



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIVATES  
CURSO DE PSICOLOGIA

**PRÁTICAS DISCURSIVAS SOBRE A HISTERIA  
NA CONTEMPORANEIDADE**

Franciele Grzebielucka

Lajeado, novembro de 2013

Franciele Grzebielucka

**PRÁTICAS DISCURSIVAS SOBRE A HISTERIA  
NA CONTEMPORANEIDADE**

Monografia apresentada na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II, do curso de Psicologia, do Centro Universitário Univates.

Orientadora: Profa. Ms. Gisele Dhein

Lajeado, novembro de 2013

Franciele Grzebielucka

## **PRÁTICAS DISCURSIVAS SOBRE A HISTERIA NA CONTEMPORANEIDADE**

A Banca examinadora abaixo aprova o Trabalho de Conclusão de Curso, do curso de Psicologia, do Centro Universitário Univates, como parte da exigência para a obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

Profa. Ms. Gisele Dhein – orientadora  
Centro Universitário Univates

Profa. Ms. Ana Bender Pereira  
Centro Universitário Univates

Prof. Ms. Mário Francis Petry Londero  
Centro Universitário Univates

Lajeado, novembro de 2013

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus, por ter permitido com que eu concluísse essa etapa, ou melhor, esse sonho, que desde minha adolescência almejei como um projeto pessoal e profissional. Agradecê-lo também por chegar a esse final, rodeada de pessoas especiais que fizeram toda a diferença na minha formação.

Aos meus pais, Albino e Clessy, por todo o apoio, amor e compreensão que foram dedicados a mim por todos esses anos, nunca medindo esforços para me ver bem e realizada. Duas pessoas extremamente afetuosas, que souberam me passar o que de mais valioso existe no ser humano: o AMOR. E é por isso que dedico esse trabalho e essa realização a eles, pois infelizmente não tiveram oportunidades como eu de estudar, mas conseguiram com muita simplicidade captar o real significado da vida. E hoje, se estou realizando um sonho, é com eles e por eles que digo: TUDO VALEU A PENA!

Ao meu namorado Francis, que desde o vestibular para psicologia, e ao longo desses 7 anos de faculdade, esteve comigo, sempre muito paciente, carinhoso e dedicado. Muitas vezes aguentou o meu mau humor de noites mal dormidas, os meus choros de cansaço, as minhas reclamações de provas e trabalhos, as ligações que eu fazia à noite dizendo estar morrendo de saudades, mas no momento o meu relacionamento sério era com o TCC. Os diversos pedidos de socorro: 'meu computador não funciona', 'meu cartucho acabou', 'estou sem folhas para impressão', tudo porque trabalha nesse ramo. Contudo, posso dizer que na

faculdade também se vive inúmeros momentos bons, e lá estava ele sempre comemorando comigo, ao meu lado, vibrando das minhas conquistas como se fossem suas. Passamos por muitos momentos juntos ao longo desses anos, e tenho certeza que todos independente de serem bons ou ruins serviram como aprendizados e só vieram a aumentar o nosso amor.

Agradeço à minha irmã Fernanda e ao meu cunhado Eduardo por sempre estarem perto de mim, aturando as minhas lágrimas quando algo não dava certo ou comemorando com um 'churrasquinho' quando tudo ocorria bem. A ela, minha 'mana', que desde pequena serviu como um espelho para mim; alguém que lutou muito na vida, um exemplo de profissional, de pessoa, e essa admiração só vem aumentando, porque a cada dia ela busca ser uma pessoa melhor. Minha parceira, minha segunda mãe, minha protetora, minha amiga, minha irmã, enfim vários papéis ela ocupa na minha vida, mas independente de qualquer um, só tenho a agradecê-la por estar sempre próxima a mim.

À minha orientadora Gisele, que incansavelmente me acolheu em todos os momentos que eu a solicitei, estava sempre de prontidão, pessoalmente, por telefone, mensagens ou e-mails, com sua calma ela tinha o poder de me deixar tranquila. Ela também assumiu outro papel dentro da orientação, o de amiga, nos aproximamos muito e nela eu sentia muita segurança, a todo o momento me fazia enxergar o quanto eu era capaz de enfrentar os obstáculos que surgiam ao longo do TCC, principalmente na escrita. Por muitas vezes eu duvidei de mim mesma, mas lá estava ela, me provando sempre o contrário. Exemplo de profissional, exemplo de ser humano, sempre muito sensível e centrada em suas colocações. Só tenho a agradecê-la por ter enfrentado comigo esse desafio que foi o TCC e por sempre apostar no meu potencial enquanto pessoa e futura profissional de psicologia.

À banca, Ms. Mário Francis Londero e Ms. Ana Lúcia Pereira, por terem aceitado a viver essa última etapa comigo, acreditando que seria possível e se dispondo a construirmos juntos uma discussão pertinente. Dizer que é uma honra tê-los como banca, 'mestres' que acrescentaram muito durante minha vida acadêmica e certamente farão boas contribuições nesse trabalho.

Aos profissionais entrevistados, agradecê-los imensamente, pela disponibilidade e pela boa vontade de participarem dessa pesquisa, pois sem o

conteúdo das entrevistas, esse trabalho não aconteceria. Orgulho imenso pelas discussões que surgiram a partir de suas produções, profissionais exemplares e competentes.



## RESUMO

Este trabalho traz como objetivo compreender as práticas discursivas produzidas sobre histeria, entre profissionais psicólogos(as) e psiquiatras no Vale do Taquari/RS. Desta forma, buscou-se identificar as diferentes perspectivas sobre histeria com as quais os profissionais trabalham, as diferentes formas de sua manifestação, bem como problematizá-lo no contemporâneo. Ao procurar-se o termo histeria nos manuais psiquiátricos, como o DSM – IV e CID 10 percebe-se que esse foi retirado e substituído por diversos outros transtornos, como somatoformes, sexuais, dissociativos. Dessa forma, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com 5 (cinco) profissionais psicólogo(as) e psiquiatras, a fim de identificar as práticas discursivas sobre a histeria no contemporâneo. As entrevistas foram gravadas e transcritas, respeitando a resolução 466/2012 do CNS, e os dados obtidos foram analisados à luz do construcionismo social. Esse prevê que o conteúdo que utilizamos para descrever, explicar conceitos são construções humanas, frutos de nossas práticas e peculiaridades (SPINK, 2004). Como resultado, dividimos a análise em três eixos: (1) produção de sentidos da dinâmica da histeria; (2) sintomas histéricos: como são percebidos; (3) compreensões da histeria no contemporâneo.

**Palavras-chave:** Histeria. Contemporâneo. Práticas discursivas.

## ABSTRACT

This work has as objective to understand the discursive practices produced about hysteria, among professional psychologists and psychiatrists in Taquari Valley /RS. Thus, we sought to identify the different perspectives on hysteria with which the professionals work; the different forms of its manifestation, as well as in contemporary problematize it. If you look for the term hysteria on psychiatrists manuals, such as the DSM – IV and CID 10, you will notice that this one was took off and replaced for several other disorders, such as somatoform disorders, sexual dissociative. Thereby, it has made interviews semi-structured with 5 (five) psychologist professionals and psychiatrists, in order to indentify the discursive practices on contemporary hysteria. The interviews were recorded and rewrote, respecting the 466/2012 resolution from CNS, and the date were analyzed in the light of social constructionism. This one predicts that the content we used to describe, explain concepts that are human constructions, they are results of our practices and peculiarities (SPINK, 2004). As a result, it has divided the analysis in three parts: (1) production of the sense of hysteria; (2) hysterical symptoms; (3) understanding of the hysteria in the contemporary.

**Key- words:** Hysteria. Contemporary. Discursive Practices.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>12</b>
2.1 A origem da histeria e as contribuições de Charcot. ....	12
2.2 As teorias Freudianas e suas evoluções quanto ao quadro de Histeria.....	15
2.3 A Histeria no contemporâneo e o seu desaparecimento nos manuais psiquiátricos. ....	17
2.4 O corpo enquanto forma de existência.....	20
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>23</b>
<b>4 HISTERIA: SUA HISTORIA, SEUS DESDOBRAMENTOS .....</b>	<b>28</b>
4.1 Produção de sentidos da dinâmica da histeria .....	29
4.2 Sintomas histéricos: como são percebidos?. ....	34
4.3 Compreensões da histeria do contemporâneo .....	43
<b>5 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES.....</b>	<b>51</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>56</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>59</b>
Apêndice A – Roteiro Entrevista Semi-Estruturada.....	60
Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	61

## 1 INTRODUÇÃO

Ao longo da história, a histeria sempre foi entendida como um mistério, uma incógnita a ser decifrada, em função de seus sintomas apresentarem várias formas e facetas, mas, principalmente, pelo corpo ser o lugar de preferência das conversões (CAMPOS, CARDOSO, 2002).

Em virtude da dificuldade de se chegar a um entendimento concreto quanto ao complexo quadro da histeria, durante muito tempo ela circulou em outras áreas (filosofia, medicina, religião) a fim de dar-se conta de uma explicação. Com o passar dos anos, a histeria passou a ser explicada basicamente pela medicina, porém, por diversas vezes apresentou-se resquícios da visão religiosa (CAMPOS, CARDOSO, 2002).

No final do século XIX, a medicina reconheceu a histeria como uma patologia e passou a tratá-la como tal. Freud, pai da psicanálise, foi um dos responsáveis por essa descoberta, acreditando que as manifestações trazidas pelas histéricas seriam dignas de atenção e particularmente poderiam ser comparadas aos sintomas dos seus pacientes psiquiátricos (CAMPOS, CARDOSO, 2002).

De acordo com Freud (1888), seria relevante prestar atenção na forma como a paciente relatava seus sintomas: “Os fenômenos histéricos têm, preferencialmente, o caráter do excessivo: uma dor histérica é descrita pelo paciente como extremamente dolorosa; uma anestesia e uma paralisia podem facilmente tornar-se absolutas” (apud BESSET et al., 2010, p. 38).

Pensando na possível relação entre a histeria e o corpo, no final do século XIX, Freud (1890) assegurou que havia uma relação recíproca entre o corporal e o mental, no entanto, essa relação foi pouco aceita pela medicina naquela época (apud BESSET et al., 2010).

Neste sentido, podemos pensar numa semelhança entre o que Freud nos trouxe em 1890 e a histeria no contemporâneo. Segundo Csillag (1991), a histeria vem aparecendo nas novas síndromes, nas dores generalizadas, tremores, e nas várias formas de somatizações que tomam conta desse corpo.

Assim, percebemos que desde a época de Freud há uma forte ligação entre o mental e o corporal. O corpo foi e continua sendo um dispositivo de fala, onde não somente os(as) histéricos(as), mas, também, outras patologias se utilizam dele para fins de comunicação, geralmente através do sintoma. Portanto, é através do corpo que o indivíduo vive, sobrevive ou pulsa. Dizemos, assim, que ele seria uma forma de existência, pois ainda sobrevive porque consegue expressar nesse corpo as sensações e as inquietações, sejam elas boas ou ruins. Esse manifestar entendemos que é da ordem do expulsar, do descarregar, como forma de denunciar e expor um sofrimento ou uma alegria.

Discorrendo sobre o contemporâneo, é impossível não pensarmos numa relação com o corpo, ou então, no culto ao corpo. Esse cada vez mais vem exibindo formas e padrões de beleza altamente exigidos pela sociedade e mídia. O corpo vem sendo trabalhado e modificado para a exposição, com o intuito de ser admirado pelo olhar do 'outro'.

Culto ao corpo está sendo entendido aqui como um tipo de relação dos indivíduos com seus corpos que têm como preocupação básica o seu modelamento, a fim de aproximá-lo o máximo possível do padrão de beleza estabelecido. De modo geral, o culto ao corpo envolve não só a prática de atividade física, mas também as dietas, as cirurgias plásticas, o uso de produtos cosméticos, enfim, tudo o que responda à preocupação de se ter um corpo bonito e/ou saudável (GARCIA, 2005, p. 25-6).

Desta maneira, resgatando historicamente como a histeria foi se configurando na medicina e na psicanálise, e a relação desta com o corpo e este com os modos de viver no contemporâneo, buscamos através das pesquisas com os profissionais psicólogos e psiquiatras do Vale do Taquari/ RS, entender as práticas discursivas

sobre a histeria que circulam entre os profissionais da saúde no contemporâneo. Como objetivo geral, essa pesquisa visa identificar os sentidos produzidos sobre a histeria entre os profissionais da saúde, bem como identificar as diferentes perspectivas sobre histeria com as quais esses profissionais trabalham; compreender as diferentes manifestações da histeria no contemporâneo em contraponto com os estudos da época de Freud; e problematizar o conceito de histeria atualmente.

Justificando o tema a ser pesquisado, o mesmo surgiu a partir da nossa curiosidade em saber como vem sendo a construção dos discursos da histeria no contemporâneo e sua relação com o corpo, bem como a dificuldade de encontrar bibliografias suficientes que abordassem esse tema. Segundo Bursztyn (2011), na atualidade cada vez mais a Psiquiatria vem se afastando da Psicanálise, reflexo disso está nas mudanças no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) e na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), onde a palavra Histeria foi retirada e substituída por outros transtornos, como, por exemplo, somatoformes, sexuais, dissociativos.

Dessa forma, consideramos relevante buscar através desse trabalho subsídios para analisar como o conceito de histeria vem sendo trabalhado pelos profissionais da saúde no contemporâneo. Esta temática vem sendo pouco discutida e as produções teóricas sobre o assunto são escassas, evidenciando, assim, a importância da pesquisa nesta área.

Sendo assim, em um primeiro momento buscamos discutir a metodologia utilizada, na qual consistiu em entrevistar 5 (cinco) profissionais da área da saúde (psicólogos(as) e psiquiatras) do Vale do Taquari/RS, procurando entender as práticas discursivas que circulam sobre a histeria na contemporaneidade. As entrevistas foram guiadas por um roteiro semi-estruturado (APÊNDICE A) e analisadas a luz da abordagem metodológica do construcionismo social.

Posteriormente, a partir do conteúdo analisado, optamos em discorrer sobre os seguintes eixos, os quais se sobressaíram nas discussões: (1) Produção de sentidos da dinâmica da histeria; (2) Sintomas histéricos: como são percebidos? (3) Compreensões da histeria no contemporâneo.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 A origem da histeria e as contribuições de Charcot

O nome “histeria” tem como significado a palavra “útero”, surgiu com os primórdios da medicina, resultado do preconceito que atrelava as neuroses ao aparelho sexual feminino (FREUD, 1996).

As neuroses foram apontadas na Idade Média, como marco significativo, pois surgiam “sob forma de epidemias, em consequência de contágio psíquico, e estavam na origem do que era fatal na história da possessão e da feitiçaria” (FREUD, 1996, p. 77).

Para a medicina, “os pobres histéricos” não passavam de simuladores. Várias dessas pessoas foram lançadas a fogueiras ou exorcizadas, pois a histeria era tida como indigna de observações clínicas em virtude do seu quadro ser visto como um exagero (FREUD, 1996). “As manifestações históricas têm preferentemente, a característica de serem exageradas: uma dor histérica é descrita pelos pacientes como extremamente dolorosa” (FREUD, 1996, p. 84).

No entanto, foi a partir dos estudos de Charcot e da escola Salpêtrière, que a histeria passou a ser melhor compreendida. Através dos estudos observaram que na histeria havia alterações do sistema nervoso que incluíam alguns sintomas como: exoftalmia (saliência exagerada do globo ocular), bócio (aumento da glândula da

tireóide), tremores, aceleração de pulso e alteração psíquica. Porém, de acordo com os escritos da época, a sintomatologia não sofreu alterações até os dias atuais (FREUD, 1996).

Quanto à histeria, as autoridades alemãs descreviam o quadro como sendo semelhantes aos estados nervosos em geral, ao de neurastenia (fadiga, fraqueza), e de muitos dos estados psicóticos. Todavia, Charcot, sustentava com firmeza que a histeria era ao contrário da neurastenia, pois a considerava um quadro bem definido e nitidamente circunscrito (FREUD, 1996).

