja realização, produtora de prazer, afetaria o equilíbrio do funcionamento psicológico do indivíduo, transformando-se em fonte de desprazer. Freud, que modificou diversas vezes sua definição e seu campo de ação, considera que o recalque é constitutivo do núcleo original do inconsciente.

5 A HISTERIA DE CONVERSÃO

Freud explicou em *Estudos sobre a Histeria* (1893-1895) o que acontece na conversão histérica comparando-a com o mecanismo da eletricidade:

Identifico a excitação nervosa com a eletricidade por eu recorrer mais uma vez à comparação com um sistema elétrico. Quando a tensão em tal sistema se torna excessivamente alta, há um risco de que ocorra uma interrupção nos pontos fracos do isolamento. Os fenômenos elétricos aparecem então em pontos anormais, ou, quando dois fios estão muito próximos um do outro, dá-

se um curto-circuito. Visto que uma alteração permanente se produz nesses pontos, a perturbação assim provocada pode repetir-se constantemente se a tensão for aumentada de modo suficiente. Passou a haver uma “facilitação” anormal. É perfeitamente possível afirmar que as condições que se aplicam ao sistema nervoso são, até certo ponto, semelhantes. Ele forma em toda a sua extensão um todo interligado, mas em muitos de seus pontos interpõem-se grandes resistências, embora não insuperáveis, que impedem a distribuição geral uniforme da excitação. Assim, nas pessoas normais em estado de vigília, a excitação no órgão de representação não passa para os órgãos da percepção: essas pessoas não têm alucinações (FREUD, 1893-1895, p. 232).

Destaca, desse modo, dois fatores responsáveis por esse resultado, sendo o primeiro um alto grau de excitação intracerebral que deixou de ser aplacada, fosse por atividades ideacionais, fosse pela descarga motora, ou que é grande demais para ser enfrentado dessa maneira. O segundo fator é uma fraqueza anormal das resistências em algumas vias específicas de condução. Isso pode ser determinado pela constituição inicial do indivíduo, ou pode ser determinado por estados de excitação de longa duração, que afrouxam, por assim dizer, toda a estrutura do sistema nervoso do indivíduo e reduzem toda a sua resistência ou pode ser determinado por influências debilitantes, como doença e subnutrição (FREUD, 1893-1895).

Sendo assim, as ações motoras em que a excitação dos afetos costuma ser descarregada são ordenadas e coordenadas, muito embora com frequência sejam inúteis. Mas uma excitação excessivamente forte pode contornar ou irromper através dos centros coordenadores e se escoar em movimentos primitivos, Freud destacou que

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. Caso esse reflexo anormal se torne inteiramente facilitado pela repetição frequente, poderá, ao que parece, exaurir a força operativa das representações liberadoras de forma tão total que o próprio afeto não surgirá, ou surgirá com intensidade mínima. Em tal caso, a “conversão histérica” é completa. Além disso, a representação, que agora não produz mais quaisquer consequências psíquicas, pode ser desprezada pelo indivíduo, ou pode ser prontamente esquecida quando emergir, como qualquer outra representação desacompanhada de afeto (FREUD, 1893-1895, p. 235).

Nesse sentido, entende-se então que a histeria de conversão é baseada na carga de afeto, tendo uma única saída: a eliminação por conversão em forma de sintoma histérico. A relação traçada por Freud entre o sintoma e o evento traumático torna a doença uma proteção contra os desejos inconscientes do indivíduo. Essa defesa é colocada em prática por meio do recalçamento que, por si só, não constitui

um estado patológico. O sintoma histérico age como uma descarga do desejo proibido, uma forma de fluir aquilo que não pode acontecer no real, o recalque encontra-se presente como mecanismo principal na histeria de conversão. É, portanto, no recalque que se separa a representação do afeto, e essa representação que se desprende da consciência. É, por sua vez, na histeria de conversão que o afeto se transforma em expressão no corpo, ou seja, o sentimento recalcado vai atuar no corpo do sujeito (FREUD, 1893-1895).

6 UM CASO DE HISTERIA DE CONVERSÃO

Na obra *Estudo Sobre a Histeria*, tomamos um caso de Freud para exemplificar a histeria de conversão. Trata-se de uma jovem de vinte e quatro anos de idade, Srta. Elisabeth Von R, que chegou até Freud com fortes dores nas pernas. Ela constatou a princípio ser propensa a dores musculares, mas não sabia a causa.

A jovem sempre teve uma relação muito íntima com o pai, e ele sempre falava de seu temperamento forte, definindo-a como “insolente” e “convencida”, o que fez com que ela deixasse de lado sua feminilidade. Seu pai morreu doente, e Elisabeth sentiu-se na obrigação de resgatar a harmonia na família, mas logo após a morte do pai sua mãe adoeceu, exigindo seus cuidados, como fizera com seu pai, logo suas duas irmãs se casaram. Elisabeth não gostava do marido de sua irmã mais velha, mas acabou se apaixonando pelo marido da segunda irmã, admirando a forma como ele a tratava e almejava aquele homem. Freud, portanto, constatou que suas dores nas pernas partiram dessa paixão (FREUD, 1893-1895).

A paciente em questão, no entanto, já havia sentindo dores nas pernas antes de conhecer o cunhado pelo qual se apaixonou, o que leva a crer que elas estejam relacionadas para além do desejo de casar-se com ele. A primeira vez em que ela sentiu essas dores foi quando deixou o pai doente em casa e saiu para uma festa com um rapaz que afeiçoava nesta época. Nessa mesma noite o estado de saúde de seu pai piorou, e ela sentiu-se muito culpada (FREUD, 1893-1895).

