

SOBRE A RELAÇÃO ENTRE OS FENÔMENOS HISTÉRICOS E AS ALTERAÇÕES DO ESQUEMA CORPORAL*

FRANCISCO RAMOS DE FARIAS**

Procura estudar as questões relacionadas às alterações do esquema corporal em pacientes histéricos, utilizando-se de material de observação da prática clínica e contribuições teóricas. Em princípio, tece considerações sobre o desenvolvimento histórico da histeria, sua conceituação e classificação. Analisa suas características particulares. Finalmente procura salientar a inter-relação entre as alterações do esquema corporal e os fenômenos histéricos.

Até a atualidade é sabido que mesmo no campo das ciências físicas, ainda não foi alcançada a exigência de coerência interna desejada, para servir de base a um conhecimento dito científico e válido. Se a teoria das ciências físicas, elaborada a luz de proposições existentes e resultados experimentais não abarca claramente todos os fenômenos, então as ciências do homem, que na maioria das vezes considera as ciências físicas como modelo, explicitaria o mesmo problema num grau de complexidade maior, na medida em que pretende que suas descobertas se imponham em termos de sentido e de verdade. Esta é a dificuldade de se abordar muitos dos fenômenos das ciências humanas. Esta mesma dificuldade está presente em quase toda investigação que pretende chegar a resultados claros das intrincadas relações do homem. Isto é o que acontece no campo da psicopatologia, no domínio das diferentes modalidades mórbidas,

* Este trabalho é parte de uma monografia entregue no Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, no Curso de Especialização em Psicologia Clínica.

** Professor do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará. Especialista em Psicologia Clínica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro — Instituto de Psicologia.

Mestre em Psicologia pela Fundação Getúlio Vargas — Rio de Janeiro.

Doutorando em Psicologia Cognitiva pela Fundação Getúlio Vargas — Rio de Janeiro.

especialmente a histeria, entidade nosológica bastante complexa com definições incompletas e às vezes contraditórias, descrita como uma realidade concreta relacionada à explicações de cunho objetivo, sem considerar as estruturas inconscientes expressas na linguagem e no corpo que se mesclam na conduta observada do indivíduo, mas que através dela apenas não se explicam, pois, é o significado dos aspectos inconscientes que descortinam a intrincada relação dos fenômenos histéricos.

A neurose histérica, como as demais, se refere aos aspectos funcionais da personalidade, analisados pelas manifestações sintomáticas sem grave comprometimento do juízo da realidade. Pode ser entendida como um conjunto de transtornos polarizados na angústia e na defesa contra a mesma, com alterações significativas das relações interpessoais e, inclusive, nas sexuais.

O mecanismo básico que serve de defesa na histeria é a condensação, pois um sintoma histérico vem ser a condensação de energia psíquica relacionada a vários elementos. Um vômito histérico, um desmaio, uma paralisia, uma anestesia e outros fenômenos corporais podem condensar cada um, várias situações simultaneamente. Deste modo, pode-se compreender todo sintoma histérico como plurideterminado por diversos afetos que nele se expressam condensados.

Sabe-se com Freud (1980a) que este mecanismo complexo é regido pelo processo primário que regula toda a atividade neurótica do histérico e ocorre integralmente no inconsciente, sendo que, no corpo, a ação de tal mecanismo e de tal princípio torna-se manifesta.

Apesar da relação entre esse mecanismo da histeria ser um aspecto bastante claro, existem outros bastante obscuros como aqueles relacionados à alterações no esquema corporal, ou seja, como acontece a escolha de uma determinada parte do corpo para expressar o conflito psíquico e quais determinantes da relação mãe-filho e aspectos sociais se vinculam a tal escolha.

As situações reatualizadas nesse conflito, como as atuais são, na maioria das vezes irredutíveis à captação simbólica do histérico, ou seja, o simbolismo do sintoma não é reconhecido pelo indivíduo, nem também é sentido como uma alteração do esquema corporal. Sendo assim pode-se dizer que o histérico lança mão do corpo como alvo para onde convergem todas as energias retidas.

Existe uma razão para isso, pois como se sabe, o homem se apresenta aos demais com o seu próprio corpo, na medida em que o corpo é uma realidade social. O histérico não foge a essa regra, que como o indivíduo dito normal, serve-se também do seu corpo, para executar todos os atos de sua relação, funções vitais e utilizá-lo como um modo de expressão de todo conflito existente na mente, ou mais especificamente no inconsciente.

Este é o modo como o indivíduo histérico se expõe ao mundo. Essa forma é bem característica e está condicionada em grande parte pela estrutura, organização do corpo e grau de desenvolvimento alcançado do esquema corporal. Pelo fato de existirem alterações corporais no histérico, observa-se uma certa desarmonia entre o que se percebe no corpo e as relações entre as suas diversas partes. Sendo assim, toda materialidade do corpo do histérico não está em

harmonia com a subjetividade nele inscrita. Decorrente dessa desarticulação, observa-se também indícios de dissociação entre o que se passa na mente e as reações corporais concomitantes.

A importância do corpo na compreensão dos fenômenos histéricos deve-se ao fato de que nele fica inscrito o trajeto da existência do indivíduo desde a infância até a velhice, onde se revela toda a história do sujeito e sua conexão com o tempo e o espaço.

As alterações do esquema corporal, não acontecem, como se sabe apenas na histeria, sendo tais fenômenos mais freqüentes nas psicoses e na hipocondria. No entanto, nas histerias, a utilização do corpo, pelo menos em uma de suas formas (conversão) é bastante freqüente para expressar um conflito, devido possivelmente a distúrbios na esfera sexual que se deve para Freud à uma fixação da libido numa fase do desenvolvimento psico-sexual.

Esta fixação provavelmente, como adiantou Schilder (1981) influencia negativamente na formação de uma imagem do corpo, como não acontece no indivíduo normal. Esta imagem é importante não só em termos da relação do indivíduo consigo mesmo — intrasubjetividade — como também das relações do indivíduo com o mundo externo — intersubjetividade —.

As alterações do esquema corporal, observadas nos sintomas histéricos, manifestam em relação à realidade uma forma de comunicação, embora de forma dissociada entre suas necessidades e os correlatos emocionais e corporais. Nesses indivíduos é possível se observar uma adaptação escassa, devido a um desgaste do aparelho psíquico, o que resulta numa desarticulação entre maturação e aprendizagem corporal. Em tais circunstâncias se observa um privilégio da realidade exterior para a ela ajustar-se de forma que estão ausentes as mensagens vindas do interior do corpo e das emoções.

Ainda é possível que nesses indivíduos exista uma dissociação entre o princípio do prazer e o princípio da realidade, podendo resultar, às vezes, num desconhecimento do corpo ou de suas partes, pois, não ocorre uma simbolização adequada de tais partes ou até mesmo do corpo enquanto unidade.

Desse modo, pode-se esperar que os indivíduos histéricos adotem um plano de vida onde os objetivos não se conjugam com as possibilidades emocionais.

Este estudo destina-se a levantar questões sobre a trama vincular das relações objetivas nos pacientes histéricos e as ansiedades e defesas concomitantes que se organizam na mente, estruturadas e expressas no corpo, tendo como objetivo central, a possível interação entre sintomas histéricos e as alterações do esquema corporal, na medida em que o sintoma denuncia um sistema de relação. Na maioria dos casos, este sistema tem como base uma ideologia que exprime a necessidade de ajuste à realidade.

O elemento de observação principal é a relação do histérico com seu próprio corpo. Seja o corpo impulsivo, seja o corpo instrumentalizado, é considerado como um efector utilitário, ficando anulado como fonte vital de informação. Desse modo, passa a existir no corpo espaços vazios que se constituem como lacunas no crescimento mental. O resultado observado é a dificuldade de cons-

trução simbólica da realidade psíquica. Não obstante, a linguagem pré e paraverbal é nos indivíduos histéricos uma fonte rica de dados e se mostra bastante desenvolvida, sendo também um indicador de uma dissociação entre um aspecto de sua vida mental que se desenvolveu de forma rígida e pouco criativo, resultando numa inabilidade dos movimentos corporais, e outro aspecto que não alcançou nenhuma transformação, permanecendo em estado primitivo e confuso, conforme assinalou J. Bleger em "Simbiose e Ambigüidade".

2. NOTAS HISTÓRICAS SOBRE A HISTERIA

Inicialmente é pertinente ressaltar que não será feita aqui uma abordagem histórica completa da histeria e dos fenômenos histéricos, pois assim, seria necessário um tratado, uma vez que o assunto inclui influências e contribuições religiosas, culturais, políticas entre outras.