A sintomatologia da “grande histérica” incluía:

1. Ataques Convulsivos: estes abrangiam, “pressão no epigástrico, constrição na garganta, latejamento nas têmporas, zumbido nos ouvidos, ou parte desse complexo de sensações” (FREUD, 1996, p. 79). Um ataque para ser completo precisa seguir três fases. A primeira fase é “epileptoide”, um ataque epiléptico manifestado de um único lado do corpo (FREUD, 1996). A segunda fase: “apresenta movimentos de salamaleque, atitudes em arco, contorções e outros” (FREUD, 1996, p. 78). Nessa fase, a força usada pela histérica é grande, e os movimentos são geralmente coordenados, podendo assim ser evitados ferimentos graves (FREUD, 1996). Na terceira fase caracteriza-se pela alucinação e maneiras passionais, “distingue-se pelas atitudes e posturas que sugerem cenas de movimento passional, que o paciente alucina e frequentemente acompanha com palavras correspondentes” (FREUD, 1996, p. 79). Neste momento geralmente a histérica perde a consciência. O ataque por inteiro pode variar na duração em horas ou em dias para finalizar. Pode ainda acometer as histéricas o chamado “ataques de sono”, o qual é descrito como um coma, a respiração e a circulação pode diminuir, confundindo com a morte. Esse estado pode durar semanas ou meses, diminuindo a nutrição corporal, entretanto não há risco de vida (FREUD, 1996).

2. Zonas Histerógenas: são “áreas supersensíveis do corpo, nas quais um leve estímulo desencadeia um ataque cuja aura muitas vezes começa por uma sensação proveniente dessa área” (FREUD, 1996, p. 79). Essas áreas localizam-se geralmente no tronco e ainda avança para alguns locais de preferência. Nas mulheres as áreas mais acometidas são: “área da parede abdominal correspondente

aos ovários, na região coronária do crânio e na região inframamária” e nos homens, “nos testículos e no cordão espermático” (FREUD, 1996, p. 79).

Pressionando essas áreas pode ocasionar não uma convulsão, mas sensações-aura, também as mesmas servindo como inibidora dos ataques convulsivos. As zonas histererógenas podem apresentar-se no corpo em poucas áreas, em muita ou ainda de um único lado ou ambos (FREUD, 1996).

3. Distúrbios da sensibilidade: este é o principal sintoma da histeria, os sinais persistem mesmo quando a pessoa não está em crise. A anestesia ou hiperestesia (aumento da intensidade das sensações) é que compõe o quadro de distúrbios da sensibilidade. A anestesia pode afetar membranas, órgãos e os sentidos, no entanto a sua prevalência é a anestesia da pele (FREUD, 1996).

No caso da anestesia histórica da pele, todas as diferentes espécies de sensações da pele podem ser dissociadas e comportar-se de forma muito independente umas das outras. A anestesia pode ser total ou atingir apenas a sensação de dor (analgésia – que é a mais comum), ou apenas as sensações de temperatura, pressão ou eletricidade, ou a sensibilidade muscular (FREUD, 1996, p. 80).

A anestesia pode ser total, atingir a maioria dos órgãos dos sentidos até mesmo afetar toda a superfície da pele. No entanto, pode também surgir em focos distribuídos de um único lado, ou de ambos, e ainda pode ser em determinados lugares ou localizados sobre órgãos internos atingidos por uma doença. A hiperestesia pode estar presente nesses casos, substituindo a anestesia (FREUD, 1996).

4. Distúrbios da atividade sensorial: “estes podem afetar todos os órgãos dos sentidos e podem aparecer simultaneamente com ou independentemente de modificações na sensibilidade da pele” (FREUD, 1996, p. 81). Os principais sintomas do distúrbio histórico da visão inclui: reflexo corneano diminuído, estreitamento do campo visual, redução da percepção luminosa. A surdez histórica geralmente é unilateral, acompanhada pela anestesia do canal auditivo até a membrana do tímpano. Nos distúrbios do paladar e olfato é encontrado anestésias das regiões pertencentes aos órgãos desses sentidos (FREUD, 1996).

5. Paralisias: as paralisias são menos comuns que as anestésias, porém, quando ocorrem é paralisado membros de forma distinta, como pé, perna, braço ou então ambos os membros. “Na paralisia dos membros deve-se acrescentar a afasia histérica, ou, mais corretamente, a mudez, que consiste numa incapacidade de produzir qualquer som articulado ou de executar movimentos da fala sem voz” (FREUD, 1996, p. 83). Há também as paralisias motoras encontradas nas histéricas que prejudicam as funções destas. Como, por exemplo, as pernas, podendo afetar a incapacidade de andar, porém, não a paralisando.

6. Contraturas: elas são muito comuns nos membros, nos órgãos de sentido e nos intestinos. Ela é explicada pela excessiva intensidade depositado nos mesmos, podendo ocorrer em qualquer posição.

Os primeiros sinais da histeria feminina geralmente aparecem na adolescência (dos quinze anos em diante), porém, não sendo raridade nas crianças de seis a dez anos. A histeria masculina produz sintomas pertinentes, assemelhando-se a uma doença grave em que muitas vezes o trabalho precisa ser interrompido (FREUD, 1996). As paralisias e contraturas (sinais comuns) podem durar anos nas histéricas, desaparecendo inesperadamente.

## **2.2 As teorias Freudianas e suas evoluções quanto ao quadro de Histeria**

De acordo com Roudinesco (1998), “a histeria é uma neurose caracterizada por quadros clínicos variados” (p. 337). No histérico o traço mais prevalente é o histrionismo, termo esse surgido na Antiga Roma, que significa teatralidade. O comportamento do histérico geralmente é exagerado, dramático, parecendo estar simulando, variando conforme as expectativas da plateia. O exagero costuma ser dos seus pensamentos e sentimentos (BEZERRA, 2004).

Foi a partir dos estudos de Charcot sobre histeria, que esse acreditava que “todo o evento, toda a impressão psíquica é revestida de uma determinada carga de afeto da qual o ego se desfaz, seja por meio de uma reação motora, seja pela atividade psíquica associativa” (FREUD apud BEZERRA, 2004, p. 11).

Freud, entre 1888 e 1893, acreditando na mesma etiologia da histeria, conceituou-a essa como também sendo de origem traumática. Esse trauma teria sido de ordem sexual e realmente vivido na infância pelo sujeito (BEZERRA, 2004). Sendo assim, Freud começou seus experimentos juntamente com Breuer, iniciando com o uso da hipnose a fim de darem conta de uma explicação para a histeria.

Desta maneira, perceberam com os estudos, que a partir do momento que as histéricas conseguiam falar de suas conflitivas inconscientes sob efeito hipnótico, acordavam sem sintomas alguns. Assim sendo, Freud ainda de acordo com a influência de Breuer, lançou o texto “Sobre o Mecanismo Psíquico dos Fenômenos Históricos: Comunicação Preliminar”, esse acabou transformando-se no primeiro capítulo do “Estudos sobre a Histeria” (BEZERRA, 2004).

Neste sentido, ainda pensando no trauma como causador das crises histéricas, Freud propôs uma pequena mudança em sua teoria: percebeu que o trauma necessariamente não precisaria ser de ordem sexual, podendo ser qualquer experiência desagradável que abalasse o ego, causando um afeto intenso por parte do sujeito. Através do recalçamento (mecanismo de defesa) do sujeito, fazia com que o evento do trauma fosse esquecido, afastando-se do consciente. Esse acontecimento foi denominando por Freud, como teoria da defesa.

O que acaba tornando um histérico não é praticamente o trauma, mas sim, o fato de tal vestígio pressionado pelo recalçamento ser sobrecarregado de afeto exacerbado, gerando, assim, um conflito que é o impulso essencial da histeria, que persiste pela vida a fora, que é o fato de uma representação, com excesso de afeto e, por outro lado, uma defesa, que acaba desaguando em outros sintomas – caso da histeria de conversão (FREUD apud BEZERRA, 2004, p. 13).

De acordo com Bezerra (2004) para se chegar à cura dos sintomas, é necessário que o conteúdo traumático seja retirado do esquecimento, descarregando através do afeto a lembrança, podendo o sujeito reviver e ressignificar a cena de outra maneira, assim anulando os efeitos do trauma.

Freud, mesmo descobrindo a catarse como método para auxiliar no tratamento da histeria, permanecia dedicado aos seus estudos e foi a partir da experiência com a paciente histérica Emmy Von N., que a mesma solicitou a Freud que a deixasse falar. Dessa maneira, o mesmo percebeu que não precisava

hipnotizar para conseguir que suas pacientes falassem. Denominou esse fenômeno de “associação livre”, na qual a paciente poderia falar nesse espaço tudo o que lhe viesse em mente. Foi a partir dessa abertura de Freud que as suas pacientes começaram a trazer nas análises os sonhos e seus conteúdos, revelando sintomas ocultos da histeria (BEZERRA, 2004).

De acordo com Ávila e Terra (2010), os estudos de Freud em 1895 apontaram que as histéricas sofriam de reminiscências:

As reminiscências de que sofriam as histéricas, eram inconscientes, ou seja: as histéricas sabiam, mas não sabiam que sabiam; ou elas se lembravam, mas não sabiam disso ou não queriam saber nada disso. Não queriam saber nada de suas lembranças da infância e, nem tampouco, de suas fantasias não tão infantis assim, fantasias de amor em geral. Poderíamos dizer, então, que as histéricas sofriam de amor também, mas de um amor recusado à consciência, um amor que, embora consciente um dia, fora recalçado, reprimido (SCOTTI, 2002, p. 234).

Desse modo, Freud ainda percebeu que não bastava fazer com que suas pacientes trouxessem os afetos dos conteúdos traumáticos, era importante tornar consciente esses conteúdos, possibilitando sua elaboração, deste modo evoluindo da catarse ao método da psicanálise. “Os sintomas histéricos são derivados de lembranças que agem inconscientemente” (FREUD apud BEZERRA, 2004, p. 199). De acordo com Bezerra (2004) os sintomas histéricos surgem das manifestações internas perturbadoras, sendo o meio externo o desencadeador desses sintomas.

### **2.3 A Histeria no contemporâneo e o seu desaparecimento nos manuais psiquiátricos**

De acordo com Besset et al., (2010), no contemporâneo a força da histeria concentra-se nos sintomas corporais. São atestados, assim, quando não são encontradas explicações orgânicas. No entanto, Freud em 1890 já confirmava de acordo com seus estudos que havia uma relação entre o mental e o corporal.

Hoje a histeria reside em todos os quadros clínicos em que há indefinição, confusão, dúvidas diagnósticas prolongadas, curso incerto da doença, multiplicação de sintomas, além de aspectos de má relação médico-

paciente (algumas vezes com ameaças de parte a parte), não adesão a tratamento, persistência de queixas, conflitos interpessoais em diversos contextos e inabilidade familiar em lidar com as questões do paciente (ÁVILA; TERRA, 2010, p. 334).

Atualmente, as conversões histéricas vêm se apresentando diferentemente da época de Charcot e Freud. No primeiro momento as histéricas revelavam-se através dos seus corpos retorcidos (conversão), no contemporâneo, essa cena é substituída pela “imagem do velamento do sofrimento psíquico, do tumulto, do conflito, da dor” (FERNANDES, 2001, p. 62). No entanto, a maioria dos sintomas ainda localizam-se no corpo.

De acordo com Zimerman (1999), o corpo possui uma importância significativa na histérica.

[...] o corpo adquire uma extraordinária importância para a pessoa histérica não só porque ela ficou hiperlibidinizada (quase sempre por excessivos estímulos erógenos na infância), mas também porque é por meio do corpo – uma forma de vestir, um sorriso enigmático, um olhar diferente, uma certa entonação vocal, alguma manifestação conversiva ou dissociativa – que a pessoa histérica pretende garantir a posse da pessoa desejada. A aparência externa do corpo também é levada a extremos (muitas vezes, dissimulada por um extremo oposto de total desleixo) porque é tão acentuada a desvalia dos autênticos valores que só resta o recurso da aparência externa como garantia de vir a ser reconhecida e valorizada (p. 211).

Sendo assim, através da sedução (que é geralmente depositada em alguma parte do corpo) a histérica busca ser amada e desejada para então dominar os objetos amorosos, que ficam sob o risco de ser desprezada e abandonada (ZIMERMAN, 1999). Esse comportamento talvez seja uma proteção contra o abandono, visto que a histérica não tolera e não saber lidar com este. Com isso, “o principal está mesmo na montagem da sedução muito mais do que na conquista propriamente dita, pois, quando conquista, recusa” (BACKES et al., 2008, p. 59).

De acordo com Ávila e Terra (2010), no ano de 1993, com a nova edição da Classificação Internacional das Doenças (CID-10), e no ano 1994, com a edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV), “ficou estabelecido o fim da categoria histeria, com sua redesignação sob novas nomenclaturas diagnósticas” (p. 334). Ambos trazem os Transtornos Somatoformes

como substitutos da Histeria. Contudo, essa substituição já havia na edição do DSM-III, de 1980, tornando a psicossomática o termo moderno para a antiga histeria.

A primeira edição do DSM foi mais cuidadosa aos termos, utilizando o termo “histeria”, evitando o termo “transtornos psicossomáticos”, “considerando-os mais um ponto de vista em medicina que uma patologia específica, em si” (ÁVILA; TERRA, 2010, p. 337). Na edição número dois do DSM, voltou a classificação histeria “como neuroses e neuroses histéricas, sendo subdividida em tipos conversivo e dissociativo” (ÁVILA; TERRA, 2010, p. 237). Ao contrário da classificação do DSM-I, aceitando a histeria como um transtorno de personalidade.

Às vistas da edição do DSM-III ser lançada, as pessoas e profissionais no geral achavam a histeria como uma patologia muito estigmatizante, sendo assim, preferiram lançar a nova edição dividindo a histeria em outros transtornos, eliminando-a por completo. “Essa edição banuiu os sintomas psicossomáticos, historicamente o cerne da histeria, para utilizar-se de um grupo de diagnósticos chamados de transtornos somatoformes, ou sintomas físicos sugerindo desordem física” (ÁVILA; TERRA, 2010, p. 337). No entanto, os transtornos dissociativos presentes na histeria, permaneceram na edição.

Os transtornos somatoformes do DSM-IV listam cinco tipos de transtornos que estão incluídos: o transtorno conversivo, o próprio transtorno de somatização, o transtorno dismórfico corporal, a hipocondria e o transtorno doloroso, “além de contar com outras duas categorias residuais, a saber: o transtorno somatoforme indiferenciado e o transtorno somatoforme sem outra especificação” (ÁVILA; TERRA, 2010, p. 337-8). Com relação aos transtornos dissociativos que permanecem inalterados, este “prevê quatro classificações diagnósticas: a amnésia dissociativa, a fuga dissociativa, o transtorno dissociativo da personalidade e o transtorno de despersonalização” (ÁVILA; TERRA, 2010, p. 338).

No mês de maio de 2013 o DSM-V foi lançado. Todavia, juntamente com ele, surgiram várias críticas, pois de acordo com profissionais e população em geral, esta edição está “fabricando doenças mentais”, transformando o normal em patológico. De acordo com a revista época do dia 20 de maio, Elaine Brum nos traz uma afirmação: “acordei doente mental”, visto que o DSM-V possui mais de 300

patologias no seu conteúdo, englobando e diagnosticando todo o tipo de comportamento, antes visto como normal, que acometem o indivíduo.

Essa repercussão tomou tamanha proporção que até mesmo os médicos que apoiavam o manual nas edições anteriores, nessa edição optaram pelo afastamento das discussões e da elaboração do mesmo (BRUM, 2013). Assim, pensando no aumento de patologias e diagnósticos, conseqüentemente isso implicaria no acréscimo da compra e consumo de medicamentos, esses prescritos pelos médicos. Esse excesso de classificações, também nos faz pensar sobre a banalização dos diagnósticos e das medicalizações.

#### **2.4 Corpo enquanto forma de existência**

De acordo com Freire (2002), a histeria tem como sua principal peculiaridade o fato de colocar o corpo em evidência.

[...] o corpo é o vetor semântico pelo qual a relação do indivíduo com o mundo é construída, o que ocorre por meio do contexto cultural e social em que o indivíduo se insere. Dentre essas relações, encontramos atividades perceptivas, mas também expressão de sentimentos, cerimoniais de ritos e de interação, conjunto de gestos e mímicas, produção da aparência, jogos sutis da sedução, técnicas do corpo, exercícios físicos, relação com a dor e com o sofrimento. O corpo produz sentidos continuamente e, assim, insere-se ativamente no interior de dado espaço social e cultural (LE BRETON, 2006, p. 7).