A dor nas pernas chegou ao auge, quando ela começou a gostar do marido da segunda irmã. Levando em consideração todas as situações da sua vida, a doença da mãe, a morte do pai, a inveja do casamento da irmã e o modo como era tratada pelo pai, Elisabeth sentiu uma culpa maior do que deveria. Primeiro, porque o pai passou para a filha que ela não conseguiria se casar por causa do seu temperamento. Segundo, porque, se casasse com o cunhado, não poderia assumir a responsabilidade com a mãe. Terceiro, porque é errado sentir inveja da própria irmã

e “roubar-lhe” o marido. E, por último, por sentir uma “satisfação” pela irmã morta (FREUD, 1893-1895).

Os sentimentos da paciente pelo cunhado podiam já existir, mas cresceram em virtude de sua exaustão física, consequência do aumento dos cuidados com os doentes e pelo esgotamento moral devido as muitas decepções. Então, começou a ceder e admitiu para si mesma sua necessidade do amor de um homem, o que deu provas à paciente de que se encontrava num estado psíquico especial. A ligação desse estado com seus sentimentos eróticos e suas dores pareceu possibilitar a compreensão do que aconteceu, segundo a teoria da conversão (FREUD, 1893-1895).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A trajetória da “Histeria” é conturbada, cheia de percalços e conclusões que levaram a massacres desnecessários por serem mal compreendidas. Desse modo, Foram animais, bruxas, possuídas, pecadoras sexuais imperdoáveis até chegarem a conclusões que poderia ser uma doença hereditária capaz, assim, de atingir homens e mulheres. Charcot e Freud voltam a atenção à histeria, em uma discussão acerca de ideias recalçadas. A histeria passou a ser definida como uma neurose que é caracterizada por casos clínicos diferentes.

Nos estudos desenvolvidos por Charcot e Freud, descobriu-se que os sintomas histéricos são conteúdos traumáticos ligados a desejos sexuais. Esses desejos que não alcançam uma descarga de prazer adequada tentam transpassar pelo recalçamento em direção à consciência, transformando-se em sintomas desagradáveis ao sujeito. Para que haja a ocorrência de um sintoma histérico, é necessário que o fato desencadeador tenha um significado afetivo para o sujeito.

Nesse sentido, a histeria de conversão, que é baseada na carga de afeto sendo reprimida contra uma única via de escoamento, eliminada por conversão em forma de sintoma histérica. Essa relação entre o sintoma e o evento traumático torna a doença uma defesa contra os desejos inconscientes. Tal defesa é colocada em prática por meio do recalçamento, que por si só, não constitui um estado patológico. O sintoma histérico age como uma descarga do desejo proibido, uma forma de escoar aquilo que não pode acontecer no real.

Como aconteceu com Elisabeth, os pensamentos que teve no leito de morte de sua irmã foram instantaneamente recalçados por acreditar que eram imorais. Após

esse recalçamento, houve uma conversão do sentimento recalçado para os sintomas histéricos, ou seja, as dores nas coxas. Essas dores aliviaram o conflito psíquico entre o inconsciente e o consciente, produzindo, assim, a realização do desejo recalçado.

Neste sentido fica claro afirmar que a histeria e logo suas manifestações expressas na conversão histérica se dá como um sintoma social da época onde as mulheres não conseguiam expressar seus desejos seus afetos, e acabava representando em sintomas recalçados no corpo. Hoje em nossa atualidade podemos nos perguntar o que seria o sintoma social? A depressão? Ou ainda como muito se vê na clínica a “ansiedade”, pois como o termo depressão assim como aconteceu com a histeria ganhou um teor pejorativo, mais ainda é um sofrimento que procura escoar-se de alguma forma, seja pela fala, pelo corpo para que só assim possa ter um alívio psíquico.

7 REFERÊNCIAS

FONTELLES, Mauro José; SIMÕES, Marilda Garcia; FARIAS, Samantha Hasegawa; FONTELLES, Renata Garcia Simões. In: **Metodologia Da Pesquisa Científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa**. Trabalho realizado no Núcleo de Bioestatística Aplicado à pesquisa da Universidade da Amazônia – UNAMA, 2009.

FREUD, Sigmund, (1886-1889). **Publicações Pré-psicanalíticas e esboços inéditos**. Obras completas. v. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund, (1893-1895). **Estudos Sobre a Histeria**. Obras completas. v. 2. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund, (1893-1899). **Primeiras Publicações Psicanalíticas**. Obras completas. v. 3. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund, (1900-1901). **Interpretação dos Sonhos (II) e Sobre os Sonhos**. Obras completas. v. 5. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund, (1901-1905). **Um Caso de Histeria: três Ensaios Sobre Sexualidade e Outros Trabalhos**. Obras completas. v. 7. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund, (1914-1916). **A História do Movimento Psicanalítico: Artigos Sobre Metapsicologia e Outros Trabalhos**. Obras completas. v. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund, (1925-1926). **Um Estudo Autobiográfico: inibições, Sintomas e Ansiedade, Análise Leiga e Outros Trabalhos**. Obras completas. v. 20. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

KAUFMANN, Pierre. **Dicionário enciclopédico de psicanálise**: o legado de Freud e Lacan. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1996.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas 2003.

LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean-Bertrand. **Vocabulário da Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel. 1944. **Dicionário de Psicanálise**. Tradução de Vera Ribeiro e Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.