Os fenômenos histéricos existem ou são reconhecidos desde há muito tempo, embora como se sabe, em cada época expressam características distintas, possivelmente associadas ao contexto histórico do momento.

Filosoficamente, foi Hipócrates quem primeiro tentou explicar a histeria, relacionando-a ao deslocamento do útero e considerando-a como uma enfermidade do tipo ginecológico, tese esta que foi sustentada por Platão, muito embora em explicações mais convincentes que deixaram espaço para a abordagem psicossomática: uma insatisfação na esfera sexual pode culminar num processo neurótico. Evidentemente, a partir dessa proposição, acreditou-se erroneamente que o casamento seria a cura para a histeria.

As teses de Platão e Hipócrates foram criticadas como absurdas por Galeo, que sendo possuidor de conhecimento de anatomia observou que o útero não podia se deslocar constantemente. Oferece como justificativa a hipótese de que a gênese da histeria se deve provavelmente à retenção do fluxo menstrual, ou ainda do sêmen feminino, por acreditar que a mulher também ejaculava.

Na Idade Média a histeria foi tratada como todas as demais doenças, ou seja, foi-lhe atribuído um valor demoníaco. Todas as explicações sobre a histeria na Idade Média se inspiram na medicina antiga; qualquer que seja a explicação, (deslocamento da matriz orgânica, retenção do fluxo menstrual, vapores tóxicos de origem genital) sempre predomina como causa básica o demônio.

No renascimento, o caráter teleológico da histeria é relegado a segundo plano e então, o assunto é tratado no campo da medicina da época, na qual os médicos, em grande parte, já estavam liberados da concepção demoníaca, vindo então a considerá-la do ponto de vista somático, retomando as idéias de Platão e Hipócrates.

No início do século XVII as causas físicas como hemorragias e infecções foram consideradas como responsáveis pelo aparecimento das alterações emocionais, apesar da causa desencadeante ser ainda considerada como o mal do deslocamento ou a presença dos vapores tóxicos originados no útero.

Na opinião de Tallaferro (1982), Lepois rompe com as idéias tradicionais acerca da histeria. Descarta a tese acerca do útero e da retenção do fluxo menstrual, depois de ter observado que a histeria aparece em mulheres e também nos homens.

As idéias de Lepois sobre a causa da histeria devido ao mau funcionamento dos nervos, encontra uma certa repercussão no meio médico, provocando uma série de controvérsias, mas também abrindo espaço para novos questionamentos.

Um dos seus seguidores, Sydenham (1979) atribui à afecção histérica, a conotação de psíquica, denominando homens e mulheres histéricos de "hipocondríacos".

Outra concepção relevante no campo da histeria deve-se aos estudos de Charcot (1979a) acerca das paralisias seguidas aos estados traumáticos, quando utilizando a hipnose tentou reproduzir tais estados de paralisia em pacientes histéricos. Considerou que tais paralisias ocorriam devido a representações no psiquismo. Os resultados dessas investigações de Charcot, como se sabe foram de grande importância para a formulação de teorias sobre o assunto, principalmente Janet, Breuer e as primeiras concepções de Freud.

No que diz respeito as teses de Charcot, cabe mencionar que suas formulações abordam a histeria implicando os resultados de sua prática em hipnotismo. Conforme assinala Sauri (1979), Charcot distinguia uma fase característica nas histerias, definida como epileptóide, compreendendo um conjunto de movimentos histéricos desordenados simulando características de uma crise epiléptica.

Esta fase foi reconhecida por Lasegue (1979) como histeria periférica, para diferenciá-la da grande histeria, também reconhecida por Charcot.

Ainda acrescenta Charcot (1979a) que

... a caracterização das manifestações histéricas em quatro períodos mostra o alcance e os limites do procedimento usado. Na realidade, quando se procede assim os sintomas ficam agrupados segundo conceitos nosográficos. Tal modo de proceder se coloca diante de um dilema: as entidades puras são existentes? p. 83.

As idéias de Charcot suscitaram polêmicas e propiciaram investigações sobre a histeria; além de numerosas críticas tanto do campo da medicina como de outras áreas.

Para responder às implicações e críticas à sua teoria, Charcot (1979b) admite que duas enfermidades podem coexistir numa mesma pessoa, formulação que tem certa ressonância com o pensamento de Kraepelin (1979) quando tratou sistematicamente da diferenciação e da descrição. Admitiu que determinadas enfermidades, além de descritiva e classificatória, repousam numa base epistemológica fundamentada na associação mecanicista de idéias. É Kraepelin quem integra a histeria na área da psiquiatria e também, é com ele que a histeria começa a ser considerada psicopatologicamente.

Um avanço significativo no campo da histeria aparece com Babinsky (1979) que se interessou pela análise dos aspectos simulados presentes vinculados à relação entre a sugestão e a persuasão. Define a histeria como o resultado da ação sugestiva do sujeito, admitindo que pode ser induzida a partir de múltiplas causas. Quanto a persuasão, pode-se dizer que sua função radica em fazer desaparecer os fenômenos histéricos. Nesta ótica, pode-se dizer que as contribuições de Babinsky são significativas para a compreensão da histeria no plano reflexivo.

Janet (1979) apresenta uma posição considerada crítica às concepções anteriores. Em princípio, propõe o conceito de dissociação (fator responsável pelo decréscimo da energia mental) entre idéias da atenção e volição e efeitos sensoriais que se devem à degeneração do sistema nervoso.

Apresenta também em sua concepção crítica, uma explicação sobre os sintomas histéricos, admitindo que na histeria o sintoma principal é um sistema de imagens e movimentos que escapam ao controle do indivíduo. Fica claro, que Janet aborda o problema por dois ângulos: por um lado considera o epifenômeno, e por outro a infra-estrutura subjacente ao conjunto de imagens das dimensões imaginárias e corpo.

Janet (1979) apresenta uma abordagem bem diferente de Charcot (1979b) ao se referir a estado mental histérico e, também, ao admitir ser impossível uma descrição anátomo-fisiológica da histeria. Para ele, a histeria poderia ser compreendida do seguinte modo: constitui-se como um sistema dinâmico de imagens e movimentos que se organizam de tal forma onde se observa um fracasso do controle racional, acontecendo também um não acompanhamento das funções integradoras da personalidade. Este aspecto perturbador se explica em parte de imagens e outros aspectos recorrentes de forma ameaçadora que caracterizam a maneira de ser do histérico, ou seja, sua enfermidade.

É conveniente salientar que os fenômenos anestésicos observados na histeria não se constituem como sintomas puramente físicos, sendo de ordem mental ou psíquica, são análogos à distração. Não obstante, resta mencionar que a ação corporal expressiva dos sintomas histéricos, de acordo com Janet (1979) é mais significativa para os histéricos do que para os indivíduos normais, pelo fato de penetrarem mais profundamente no organismo determinando as modificações motoras e viscerais.

Quanto a capacidade de distração observada nos histéricos, acredita-se que a mesma deve estar relacionada ao esquecimento de percepções, conjuntamente com todas as representações que não são concomitantes ao pensamento atual.

Essas características psicológicas e outras confluem-se num fenômeno denominado por Janet como estreitamento do campo da consciência, formulação esta que conserva certa analogia com as concepções atuais sobre a dissociação.

Em suma, a histeria é compreendida por Janet (1979) como uma enfermidade da personalidade, que determina a decomposição das idéias e das funções, cuja reunião constitui a consciência atual. Nesse sentido, Janet já deixa implícito a relação da histeria com os fenômenos inconscientes. Esta foi sua grande contribuição, apesar de se manter fiel aos princípios de uma psicologia objetiva, pois não conseguiu dar relevância aos aspectos subjetivos, tentando apenas apresentar uma abordagem compreensivista.

No entanto, Breuer e Freud consideram a histeria no plano psicológico, onde o conflito sexual aparece unido ao conceito psíquico de histeria, principalmente por Freud (1980b).

Freud (1980c) enfatizou o deslocamento dos fluxos energéticos em sistemas neuronais, onde existe facilitação e possibilidade de retenção de energia. Ainda reconheceu que o afeto (tradução subjetiva da energia pulsional) seria então transformado podendo assumir três formas distintas: a conversão, na histeria; o deslocamento, na neurose obsessiva e uma transformação qualitativa na neurose de angústia.