Sendo assim, para um melhor entendimento, faz-se necessário discorrer sobre o conceito de corpo nas diversas épocas, pois, “antes de qualquer coisa, a existência é corporal” (LE BRETON, 2006, p. 7).

Ao longo dos anos o corpo passou por metamorfoses, sejam nas diferentes maneiras de pensar esse corpo ou nas diversas formas de se relacionar com o mesmo. Essas várias alterações frente ao modo de ver o corpo se deve às mudanças sociais, culturais, políticas e científicas, de cada época. Através de uma linha do tempo do conceito de corpo, podemos perceber as diferentes concepções que este veio sofrendo ao longo dos anos. Iniciando na Idade Média, havia um

contraponto entre o entendimento de corpo: “imaginava-se um corpo culpado, perverso, necessitado de purificação” e ao mesmo tempo “o corpo poderia ser também encarado como uma fonte de salvação da alma” (MAROUN; VIEIRA, 2008, p. 174).

Ainda de acordo com os mesmos autores, o período Renascentista encara o corpo como belo, principalmente, quando relacionado às artes em especial às pinturas de Michelangelo e Da Vinci. Aos poucos com o avanço dos estudos na área da anatomia e fisiologia foi se estabelecendo uma visão corporal mais ampla, afastando ainda mais da antiga visão religiosa. De acordo com Sant’Anna (2007) a partir da metade do século XIX, através da democratização do corpo, este passou a ser acessível à cultura de massa isso se deve principalmente pela invenção da fotografia como meio de contemplação estética do corpo. Sendo assim, seguindo a lógica industrial, o corpo passou a ser considerado uma fonte de trabalho.

Em seguida, por volta do século XX, o corpo atrelou-se à tecnologia. A comunicação da massa teve início com a industrialização e os meios de comunicação. Com o início da modernidade, o corpo foi associado a uma máquina, possível de controlar, dividir, reconstruir, estudar, manipular, assim prevendo o funcionamento desse corpo (DANTAS, 2010).

Finalmente, no século XXI, com o avanço da tecnologia e ciência, os modos de viver (pensar, consumir, produzir, comunicar) também sofreram transformações visto que, a vida como um todo, movendo-se depressa demais, interferindo nas reais percepções do sujeito diante do seu contexto e sua existência, uma vez que não há mais tempo para questionamentos. Na sociedade atual, cada vez mais, o corpo vem participando na configuração dos modos de subjetivação. Colocar o corpo em cena não é algo novo. Ao relacionar o cuidado com o corpo contemporâneo em relação a outras épocas, este vem se destacando nos estudos, jamais se viu tamanha exigência e preocupação com a beleza e juventude. (MAROUN; VIEIRA, 2008).

Novaes (2006) traz a ideia de um corpo que nele é depositado as marcas de um dentro e fora do sujeito e de sua cultura, expressada através da aparência, seja na postura, higiene pessoal, vestimentas, práticas corporais, cirurgias plásticas, tratamentos estéticos, academias, entre outras, tudo em nome de um corpo belo, magro, malhado e saudável; “o corpo é então compreendido como uma

exteriorização do interior psíquico do sujeito, fazendo, dessa maneira, a fronteira entre o individual e o social” (NOVAES, 2006, p. 58).

Com a rapidez com que as informações são obtidas no contemporâneo, o sujeito acaba frustrado e lançado ao desamparo, pois, não consegue acompanhar ou mesmo atender às necessidades desse mundo globalizado. Consequência disso é a fragmentação da subjetividade, onde o eu, o autocentramento e a exterioridade são privilegiados. Dessa forma, pode-se falar em cultura do narcisismo e do espetáculo, nas quais as relações inter-humanas estão esvaziadas e desinvestidas. (BIRMAM, 1999).

Diante dessa discussão, questionamos a relação dos modos de viver no contemporâneo com o 'ser' histórica. Será que seria o contemporâneo o precursor dos sintomas históricos, ou seria uma mera coincidência tanta semelhança? Percebemos que os sintomas históricos e o modo de vida no contemporâneo se confundem, ambos escolhem o corpo, o exterior como fonte de 'exposição' seja nos sintomas ou nos adereços das históricas, seja no culto ao corpo (cirurgias plásticas, tratamentos estéticos, medicamentos para emagrecimento, etc...) do 'ser' contemporâneo.

### 3 METODOLOGIA

Os profissionais foram escolhidos de forma intencional, a partir da rede de contatos. Inicialmente a ideia era de realizar as entrevistas somente com psicólogos(as). No entanto, no semestre passado, ao realizar o projeto do TCC, percebemos a necessidade de se falar em diagnósticos e manuais, visto que o termo histeria já não pertence mais à lista de patologia dos DMSs e CIDs. Nessa mesma época foi lançado, por coincidência ou não, o DSM-V, que apenas reforçou a ideia de entrevistar psiquiatras a fim de uma maior compreensão desse manual. Sendo assim, a pesquisa foi realizada com 3 (três) psicólogos(as) com atuação em clínica, de diferentes abordagens: psicanálise, cognitivo comportamental e sistêmica; e 2 (dois) psiquiatras, sendo que um(a) deles(as) faz atendimentos psicoterapêuticos e o(a) outro(a) trabalha na saúde pública. Além de atuarem clinicamente, os(as) profissionais entrevistados(as) também desenvolvem atividades como: docência, ações na saúde pública, pesquisa, por exemplo. Ambas as classes de profissionais têm no mínimo três anos de atuação nessa área. Fizeram suas formações no estado no Rio Grande do Sul, e o tempo de formação variou de cinco (5) a vinte e sete anos (27).

O contato inicial se deu em junho e julho de 2013. Os sujeitos foram convidados por telefone. Na oportunidade apresentamos a proposta da pesquisa e, percebendo o interesse dos(as) mesmos(as), tentamos já deixar pré-agendado uma data para o encontro, conforme disponibilidade dos(as) mesmos(as). Destacamos que todos(as) os(as) pesquisados(as) solicitaram as perguntas da entrevista antes

do nosso encontro, a fim de estudarem sobre o tema. Contudo, no mês de agosto, tivemos que retomar as ligações aos profissionais a fim de agendarmos o horário, data e local das entrevistas.

A pesquisa seguiu os preceitos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa com seres humanos, e o início da coleta de dados só ocorreu mediante autorização dos(as) participantes entrevistados(as) e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário UNIVATES, protocolo número 327.279.

Sendo assim, quatro entrevistas ocorreram no mês de agosto e uma em setembro, conforme previamente agendadas com os(as) profissionais e de acordo com as suas disponibilidades e interesses. Os 'nossos encontros', como preferimos nomear as entrevistas, aconteceram de forma individual e nos locais escolhidos pelos(as) entrevistados(as). Os locais escolhidos foram bem diversificados: em uma biblioteca, numa sala de professores, uma em um CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e duas das entrevistas aconteceram nos consultórios particulares.

Os momentos dos encontros foram muito agradáveis, com uma boa recepção por parte dos(as) entrevistados(as). Propusemo-nos a um espaço de trocas e discussões, em nenhum momento prevaleceu alguma hierarquia, por exemplo, de profissional para acadêmica-pesquisadora. Além disso, para ambas partes as discussões acrescentaram muito enquanto aprendizado, percebendo que havia um entrosamento e uma empatia para com a fala do outro.

Podemos dizer que os momentos das entrevistas foram produtos de 'bons encontros', como nos sugere Deleuze. Esses da ordem da afecção, uma mistura de corpos, na qual um é afetado pelo outro, na potência de ser e agir. Fomos tomados pelas discussões, pela fala, pelas percepções e sensações do outro, porém sem esquecer a nossa bagagem singular, desta forma conseguindo produzir e problematizar a histeria e seus arredores de acordo com ambas as visões.

Para Deleuze (1998), o aprender é esse movimento, "significa compor os pontos singulares de seu próprio corpo ou da sua própria língua com os de uma outra figura, de um outro elemento que nos desmembra, que nos leva a penetrar num mundo de problemas até então desconhecidos" (apud SILVA, 2002, p. 50).

E foi através dessa compreensão mútua dos movimentos, do que se passou no meio dessa relação que conseguimos promover uma discussão pertinente ao tema proposto. Essas produções consideramos ser a potência máxima que nos fez agir e incorporar um pouquinho de cada entrevistado(a), conseguindo estruturar e retirar dessa pesquisa o que de mais doce e salgado havia.

As entrevistas foram conduzidas a partir de um roteiro semi-estruturado (APÊNDICE A), sendo gravadas e posteriormente transcritas. As perguntas foram elaboradas de forma aberta e aplicadas a psicólogos(as) e psiquiatras, na presença da acadêmica-pesquisadora, sendo a histeria o assunto disparador das discussões.

No momento da entrevista, primeiramente, foi entregue, apresentado e lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) e após, estando os profissionais dispostos a participarem, foi assinado em duas vias por cada participante da pesquisa. Uma cópia ficou com o(a) entrevistado(a) e a outra com a acadêmica-pesquisadora.

As durações dos ‘nossos encontros’ variaram de 8 min até 44 min, isso devido a disponibilidade de cada profissional. Para garantir proteção e confidencialidade da identidade dos sujeitos da pesquisa, garantindo o seu anonimato na divulgação dos resultados do estudo, os(as) psicólogos(as) e psiquiatras foram identificados(as) por codinomes de letras do alfabeto. Ex.: A, B, C, etc. As gravações e transcrições das entrevistas e os TCLE serão guardados pela acadêmica-pesquisadora durante cinco anos, sendo que após este período estes documentos serão incinerados.

Referente às devoluções da pesquisa aos(as) entrevistados(os), para esses serão entregues uma cópia deste trabalho, a fim de apresentar as discussões frente às entrevistas e às considerações após as análises.

Esta pesquisa foi de cunho qualitativo. De acordo com Tomasi e Yamamoto (1999), a pesquisa qualitativa “envolve a coleta e análise sistemática de materiais narrativos mais subjetivos, utilizando quando necessário procedimentos nos quais a tendência é o mínimo de controle imposto pelo pesquisador” (p. 24). Ainda, de acordo com os autores, o pesquisador que faz uso do método qualitativo, pretende compreender o todo de determinado fenômeno, não focando em conceitos específicos; considera importantes as interpretações das circunstâncias feitas pelas

peças pesquisadas, bem mais do que as suas, costuma ter poucas ideias preconcebidas; mesmo podendo usar roteiros e perguntas abertas, prefere coletar informações sem instrumentos formais e estruturados, evitando controlar o contexto da pesquisa.

Assim, vale salientar que os “pesquisadores qualitativos coletam e analisam materiais pouco estruturados e narrativos que propiciam campo livre ao rico potencial das percepções e subjetividade dos seres humanos” (TOMASI; YAMAMOTO, 1999, p. 25).

Segundo Triviños (1987), “para alguns tipos de pesquisa qualitativa, a entrevista semi-estruturada é um dos principais meios que tem o pesquisador para realizar a coleta de dados” (apud TOMASI; YAMAMOTO, 1999, p. 51).

Neste sentido, fazer uma pesquisa qualitativa com entrevistas semi-estruturadas requer um ambiente aberto, não com o predomínio de um saber, ao contrário, com o intuito de se estabelecer trocas entre pesquisado e pesquisador, mesmo que esse último utilize algumas questões norteadoras.

Em relação às entrevistas semi-estruturadas:

Pode-se entender por entrevista semi-estruturada, em geral, aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante (TOMASI; YAMAMOTO, 1999, p. 51).

Sendo assim, de acordo com Tomasi e Yamamoto (1999), o informante consegue seguir facilmente a linha do seu pensamento e de suas experiências, dentro do enfoque colocado pelo pesquisador. Na entrevista semi-estruturada pode-se obter resultados valiosos, dependendo se o pesquisador tiver bom domínio da abordagem estudada e da teoria que norteia sua pesquisa.

As entrevistas do presente trabalho foram analisadas a partir da abordagem teórico-metodológica do construcionismo social. Segundo Gergen (1985), a investigação sócio-construcionista “preocupa-se, sobretudo, com a explicação dos processos por meio dos quais as pessoas descrevem, explicam ou dão conta do mundo (incluindo a si mesmos) em que vivem” (apud SPINK; FREZZA, 2004, p. 26).

Sendo assim, podemos dizer que no construcionismo social, não há separação entre sujeito e objeto, ambos estão aliados.

Neste sentido, também é válido salientar que

O construcionismo incorpora a noção de que os critérios e conceitos que utilizamos para descrever, explicar, escolher entre as opções que se apresentam são construções humanas, produtos de nossas convenções, práticas e peculiaridades (SPINK; FREZZA, 2004, p. 32).

Deste modo, pode-se pensar que no dia-a-dia de nossas vidas, somos produtos de nossa época, não fugindo dos julgamentos morais e das estruturas de legitimação. De acordo com Spink e Frezza (2004) “a pesquisa construcionista é, portanto um convite a examinar essas convenções e entendê-las como regras socialmente construídas e historicamente localizadas” (p. 32). Além disso, é através desse modelo de pesquisa que se consegue participar ativamente dos processos de transformação social.

Ao encontro do construcionismo social, é imprescindível discorrer sobre as práticas discursivas e a produção de sentidos.

As práticas discursivas, assim situadas, constituem o foco central de análise na abordagem construcionista. Implicam ações, seleções, escolhas, linguagens, contextos, enfim, uma variedade de produções sociais das quais são expressão. Constituem, dessa forma, um caminho privilegiado para entender a produção de sentidos no cotidiano (SPINK; FREZZA, 2004, p. 38).

Desta maneira, ainda segundo Spink e Frezza (2004), pode-se ressaltar que a produção de sentidos busca entender como se dá sentido aos acontecimentos do nosso cotidiano, sendo este uma força indispensável na nossa sociedade.

#### 4 HISTERIA: SUA HISTÓRIA, SEUS DESDOBRAMENTOS

A histeria, como já citado nesse trabalho, passou por diversas percepções ao longo dos anos. O mais interessante é que mesmo com o seu nome banido dos manuais psiquiátricos, atualmente, ao se deparar com uma crise histérica, ainda se relembra e se fala em histeria, pois a história dessa neurose (assim era vista na época de Freud) foi muito curiosa, visto que nem a medicina conseguia explicar tais sintomas, exigindo assim, dos estudiosos da época, muita dedicação e esforço para se chegar a algumas explicações.

Por essa longa trajetória é que nos encantamos e resolvemos pesquisar sobre as práticas discursivas que envolvem a histeria no contemporâneo, justamente porque o seu conceito não mais existe nos CIDs e DSMs, as referências bibliográficas referentes a esse tema encontram-se cada vez mais escassas na contemporaneidade; assim, consideramos digno dar um seguimento e contribuir para os estudos futuros sobre esse conceito.

Desta forma, foi a partir das análises das entrevistas que pensamos em alguns eixos que pudessem nortear as nossas discussões. Assim, embaladas pelas 'belas' entrevistas, consideramos coerentes agregar ao primeiro eixo explicações acerca das diversas maneiras pelas quais os(as) profissionais psicólogos(as) e psiquiatras entendem a histeria, de acordo com suas respectivas abordagens e diferentes profissões. Como segundo eixo, temos como objetivo, discorrer sobre os sintomas da histeria e de que maneira eles se manifestam, fazendo relação com as manifestações na época de Freud. E como terceiro e último eixo, descrevemos

como os profissionais entendem a histeria no contemporâneo e se atualmente ainda podemos falar nesse conceito. Após essas discussões nos remetemos às considerações finais acerca da pesquisa como um todo.

#### 4.1 Produções de sentidos da dinâmica da histeria

É que hoje o termo histeria não é utilizado, né? (ENTREVISTADO A)

Este primeiro eixo, têm como função discorrer sobre as diversas produções de sentidos sobre a dinâmica da histeria as quais são descritas pelos profissionais de saúde. Primeiramente, quando questionados sobre a abordagem que utilizavam para cuidar de seus pacientes/clientes, surgem 3 tópicos para análise: o primeiro é que três profissionais disseram utilizar os manuais psiquiátricos para fins de diagnóstico, sendo que um(a) desses três, tem costume juntamente com os manuais ver o caso a partir de uma visão psicodinâmica (utiliza a anamnese para auxílio). Como segundo tópico, de acordo com as entrevistas também entende-se que os(as) profissionais que utilizam os manuais psiquiátricos trazem em comum o Transtorno de Personalidade Histriônica para explicar a histeria no contemporâneo. E o terceiro tópico, segundo o discurso dos(as) entrevistados(as), percebe-se que a abordagem cognitiva comportamental, por estar mais próxima ao saber médico, apresenta grande afinidade com a psiquiatria em termos de condutas.