O estabelecimento da neurose acontece quando o aparelho psíquico está em mau funcionamento, em termos de facilitação excessiva e repressão, quer dizer, retenção de energia. Freud deixa então entrever em suas explicações a predominância de um modelo neurofisiológico regido por dois princípios: o da inércia e o da constância, onde a função defensiva seria um agente para encobrir o conflito psíquico nas neuroses e principalmente na histeria. Enfim, a importância dada ao conflito psíquico, a defesa, a retenção, o escoamento de energia, a tensão nos sistemas neuronais e ao dinamismo do inconsciente, se convertem em pedra angular para a análise da etiologia das neuroses na medida em que Freud concebeu o ego como uma organização de neurônios perceptivos com energia constante tendo por função a inibição e o regulamento das excitações.

Desde Freud (1980d), a histeria tem sido estudada de modo a se pensar atualmente que sabe-se mais sobre ela do que qualquer outra forma mórbida. Inicialmente, Freud explicou a histeria com base na teoria traumática. Em sua obra "Os mecanismos psíquicos dos fenômenos histéricos" desenvolve idéias de que o histérico padeceria de reminiscências. Em "Estudos sobre a histeria", aparece nas suas explicações o conceito de sintoma. Para ele os sintomas histéricos seriam derivados de lembranças inconscientes ativas.

Na obra "Neuropsicoses de defesa", Freud (1980e), formula o conceito de conflito como aspecto central na histeria. Tal conflito deve-se a uma incompatibilidade, devido a uma experiência do ego vinculada a uma representação ou sensação que despertaria afetos penosos, sendo o sujeito, então, obrigado a esquecê-los. Para tanto, admitiu que a representação intolerável se refere a experiência sexual e, assim, explicou o conflito entre o ego e a sexualidade.

Na "Interpretação dos sonhos", quando pretendeu formular leis sobre a dinâmica do processo inconsciente, sobre a teoria dos processos oníricos e sobre

o funcionamento do aparelho mental, Freud (1980f) dá ênfase a repressão como mecanismo organizador de tal aparelho, vindo portanto a compreender a histeria pela repressão, esta sendo mecanismo principal.

Decorre daí a existência de dois conceitos, o de cena primária e o de Édipo, como centrais na investigação da histeria. Nesta época, Freud já teria abandonado a teoria do trauma, vindo a propor que o sintoma histórico é a realização de uma fantasia inconsciente para cumprir um desejo, expressando uma relação entre movimentos afetivos contrários, onde um deles é a exteriorização de um instinto parcial. Freud, nesta concepção, teria relacionado as fantasias históricas com a bissexualidade e, então, o conflito histórico seria a expressão por um lado de uma fantasia feminina e por outro lado de uma fantasia masculina, ambas sexuais inconscientes. De resto, o sintoma histórico contém o desejo sexual reprimido no inconsciente e a identificação por autocastigo como repressor.

3. NÍVEIS DE PERTURBAÇÕES HISTÓRICAS

Mediante as investigações psicanalíticas pode-se reconhecer níveis das perturbações históricas ao invés de tipos. Esses níveis se explicam em decorrência da gravidade das funções afetadas no indivíduo.

Observa-se três níveis na histeria a saber: as neuroses históricas clássicas, as histerias graves e as psicoses históricas. Com respeito as neuroses históricas, pode-se compreendê-las a partir do aparelho mental, na medida em que se concebe ser a finalidade desse aparelho a estabilidade do psiquismo. Nas neuroses históricas, o aparelho psíquico teria um desenvolvimento semelhante ao de um indivíduo normal, porém com uma integração não sincronizada. Vale dizer então que, neste caso, o ego conserva quase todas as funções, estando a maioria delas perturbadas.

Na neurose histórica, devido a essas funções perturbadas o indivíduo estaria impedido a sair do Édipo por uma fixação fálica, estando então possibilitado a realização masculina e conseqüentemente reforçando sua identificação fálica. A esse mecanismo se associa o mecanismo da repressão, funcionando para excluir da consciência funções complexas mais estruturadas. E, então, a conversão seria, entre outros, o sintoma de expressão das fantasias que retornam o reprimido na histeria, onde o corpo erotizado funcionaria como símbolo e também expressaria toda dramática da histeria. O corpo seria então o mediador com o inconsciente em termos de uma linguagem, sendo também um lugar de execução da cena primária. O resultado seria um aparelho mental restrito em suas funções com bloqueio de sublimações e, devido à fixação na etapa fálica, o indivíduo regride constantemente à cena edípica onde estão presentes desejos incestuosos de modo que cada nova experiência é para o indivíduo uma situação triangular não assumida.

Conforme pode-se observar, nesse nível de neurose, o ego mantém contato com a realidade e regula pulsões estando afetado apenas a área de conflito, neste caso a sexualidade.

Nas neuroses graves há um debilitamento do ego na tentativa de manter contato com a realidade, havendo também constante busca de apoio.

Nestas condições há uma precária chegada à fase fálica, onde se infiltram inúmeros componentes da repressão primária relacionada a fase oral e anal. É comum também um estado de indiscriminação caracterizando um processo mais desorganizado nessas neuroses devido à uma intensificação dos fenômenos narcisistas.

O momento de fixação é numa etapa mais precoce do que aquele nível anteriormente descrito. Nestas formas de neurose a fixação se deve ao momento em que o objeto de satisfação e a experiência de satisfação foram frustrantes, não obstante sentidas como apoio, busca de contato, sustento.

Para Freud (1980g) a angústia de castração, neste caso, ligada a fase fálica, permitiria o desenvolvimento de angústia de separação com os objetos. Desse modo, é possível que a angústia de castração da fase fálica nas histerias clássicas se converteria, nas histerias graves, em angústia de separação, consoante com as observações de Freud em "Inibição, sintoma e angústia".

Em suma, predomina nessas neuroses uma dificuldade na separação da polaridade amor-ódio, estando então o aparelho psíquico obrigado a utilizar a repressão como defesa principal, onde a fixação oral e a confusão com o objeto fazem ressurgir momentos narcisistas que imprimem ao ego condições inapropriadas de relações objetais. Então é admissível que o retorno do reprimido constitui o momento confusional.

De resto, nas histerias psicóticas, o ego encontra-se completamente submisso pelo inconsciente de modo a constituir-se uma outra realidade, onde prevalecem os desejos do Id projetados espacialmente, constituindo o mundo fantástico de objetos delirantes no mundo externo, que são ameaçados pelo seu retorno. Esses momentos são chamados de psicóticos, mas essas psicoses têm também momentos neuróticos, pois o princípio da realidade é também conservado.

As psicoses históricas diferenciam-se das formas anteriores pelas seguintes características: conflito com a sexualidade, fixação fálica, angústia de castração, conflito com a identidade, disfunção edípica, ataque ao pênis e à vagina (Klein, 1970).

Observa-se nas psicoses históricas uma alternância de conexão e desconexão da realidade sem transtorno do pensamento. Para Fenichel (1981) o delírio presente nessas neuroses seria sempre erótico, organizado em volta da cena primária. Apresenta também, tais delírios, características místicas. Enfim, nas psicoses históricas, o aparelho psíquico não atingiu um certo grau de desenvolvimento, onde os objetos internos organizam experiências enraizadas no inconsciente e que se colocam a serviço da satisfação em etapas iniciais da vida do indivíduo, havendo também uma relação objetal extremamente regressiva, onde há o repúdio pela castração e pela diferença dos sexos.

4. ASPECTOS DA DINÂMICA FAMILIAR NA GÊNESE DA HISTÉRIA.

A estrutura da família (grupo estrutural primário) é um fator de extrema importância no desencadeamento da histeria.

Todos os estudos levados a efeito mostram, conforme assinalou Richter (1979), que o paciente neurótico faz parte de uma família que inclui desde o seu nascimento (numa rede de interação), uma séria distorção de base, como no caso: o filho ao nascer tem como função satisfazer as aspirações frustradas dos pais. Para Winnicott (1979), estes pais são pessoas que tiveram expostos à grande exigência de adaptação onde fracassaram totalmente ou parcialmente, sendo que, na maioria dos casos, necessitam de que os filhos respondam com uma ótima adaptação ao meio e às exigências da realidade que eles fracassaram. Sobre a base desta distorção familiar, a criança configura sem saber um meio de reivindicação dos pais que antes mesmo de seu nascimento já existe (depositado pelos pais), grandes expectativas e exageradas ambições sobre rendimentos exitosos e precoces dos filhos. Neste sentido, os pais traçam uma linha de desenvolvimento que a criança deverá percorrer, criando condições para que a criança cumpra essas exigências.