Ah eu gosto de usar psiquiatria dinâmica que é a vertente defendida pelo Gabbard. Aí a abordagem psiquiátrica é levando tanto em conta o CID quanto o DSM. [...] **Você vai encontrar ela tanto nos transtornos ansiosos quanto na questão de personalidade também né, que é a personalidade histriônica.** [grifos nossos] (ENTREVISTADO(A) A)

Eu uso sim o DSM e o CID né, mas eu tenho várias questões que eu não concordo, no DSM, tipo a questão do transtorno histriônico que foi retirado agora do DSM V. [...] Eu gostava eixo 1 e eixo 2 era uma coisa que funcionava bem, eixo 3, eixo 4 e agora não tem mais isso, também não tem mais isso. Mas isso eu utilizava. O que eu mais utilizava pra conversar sobre diagnóstico com profissionais, com colegas era as questões de eixos, assim, eu achava bom isso. [...] Então sim eu utilizo, utilizo sim, eu acho que ali tem algumas coisas, mas eu não trabalho... mas mesmo na psiquiatria clínica, quando eu vou fazer avaliação diagnóstica pra medicar, eu não faço check-list, eu não uso check-list nenhum, não uso nenhum instrumento, é a anamnese e o meu conhecimento e a partir disso eu aplico o tratamento e o diagnóstico, né. [...] A histérica com todos os conjuntos de sintomas e mais a forma de viver da histérica pra mim formou um caráter, uma

personalidade, **por isso que eu achava que tava bem transtorno da personalidade histriônica traduziria bem o que eu compreendo pegando as questões psicodinâmicas e orgânicas como histeria.** [grifos nossos] (ENTREVISTADO(A) D)

Eu trabalho muito com DSM pra poder me auxiliar no diagnóstico dos pacientes e a partir daí pra gente poder pensar num plano de tratamento, que tipo de intervenção a gente vai propor pra aqueles pacientes então a gente pensa muito mais nesse conceito assim de um **transtorno de personalidade do que a histeria vista antes.** [grifos nossos] (ENTREVISTADO(A) C)

Desta forma, para um melhor entendimento de como os profissionais estão diagnosticando nos manuais, achamos relevante trazer como exemplo os Critérios Diagnósticos para Transtorno de Personalidade Histriônica do DSM-IV TR (2002, p. 667).

Um padrão global de excessiva emotividade e busca de atenção, que se manifesta no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos, indicado por, no mínimo, cinco dos seguintes critérios:

- (1) Desconforto em situações nas quais não é o centro das atenções.
- (2) A interação com os outros frequentemente se caracteriza por um comportamento inadequado, sexualmente provocante ou sedutor.
- (3) Mudanças rápidas e superficialidade na expressão das emoções.
- (4) Constante utilização da aparência física para chamar a atenção sobre si próprio.
- (5) Estilo de discurso excessivamente impressionista e carente de detalhes.
- (6) Dramaticidade, teatralidade e expressão emocional exagerada.
- (7) Sugestionabilidade, ou seja, é facilmente influenciado pelos outros, ou pelas circunstâncias.
- (8) Considerar os relacionamentos mais íntimos do que realmente são.

Ao reler as entrevistas, pudemos também compreender novamente que a psiquiatria e a abordagem cognitiva comportamental se assemelham, revelam considerar a histeria como um transtorno de personalidade (diagnóstico pautado nos sintomas), enquanto que as abordagens sistêmica e psicanalítica pensam um pouco diferente, defendem que a histeria seria um comportamento ou uma estrutura, sendo essas entrevistas guiadas por uma visão mais psicodinâmica do que médica.

Então eu tava vendo aqui que eu te falei de um texto, aonde é que o autor fala, **eu concordo com ele aonde é que ele diz assim: que a histeria ela não é vista como uma doença e sim como um comportamento histórico aonde ele aparece sendo um conjunto de sintomas ou fazendo parte de uma sintomatologia.** [grifos nossos] (ENTREVISTADO(A) B)

Bom **pensando na psicanálise**, então, claro que sigo o referencial psicanalítico né, então, **compreender a histeria implica em compreender um pouco do funcionamento, das estruturas né, então, pode-se entender e tem esse foco também, a estrutura histérica né, como constitutiva assim, como outras, faz parte do sujeito, da constituição psíquica do sujeito, o funcionar de uma determinada estrutura, histeria é uma delas.** [grifos nossos] (ENTREVISTADO(A) E)

A partir da Reforma Psiquiátrica os moldes/modelos pelos quais se promove cuidado foram remodelados. Antes o tratamento do doente mental era desumano e violento, uma total falta de sensibilidade e respeito para com usuários e familiares. A medicina baseada no modelo biomédico considerava o sujeito somente a partir de sua doença, cuidado centrado na doença, não se enxergando outras possibilidades para o mesmo. Com a Reforma Psiquiátrica a proposta foi remodelada, o sujeito passou a ser considerado produto do biopsicossocial, ou seja, percebeu-se a importância de olhar o usuário analisando o seu contexto como um todo, a partir da soma de suas partes biológicas, psicológicas e sociais.

Desta forma, de acordo com as entrevistas, observamos que atualmente mesmo com o olhar ampliado do cuidado, ainda pode ser visto e falado em um modelo biomédico, este seguindo protocolos e critérios, levando principalmente em conta queixas e sintomas trazidos pelo usuário através do conteúdo manifesto. O diagnóstico centrado na doença ou em critérios, talvez considere muito mais o que os pacientes têm em comum, do que o que os difere, sendo que cada indivíduo é único e singular.

O que, sim, se faz necessário é a compreensão do todo e de como as partes interagem. Urge visualizar o indivíduo (o que significa, etimologicamente, 'indivísível') como único devendo-se, pois, considerar menos, se determinado tratamento funciona, pensando na maioria dos pacientes, mas se o mesmo funcionará para este paciente em particular, com estes problemas pessoais, neste tempo de sua vida, neste ambiente, neste recanto do país e do mundo, etc. Em outras palavras, o enfoque primordial não deve continuar se concentrando naquilo que o paciente tem em comum com outros, mas nas suas peculiaridades (BARROS, 2002, p. 9).

De acordo com a citação acima, trazida dos critérios diagnósticos do DSM-IV TR, faz com que reflitamos diante do uso de diagnósticos, o que é ou não patologizado ou considerado normal. Canguilhem (apud FRANCO, 2009) acredita

que o que diferencia a saúde da doença seja a capacidade do organismo criar outras formas (normatividade vital). Desta forma, o saudável é normativo, capaz de tolerar o meio instituindo novas formas de viver. Por outro lado, o doente é aquele que se limita a uma única forma de viver, completamente submisso a um determinado modo de existência.

[...] esse indivíduo que os psiquiatras e psicólogos classificam como normal é, para Canguilhem, doente mental, o anormal, pois está limitado às normas estipuladas pelo meio social, não possuindo a capacidade de superá-las ou de inventar outras normas. Pergunta Canguilhem: “Quem gostaria de sustentar, em matéria de psiquismo humano, que o anormal não obedece às normas? Ele talvez seja anormal porque obedece demais” (CANGUILHEM apud FRANCO, 2009, p. 93).

Seguindo a análise, de acordo com a pergunta, de como os profissionais percebem a histeria conforme a abordagem que utilizam, percebemos que o entendimento da histeria está passando por divergências enquanto sua denominação. Entre elas surgiram: transtorno de personalidade, síndrome, personalidade histriônica, característica ou comportamento histérico, estrutura histérica. Abaixo algumas falas que apontam para as divergências na discursividade e a relação entre o uso de DSM e CID com o Transtorno de Personalidade Histriônica.

Hoje em dia eu tô confuso[a], sabe, realmente eu tô confuso[a], posso te dizer tô num momento confusão. Então eu tô numa dúvida cruel em relação a isso, porém ã...[...] **Histeria pra mim é um conjunto de sintomas né. É um constructo de uma forma de ver a vida. [...] Então eu vejo como uma síndrome, um conjunto de sintomas né, que formam o caráter de uma pessoa.** [grifos nossos] (ENTREVISTADO(A) D)

**A histeria ela faz parte hoje em dia de manifestações que são eminentemente ansiosas e que evidenciam má adaptação do indivíduo ao ambiente.** [grifos nossos] (ENTREVISTADO(A) A)

Então a gente parte desse princípio assim, de **ajudar o paciente muito a partir desse pensamento de um transtorno de personalidade, que é um padrão mais enraizado, que é ã..., são sintomas que já apresentam uma, um comprometimento maior pro paciente.** [grifos nossos] (ENTREVISTADO(A) C)

Bom como a gente vinha conversando né, é que eu acho que quando tu pensa na questão da psicanálise o termo histeria ele tem uma importância fundamental assim, **o que pra nós é importante assim saber o conceito e como isso, as características de uma pessoa que tem essa característica ou comportamento histérico, mas ele não é uma questão de relevância pra nós mas assim diagnóstica sabe,** a gente faz o entendimento até dinâmico né, ou maior dessa pessoa **mas não que a gente vá trabalhar em cima desse diagnóstico de uma forma tão**

**relevante. [...] Ver na abordagem sistêmica a gente tenta incluir essa característica ou essa sintomatologia dentro de uma estrutura maior das relações, o porquê isso tá vindo, né, porque que ela aparece nesse contexto, qual é o impacto que isso causa no ambiente dela, nas relações, ou ela com ela mesmo né, então sempre ligado ao sistema inteiro, nunca ver aquela pessoa como uma coisa fechada assim né, ai ela é histérica e tá fechadinho o diagnóstico, mas sim como isso circula dentro da vida dela das relações dela. [grifos nossos] (ENTREVISTADO(A) B)**

**Compreender a histeria implica em compreender um pouco do funcionamento, das estruturas né, então, pode-se entender e tem esse foco também, a estrutura histérica né, como constitutiva assim, como outras, faz parte do sujeito, da constituição psíquica do sujeito, o funcionar de uma determinada estrutura, histeria é uma delas. Não vejo um quadro patológico assim, em algumas situações sim, os sintomas históricos podem gerar comprometimentos grandes, enfim, muitas dificuldades no relacionamento, manifestações físicas também, mas acho que hoje talvez eu já vá avançar pra outra questão, hoje em dia acho que a histeria não tem mais aquele, não é mais o quadro tão puro, quando era, por exemplo, quando Freud começou a trabalhar e os primeiros teóricos né, então, hoje, até pelas questões que a gente tem vivido, as manifestações do corpo, né, tão sendo muito frequentes, aparece muito na clínica. [grifos nossos] (ENTREVISTADO(A) E)**

Diante desses vários conceitos, inicialmente percebemos que as denominações utilizadas por esses profissionais para explicar a histeria se diferem conforme a abordagem utilizada pelo profissional e em seguida, entendemos ser necessário trazer à tona os significados de comportamento, estrutura, personalidade e síndrome de acordo com o dicionário de psicologia, para compreendemos em que elas se diferem. Assim, para Pieron e Cullinan (1978):

Comportamento: “Designa as maneiras de ser e agir dos animais e seres humanos, as manifestações objetivas de sua atividade global” (p. 84).

Estrutura: “Enquanto que a forma caracterizaria um conjunto em seu aspecto geral, a estrutura implicaria a percepção efetiva da organização desse conjunto” (p. 166).

Personalidade: “Personalidade é a organização dinâmica dos aspectos cognitivos, afetivos, conativos, fisiológicos e morfológicos do indivíduo” (p. 329).

Síndrome: “Conjunto bem determinado de sintomas que não caracterizam necessariamente apenas uma afecção patológica ou uma só moléstia, mas podem traduzir uma certa modalidade patogênica”. (p. 396).

Assim sendo, percebemos que as quatro denominações se diferem uma das outras, enquanto que a estrutura considera a percepção efetiva do funcionamento de

todo o conjunto; o comportamento costuma focar nas maneiras de ser e de agir do indivíduo; a personalidade é direcionada as características singulares de cada sujeito, algo que já vem enraizado; e a síndrome é procurada nos sinais ou sintomas manifestados pelo indivíduo. Assim, pelo que percebemos, as opiniões dos profissionais se dividem, vão ao acordo com a abordagem que utilizam. Desta forma, é válido ressaltar que juntamente com um cuidado centrado no sujeito, por vezes ainda se fala num olhar centrado na doença, focando nas queixas que o paciente traz aos atendimentos, predominando uma forma mais fragmentada de cuidado.

#### 4.2 Sintomas histéricos: como são percebidos?

Paciente histérico é esse, sedutor as vezes que quer o tempo todo atenção voltada para ele né, que manipula um pouco as coisas pra chegar onde quer. (ENTREVISTADO(A) E)

Os(as) histéricos(as) são dramáticos(as), têm preferencialmente gosto de chamar a atenção, requisitam o papel de “donos da festa” ao perceberem, por exemplo, em uma ocasião que isso não acontece, sentem-se extremamente frustrados(as) e desconfortáveis, por vezes, criando cenas inusitadas para chamar a atenção. Esse comportamento é levado para dentro dos consultórios médicos e psicológicos também: através de presentes e conduta sedutora sentem a necessidade de serem reconhecidos enquanto pacientes (DSM-IV TR, 2002, p. 664-5).

Porque o que acaba acontecendo fora do setting aparece lá dentro também, então eles são pacientes **geralmente sedutores com a gente e querem que a gente seja o terapeuta especial pra que a gente também considere como o paciente especial.** [grifos nossos] (ENTREVISTADO(A) C)

O relacionamento com as pessoas no geral se passa através da aparência e do comportamento, esses geralmente são de maneira inadequada, sexualmente provocantes ou sedutores, utilizando o corpo e a aparência física para serem olhadas pelas pessoas que as cercam. Empenham-se para impressionar através do cuidado com a vestimenta e adereços, não tolerando críticas sobre sua aparência.

“Os indivíduos com este transtorno caracterizam-se por dramaticidade, teatralidade e expressão emocional exagerada” (DSM-IV TR, 2002, p. 665), com discurso excessivamente impressionista, porém, carente de detalhes, excessiva exibição pública de emoções e uma facilidade em trocar de emoções rapidamente, motivo esse de muitas vezes serem julgados como fingidos. São pessoas facilmente influenciadas por outros indivíduos e por tendências do momento.

A sedução da histeria é uma sedução, a mulher histérica, a maior parte dos homens às vezes eles não compreendem e até se aproveitam disso. Eu acho que quem compreende o que é uma histeria deveria ter cuidado com relação a isso, pode ser uma certa covardia, **a mulher histérica quando ela busca aquela sedução com outros os homens, o que ela quer é atenção e as vezes até uma atenção paterna, fraternal né. [...] O que ela quer mesmo é ser vista, ser compreendida, é uma sedução infantil. [...] É uma coisa mais infantilizada. [...] Às vezes fazem jogos sim de sedução pra tentar buscar, conquistar aquela atenção que elas querem, né.** Imagina uma coisa infantilizada, eu não vejo a sedução da histérica em busca de sexo, quem busca sexo é mulher madura, a histérica não busca sexo. Eu vejo dessa forma. [grifos nossos] (ENTREVISTADO(A) D)

De acordo com Zimerman (1999), há na histérica uma intensa preocupação com o seu reconhecimento, por vezes, transparecendo um egocentrismo e infantilismo, fazendo do outro, apenas objeto para satisfazer suas necessidades afetivas e materiais. “Assim como não lhes basta ter o amor da pessoa amada, exigem ser o centro da vida destas pessoas” (p. 211).

Tem autores que inclusive dizem que a **histeria é o contrário, é o feminino do narcisismo. Tem alguns que entendem dessa forma**, eu já parei pra pensar um pouco nisso, **tem até uma certa lógica né**, porque tem **coisas narcísicas muito importantes na histérica**, tu vai estudar tu vai ver assim, tem a questão que **alguns autores falam da inveja do pênis**. [...] Por isso que talvez elas, as histéricas, rivalizem tanto com o sexo feminino, da dificuldade da aproximação com um homem, enfim tem uma série de coisas aí né. [grifos nossos] (ENTREVISTADO(A) D)

Zimerman (1999) vai trazer sua ideia que parece se assemelhar com a fala acima. As histéricas sofreram uma fixação na fase fálico-edípica, gerando uma rivalidade com os homens, desejando a castração e morte dos mesmos. Esse anseio pelo falo, não somente se deve a fase edípica, mas remete-nos a entender um pouco as questões do contemporâneo, na qual a “mulher briga porque reivindica o seu direito de ter os mesmos direitos que a cultura concedeu ao homem” (p. 210).

Em relação às questões narcísicas, a histérica tende a buscar uma boa posição seja no trabalho, na família, entre amigos, tudo em nome do reconhecimento e da proximidade a perfeição. Quando isso não acontece, a tolerância a críticas ou frustrações costumam ser baixas acompanhada por uma instabilidade emocional. Em virtude dessa vulnerabilidade da histérica essa tende novamente a buscar o consumismo exagerado para o fim de preencher o vazio. “A sedução narcísica, vincula-se, a partir de então, ao corpo ou a partes do corpo objetivados por uma técnica, por objetivos, por gestos, por um jogo de marcas e de signos. Esse neo-narcisismo está ligado à manipulação do corpo como valor” (SANTAELLA, 2004, p. 131).

É desta forma que o narcisismo está ligado à histeria, essa atenção voltada pra si mesmo, usando o corpo enquanto lugar de exposição e vitrine.

A histeria tem uma falta de empatia muito grande, isso eu acho que é uma das coisas mais marcantes. (ENTREVISTADO(A) D).

Dentre as principais características do narcisista está a “necessidade de admiração e falta de empatia” (DSM-IV TR, 2002, p. 667). A teoria do narcisismo condiz com a ideia de que um corpo só se torna sexualizado quando oferecido ao olhar do outro, assim, “o narcísico é tomar-se a si mesmo como objeto de amor” (SANTAELLA, 2004, p. 143). Desta forma, assemelhando-se com a intenção da histérica.

Podemos ver nas seguintes transcrições a opinião dos entrevistados quanto ao funcionamento sintomático observando o quanto os discursos se aproximam independente da abordagem ou da profissão.

Chamar atenção e alguma coisa em relação ao pai também eu acho que tem e muito disso, porque não tem, não tem, **a histérica pura mesmo, na sedução da histérica não tem aquela coisa sexual ou madura né, ela é uma coisa mais infantilizada mesmo, tanto que busca mais as coisas exteriores, externas né.** [...] É pelo sintoma, pela questão da forma de falar, de se vestir, da teatralização, pela exuberância de sintomas que poderiam corresponder a várias doenças ao mesmo tempo, pela forma de enxergar a vida, de se relacionar com as outras pessoas. [grifos nossos] (ENTREVISTADO(A) D)

Eu até descrevi assim um pouco, porque acho que tem características específicas que a gente vê. Geralmente **esse é um paciente ou essa é uma paciente, é mais comum mulher até, é mais comum a sedução, serem mais dramáticas, uma coisa mais teatral, de quererem ser**

**especial, de quererem ser o centro das atenções e quando não são de ficarem muito incomodadas com isso e isso acaba aparecendo também na nossa reação com o paciente, né.** [grifos nossos] (ENTREVISTADO(A) C)

Eu percebo o **quadro histérico no paciente de duas formas** uma pra um **paciente extremamente ansioso porque a ansiedade ela é tão importante pra ele**, ele não consegue lidar com essa ansiedade, ele gera sintomas físicos, tá, essa é uma marca básica da, ainda mais se tu pensar na histeria como Freud pensava a histeria. [...] E a **própria personalidade histriônica né, que é uma personalidade que justamente tem um funcionamento mais teatral né, teatralidade de emoções, tu percebe que aquele paciente que, é tipo, aquilo, aquilo que ele fala não é o que tu sente na transferência, por exemplo, paciente diz que quer se matar, faz todo um jogo de cena e no fundo a tua sensação, o teu *feeling* demonstra que a real emoção que ele tem ta muito aquém daquilo que ele manifesta né, então é o exagerado. É aquela coisa que tu percebe que assim, o paciente quer ou chamar atenção ou se sente muito carente ou tem muita dificuldade de manifestar a sua, o que ele realmente sente, entende. Ele precisa manifestar dessa forma, exagerada.** [grifos nossos] (ENTREVISTADO(A) A)

Eu acho que aparece nessa questão assim ó principalmente no paciente que tem essa dificuldade, como eu vou te explicar, **além dele ter o aspecto sedutor eu acho, um aspecto mais dramático**, e toda cura dele, não é a cura, o trabalho, é vou falar na cura não como final de tratamento. [...] A melhora do quadro clínico ela fica amarrada nisso assim, **parece que é um paciente que tem muito mais dificuldade além de entender a sintomatologia assim, aceitá-la e trabalhar com aquilo, parece que o sintoma, parece não, acho que é, o sintoma ajuda ele a permanecer naquela posição que ele ta.** [...] Ele não muda porque ele tem ganhos com isso né, e o paciente histérico fica muito amarrado nisso assim, **ele dramatiza muito todo o processo né, ele acaba sendo muito sedutor nas suas explicações assim, então eu acho que é onde a gente mais percebe assim, e essa dificuldade de chegar a um ponto do processo terapêutico, parece que ele faz muitas voltas e fica no mesmo lugar.** [grifos nossos] (ENTREVISTADO(A) B)

Se for pensar na questão de quadro clínico é diferente do que eu vinha dizendo né, a histeria enquanto constitutiva assim, como estrutura é uma coisa, mas enquanto quadro clínico, bom ela pode ta gerando o que a gente vê hoje que eu comentei antes também, muitos quadros somáticos. Hoje é comum ver na clínica pacientes que vem muitos, né, já medicados e com um diagnóstico, às vezes nem de um profissional, não é de um profissional que realmente tenha feito uma avaliação psiquiátrica por exemplo, né. [...] Pra quem tem uma estrutura histérica, então pensando nisso né, que envolve toda a questão por exemplo **de uma atenção maior, paciente histérico é esse, sedutor as vezes que quer o tempo atenção voltada pra ele né, que manipula um pouco as coisas pra chegar onde quer, pra esse paciente ta medicado ou ir toda semana ao médico né, de buscar no remédio ter uma atenção um olhar.** [...] Eu me desresponsabilizo de alguma forma por aquilo que eu mesmo posso, **tenho a ver né, e passo pro outro de alguma maneira também o cuidado pra comigo.** Então acho que isso tem a ver assim com a questão que é um pouco da estrutura histérica, um **não ter conseguido avançar em certos aspectos assim na sua no seu funcionamento psíquico né, que fica muito na dependência do outro né, de novo com o outro.** [grifos nossos] (ENTREVISTADO(A) E)

Para tais sintomas, Zimmerman (1999) defende a ideia de que na história de vida da histérica, houve uma mãe muito ambivalente, ao mesmo tempo dedicada, carinhosa, mas falsa e cobradora também, essa fez uso da criança para fins exibicionistas depositando no(a) filho(a) responsabilidades e culpas dos seus próprios aspectos históricos, provocando um estado de confusão na criança, refletindo na sua identidade, notadamente, confusa. Quanto ao pai no caso das meninas, esse apresentou comportamentos sedutores e frustradores, horas erotizando-as, horas rejeitando-as. A confusão maior dos filhos pode advir quando o pai é desqualificado pela mãe, quando na verdade, esse é aquele que deveria exercer a lei na família.

As pacientes históricas com frequência têm um pai insatisfeito com a esposa, que se voltou para a filha em busca de satisfação e da gratificação que não foi possível no casamento. A experiência clínica comprova o quanto é frequente na mulher histérica que o pai era o seu centro do universo, enquanto a sua mãe restou desvalorizada, em um misto de amor e ódio (ZIMMERMAN, 1999, p. 210).

Ao encontro desse assunto, destaco uma fala dos(as) entrevistados(as), na qual é descrito um pouco da relação, principalmente, entre mães e filhas e de quais artimanhas utilizam para garantir uma atenção.

Elas têm uma **dificuldade muito grande de lidar com objetos, principalmente com objetos primários**, né, a questão de introjeção, tem uma questão muito forte com a histeria da **rivalização com o sexo feminino** né. Então mulheres históricas que são a grande maioria **rivalizam com o sexo feminino, tem grandes dificuldades de lidarem com suas filhas mulheres**, eu vejo muito isso na clínica do dia-a-dia e também **tiveram dificuldades com suas mães**, né, então isso é quase uma constante nas pessoas que eu acho que podem ter histeria. [...] Tu sabe que a histeria fica muito perto do border, tem históricas que se aproximam mais do border do que de uma outra neurose, por exemplo, né, então tem pessoas, tem históricas e border que fazem, que quando querem se aproximar de alguém, nossa, **brigam, xingam, batem, discutem e se cortam, ameaçam se matar, e aquilo não necessariamente ta no consciente, eu vou fazer tudo isso pra me aproximar, às vezes não. Às vezes é porque quer atenção da forma mais infantil possível, né, porque com a mãe se tu briga, xinga, discute, uma mãe que tem uma continência adequada vai lá, vai agarrar e vai te dar o carinho, né. Só que as históricas e os borders, os históricos e os borders não se dão conta que num relacionamento adulto, se isso acontece, se a outra pessoa é madura, se a outra pessoa é doente, entra na dança e até gosta, mas se a outra pessoa é madura ela não vai compactuar com aquilo, então a última coisa que ela vai conseguir é atenção.** [grifos nossos] (ENTREVISTADO(A) D)

Falando nos relacionamentos, é notável através das falas dos(as) entrevistados(as), o quanto o histérica possui dificuldades nas suas relações interpessoais e amorosas, principalmente, devido à desproporção das emoções entre o fato ocorrido e a reação manifestada. No entanto, buscando ajuda e conseqüentemente o amadurecimento, ela provavelmente conseguirá se dar conta de diversas questões que a impedem de viver sem maiores atritos.

Porque de certa forma essa **teatralidade ou essa dissimulação ela acaba passando pra aquilo que o paciente sente nessa relação**. Então quando ele fantasia situações, e quer brigar por alguma causa dentro do relacionamento, a intensidade da atuação ela fica muito forte entende, então assim, às vezes até difícil do parceiro dimensionar aquilo e talvez de entender, há uma desproporção entre o fato e a intensidade da reação sabe. Então eu acredito muito assim. [grifos nossos] (ENTREVISTADO(A) B)

Eu acho que **depende muito como qualquer outro transtorno de personalidade de como ela lida com isso, lidar no sentido assim, ela busca ajuda?** Porque o histérico justamente porque que é transtorno de personalidade? Porque **é uma resposta inadequada às exigências do meio. Se ela não consegue se adequar ao meio ela tem, acontece duas coisas ou ela busca ajuda e aí a partir daí ela consegue lidar melhor com a situação ou ela não busca ajuda e ela vai continuar sintomática.** Isso prejudica sim, porque, se é de uma resposta mal adaptada daqui a pouco quem convive com ela, assim como quem convive com borderline, quem convive com antissocial, quem convive com enfi, quem convive com paranoide acabam pegando nojo. [...] **Faz rechaço. E isso vai prejudicando as relações que ela tem.** [...] Quando a gente fala teatral, é bem aquela coisa, tipo não fingimento mas tu percebe que a pessoa na tentativa de expressar sua emoção ela usa de gestos de expressões que tu vê que não condiz com o que ela realmente sente. [grifos nosso] (ENTREVISTADO(A) A)

Pô têm muitas dificuldades, **são pessoas que tem sérias dificuldades de relacionamento interpessoal e amoroso, né. Ou porque na maioria das vezes buscam narcisistas ou borders né, e parece que é uma combinação, ou até psicopatas, né, isso é muito comum, assim ó, histriônica com psicopata, é muito comum, eu vejo direto, direto isso.** São complementações das doenças né, o próprio narcisista né, o que é melhor pra uma histriônica do que um cara 'esculpidáссо' pra todo mundo ver, ela se acha, ela se sente diminuída, mas estar com um baita cara do lado, aquilo aumenta o ego dela. [...] Sim, mas é verdade, o cara que tem o peito sarado, é bonitão, é alto e tal né, então sim, tem dificuldades de relacionamento mesmo quem tem traços histéricos assim, tem dificuldades, **mas são pessoas que quando amadurecem no meu ponto de vista, são as que mais têm sucesso nos relacionamentos.** [...] Que daí se dão conta de várias coisas né, conseguem corrigir algumas outras, outras ficam pro resto da vida se monitorando pra não voltar a fazer as mesmas coisas, tem que monitorar né, as vezes a gente tem que se monitorar com tantas coisas né. [...] A histeria é a mais avançada de todas as neuroses né, então ser histérica não é ta condenada a algum problema maior pro resto da vida, não é, ta muito próxima de conseguir lidar bem com essas situações. [grifos nossos] (ENTREVISTADO(A) D)

Conforme o referencial teórico já descrito nesse trabalho, desde a Idade Média, as crises histéricas (as conversões) não tinham explicações. Muitas mulheres foram exorcizadas, queimadas em praça pública por estarem simulando aquele quadro de retorcimentos, paralisias. A medicina da época não encontrava explicações para tais sintomas. Sendo assim, foi a partir de Charcot e mais tarde Freud que iniciaram os primeiros estudos sobre a histeria e as conversões (principal sintoma a ser levado em conta para se decifrar uma histérica).

Conversão, conforme Laplanche (2001), é um:

Mecanismo de formação de sintomas que opera na histeria e mais especificamente na histeria de conversão. Consiste numa transposição de um conflito psíquico e numa tentativa de resolvê-lo em termos de sintomas somáticos, motores (paralisias, por exemplo) ou sensitivos (anestésias ou dores localizadas, por exemplo). O termo “conversão” é, para Freud, correlativo de uma concepção econômica; a libido desligada da representação recalçada é transformada em energia de inervação. Mas o que especifica os sintomas de conversão é a sua significação simbólica: eles exprimem, pelo corpo, representações recalçadas (p. 103).

Assim, durante as entrevistas, quando questionados(as) se as crises conversivas ainda existiam e de que maneiras elas se manifestavam, apareceu que ainda existem essas conversões, porém não as clássicas de Freud. E o lugar que presenciavam esses sintomas, no caso dos(as) psiquiatras, é no hospital, ao fazerem plantão ou avaliação psiquiátrica. Em relação aos(as) psicólogos(as), também não percebem crises conversivas clássicas, mas, percebem esse quadro relacionado a outras patologias, não necessariamente na histeria.