Desse modo, as possibilidades de desejos da criança, conforme assinala Rascovsky (1974) não são motivadas pelas suas próprias capacidades e seguem a direção de compreender aos fracassos paternos. Assim, o desenvolvimento precoce dos filhos é um orgulho para suas frustrações. O que normalmente acontece nesse tipo de relação, é que a infância transcorre em uma estrutura familiar que não concebe a dor, as crises afetivas, as alterações de humor e as regressões temporárias como elementos inerentes ao desenvolvimento e também promotores do desenvolvimento mental. Ao contrário, esses fenômenos são percebidos como perigosos obstáculos que podem interferir na conduta para obtenção do sucesso.

Face ao exposto, o neurótico é o filho que, aliado ao mundo ambicioso dos pais, passa a formar-se a si mesmo como filho ideal. Esta aliança coloca o filho diante de fatores disposicionais e, destes, dois são de extrema importância. Um deles se refere à uma sensibilidade extrema e precoce na percepção do estado do outro e, a partir daí, desenvolve-se no sujeito uma conduta para satisfazer em primeiro plano as necessidades do outro para evitar ser rejeitado. O outro fator corresponde aos aspectos onipotentes que, devido à ambição extrema dos pais, a criança adquire hábitos que estão além das suas possibilidades maturacionais reais.

Outro fator também desencadeante das neuroses, se refere às pautas evolutivas da primeira infância. Nestas se conjugam os dois fatores já descritos, onde essa convergência expressa um estilo e uma modalidade nas etapas evolutivas. Tal estilo se baseia na ideologia de que a criança deve ser muito aplicada e, a partir

dos primeiros contatos com a mãe, há uma instrumentalização de recursos propiciadores da repressão como: reforçamento da oralidade passivo-receptiva privada do prazer sensorial concomitante, estimulação da maturação muscular com relação às funções de controle da realidade e de controle das descargas expansivo-agressivas e, finalmente, a restrição das funções sensório-perceptuais e motoras.

Na concepção de Winnicott (1978) é a mãe que põe em prática esta normativa restringindo as ações da criança. Quase sempre essa atitude materna é apoiada pelo pai. Desse modo, no processo evolutivo da criança, se inscrevem sucessivas privações das necessidades primárias que resultam possivelmente num processo neurótico. Como consequência surge, nessa relação, uma mãe que priva as vivências de contato e de exercitação de áreas corporais e um filho que se "acomoda" não impondo suas necessidades vindo a responder, com um aparelho mental viesado, aos desejos maternos e renunciando sua busca de prazer ou tornando-se impossibilitado de percebê-lo.

Os neuróticos, no caso os histéricos, são geralmente pessoas criadas com um máximo de disciplina, tanto em movimento, como assinalam Lapierre e Auconturier (1980), quanto ao tipo de alimentação, como se pode observar em muitas mães de histéricos que costumam administrar até etapas do desenvolvimento, alimentos líquidos e pastosos ao invés de alimentos sólidos. Na opinião de Rolla (1976), Aulagnier (1979) e Abuchaem (1981), o alimento sólido mobiliza ansiedades anais muito intensas na mãe, pois teme a criança poder mastigar, quer dizer, expressar sua forma básica de ansiedade. A mãe também teme que o alimento sólido não alimente a criança necessariamente. Este tipo de racionalização é utilizada pela mãe para encobrir suas vivências paranóides, e também para negar a autonomia muscular da criança.

A modalidade do vínculo mãe-filho, e conseqüentemente os pontos de fixação da evolução libidinal, pode também ser considerada como aspecto etiológico da histeria:

Considerando os aspectos evolutivos, explicitados anteriormente, dois momentos-chaves da interação patológica podem ser destacados como ponto de fixação. Estes atuam de forma complementar como fator neurotizante.

O primeiro desses momentos é o fracasso do estabelecimento da fase simbiótica conforme argumentaram Mahler, Pine e Bligman (1977). Esta fase se refere à íntima acomodação durante os primeiros meses de vida entre as necessidades afetivas e corporais da criança e a resposta materna. A neurose se estabelece quando a mãe fracassa em responder, compreender essa necessidade da criança, tanto em relação ao amor, quanto à agressão, vindo a produzir crianças bastantes sensíveis, preocupadas precocemente ao estado emocional da mãe, amoldando-se sem resistência às relações. Geralmente este tipo de relação ocorre aproximadamente no quarto mês de vida, quando a criança inicia-se no processo de separação da mãe e, neste momento, vive intensos temores de perder o amor materno, vindo a reter energia e a acumular tensões.

O segundo momento de interação patológica se situa entre os doze e dezoito meses, coincidindo com o desenvolvimento da linguagem verbal e o registro da matéria fecal como alheia ao corpo.

Ainda para Mahler e outros, este período é dominado por personificação e individuação, constituindo-se como momento onde se efetiva a separação da mãe e, assim, a criança vive intensos conflitos ambivalentes entre o desejo de independência e o temor à perda do contato e do amor.

5. CONTRIBUIÇÕES DE FAIRBAIRN: A HISTERIA COMO TÉCNICA DEFENSIVA

As observações tanto no campo científico, quanto no meio acadêmico, têm demonstrado dificuldades de uma conceituação precisa da histeria, visto que ela encerra em seu conjunto no mínimo três sentidos: em primeiro lugar, pode-se falar de sintoma histérico e, neste caso, se referindo à características históricas dos diversos quadros psicopatológicos. Em segundo lugar, a histeria veio a ser considerada como uma síndrome afigurando-se como um processo, contendo um conjunto de sintomas e sinais que refletem tal síndrome. Em terceiro lugar, a histeria pode ser compreendida como uma técnica defensiva utilizada pelo indivíduo em determinadas situações frente aos componentes esquizoides de sua personalidade. Esta técnica conserva uma relação causal entre o sintoma por ela expresso e o aspecto traumático a ele subjacente, conservando uma conotação simbólica. Neste sentido, é pertinente a observação de que o sintoma histérico corresponde a uma extensão do conflito mental na inervação somática, sendo então o ataque histérico (técnica defensiva) uma organização da personalidade para tentar uma estabilidade psicológica frente às situações traumáticas desencadeadoras de afetos penosos como medo, vergonha, angústia, dor psíquica.

Das três conotações explicitadas sobre a histeria, nos ateremos a terceira concepção. A esse respeito, vale mencionar as proposições de Fairbairn (1979), contrariando as formulações clássicas do modelo explicativo da histeria, propõe uma definição de certo modo abrangente e de cunho psicológico, distanciando-se em parte, também das formulações freudianas na medida em que admite uma certa direcionalidade da libido. Para esse autor o estado histérico é correlacionado a uma incapacidade do ego para manter organizadas e unidas as funções da personalidade. Desse modo, algumas funções da personalidade dissociadas estariam fora do controle do conhecimento do ego, operando independentemente. Assim, teria fracassado a primeira defesa adotada pelo ego originário com a finalidade de manejar uma situação interpessoal satisfatória. Em termos psicanalíticos pode-se dizer que a internalização mental do objeto insatisfatório (introjeção) ocorreu de forma inadequada. Vale mencionar que a introjeção desse objeto é importante pelo fato de conter tal objeto dois aspectos perturbadores, a saber, um que excita e outro que atua de forma contrária. Somente após

a introjeção desse objeto com características duplamente opostas, é que se estabelece no ego a sua segunda função, quer dizer, rejeitar e dividir do objeto internalizado os dois aspectos mencionados. Esta rejeição, bem como a divisão desses aspectos constitui um processo de parte do ego denominado de repressão primária.

Em linhas gerais, a situação interna que prevalece no caso da histeria, pode ser explicada pelos seguintes elementos: a intensidade da sexualidade reprimida e o grau de sacrifício compulsivo da sexualidade, sendo a origem dos estímulos históricos explicada pelo conceito de fixação no estágio genital inicial da vida do indivíduo. Enfim, para Fairbairn (1979), a conversão histérica como sintoma é

... uma técnica defensiva destinada a prevenir o surgimento consciente de conflitos emocionais que envolvam as relações objetivas. Sua característica essencial e distintiva é a substituição por um estado corporal de um problema pessoal, que é ignorada devido tal substituição. (p. 235).

Essa concepção da histeria como uma técnica defensiva fica melhor explicada quando se considera as formulações de Liberman (1981) e Richter (1979) ao tratarem a histeria relacionada aos aspectos da semântica (produção literária) e os aspectos da representação (conotação teatral). Segundo tais autores, a pessoa teatral apresenta sintomas históricos com maior clareza em virtude de sua peculiar estrutura de personalidade. Ao manejar os símbolos representativos como se fossem reais, estes enfermos se adaptam bastante à situação transferencial facilitando o terapeuta no sentido de se acercar dos conflitos edípicos positivos.

O histérico utiliza como canais de transmissão a mente, o corpo e a ação, e na medida em que o complexo de Édipo é estimulado pela regressão transferencial, há uma perda de sincronização entre as três áreas, comunicando-se, então, através de um código simbólico que se exterioriza por sintomas de conversão histérica e por transtornos de comportamento.

Neste caso, quanto a recepção de mensagens, os pacientes históricos são capazes de executar e compreender as mensagens verbais provenientes de outras pessoas e pelo efeito da repressão, dissociam a mensagem verbal, não considerando quem é a pessoa da qual provém esta mensagem. O intercâmbio comunicativo é, então, parcialmente unidirecional. Transmitem com a palavra, com o corpo, ou com ação, mas em compensação têm escotomas para receber os estímulos provenientes do corpo e das ações dos outros e, por efeito de um mecanismo inconsciente (condensação), as mensagens verbais dos outros têm grande força sugestiva, porque significam para estas pessoas contato corporal e ação.

O histérico percorre relativamente bem as etapas do desenvolvimento. Assim sendo, vive intensamente seu complexo de Édipo. Na medida em que fica fixado nessa situação, quando chega à puberdade, começa a estruturar sua personalidade tornando manifesto todo o complexo de Édipo de forma muito evidente.

É necessário, na histeria, considerar o indivíduo e seu ambiente. Deste, o indivíduo consegue benefícios secundários, na medida em que são pessoas de reações muito intensas, confundem-se com os simuladores (e em parte o são). Nesta enfermidade, também há os benefícios primários, os quais referem-se a todas as vantagens inconscientes que a fixação do genitor do sexo oposto dá ao histérico.

O histérico utiliza todo seu esquema corporal e todos os meios de comunicação para transmitir suas fantasias através de sua tendência à dramatização, mobilizando assim, o ambiente.

Qualquer sintoma somático histérico em particular deve ser compreendido, interpretado e considerado como um sonho, pois o que o histérico faz é transformar pensamento, (idéias verbais) em somatizações, utilizando-se das funções fisiológicas para expressar determinadas fantasias. A diferença entre o sintoma histérico e o fenômeno onírico é que, em lugar de fazer representações plástico-visuais como no sonho, o palco do sonho é o próprio corpo do paciente.

Quanto a histeria como defesa, pode-se observar com o emprego do método de "associação livre", onde Freud (1980b) comprovou como o histérico busca defender-se, com seus sintomas, das conseqüências de certas recordações. Assim na histeria, a representação intolerável é transformada em excitações somáticas, processo denominado conversão.

Em suma, para se compreender a histeria e a conversão histérica tem-se que levar em conta que a personalidade vai se construindo com base em toda uma articulação entre múltiplas representações do próprio corpo e da realidade externa. A imagem que temos do corpo é variável em função das idades, dos momentos evolutivos dinâmicos e em função de diferenças pessoais.

Ainda nessa mesma linha de pensamento, pode-se admitir como fez Augras (1978) que o histérico "elege uma parte do seu corpo para expressar o seu conflito, parte essa que geralmente não tem nenhuma vinculação com um problema específico". (p. 43). Observa-se nessa substituição que a função própria e a significação de um determinado órgão são substituídos por um sentido abstrato. Dito em outras palavras, na maioria das vezes, o órgão perde sua função fisiológica para transformar-se num símbolo, e assim tem-se uma neurose que escolhe o corpo, como no caso a histeria de conversão, para expressão do conflito podendo ao mesmo tempo ignorá-lo e desprezá-lo. Desse modo, é comum na histeria uma transformação do corpo vivo em imagem simbólica. E assim ter-se-ia a tentativa, pelo indivíduo, de tornar o organismo uma abstração, reduzindo o somático a um código.

6. OBSERVAÇÕES PSICANALÍTICAS SOBRE O CORPO.

A problemática referente ao corpo, apresenta no campo clínico psicanalítico um referente universal nas distintas fases do processo terapêutico. A medida em que este referente é assim considerado pode-se deduzir que: teoricamente, a dificuldade de integração do corpo é causada pelo caráter mortal e sofredor

que nele reside, o que corresponderia a angústia sinal de Freud. Esse aspecto, pode ser observado no plano psicológico, em termos de representações que o indivíduo deve reprimir. Deste modo, é possível, a dedução de que as ações corporais resultam numa exigência constante de trabalho ao aparelho mental. Tal exigência tem a finalidade de possibilitar a continuidade da vida.

Nesse sentido, são igualmente importantes todos os aspectos relacionados ao corpo, sejam os subjetivos, sejam aqueles valorados pela cultura.

Na psicanálise, a ênfase dada ao corpo difere da abordagem em outros campos. Ao invés de se deter no corpo somático como na anatomia, tenta estabelecer relações sobre o esquema corporal focalizando também a imagem inconsciente do corpo, como uma realidade onde se expressam fenômenos que excedem à conformação biológica.

Antes mesmo da concepção psicanalítica sobre o corpo, vale mencionar como surgiu a noção de esquema corporal. Para Schilder (1981), derivou-se do conceito de cenestesia, ou seja das sensações que chegam à consciência das diferentes partes do corpo, sensações estas tanto periféricas, quanto viscerais. A organização psíquica dessas sensações resultará numa organização que o indivíduo dá ao seu corpo, correspondendo ao esquema corporal.

Schilder, apesar de apresentar bases para o estudo do esquema corporal em termos psicanalíticos, não fez uma articulação entre as duas vertentes teóricas que estão implícitas na sua concepção: a neurofisiológica e a psicanalítica.

Acredita-se, por outro lado, ser difícil conseguir esta articulação, mas mesmo assim, uma série de teorias e práticas psicoterapêuticas considerando a noção de esquema corporal vão ser responsáveis pelo aparecimento do conceito de imagem corporal.

A concepção de corpo na psicanálise se relaciona com o conceito de pulsão, noção descoberta por Freud (1980h) nos seus estudos sobre a histeria de conversão.

Como é sabido, Freud (1980h) propôs o conceito de pulsão como uma articulação entre o corporal e o psíquico, ou mais precisamente um conceito limite entre o biológico e o mental, vindo a considerar que a pulsão não se reduz nem ao psíquico nem ao corpo somático, estando presente nos dois campos.

Ressalte-se aqui a inconsistência epistemológica da proposição de Freud sobre a conotação de pulsão, uma vez que um conceito não pode ser limite entre dois campos. Esta é uma das limitações do pensamento freudiano de pulsão, reconhecida por ele próprio, quando encontrou obstáculos para explicar determinados fenômenos à luz de sua proposição de que a realidade pulsional corresponde a interseção do corporal e o psíquico.

Devido a estas dificuldades, postulou diferentes noções de pulsão: "Nos instintos e seus destinos e no caso Schreber" reconheceu Freud (1980i) a pulsão como a representação das excitações somáticas. Não obstante em "A repressão" Freud (1980j) afirma que a pulsão é representada no psíquico através de representantes e quantidade de afeto.

Essas distintas abordagens de Freud sobre o conceito de pulsão se constituem como objeto de grande controvérsia, embora nas concepções mencionadas haja um aspecto comum: a pulsão como campo de encontro entre o psíquico e o somático.

Leclaire (1976) formula uma questão, considerando as formulações freudianas, sobre em que momento uma necessidade corporal transforma-se em pulsão. Afirma que o momento no qual esta transformação ocorre é aquele em que a experiência de satisfação de necessidades deixa uma marca mnêmica. Neste caso, a inscrição dessa experiência corporal se faz no psiquismo como pulsão.

Considerando as idéias até então esboçadas, pode-se dizer que o corpo ao qual se refere a psicanálise, corresponde a um campo que não é nem o psíquico, nem o somático, estando relacionado com ambos e da ordem do inconsciente. Não é também o corpo estudado pela fenomenologia ou pela psicologia da consciência. Então, o corpo considerado como objeto de estudo na psicanálise refere-se a uma "representação inconsciente".

Feita essa distinção, é possível distinguir registros que conformam a complexa estrutura do real: a realidade psíquica, ou seja, a fantasia, é um representante; a realidade social incluindo todos os vínculos do indivíduo se constitui como outro registro e a realidade do corpo englobando suas dimensões é então considerada como um outro registro.