**Claro que elas existem, claro que elas existem. Eu faço plantão em Pronto Socorro, então uma das coisas que mais aparecem é pessoas que desmaiam, que tem dores sem explicações, não chega a ter, como tinha na época do Freud, as paralisias histéricas né, perda de membro por histeria, mas principalmente desmaios, dores inexplicáveis, né, e a própria, vamos dizer quadros ansiogênicos tu vê que a queixa do paciente nada mais é do que ansiedade, o paciente não dizia muito assunto. Tu percebe conversando com ele que está daquele jeito e ele manifesta isso porque não soube lidar com uma situação. Então, vai desde o quadro ansiogênico puro, aquele que tu consegue identificar que é ansiedade até questões orgânicas que tu vai cavocando, cavocando e no fundo tu descobre que também é ansioso [grifos nossos] (ENTREVISTADO(A) A)**

**Ah eu, mais no hospital. [...] Mas essa pergunta, a crise conversiva eu vejo mais no pronto socorro do que aqui no consultório. Mas as conversões são mais clássicas na histeria principalmente histeria de Freud. [...] A crise conversiva as pessoas também não entendem, aquilo aí**

é uma produção inconsciente e se uma mulher faz um desmaio conversivo se tu não segurar ela vai cair e bater com a cabeça no chão e vai se machucar né. Simulação a gente brinca com o teste da testa né, que tu pega levanta a mão, conversão não desvia, vai bater mesmo, vai bater no rosto. [...] A simulação vai desviar, mas a conversão não, aquilo tá acontecendo. Aquela produção existe e ela não tem domínio, a histérica não tem domínio sobre as suas conversões. Ela não escolhe agora vou fazer uma conversão. É uma coisa inconsciente que ela passa por um dos poros do aparelho psíquico direto. [grifos nossos] (ENTREVISTADO(A) D)

Sim, como eu disse **não exatamente daquela forma que a gente lê né, literalmente lá do Freud, o braço que paralisa**, mas muitas das coisas, por exemplo, que a gente, eu já trabalhei, um exemplo que me veio assim, com bancários tá? Com muitos bancários. Eles tem **hoje muitos quadros que a gente chama de “LER/DORT”**. [...] Então quando a gente acompanha vários casos destes, tu vai vendo assim, quem fica no **quadro mais queixoso, quem não consegue sair da dor, da dor, da dor, e que as vezes leva o paciente até a sofrer intervenções normalmente cirúrgicas e que normalmente não resolvem o caso, vai gerando assim quadros mesmo de paralisias. Eu já acompanhei casos de pacientes que estavam com o braço por exemplo totalmente enrijecidos e depois de um tempo isso some**. [grifos nossos] (ENTREVISTADO(A) E)

Os **pacientes falsos catatônicos dá pra dizer assim né, porque tem umas que tu pega uma depressão muito forte que chega catatonia aquela coisa né de tu não conseguir se mexer né, já fui visitar pacientes que nem internados que não saem daquele estado e tal ou só com muita medicação, mas daí quando tu pega um paciente histérico assim, numa crise histriônica ou algo assim tu percebe que a... as vezes não é nem tão voluntário, mas tu percebe que o paciente ele trabalha em cima daquele sintoma assim sabe, não dói tanto quanto dói, não provoca tanto prejuízo quanto ta provocando né**. [...] Mas eu acho que tem **questões de depressão** que a gente acompanha muito de pessoas **que não saem de um processo depressivo devido a essas, devido não mas muito mobilizado pelas características histéricas, porque já perceberam que impacto aquela depressão causa na família, tipo de atenção que elas tem de cuidado que elas tem, quando elas estão nesse tipo de processo, então as vezes tu vê assim “bá, uma pessoa que ta reagindo bem e não sei o que, daqui a pouco chega um familiar ou vem aqui numa situação, ai não consigo, não tenho forças” não parece a mesma pessoa que tava trabalhando contigo antes, então eu acho que ali aparece muito dessa característica histérica assim, sabe**. [grifos nossos] (ENTREVISTADO(A) B)

Eu vou te dizer que tem, né, mas como é que vou te dizer assim, tem uma associação de prevalência forte, no transtorno de personalidade histriônico, mas **não é comum tu ver assim, o paciente buscar em função disso**. [...] **Eu na minha prática não vejo dessa forma tão**, como é que vou te dizer assim, **tão forte**. [...] **Acho que isso ainda pode aparecer, acho que depende muito de quem trabalha mais com isso** daqui a pouco, **acho que isso pode ser mais prevalente**. [grifos nossos] (ENTREVISTADO(A) C)

Falar em crises conversivas nos remete a entender um pouco o significado de sintoma, o que ele representa. “As histéricas, atualmente, não propiciam mais atuações como na época freudiana, apesar dos seus conflitos internos serem

basicamente os mesmos, aparecendo, no entanto, em qualquer fase da vida onde seja instalado um trauma” (BEZERRA, 2004, p. 7). De acordo com Santaella (2004), a psicanálise compreende o sintoma como um mal-estar que se fixa a nós. Trata-se de um sinal do inconsciente, a saber, os atos falhos, os chistes, sonhos ou ainda recordações encobriadas. “São formações do inconsciente porque através delas, o inconsciente rompe, bate à porta, faz-se ouvir” (SANTAELLA, 2004, p. 134). O sintoma também é uma forma de ocultamento, por isso deve ser decifrado: “decifra-me ou te devoro” (p. 134).

Discorrendo sobre essa última citação, o que consistiria o devorar de um sintoma? Pensamos que talvez signifique tomar conta de um corpo cansado de manifestações, dominá-lo sem piedade, sem deixá-lo nem ao menos prestar explicações acerca do que o acomete, tornando-se um corpo sem expectativas de um vir a ser. Vir a ser enquanto pedido de desculpas para consigo mesmo, uma possibilidade de reencontro, um processo de metamorfose. “Corpo humano, nos diz a psicanálise, é um corpo pulsional, ao mesmo tempo que é um corpo imaginário e também um corpo simbólico. As complicações psíquicas que advêm disso não podem ser minimizadas” (SANTAELLA, 2004, p. 141).

Outro elemento que apareceu na maioria das entrevistas foi o cuidado de excluir qualquer doença clínica antes de diagnosticar uma crise conversiva.

Porque uma crise conversiva simula um monte de coisas, então a pessoa precisa ser avaliada neurologicamente pra ver se aquilo é realmente uma crise conversiva, ou se é alguma coisa neurológica né. (ENTREVISTADO(A) D)

A gente tem que sempre lembrar assim ó, de paciente ter um diagnóstico clínico que não seja comprovado. [...] Isso é importante pra gente poder falar em conversivo. (ENTREVISTADO(A) C)

As vezes a gente fica nessa banalização “não é tudo emocional, a pessoa ta se fazendo, é uma histérica, não sei o que”. [...] Mas as vezes a gente tem uma coisa clínica bem importante e a gente não ta dando uma olhada pra isso. (ENTREVISTADO(A) B)

Assim, conforme as falas dos entrevistados, excluir qualquer quadro clínico é sempre uma preocupação de ambas as classes dos(as) profissionais.

### 4.3 Compreensões da histeria no contemporâneo

“Faz tempo que eu não vejo uma histérica clássica, faz muito tempo.”  
(ENTREVISTADO(A) D)

De acordo com Backes et al., (2008) “a forma de um sintoma se adapta ao relevo social de sua época, o sintoma articula-se ao discurso social. Não há como dissociar o indivíduo do tempo em que ele vive” (p. 59). Assim a nova histérica seria resultado da articulação entre o laço e o discurso social.

No século XIX, a rigidez nos costumes e a sexualidade reprimida fez com que as mulheres da época adocessem, pois pensar em outro modo de viver era impossível, do casamento aos filhos, essa era a perspectiva da mulher. Assim, somente através dos sintomas histéricos é que as mesmas conseguiram um meio de 'fala' demonstrando, através do corpo, o quanto sentiam-se paralisadas e incomodadas com a vida que lhe era imposta (KEHL apud, BACKES et al., 2008, p.60). “Este corpo teatraliza, dramatiza, e denuncia um conflito entre o que se demanda do lugar da mulher e as possibilidades outras que se oferece para ela” (BACKES et al., 2008, p. 61).

Em pleno século XXI, encontramos também outro modo de funcionar histórico “que não pára diante de nada, destrói tudo que implique construção compartilhada, amores, amizades, não mede consequências, é fria diante dos afetos, que se dane o outro, ocupa-se apenas com a satisfação imediata” (BACKES et al., 2008, p. 60). Esse comportamento também pode estar ajustado conforme os modos de viver no contemporâneo, que denunciam o individualismo e o fazer por si mesmo.

Dessa forma, questionamos os(as) entrevistados(as) se consideravam a histeria manifestada no contemporâneo como um sintoma social; a maioria concordou afirmando esse questionamento, inclusive acrescentando ser um sintoma 'do' social, pois o contemporâneo está configurando pessoas frias, vazias de afeto, individualistas, relacionamentos distantes o que aumenta ainda mais o sentimento de carência, já que esse não é suprido nos dias atuais.

As histerias no contemporâneo, assim como antigamente, apenas estão denunciando essa 'falta', em um momento de excesso, na qual o exagero está presente nos modos de viver, mas falhando ou estando ausente nos modos de ser, não havendo um equilíbrio entre o ter e o ser. Dessa forma, chamar a atenção é mais um pedido de 'socorro', tem algo que incomoda, o corpo novamente é um instrumento de fala, nele é extravasado toda a angústia que cerca o sujeito diante das inquietações da atualidade, da sensação de não dar conta do exigido, ou ainda ele é reflexo da busca incessante pela boa forma através do abuso de fórmulas milagrosas ou cirurgias plásticas para obter esse ideal.

É como eu disse no início assim, **a gente entende muito mais hoje a histeria ou o transtorno de personalidade histriônico como um transtorno de personalidade então a gente classifica muito mais como um transtorno, como uma doença.** Mas acho que tem esse outro lado do sintoma social que daqui a pouco assim, o paciente pode apresentar ã... essa... ã... por exemplo, **por trás desse diagnóstico daqui a pouco ter um ganho secundário né, acho que isso as pessoas acabam fazendo muito assim, e essa coisa muito mais do chamar atenção porque eu quero ter um ganho com isso né, então acho que pode sim ser visto como um sintoma social,** apesar da gente, principalmente dentro da abordagem cognitivo comportamental trabalhar a histeria como um transtorno de personalidade. Mas acho que sim que tem muitas coisas que podem estar relacionadas. [grifos nossos] (ENTREVISTADO(A) C)

**Acredito que sim,** pelo seguinte fato, **se a gente pensar que a principal manifestação histérica ainda é a personalidade histriônica e as síndromes conversivas também tem um papel, vamos dizer uma epidemiologia importante dentro dessa questão, ã... elas são respostas ao meio. Então se o meio é desfavorável vai gerar mais resposta, então sim é um sintoma social.** Fora, que a gente não pode esquecer as famosas histerias coletivas né, que é quando um evento muito importante dentro da sociedade faz com que pessoas que já sejam suscetíveis a se manifestarem de uma forma mais organizada acaba encontrando um eco num grupo, todo o grupo fica apavorado por exemplo, e aí você tem uma resposta histérica grupal que é o que acontece hoje em dia muito, principalmente nas questões dos movimentos, as chamadas convulsões sociais. Tu pode pensar, pode-se pensar nelas como uma grande histeria dependendo do nível que chega, principalmente quando envolve enfrentamento policial. [grifos nossos] (ENTREVISTADO(A) A)

**Mas tu sabe que é uma ideia bem relevante assim, porque na verdade se a gente pensar assim como as mulheres da época de Freud da repressão elas queriam aparecer, expor o seu sofrimento ou né, não deixa de ser a mesma coisa que a gente se faz agora, uma releitura disso assim, pra uma causa talvez, uma característica social um pouco diferente, acho que sim né. Porque aí entra essa questão assim, eu acho que o consumismo e toda essa questão assim, até a questão virtual, da questão das relações como estão se configurando, elas estão gerando pessoas muito carentes né.** Assim, do ponto de vista emocional assim bastante eu nem sei, esses dias a gente tava lendo na Mente e Cérebro que a **carência ela não é uma sensação de vazio, e sim de excesso né, então as vezes é um hiper ou uma hiper estimulação é um monte de coisas que a gente tem ao nosso alcance, nem sei se é ao alcance, mas ao nossos olhos né, pra consumir, pra ter, pra ser de**

**uma forma um pouco deturpada assim, mas a gente tá vazio no fundo. É um excesso que nunca preenche assim, porque na verdade a gente acaba tendo muita dificuldade de escolher, não tem foco, não tem prioridade, não tem relacionamentos mais próximos ou sólidos né, o Baumann que falava da Sociedade Líquida e tal né, e eu acho que é um pouco disso né, e isso acaba que o extravasar né desse corpo, dessas emoções assim de uma forma até mais dramática e intensa, mas pedindo o mesmo olhar. [grifos nossos] (ENTREVISTADO(A) B)**

Eu não acho que seja um sintoma social, mas um sintoma do social. [...] **As manifestações da histeria ela são muito ligadas com certeza ao contemporâneo, hoje em dia falando, na época que o Freud trabalhou, a histeria se manifestava de uma maneira, ela não deixou de existir nem uma estrutura deixa de existir mais, na verdade hoje ela vai fazer parte do contemporâneo né, disso que a gente falava antes, hoje a questão do corpo a exposição excessiva do corpo se a gente pensar fazer um comparativo, antes era o excesso de rigidez, de repressão, hoje é o excesso de exposição, ao contrário. Tanto uma coisa quanto a outra, acabam favorecendo o que? Que o corpo né, se manifeste seja a fonte, não a fonte, seja um foco assim das manifestações das doenças. Então, as pessoas, outro ponto que tá relacionado a isso né, hoje em dia as pessoas não tiram, não tem mais tanto tempo Franciele, pra parar e pensar, pra conversar né, fazer aquela coisa de vou jogar a conversa fora, to aqui fazendo nada, dificilmente se ouve alguém falar isso “não fiz nada e hoje eu só passei o dia” não tem né, isso também é uma das coisas que tenha gerado um pouco dessa coisa do corpo assim, manifesto das minhas dores do meu sofrimento até porque eu não tenho com quem trocar isso. Faz bem e a gente sabe disso, o quanto é terapêutico o efeito terapêutico de tá conversando com pessoas, dizendo pro teu amigo né “ah to passando por isso, me ajuda nisso”, não tem né, na verdade as crianças já tem entrado assim né, tendo que dá conta de logo sair de casa, ir pra escolinha e entra no ritmo e vai, não to dizendo que isso seja negativo, melhor ou pior, mas com certeza isso vá gerando. [...] Certamente, influencia comportamento, influencia as manifestações então, acho que hoje sim né, tanto a histeria como a obsessividade, mas acho que a histeria ainda tem mais espaço assim né, ela tá ainda mais presente por essa coisa assim, acho que tá muito presente mesmo na vida da gente hoje em dia a ideia do material, do corpo, do consumismo, de um corpo perfeito, de ter que tá bem, não é a ideia hoje prevalente não é né a gente sabe eu tenho que tá bem no meu corpo porque minha saúde né, não, porque eu preciso mostrar uma imagem boa, tenho que tá dentro de um padrão. E isso é complicado, pra uma pessoa que tem um funcionamento mais histórico então, se dá pra falar assim, ela vai tá sempre nessa busca as vezes né, de comprar mais de consumir mais, de ter mais roupa, de transformar o próprio corpo. Também o que a gente tem visto é tanta cirurgia plástica, tanta melhora, vou mudar isso e aquilo no corpo e tal. [grifos nossos] (ENTREVISTADO(A) E)**

De acordo com o livro *O Mal-estar na Atualidade*, “o autocentramento se apresenta inicialmente sob a forma da estetização da existência, onde o que importa para a individualidade é a exaltação gloriosa do próprio eu” (BIRMAM, 2009, p. 166). Assim, o cuidado exagerado com o próprio eu, torna-se um componente essencial

para a admiração do sujeito e dos outros, “de tal forma que aquele realiza polimentos intermináveis para alcançar o brilho social” (BIRMAM, 2009, p. 167).

Na cultura da imagem, o que predomina é o que o sujeito parece ser perante a sociedade, esse utiliza de representações escolhidas para se expor ao coletivo. Nesse momento, já não importa mais os afetos, assume-se o outro apenas como objeto de prazer e de predação, sendo manipulado para assim obter a exaltação do próprio eu. Peça fundamental para se criar modelos e paradigmas é a mídia, fonte que forja um polimento de um eu – ideal, no entanto, as pessoas fazem questão de estarem sempre atualizadas na tendência do momento (BIRMAM, 2009).

O que de fato está acontecendo é um confronto, a partir das impressões de um eu – real é que as pessoas buscam um eu – ideal, partindo de um pressuposto que existe padrões a serem obedecidos. De acordo ainda com o mesmo autor, na Cultura do Espetáculo “a exibição se transforma no lema essencial da existência, sua razão de ser” (BIRMAM, 2009, p. 167). Assim, vive-se para a exposição, sempre recomeçada e alimentada pelo espaço social.

Na cultura do espetáculo, o que se destaca para o indivíduo é a exigência infinita da performance, que submete todas as ações daquele. De novo aqui se confunde o ser com o parecer, de maneira que o aparecimento ruidoso do indivíduo faz acreditar no seu poder e fascínio. Nessa performance, marcada pelo narcisismo funesto em seus menores detalhes, o que importa é que o eu seja glorificado, em extensão e em intenção. Com isso, o eu se transforma numa majestade permanente, iluminado que é o tempo todo no palco da cena social (BIRMAM, 2009, p. 168).

O espetáculo, que aqui é trazido, vem com uma ideia de teatralidade e exibição, na qual os sujeitos da cena social são os indivíduos que circulam na atualidade. É através da imagem a possibilidade para a sedução e posteriormente a captura do outro, pois sem esse olhar não há porque da exibição. Assim, o que o sujeito perde em interioridade ele ganha em exterioridade, adquirindo uma máscara que o faz parecer com o seu personagem favorito (BIRMAM, 2009).