Freud em seus estudos na "interpretação dos sonhos" postulou uma relação, atualmente aceita, entre a dinâmica corporal e certas enfermidades, quando admitiu o corpo perturbador das funções de repouso, ou seja, como mencionado, um constante fluxo de estímulos, que dirigidos ao aparelho psíquico lhe põe em exigência de trabalho de elaboração. Em qualquer enfermidade corporal observa-se uma exacerbação desses processos, vindo a atuar no sonho, através de um resto diurno, como um remanescente que deve ser elaborado pelo ego, para dar continuidade ao viver. (Lieberman e outros 1982).

No que concerne ao aparelho psíquico, corpo e mundo externo são duas categorias equivalentes. Essas categorias somente se convertem em patogênicas no plano da representação, ou seja apenas através da inscrição mental, adquirem significação psíquica, e assim, exigindo o trabalho dos processos de elaboração no plano psicológico.

O sofrimento do corpo, para Lieberman e outros (1982) seja devido aos aspectos concernentes à sua morfologia, seja por frustração de necessidades, seja pela utilização de necessidades, seja pela utilização como veículos de comunicação de um conflito psíquico, se constitui como um suporte dos processos de dissociação tão presentes no histérico e alguns mecanismos de cisão nas psicoses e hipocondria. Como conseqüência da dor observa-se uma certa independência do corpo dos desejos do ego. Então têm-se o corpo como objeto independente não redutível ao psiquismo, onde se estabeleceu três categorias de corpo: corpo-dor; corpo — real e corpo — pensamento ou corpo do desejo.

O corpo-dor se dirige ao aparelho psíquico com um objeto mediante o qual todo trabalho de elaboração consiste na defesa contra tal objeto. Devido ao fato do aparelho psíquico estar vinculado ao corpo-dor surge a dificuldade da defesa se realizar, decorrendo daí transações com relação a representação do corpo-dor; que, na opinião de Abucham (1981), são: desinvestimento, tentativa de separação, tentativa de satisfação e de proteção. Esses mecanismos são destinados a preservar a integridade do aparelho mental frente ao objeto corpo-dor. Essas são algumas das condições possíveis do aparecimento do corpo enfermo.

O corpo enfermo é portador de um significado primordial para o sujeito, pois como assinala Lacan (1978), é uma instância investida pelo outro (mãe) que converterá em objeto de seu desejo. A partir daí estabelece uma situação idealizada, na qual o corpo-enfermo é responsável pela vida, pois ao mesmo tempo que este corpo dá sentido a vida própria, dá sentido também à vida do outro que se dedica a cuidar deste corpo.

Desse modo pode-se entender o corpo como um veiculizador entre os desejos do ego do sujeito e os desejos do outro, ao invés de considerá-lo como um objeto do desejo capaz de sentir prazer ou sofrimento devido a sua enfermidade.

Uma das funções do corpo é ser investido para ter sentido mas também deve apresentar-se como objeto para ser investido pelo outro. Este duplo processo de investimento — perturbado no indivíduo histérico —, sustenta as relações do sujeito com a realidade.

7. DISTÚRBIOS DO ESQUEMA CORPORAL OBSERVADOS NA HISTERIA.

Freud (1980i) postulou que o complexo central das neuroses se relaciona com o corpo, objetivo e concreto, tendo cada indivíduo uma idéia própria sobre o seu funcionamento. Esse funcionamento leva o indivíduo a idéia de viver que por sua vez anuncia a morte, mas não há no psiquismo representação ou inscrição da própria morte. O conhecimento da morte se dá através da identificação com o semelhante. Para Freud essa representação fica subentendida na castração.

Além do corpo biológico, existe o erógeno (corpo fantasiado, lugar de prazer, registro da experiência de satisfação relacionada com o outro).

O corpo é um duplo campo, onde se realiza o prazer e a conservação da vida. O representante psíquico do corpo (esquema corporal) está integrado em todo ato psíquico, mostrando assim alterações nas neuroses.

Corpo biológico, corpo erógeno e esquema corporal se entrelaçam, onde as representações, pulsões e instintos se mantêm num mesmo elo, havendo dissociações entre esses elementos nas neuroses, uma vez que o predomínio da zona erógena enfatiza o papel do outro, do semelhante, do objeto externo na formação do esquema corporal.

Segundo Klein (1970) a partir da representação do próprio corpo, representa-se também o mundo circundante, daí a formação do esquema corporal ser de suma importância. Ainda para tal autora, a privação e a necessidade seriam provenientes do mundo frustrante.

Lacan (1978) referiu-se ao tema ao postular "a fase do espelho" entre seis e dezoito meses. Nesta fase há uma identificação que se dá pela conquista de uma imagem, ou seja, a imagem do corpo. Esta imagem estrutura o ego do sujeito, num momento anterior ao compromisso que se estabeleceu com o outro através da linguagem.

Assim, a imagem do corpo como totalidade desloca a angústia de corpo fragmentado, vivência que se inscreve na prematuridade do ser humano. O indivíduo "normal" obterá essa unidade de corpo como resultado de uma longa conquista, o que não acontece com os neuróticos. Ainda para Lacan (1978) tais indivíduos apresentam também alterações na identificação primária com condutas posteriores perturbadas, dificultando também a identificação edípica. Dessa forma, o sujeito vai bloquear seu processo normal no transcender de sua agressividade constitutiva para a formação de uma individualização subjetiva.

As dimensões espaço e tempo, ao lado do esquema corporal são de extrema importância para se analisar as perturbações históricas. Não obstante, Piaget (1978) já teria enfatizado a importância do espaço do tempo e de outras aquisições do indivíduo como aspectos relevantes ao seu desenvolvimento cognitivo. Neste mesmo campo, Merleau Ponty (1971) estabeleceu uma relação do espaço com o esquema corporal, admitindo que o corpo não está dentro do espaço, está no espaço. O esquema corporal é uma forma de expressão do corpo no mundo, sendo uma imagem tridimensional, constituída de distintas fontes: superfície corporal, interior do corpo, motilidade, percepção ótica e sua relação com o mundo externo.

Poderia corresponder à uma Gestalt sujeita a estruturação e desestruturação, como também pode-se dizer que é uma imagem temporo-espacial que cada indivíduo tem de si, em cada momento e com relação a um objeto determinado. Essa definição inclui noções de espaço, tempo, objeto e vínculo conforme salientou Pichon Rivere (1982) ao postular que existem dois espaços diferentes: um do id, que provém da estruturação filogenética do corpo, isto é, das dimensões herdadas; e um espaço do ego que provém dos espaços modificados individualmente pelas vivências emocionais. No histérico há uma peculiaridade: o espaço do id torna-se muito grande, diminuindo o espaço do ego que também cede terreno para a formação de um terceiro espaço bastante consistente: o do superego. É neste espaço que predominam as vivências neuróticas enquanto que o espaço do id está relacionado com os processos regressivos, um deles a psicose.

Em decorrência disso, pode-se dizer que o histérico não tem imagem espacial de si adequada, uma vez que não lhe foi possibilitado no primeiro ano de vida, a vivência de unidade de corpo.

Nesse caso, a carência de um esquema faz com que ele faça um esquema com o outro corpo, situação que dá ao indivíduo extrema angústia e confusão,

sendo também o aspecto propiciador da sedução exacerbada no histérico. Nestas circunstâncias, para Liberman (1981), detalhes podem ser acrescentados ou excluídos, pois nem sempre a representação do corpo coincide com sua objetividade. Isto é o que acontece nas neuroses, se o corpo for considerado como limite entre o mundo externo e o mundo interno. Assim, pode-se admitir que quanto mais rígida seja a vinculação do corpo com o objeto, maior será a facilidade de que tal objeto se converta em parte da imagem corporal, pois os objetos que estão vinculados ao corpo retêm parte da qualidade da imagem corporal.

Desse modo, o espaço vai adquirir diversas formas segundo a patologia que se desenvolve. No fóbico, o limite do espaço individual desaparece o que gera muita angústia e um sentimento de perigo e de destruição por ele não poder diferenciar o que ele é daquilo que não é. Surgem transtornos quanto a sua própria existência, conectados com sua identidade, restando-lhe apenas a distância. Na histeria há uma tendência a se apoderar do espaço, devido a necessidade de exibição frente a ameaça de castração. A imagem corporal do fóbico já é bem diferenciada da do histérico que, com uma periferia muito grande, metaforicamente, se expande com tentáculos para impressionar os espectadores. Nos obsessivos, há uma representação corporal estática sem registro das variações do interior, o que faz parte de uma diferenciação da imagem corporal sem nenhum dinamismo.