A produção desse imaginário social se realiza de diversas maneiras, entre as quais se destaca a mídia. Sem esta o espetáculo se esvazia, perdendo seu colorido retumbante e o poder de captura do ouro. Tanto pelas vias da televisão quanto da informática e do jornalismo escrito, a cena pública se desenha sempre pelas imagens. Desta maneira, não se pode mais opor o original à cópia, pois o simulacro perpassa a totalidade do tecido social, constituindo uma nova concepção de realidade e do que é real (BIRMAM, 2009, p. 188).

Em contrapartida, um(a) dos(as) entrevistados(as), diz não acreditar ser a histeria um sintoma social, ou do social. Ele(a) acredita que mesmo que as relações estejam esvaziadas, sem afeto, não justifica os sintomas histéricos, visto que ele(a) percebe muito afeto nas históricas. Assim, explica através da abordagem psicanalítica, o quanto ser histérica passa pela relação da tríade, pai, mãe e filhos. Contudo, mesmo afirmando não haver relação entre a histeria e os modos de viver contemporâneo, o(a) entrevistado(a) diz precisar estudar sobre a psicodinâmica da mesma levando em conta a nossa realidade social para pensar em uma resposta.

**Olha eu não consigo ver, eu acho que daquela época sim tanto que difícil histérica como Ana O. nos dias de hoje é muito difícil né, eu acho difícil ter, porque ali tinha muita culpa envolvida também né. [...] Eu acho que talvez a gente vai ver cada vez menos históricas como aquelas dessa época sabe, a histeria ta mudando. [...] Então talvez, pensando nisso essa modernidade líquida que a gente tá passando, com as coisas esfriadas, com dificuldades afetivas, pode ajudar no sentido de que cada vez mais, ou até pode não ajudar, porque assim, ta mudando o relacionamento de mãe com filho, de pai com filho também, as mães não estão mais tão vinculadas aos filhos como antigamente e nem os pais estão tão presentes pra fazer aquela cisão né, então por um ponto, pode ser que não tenha tanto adoecimento mãe filho, porque não tem mais tempo de fazer esse adoecimento, e de outro lado também não tem aquele pai presente pra poder fazer o rompimento. Porque um pai ausente nunca vai fazer um rompimento por completo, o pai tem que estar presente pra fazer esse rompimento. Ele pode fazer um pseudo-rompimento e aí fica com essas feridas. [...] Então eu vejo, assim isso é uma coisa que tem que pensar é um bom questionamento esse que tu ta levantando, eu vou querer pensar um pouco mais sobre isso também. Aonde que ajuda e aonde que atrapalha, eu acho que pra poder pensar nisso, a gente tem que examinar bem essa psicodinâmica da formação da histeria e aí pensar como é que tão os relacionamentos mãe-filho-pai-filho né, e aí depois tu consegue tirar, não aqui atrapalha e ali ajuda um pouco mais. [...] Daqui a pouco a gente vai criar uma nova doença, não vai ser histeria, vai ser uma nova doença. As patologias do vazio tão aí né, e cada vez mais as pessoas estão esvaziadas, né. E nisso o histérico acho que tem uma vantagem, porque o histérico tem afeto, ele tem muito afeto. Se tu souber trabalhar bem o afeto de uma pessoas com histeria com traços que seja, tu consegue amadurecer essa pessoa e não tirar o brilho dela, porque afeto pra mim é o diferencial entre as pessoas né. [...] Então, sei lá, talvez esse vazio nem forme o histérico, porque eu vejo muito afeto em histérico, é um afeto às vezes desproporcional. [grifos nossos] (ENTREVISTADO(A) D)**

E por fim, quando questionados se atualmente, poderíamos ainda falar em histeria a maioria respondeu que sim, que apenas modificou-se a forma de

diagnosticar, porque as manifestações ainda existem, assemelhando-se de fato com a histeria.

**Sim, sim, acredito que como eu disse isso não cai né, não muda mesmo que o tempo mude, que a contemporaneidade, sociedade, tal, influencie nas formas de manifestações. Mas hoje o que a gente vai ver mais é uma decomposição desses quadros assim Franciele, até é isso não é mais o histérico, como eu falava no início, o histérico 'puro' que pode ser enquadrado aqui não né, tu vai olhar lá no manual onde ta a histeria e onde ta a obsessividade tu vai ver inúmeros aspectos que podem envolver isso, muitas e muitas manifestações então, a histeria com certeza existe mais ela tem que ta sendo, assim como outros quadros totalmente decomposta assim né, e hoje tu faz inclusive uso de medicação tu dá um remédio pra isso, um remédio pra quilo, tu faz uma composição de medicamentos que é o que os médicos normalmente fazem assim, não é mais um só pra tratar de tal sintoma, pra ajudar aqui, outro pra ajudar ali e acho que é um pouco, to falando isso porque acho que isso reflete muito bem a questão da modernidade mesmo, mas as especialidades, as especificidades, mas as vezes com isso tu deixa de ver também o sujeito como um todo, não como um sintoma isolado. Então acho difícil assim, não é que não se possa falar em histeria, acho que existe sim, mas a minha prática tem me mostrado que não dá pra tratar assim puramente, a gente tem que tentar entender sempre a dinâmica aí, que hoje em dia é multifacetada, multicomposta assim, tem muitas coisas em jogo por isso complicado, mais difícil hoje em alguns aspectos tratar certos quadros. [grifos nossos] (ENTREVISTADO(A) E)**

**Sem dúvida, sem dúvida. Mas talvez é isso, acho que o conceito ele teve que sofrer as mudanças, assim como em tudo o que a gente faz a gente tem que se reciclar, tu entende? Mas não que a gente não esteja falando das mesmas coisas né, ou talvez a gente, como eu tinha falado, a gente não tem como pegar a histeria e colocar dentro de um transtorno dissociativo não dá, mas eu acho que ali que a gente vê manifestações né, assim como tu falaste antes de outras doenças mais clínicas, físicas, assim, e que a gente vê se tu for explorar tu pode ter pacientes como aquilo né. [...] Tá se remodelando, se reconfigurando o conceito disso talvez não vendo ele como um quadro clínico né, o que autor aqui fala não é um quadro de estar doente, e sim que isso apareça implicado nas outras comorbidades né, nas outras doenças e tal e a gente tem que se dá conta quando está presente pra poder direcionar o tipo de intervenção e nível de intervenção que vão ter dentro da terapêutica daquela pessoa, porque é diferente. [grifos nosso] (ENTREVISTADO(A) B)**

**Eu acredito que sim, porque não mudou muito a definição de histeria, o que mudou é como manifesta. Você não vê mais manifestações históricas, não que não veja mais, mas aquelas manifestações que por exemplo, Freud relatava sobre histeria não são exatamente as mesmas que você vê hoje em dia, mas são parecidas, ou seja, o que evoluiu é vamos dizer assim, é o fato de que nessa mudança principalmente pela revolução industrial se tu pensar na própria revolução industrial, revolução de costumes, por exemplo, hoje as mulheres principalmente no ocidente não são tão, pensando que a mulher era a principal vítima da histeria, 'histeros'. [...] Né, então a própria origem da palavra 'histeros' se achava que o útero tinha praticamente vida própria que essa manifestação histérica seria justamente manifestação de um útero agitado, vamos colocar entre aspas né. Então se você pensar hoje em dia mulheres tiveram liberação sexual, elas não vão mais ter aqueles recalques que tinham na época do Freud. [...] Mas, a revolução sexual não quer dizer que todas as mulheres**

conseguiram alcançar isso, ainda existe aquelas que tão numa fronteira que justamente existe uma certa repressão sexual não como antes, mas ainda existe. [grifos nossos] (ENTREVISTADO(A) A)

**Eu acho que ela não deixou de existir né, acho que a gente não pode pensar assim histeria é uma coisa e transtorno de personalidade é outra. Acho que o que mudou foi a forma da gente diagnosticar e conceituar esse transtorno, acho que é essa a grande diferença e ainda lembrando assim, isso depende de cada área, depende de cada profissional.** Tu vai conversar daqui a pouco com o pessoal da psicanálise que utiliza dessa forma, e tu vai conversar por exemplo, com o pessoal da área médica que não vê dessa forma que exclui essa forma. Eu ainda acho que a Terapia Cognitiva ela consegue tá no meio disso tudo assim né, ela consegue entender um pouco esse outro lado da histeria como era vista antigamente e consegue também ter uma aproximação um pouco mais com essa parte diagnóstico né, de transtornos mentais, assim, então acho que a gente fica nesse limbo. [grifos nossos] (ENTREVISTADO(A) C)

Em contrapartida, um(a) entrevistado(a) acredita que o termo histeria vai cair em desuso, ou já caiu, por vários motivos:

**Transtorno da personalidade histriônica que caiu no DSM-V, mas eu vou continuar usando, porque tava muito bem descrito no DSM-IV. Pra mim foi o equilíbrio, entre histeria e o não ter mais nada, foi o transtorno da personalidade histriônica.** Transtorno da personalidade histriônica eu vejo muito, vejo muito e é bem complicado. [...] **Então acho que vai cair em desuso o termo histeria, e fico saudosos da histriônica, eu não sei o que vou fazer com as minhas histriônicas agora.** [...] **O que os caras fizeram no DSM-V, a histérica tem depressão, então o DSM-V vai entrar no eixo da depressão, vai ser medicada. A histérica tem conversão, vai entrar no eixo das conversões, vai ser medicada, a histérica tem somatizações, vai entrar nas somati.... então a histérica, a histérica que tinha um nome só a doença dela vai ter 5, 6, vai ser uma pessoa com 5, 6 diagnósticos.** É isso que vai acontecer com a histérica, ela vai ter um monte de diagnóstico. E a histeria é uma síndrome, que contempla uma série de sintomas e sinais e comportamentos. [...] **Eles foram fragmentados, então a histérica não vai ser analisada como um todo, vai ser analisada por fragmentos.** [grifos nossos] (ENTREVISTADO(A) D)

Como percebemos nos recortes das entrevistas citados acima, poderíamos dizer que a histeria (ou apenas a visão da histeria) estaria passando por um momento de decomposição? Já que essas pessoas estariam sendo 'olhadas' por partes, por frações, nos remetendo novamente ao modelo biomédico, onde o olhar é fragmentado diante do sujeito. Desta forma é 'natural' os(as) histéricos(as) estarem recebendo vários diagnósticos, pois cada profissional é responsável por uma parte do corpo desse sujeito. Assim, também nos remete a refletir sobre a repercussão do

lançamento do DSM-V, onde na mídia tivemos manifestações das mais diversas, principalmente a crítica de que todos somos doentes mentais.



## 5 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

De acordo com o presente trabalho, destacamos que nosso propósito enquanto pesquisadoras não é de comprovar informações e muito menos julgar moralmente as questões que aqui foram levantadas. Pelo contrário, procuramos fazer considerações sobre os assuntos abordados, a fim de pensarmos e questionarmos para um melhor entendimento das práticas discursivas que permeiam a histeria no contemporâneo.

Para entendermos essas práticas discursivas como um todo, fez-se necessário analisarmos inicialmente as produções de sentidos da dinâmica da histeria. Desta forma, percebemos que houve divergências nas classificações desta no discurso dos entrevistados(as). Dentre essas nomeações, surgiram: síndrome, estrutura, comportamento e personalidade. Para isso trouxemos o dicionário de psicologia, a fim de entendermos as diferenças entre os termos.

Desta forma, segundo Pieron e Cullinan (1978), a síndrome é considerada um conjunto de sinais que podem ou não ser patológicas; a estrutura é uma forma efetiva de ver o funcionamento da pessoa como um todo; o comportamento foca nas maneiras de ser e de agir do sujeito; e a personalidade é direcionada aos pontos singulares de cada indivíduo de uma forma mais ampla. Assim, como já dito, houve desarmonias quanto aos termos utilizados, porém, ao compararmos teoricamente, eles não se diferem com tanta proporção. Alguns se focam nos sinais e comportamentos, enquanto outros, além desse enfoque mais diretivo, preferem

abordar as questões do sujeito levando em consideração um 'todo' que cerca o mesmo.

O que pode estar relacionado é que os profissionais que utilizam uma abordagem mais pontual usam com um propósito, chegar a um diagnóstico. Este baseado principalmente nas queixas dos pacientes/clientes, ainda nos provocam a pensar num modelo biomédico, que visa um olhar mais fragmentado do sujeito. Os profissionais que escolhem trabalhar de uma forma mais ampla, talvez não sejam suas prioridades encontrar um diagnóstico, mas sim, entender como o paciente se relaciona no contexto em que está inserido, independente se há uma patologia ou não.

Contudo, precisamos estar cientes de que para a medicina, o diagnóstico torna-se fundamental para entender o que acomete esse sujeito e, assim, poder prescrever uma medicação para amenizar o sofrimento. Mas também precisamos entender que uma escuta ampliada deve ser papel para ambas as profissões, porque mesmo a medicina pode identificar que o sofrimento do sujeito não advém de um problema químico, sendo que muitas vezes o que ele precisa além de falar é ser escutado e acolhido. Essa visão também serve para a psicologia, com uma escuta flutuante e aberta consegue perceber se o seu trabalho enquanto terapeuta não está sendo suficiente para a melhora do paciente, podendo então encaminhar este ou para outros profissionais, concomitantemente ao seu atendimento, para um acompanhamento a fim de assessorar na melhora.

Diante do olhar da psiquiatria e da abordagem cognitiva comportamental, por serem ou estarem muito próximas ao modelo médico, os seus entendimentos quanto à histeria vêm amarrados a partir da visão dos manuais psiquiátricos que a denominam como um Transtorno de Personalidade Histriônica. Para se chegar a esse diagnóstico, no DSM-IV existe para auxílio os Critérios Diagnósticos para Transtorno de Personalidade Histriônica, ou seja, são descritos comportamentos e maneiras de 'ser'. Assim, o profissional vai buscar identificar se essas são condutas comuns do sujeito e de seu cotidiano para poder enquadrá-lo nos critérios.

Os(as) histéricos(as) são pessoas extremamente exagerados(as), teatrais, costumam ser considerados(as) simuladores(as) nos seus discursos e

manifestações corporais mais precisamente, pois o seu caráter excessivo não condiz com a intensidade do fato, geralmente fazendo o acontecimento parecer maior do que é. São pessoas muito sedutoras e costumam utilizar do seu corpo como fonte de exibição e sedução. De acordo com essa lógica mais contemporânea, arriscamos a dizer que ainda os sintomas muito se assemelham com a época de Freud, na qual as mulheres utilizavam do corpo como uma máquina de fazer ver e falar. Era nele o maior depósito de suas conflitivas pessoais e sociais. As mulheres também mantinham comportamentos dramáticos, porém, as crises conversivas pareciam ser mais frequentes e intensas, seus corpos eram tomados pela rigidez e retorcimentos.

Na atualidade, essas crises ainda existem, mas menos frequentes e de menor intensidade. Por vezes parece que foram substituídas por outras manifestações mais contemporâneas, como, por exemplo, o demasiado cuidado com o corpo, a falta de empatia com o próximo e a expressão 'ter' ser maior que o 'ser'. Assim, acreditamos que o contemporâneo nos exige a todo o momento essa postura individualista e competitiva, tornando cada vez mais as pessoas frias e os relacionamentos vazios, nos confundindo com os aspectos da histeria, que prevê esse mesmo comportamento.

Desta forma, relembremos a pergunta que nos fizemos no eixo "2.4 Corpo enquanto forma de existência", mais precisamente na página 21 desse trabalho: "Seria o contemporâneo o precursor dos sintomas histéricos, ou seria uma mera coincidência tanta semelhança?". Acreditamos ser uma complementariedade; talvez as formas do contemporâneo só venham a intensificar os sintomas histéricos, visto que esses sempre existiram, no entanto, hoje é quase como um traço social, pois ter comportamentos histéricos pode ser uma vantagem para se sobressair na sociedade.

Ao encontro desse assunto, Canguilhem traz os conceitos de saúde e doença ao longo desse trabalho. Ele nos desafia a pensar se o indivíduo sadio seria aquele mesmo que é submisso as premissas da sua época, ou é aquele que foge da praticidade, do comum e da regra, com o intuito da invenção e de novas experimentações. Pois, se pararmos para pensar, os loucos, os doentes ao longo dos anos sempre foram aqueles que tentaram fugir do 'normal', negaram a realidade

que tanto os faziam mal. Porém, o que de melhor conseguiram foram as prisões, alguns foram apedrejados em praça pública e outros foram a óbito devido aos maus tratos destinados a eles, simplesmente por não estarem de acordo com as normas estabelecidas. A própria histeria passou por todos esses constrangimentos, visto que na época não conseguiam explicar essa 'desordem'. Então, fica a questão: Seríamos nós, seguidores do contemporâneo, ao olhar do autor Canguilhem, considerados doentes?

Talvez pensar dessa forma possa nos incomodar, pois quando voltamos o olhar para nós mesmos é difícil admitirmos algumas coisas. Mas consideramos importante trazer aqui essa provocação como forma de desacomodar os nossos preceitos. Deste modo, temos o entendimento que quando o autor traz essa ideia que o doente seria quem vive intensamente as condutas de suas épocas, ele quer nos dizer que é quando não enxergamos mais linhas de fuga e pontos de criações em nós mesmos, ou no contexto em que vivemos, é como se estivéssemos vendidos e guiados pelos modos de ser e agir do contemporâneo, não tendo controle da nossa própria visão. Ao mesmo tempo, seria um grande risco para nós mesmos negarmos totalmente a época que vivemos, simplesmente virando as costas e ignorando o que nos faz mal, no entanto, isto não mudaria a nossa realidade, ela continuaria a nos assombrar.

Desta forma, seria válido se as pessoas tentassem equilibrar as intensidades, nem tão contemporâneo, nem tanto 'sem época alguma'. Cabe aqui a explicação de Agamben (2009), "contemporâneo é aquele que mantém fixo o olhar no seu tempo, para nele perceber não as luzes, mas o escuro" (p. 62). E é desse jeito que ainda nos manteríamos saudáveis, é vivendo o momento, não o negando, porém vendo nele o que de mais obscuro existe como forma de proteção a não cair nesse poço sem fundo, nessa obsessividade que se tornou o contemporâneo.

Referente ao uso ou não do termo histeria no contemporâneo, de acordo com as entrevistas, ele ainda é lembrado atualmente, pois consideramos os sintomas semelhantes com a histeria da época de Freud. Porém, é válido ressaltar que esse entendimento está ligado a uma visão mais psicodinâmica que o profissional faz do caso. Pois quando 'olhado' através dos manuais psiquiátricos percebemos que o seu termo já caiu em desuso, não podendo mais ser diagnosticada como tal. Assim, a

histeria foi e está sendo com o DSM-V substituída por mais outros transtornos, visto que o que antes levava apenas o seu nome, hoje poderá sofrer alterações e receber mais nomeações, já que os sintomas da histeria precisaram ser divididos e assim enquadrados em outros diagnósticos.

Ainda de acordo com os entrevistados, a histeria ainda existe. O que difere são as formas de classificá-la. Sendo assim, o que provavelmente vem acontecendo, é que o profissional faz um olhar voltado para a histeria, traçando estratégias de tratamento a partir do que conhece enquanto sintomatologia da mesma. No entanto, se precisar diagnosticá-la a partir do manual psiquiátrico ela receberá outros nomes. Desta forma, ainda acreditamos estar a histeria presente na nossa época, mas temos que nos consolar que talvez não por muito tempo, visto que o seu termo já não mais existe.

Desta forma, este trabalho vai se encaminhando ao final. Resta dizermos algumas palavras do que nos suscitou realizar este trabalho: muita satisfação! Pois desde o momento que iniciamos com o projeto, e principalmente quando realizamos as entrevistas, é que percebemos o quanto rico foi o material que coletamos e que certamente fizemos o possível para passar à pesquisa o melhor das discussões.

## REFERÊNCIAS

AGAMBEN, G. **O que é o contemporâneo?** E outros ensaios. Tradução Vinícius Nicastro Honesko. Chapecó: Argos, 2009.

ÁVILA, L.A.; TERRA, J. R. Histeria e somatização: o que mudou?. **J Bras Psiquiatr**, v. 59, n. 4, p. 333-340, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n4/11.pdf>>. Acessado em: 11 jun. 2013.

BACKES, C.; COSTA, A.; CUMIOTTO, C.; PINHO, G.S (org.). **A clínica Psicanalítica na Contemporaneidade**. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2008.

BARROS, J. A. pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico. **Saúde e Sociedade**, v. 11, n. 1, jan-jul/2002. Disponível em: <<http://www.saudecoletiva2012.com.br/userfiles/file/c13-1.pdf>>. Acessado em: 27 out. 2013.

BAUDRILLARD, J. **A sociedade de consumo**. Rio de Janeiro: Elfos, 1995.

BESSET, V.L. et al. Corpo e histeria: atualizações sobre a dor. **Revista eletrônica Polêmica**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 35-42, out./dez 2010. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/ojs/index.php/polemica/article/view/2818/1945>>. Acesso em: 05 mai. 2013.

BEZERRA M.M.S. **Histeria na Contemporaneidade**. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação de psicologia) - Faculdade de Ciências Humanas - ESUDA, 2004. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0052.pdf>>. Acessado em: 28 fev. 2013.

BIRMAM, J. **Mal-estar na atualidade**. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1999.

BIRMAN, Joel. **Mal-estar na atualidade**: a psicanálise e as novas formas de subjetivação. 7. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009.

BRUM, Eliane. **Acordei Doente Mental**. Revista Época, 2013. Disponível em: <<http://www3.globo.com/Sociedade/eliane-brum/noticia/2013/05/acordei-doente-mental.html>>. Acessado em: 02 set. 2013.

BURSZTYN, Daniela Costa. O Tratamento da histeria: um desafio para a rede de saúde mental. **Psicol. cienc. Prof.** [online]. 2011, v. 31, n. 4, pp. 734-747. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v31n4/v31n4a06.pdf>>. Acessado em 09 jun. 2013.

CAMPOS, V.M.; CARDOSO, M. R. O demoníaco na histeria. **Pulsional revista de psicanálise**. Rio de Janeiro ano XV, n. 163, p. 5-9, nov./2002. Disponível em: <[http://www.editoraescuta.com.br/pulsional/163\\_01.pdf](http://www.editoraescuta.com.br/pulsional/163_01.pdf)>. Acesso em: 05 mai. 2013.

**CID10. Classificação de Transtornos mentais e de Comportamento da CID-10:** Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Coord. Organiz. Mund. Da Saúde; trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artmed, 1993.

CSILLAG, M.C. Corpo e Histeria na Contemporaneidade. **Revista Leitura Flutuante**. São Paulo, v. 2, p. 1- 6, 2010. Disponível em: <[revistas.pucsp.br/index.php/leituraflutuante/article/download/7640/5590](http://revistas.pucsp.br/index.php/leituraflutuante/article/download/7640/5590)>. Acessado em: 09 abr. 2013.

DANTAS, J.B. Um ensaio sobre o culto ao corpo na contemporaneidade. **Estudos em Pesquisa em psicologia**. Rio de Janeiro. v. 11, n. 3, p. 898-912, 2010. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v11n3/artigos/html/v11n3a10.html#mailfim>>. Acessado em: 20 set. 2013.

**DSM-IV TR. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Miguel R. Jorge (Coord.). Trad. Cláudia Dornelles. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

FRANCO, F.L.F.N. Georges Canguilhem e a psiquiatria: norma, saúde e patologia mental. **Primeiros escritos**. v. 1, n. 1, p. 87-95, 2009. Disponível em: <[http://www.fflch.usp.br/df/site/publicacoes/primeirosescritos/07.Fabio\\_Luis\\_Franco.pdf](http://www.fflch.usp.br/df/site/publicacoes/primeirosescritos/07.Fabio_Luis_Franco.pdf)>. Acessado em 10 set. 2013.

FREIRE, L. A histeria e a beleza: uma expressão no contexto cultural da atualidade. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 22, n. 3, Set. 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932002000300011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932002000300011&lng=en&nrm=iso)>.

FREUD, S. **Histeria**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. v. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 75-95.

LE BRETON, D. **A sociologia do corpo**. Petrópolis: Vozes, 2006.

MAROUN, K.; VIEIRA, V. Corpo: uma mercadoria na pós-modernidade. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 14, n. 2, p. 171-186, dez. 2008

MOREIRA, R.M.; MACHADO C.M. A Histeria no Século XXI: novas perspectivas. Contemporânea. **Psicanálise e Transdisciplinaridade**, Porto Alegre, n. 10, Jul/Dez 2010. Disponível em: <[www.revistacontemporanea.org.br](http://www.revistacontemporanea.org.br)>. Acessado em: 03 jun. 2013.

NASIO, J.-D. A histeria: teoria clínica e psicanalítica. In: \_\_\_\_\_. **A face da histeria na análise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.

NOVAES, A. (Org.). **O homem-máquina: a ciência manipula o corpo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

PIERON, H.; CULLINAN, D.B. **Dicionário de psicologia**. 6. ed. Porto Alegre: Globo, 1978.

ROUDINESCO, E.; PLON. M. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

SANT'ANNA, D.B. Uma história do corpo. In: SOARES, C. (Org.). **Pesquisas sobre o corpo**: ciências humanas e educação. Campinas: Autores Associados. p. 67-80, 2007.

SCOTTI, S. A histeria em Freud e Flaubert. **Estudos de Psicologia**, v. 7, n. 2, pp. 333-341, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v7n2/a14v07n2.pdf>>. Acessado em: 12 jun. 2013

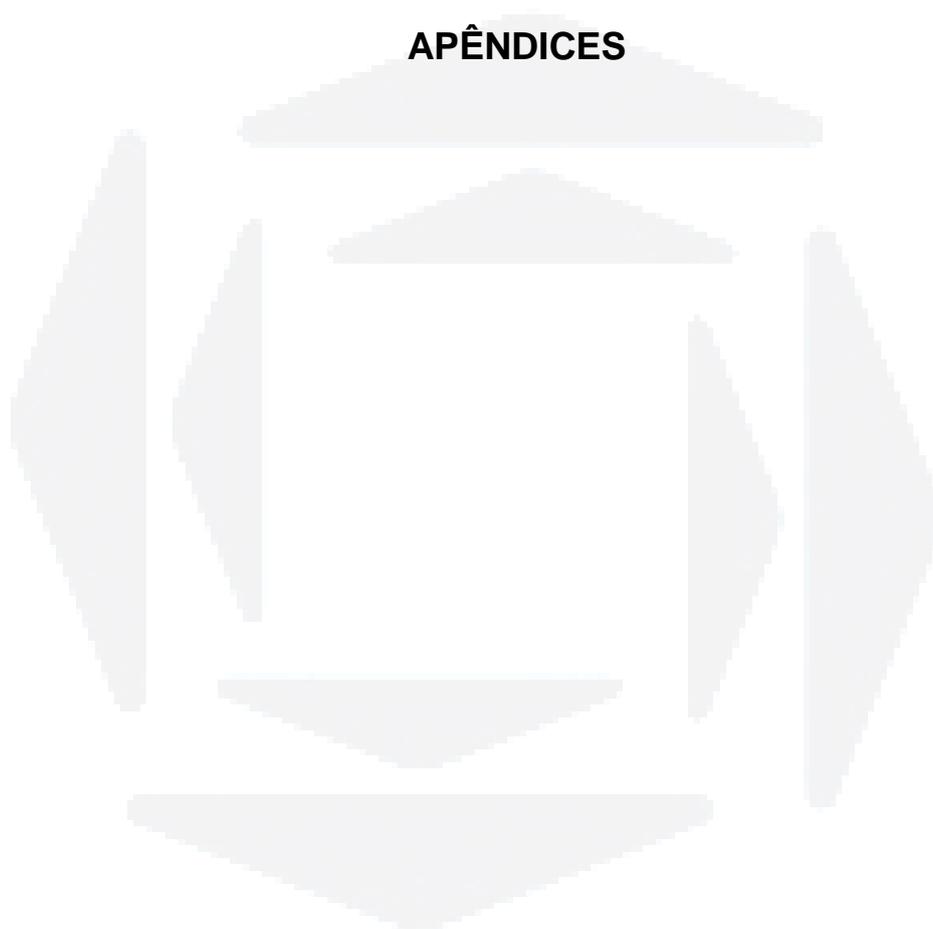
SILVA, T.T. A arte do encontro e da composição: Spinoza + Currículo + Deleuze. **Educação e Realidade**, v. 27, n. 2, pp. 47-57, jul./dez.2002. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/download/25915/15184>>. Acessado em: 10 nov. 2013.

SPINK, M.P. Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. In: SPINK, M.J.; FREZZA, R.M. **Práticas discursivas e produção de sentidos**: a perspectiva da Psicologia Social. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

TOMASI, N.G.S.; YAMAMOTO, R.M. Metodologia de pesquisa em saúde: fundamentos essenciais. In: \_\_\_\_\_. **Pesquisa qualitativa e quantitativa**. Curitiba: As autoras, 1999.

ZIMERMAN, D.E. **Fundamentos psicanalíticos**: teoria, técnica e clínica – uma abordagem didática. Porto Alegre: Artmed, 1999.

## APÊNDICES



## APÊNDICE A – ROTEIRO ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

- Identificação:
- Instituição de formação:
- Tempo de formação/clínica:
- Abordagem:

1. Como você compreende a histeria dentro da abordagem que você trabalha?

2. Como você percebe este quadro clínico no paciente/cliente?

3. As crises conversivas ainda existem? De que maneiras elas se manifestam?

4. Você considera a histeria manifestada no contemporâneo como sendo um sintoma social? Por quê?

5. Você acha que atualmente ainda podemos falar em histeria?

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que estou disposto (a) a participar da Pesquisa sobre a “HISTERIA: PRODUÇÃO DE SENTIDOS NA CONTEMPORANEIDADE”, proposta pela pesquisadora responsável, Professora Gisele Dhein, e pela acadêmica-pesquisadora, acadêmica de Psicologia, Franciele Grzebielucka. A pesquisa tem por objetivo descrever e analisar os discursos que circulam entre os psicólogos de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul, e que fui esclarecido (a) de forma clara e detalhada, sem ser obrigado (a), sobre os objetivos da pesquisa.

A entrevista em que você participará, terá duração aproximada de uma hora, aonde serão realizadas algumas perguntas quanto à sua prática profissional. A conversa será gravada e transcrita e estes dados serão utilizados somente para fins científicos e seu nome não será identificado. A técnica de coleta de dados pode desencadear alguns desconfortos, tais como:

- a duração da entrevista será de aproximadamente uma hora podendo estender-se por um tempo maior, de acordo com as respostas. Caso você sinta algum desconforto poderá retirar-se por alguns momentos do local.

- você poderá sentir-se desconfortável em relação a expor-se, neste caso será fornecido apoio necessário.

Fui igualmente informado (a):

- 1) Da garantia de receber esclarecimento sobre o estudo e resposta a qualquer pergunta relacionada com a pesquisa, a qualquer momento durante a realização da mesma;

- 2) Da liberdade de recusar ou retirar meu consentimento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga qualquer prejuízo ou penalidade;

- 3) Da segurança de que não serei identificado (a) e que se manterá o sigilo da identidade e minha privacidade;

- 4) De que os dados recolhidos serão usados unicamente para os objetivos da presente pesquisa;

- 5) De que embora a entrevista seja gravada é garantido total sigilo, não havendo identificação da minha identidade e que poderei requerer da entrevistadora-pesquisadora a transcrição integral da minha entrevista, se assim eu desejar;

- 6) Que os dados obtidos com a pesquisa serão utilizados para fins de divulgação científica em congressos, seminários e periódicos;

- 7) Que a participação na pesquisa não implicará em qualquer custo.

- 8) De que serão mantidos todos os preceitos ético-legais durante e após o término da pesquisa

9) Do compromisso de acesso às informações em todas as etapas o trabalho, bem como dos resultados, ainda que isso possa afetar minha vontade de continuar participando;

10) De que a técnica de coleta de dados pode desencadear alguns desconfortos e a forma que eles serão minimizados.

Este documento será redigido e assinado em duas vias, ficando uma com o sujeito e a outra com a pesquisadora.

A acadêmica-pesquisadora responsável por este projeto de pesquisa é Franciele Grzebielucka fone (51) 9976 5554, tendo este documento sido revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP), da UNIVATES.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome e assinatura do/a participante

Nome e assinatura da pesquisadora responsável