As neuroses também podem se relacionar ao tempo e ao esquema corporal. Apesar de tratados separados, tempo e espaço, sabe-se que o esquema corporal relacionado com o espaço está numa temporalidade.

Dessa forma, a relação temporal se faz estreitamente com o ego, pois no id não há nada que corresponda a noção de tempo. Assim sendo persiste no id a indestrutibilidade e inalterabilidade no tempo daquilo que é reprimido. Para Freud (1980i), a integração do ego só tem sentido em relação a temporalidade, pois na medida em que o ego temporaliza-se, surge a imagem-esquema do tempo que se conecta com o esquema corporal. Na psicopatologia, está claro, que cada patologia leva aderida a si sua própria versão do tempo. Logo, tem-se o tempo do fóbico, do obsessivo, do maníaco, do histérico, do melancólico. Tem-se no obsessivo uma suspensão do tempo que é vivida com certo controle. Nos fóbicos, o tempo se acha despojado de sua essência de modo que a vida não é vivida como um processo, como um começo desenvolvimento e fim, com distintas marcas no ciclo vital. Já o histérico vive o tempo de forma linear, sem hiatos nem pausas. É o tempo de ação, onde o futuro é privilegiado como tempo de prazer, e o passado e presente são vividos em função de experiências traumáticas.

A gama de fenômenos corporais que se encontram na neurose tem sido objeto de bastante preocupação dos estudos científicos. Augras (1978) questiona-se a transformação do corpo vivo em mensagem simbólica, pela histeria, não consagraria a tentativa de tornar o organismo uma abstração. Neste sentido admite que a redução do corpo a um código não implicaria em sua negação como suporte de um processo biológico.

Pode-se postular nesta mesma linha de pensamento, que os rituais na neurose obsessiva não tenham como objetivo básico a negação da angústia que é vivida no corpo. E, enfim, na fobia, o indivíduo estaria na iminência de ser destruído pela catástrofe e, desse modo, recua-se a um lugar esperando-a todo momento, vendo apenas a morte como alternativa. Na opinião dessa autora, em todos os casos, observa-se uma impossibilidade de assumir a ambigüidade existencial e aceitar assim a condição de ser no mundo.

Ainda assim, podem-se encontrar outras relações do corpo com as neuroses.

Quanto ao histérico, a vivência psíquica do corpo é bem periférica, desse modo o conflito é colocado no seio do aparelho psíquico para com isso haver uma redução da angústia. Sabe-se nestes casos, a projeção como defesa é sempre um mecanismo falho.

Para Schilder (1981) a angústia vivida pelo histérico está relacionada com a possibilidade de perder o corpo ou partes dele.

Ocorre um mecanismo bem específico na obsessão. Partes indesejadas do "self" são projetadas e posteriormente reintrojadas no ego surgindo neste caso uma auto-observação como uma vivência de vigilância mental que mantém os impulsos e ansiedades intoleradas fora da área mental, deslocados para o corpo sob a forma de compulsão. Tal mecanismo acontece em extrema confusão, pois há no obsessivo grande necessidade de diferenciar os objetos em bons e maus e distingui-los das respectivas partes do *self*, dentro do corpo pelo *splitting* patológico. Esse estado confusional determina mecanismos dissociativos anormais com a intenção de se livrar da dissociação. O conteúdo mental da angústia é retido no corpo e expresso sob forma compulsiva em rituais.

Quanto a fobia, observa-se que não há uma delimitação do corpo e o mundo externo. Este fato gera extrema angústia ao fóbico, que isola-se sentindo-se impotente com grandes ansiedades persecutórias.

O fóbico faz uma interpretação delirante do seu corpo, a partir da percepção de sensações cenestésicas normais, onde o corpo é utilizado para a base do seu delírio que se organiza a partir do deslocamento de angústia para um objeto externo, havendo assim, uma interpretação inadequada das sensações, e também, a busca de prazer não acontece como uma necessidade humana relevante.

Vale salientar um aspecto peculiar na histeria. Trata-se dos fenômenos corpóreos que expressam sintomaticamente, na maioria dos casos, os conflitos nessas neuroses.

Como se sabe, a fixação na histeria ocorre em termos de oralidade, estando sempre presente uma necessidade de dependência em termos de voracidade para tentar estabelecer a segurança interna que não aconteceu. Desse modo, haveria uma perturbação, segundo Mahler (1977) na fase erótica e conseqüentemente na formação da imagem do corpo vindo a acarretar uma impossibilidade na histeria da relação do indivíduo com seu próprio corpo, sendo este negado integralmente ou parcialmente.

Na histeria o caráter também é infantil, com uma tentativa de refazer uma relação primária, para isto lida com o corpo, geralmente negando a genitália. Além disso, são sedutores, agressivos suficientes para tornarem as pessoas culpadas, ao invés de sentirem a culpa predominando também o movimento de exatensão com necessidade de agradar os outros. É também comum nos histéricos a atitude crítica com relação ao mundo, de modo a destruí-lo, devido sua crise de identidade e identificação (Perrier — 1979).

Em virtude dessa crise, sua vida emocional é inadequada e o que faz, conforme salientou Racamier (1979) é lidar com o drama e a tragédia que constituem a única existência na neurose histérica, onde o presente não existe, vivendo o histérico em função do futuro ou do passado.

Desse modo, o histérico não consegue captar o sentido que surge do seu corpo, pois em lugar de se relacionar com o corpo real e fantasiado, vincula-se a uma abstração, correspondendo a uma simbolização do corpo. Provavelmente, não interage com as outras pessoas com seu corpo, pelo fato de não ter interagido com o corpo da mãe. Disso resulta uma dificuldade de comunicação e expressão, principalmente no campo da fala, ficando perturbada a distinção entre mundo interno e mundo externo que se deve ao desenvolvimento da função semiótica.

Enfim, pode-se afirmar que no histérico, o código não deriva do corpo e também a relação com o esquema corporal é indireta.

8. CONCLUSÃO

Há na neurose histérica uma estreita relação entre os sintomas e as alterações no esquema corporal. O corpo é utilizado como um veículo para expressão do conflito psíquico. Basicamente não há espaço para o prazer sendo a dor elegida como possibilidade de troca nas relações com o ambiente. Desse modo, observa-se um fechamento do espaço de relação na histeria, que é por vezes, o resultado das alterações do esquema corporal, decorrentes dos aspectos traumáticos vivenciados na fase auto-erótica.

Esta é possivelmente a fase em que ocorre a fixação na histeria, daí se observar no histérico uma necessidade de dependência muito grande seguida de extrema voracidade, frente as quais é tentada o restabelecimento de uma segurança interna que não foi conseguida. Isto ocasiona uma impossibilidade do histérico de relacionar-se com o seu próprio corpo, havendo as vezes, negação de partes dele.

A falta de segurança interna, leva o histérico a agir sempre em busca de uma segurança, sendo sua ação caracteristicamente infantil, onde as trocas se polarizam nos aspectos da oralidade.

Neste caso, a área genital fica na maioria das vezes negada e uma vez que esta área fica desintegrada no corpo as sensações dessa área não se repercutem nele. Essa negação deve-se entre outros fatores a uma ação cultural, do mesmo modo que ocorre a representação do prazer e a valorização da dor.

A cultura tem uma ação que funciona de modo a preparar a pessoa para a dor — através da noção de culpa — e elimina a possibilidade de prazer, como sendo algo do corpo passando então a ser consignado como uma dádiva.

A ação cultural torna-se então responsável parcialmente, pelo caráter infantil do histérico e pela sua constante tentativa de refazer uma relação primária.

Geralmente quase toda ação do histérico revela essa tentativa e também a alteração do esquema corporal, passando o corpo por uma transformação simbólica, onde culminam os sentimentos de negação pela conscientização que o histérico faz da significação dele.

No histérico a vivência psíquica do corpo é bem periférica, pois o conflito é descolado para uma camada bem profunda do psiquismo com a finalidade de evitar a angústia relacionada com a perda do corpo, ou de partes dele.

Essa vivência psíquica do corpo periférica pode ser entendida em termos kleinianos como a dificuldade do histérico elaborar a posição depressiva, devido a fixação na fase esquizoparanóide.

Na prática clínica, as observações em pacientes mulheres histéricas sobre a desvalorização da figura masculina parecem estar relacionados a dificuldades de recriar o objeto na posição depressiva devido a dissociação processada entre partes boa e má características da fase esquizoparanóide. Como consequência da dificuldade do controle onipotente do mundo externo, é comum aparecer na histeria aspectos vinculados a agressividade e a crítica, pois uma das finalidades das ações do histérico é produzir culpa no outro.

A histeria pode também ser vista como uma defesa, na medida em que ocorre uma falha nas tendências dissociativas do indivíduo entre objeto mau perseguidor o objeto bom protetor.

Desse modo, para não entrar num estado confusional, característico da esquizoídia, o indivíduo utiliza a histeria defensivamente.

As observações clínicas têm evidenciado que nas situações anteriormente mencionadas, são bastante freqüentes sintomas que envolvem uma demanda oral, onde a ação seja choro, riso ou outra, revela a maneira pela qual o indivíduo expulsa de si, através de uma técnica histérica, os objetos maus, o que pode contribuir para formar a realidade externa cada vez mais perigosa. Muitas vezes, a realidade interna é desconhecida e juntamente com esta todos os aspectos relacionados à figura paterna.

A dissociação é utilizada como defesa frente a uma realidade confusa onde o histérico coloca na superfície do corpo seus aspectos bons, quer dizer, seu objeto idealizado, e no interior fica confiando o objeto mau ao qual a paciente teme ter acesso. Isto revelaria a relação com a mãe em termos de objeto mau, mais potente, representada por sua parte mais profunda, e o pai visto como frágil, na medida em que se preocupa muito em cuidar do corpo. Desse modo, não consegue fazer uma reparação, sentir-se uma pessoa. Esta dissociação representa um dualismo que tem origem nos cimentos primitivos do ego e tem a finalidade de separar os aspectos perigosos e controlá-los para preservar os bons, deslocados no corpo.

No corpo também fica assinalado o passado da paciente, daí a teatralidade e a sedução serem usadas pelo histérico como mecanismo de comunicação com os objetos.

Em suma, a crítica do histérico em relação ao outro culmina as vezes, na destruição do mundo, devido a crise de identidade e identificação na qual se encontra. Devido essa crise seus investimentos se processam de forma inadequada, daí agem pelo drama e pela tragédia.

Disso resulta uma negação do presente onde o passado e/ou futuro podem ser escolhidos para orientação de vida do histérico.

Abstract

The author of this article attempts to study a few questions related to the body imagery disturbances in hysterical patients by using practical clinical observations as well as theoretical contributions. In principle, he analyses the historical development of hysteria its various concepts and classifications. He also analyses specific characteristics of hysteria. Finally, emphasize the existing relations among and between the various body disturbances and hysterical phenomena.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABUCHAEM, J. — *Sintoma y angustia*. Estudo Psicoanalítico. Buenos Aires, Belgrano, 1981.
- AUGRAS, M. — *O ser da compreensão*. Petrópolis, Vozes, 1978.
- AULAGNIER, P. — *Observações sobre a estrutura psicótica*. In: Psicose. Uma leitura Psicanalítica. S. C. Katz. Belo Horizonte, Interlivros, 1979.
- BABINSKI, J. — *Definición de la histeria*. In: SAURI J. (ed) *Las histerias*. Buenos Aires, Nueva Vision, 1979.
- BRIQUET, P. — *Definición de la histeria*. In: SAURI J. (ed) *Las histerias*. Buenos Aires, Nueva Vision, 1979.
- CHARCOT, J. M. — *Acerca de la histero-epilepsia*. In: SAURI J. (ed) *Las histerias*. Buenos Aires, Nueva Vision, 1979a.
- . — *Definición de la histeria*.
- . — *Definición de la histeria*. In: SAURI J. (ed) Buenos Aires. Nueva Vision, 1979b.
- FAIRBAIRN, W. R. — *Estudo psicanalítico da personalidade*. Rio de Janeiro, Interamericana, 1979.
- FENICHEL, O. — *Teoria psicanalítica das neuroses*. Rio de Janeiro, Atheneu 1981.
- FREUD, S. — *Os mecanismos psíquicos dos fenômenos histéricos*. Obras psicológicas completas. Rio de Janeiro, Imago 1980d.
- . — *A pulsão e seus destinos*. Obras psicológicas completas, Rio de Janeiro, Imago, 1980h.
- . — *O caso Schreber*. Obras psicológicas completas. Rio de Janeiro — Imago, 1980i.
- . — *A repressão*. Obras psicológicas completas. Vol. II — Rio de Janeiro, Imago, 1980j.
- . — *A interpretação dos sonhos*. Obras psicológicas completas. Vol. IV, Rio de Janeiro, Imago. 1980f.

- . — *Inibição, sintoma e ansiedade*. Obras psicológicas completas. Vol. XX, Rio de Janeiro, Imago, 1980g.
- . — *As neuropsicoses de defesa*. Obras psicológicas completas. Vol. III, Rio de Janeiro, Imago, 1980a.
- . — *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. Obras psicológicas completas, Vol. VII, Rio de Janeiro, Imago, 1980e.
- . — *Projeto para uma psicologia científica*. Obras psicológicas completas. Vol. I, Rio de Janeiro, Imago, 1980c.
- . — *O id e o ego*. Obras psicológicas completas. Vol. XIX, Rio de Janeiro, Imago, 1980b.
- . — *Psicoterapia da histeria*. Obras psicológicas completas. Vol. I, Rio de Janeiro, Imago, 1980b.
- JANET, P. — El estado mental histérico. — In: SAURI J. (ed) *Las histerias*. Buenos Aires, Nueva Vision, 1979.
- KLEIN, M. — *Amor, ódio e reparação*. Rio de Janeiro, Imago, 1970.
- KRAEPELIN, E. — Loucura histérica. In: SAURI J. (ed) *Las histerias*. Buenos Aires, Nueva Vision, 1979.
- KRETISCHMER, E. — Histeria no campo de la mirada. In: SAURI J. (ed) *Las Histerias*. Buenos Aires, Nueva Vision, 1979.
- LACAN, J. — *Escritos*. São Paulo, Perspectiva, 1978.
- LAPIERRE, A. & AUCONTURIER, B. — *El cuerpo en el inconsciente en educacion y terapia*. Barcelona, Científico-médica, 1980.
- LECLAIRE, S. — *O corpo erógeno*. Belo Horizonte, Interlivros, 1976.
- LIBERMAN, D. — *A comunicação em psicanálise*. Rio de Janeiro, Campus, 1981.
- LIBERMAN, D. et alii — *Del cuerpo al simbolo*. Buenos Aires, Kargieman, 1982.
- MAHLER, M. S.; PINE, F. BERGMAN, A. — *O nascimento psicológico da criança: simbiose e individuação*. Rio de Janeiro, Zahar, 1977.
- MAHLER, M. — *O processo de separação individuação*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1977.
- MERLEAU — PONTY, M. — *Fenomenologia da percepção*. Rio de Janeiro, Freitas Bastos, 1971.
- PERRIER, F. — Estrutura histérica y diálogo analítico. In: NASIO J. D. (comp.) *Acto psicanalítico*. Buenos Aires, Nueva Vision, 1979.
- PIAGET, J. — *Seis estudos de psicologia*. RJ, Forense, 1978.
- RACAMIER, P. C. — *Histeria y teatro*. In: SAURI J. (ed) *Las Histerias*. Buenos Aires, Nueva Vision, 1979.
- RASCOVSKY, A. — *O filicídio*. Rio de Janeiro, Artenova, 1981.
- RICHTER, H. E. — *A família como paciente*. São Paulo, Martins Fontes, 1979.
- ROLLA, E. H. — *Elementos de psicologia y psicopatologia psicoanalítica*. Buenos Aires, Galerna, 1971.
- SAURI, J. — *Las histerias*. Buenos Aires, Nueva Vision, 1979.
- SCHILDER, P. — *A imagem do corpo*. São Paulo, Martins Fontes, 1981.
- SYDENHAM, T. — La afecion histérica. In: SAURI J. (ed) *Las histerias*. Buenos Aires, Nueva Vision, 1979.
- TALLAFERRO, A. — *Curso básico de psicoanalisis*. Buenos Aires, Paidós, 1982.
- WINNICOTT, D. W. — *Textos seleccionados da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1978.
- WINNICOTT, D. W. — *Brincar e realidade*. Rio de Janeiro, Zahar, 1979.