
O percurso do sintoma conversivo: da histeria de Freud aos dias de hoje

*The path of the conversion symptom:
from Freud's hysteria to the present day*

*El camino del síntoma de conversión:
desde la histeria de Freud hasta nuestros días*

1 Mariana Assunção Maia Marques  [ORCID](#)

2 Sofia Vilar Soares - [ORCID](#)

Filiação dos autores: **1** [Especializanda, Psiquiatria, Unidade Local de Saúde do Alto Minho, ULSAM, Viana do Castelo, Portugal]; **2** [Psicóloga Clínica, Psicoterapeuta, Sociedade Portuguesa de Psicanálise, SPP, Porto, Portugal]

Editor Chefe responsável pelo artigo: César Augusto Trinta Weber
Contribuição dos autores segundo a [Taxonomia CRediT](#): Marques MAM [1,2,3,5,6,7,8,12,13,14]; Soares SV [1,2,7,8,10,14]

Conflito de interesses: declaram não haver

Fonte de financiamento: não se aplica

Parecer CEP: não se aplica

Recebido em: 25/09/2025

Aprovado em: 28/11/2025

Publicado em: 04/12/2025

Como citar: Marques MAM, Soares SV. O percurso do sintoma conversivo: da histeria de Freud aos dias de hoje. Debates Psiquiatr. 2025;15:1-18. <https://doi.org/10.25118/2763-9037.2025.v15.1505>

RESUMO:

Introdução: O sintoma conversivo remonta ao Antigo Egito tendo tido, ao longo do tempo, diferentes designações e interpretações. Sob o nome de Histeria, foi estudado por Charcot através da hipnose e aprofundado por Freud, levando à descoberta da Psicanálise. Na versão atual do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* ([DSM-5](#)), enquadra-se nas Perturbações Conversivas. **Objetivo:** A partir da reflexão sobre uma ilustração clínica, propõe-se descrever a evolução do sintoma conversivo, desde a histeria de Freud até à atualidade. **Métodos:** Revisão narrativa da literatura, utilizando a base-de-dados [PubMed](#) e os descritores "Conversion disorder", "hysteria" e "psychogenic nonepileptic seizures". Como literatura cinzenta, foram incluídos dois artigos científicos e consultados seis livros de referência para a Psiquiatria e Psicanálise. **Resultados:** O sintoma conversivo constituiu um marco importante na história da Psiquiatria, ao trazer novas possibilidades de compreensão do sofrimento emocional e novas perspectivas de tratamento. Freud constatou que os sintomas físicos da histeria tinham origem psíquica e resultavam de um mecanismo de conversão do sofrimento psicológico, expressão simbólica de uma representação inconsciente inaceitável ao Eu e, por isso, recalçada. Paralelamente, a Neurologia implementou o termo "crises não epiléticas psicogénicas" para diferenciar das crises epiléticas. **Conclusão:** Considerando as particularidades psicológicas da perturbação conversiva, destaca-se a importância da sensibilização dos profissionais de saúde para uma abordagem empática a estes doentes. Para tal, reconhece-se o benefício da familiarização destes profissionais com aspetos do conhecimento psicodinâmico, úteis na compreensão destes casos. Concluindo, o fundamental para um doente com sintomatologia conversiva é ver o seu sofrimento acolhido.

Palavras-chave: histeria, transtorno conversivo, convulsões psicogénicas não epiléticas

ABSTRACT:

Introduction: The conversion symptom dates to Ancient Egypt and has had different interpretations over time. Under the name of Hysteria, it was studied by Charcot through hypnosis and explored by Freud, leading to the discovery of Psychoanalysis. In current version of *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* ([DSM-5](#)), it falls under Conversion Disorders. **Objective:** Starting from a clinical illustration, we propose to describe the evolution of the conversion symptom, from Freud's hysteria until today. **Methods:** Narrative review of the literature, using [PubMed](#) as database

and the descriptors "Conversion disorder", "hysteria" and "psychogenic nonepileptic seizures". As grey literature, two scientific articles and six reference books on Psychiatry and Psychoanalysis were included. **Results:** The conversion symptom constituted an important milestone in history of Psychiatry, bringing new possibilities for understanding emotional suffering and new perspectives on treatment. Freud found that the physical symptoms of hysteria had a psychic origin and resulted from a mechanism of conversion of psychological suffering, a symbolic expression of an unconscious representation unacceptable to the Self and, therefore, repressed. In parallel, Neurology implemented the term "psychogenic nonepileptic seizures" to differentiate them from epileptic seizures. **Conclusion:** Considering the psychological particularities of conversion disorder, the importance of raising awareness among health professionals regarding an empathetic approach to these patients is highlighted. To this end, we recognize the benefit of familiarizing these professionals with aspects of psychodynamic knowledge, which are useful in understanding these cases. In conclusion, the key for a patient with conversion symptoms is to have his suffering addressed.

Keywords: hysteria, conversion disorder, psychogenic nonepileptic seizures

RESUMEN:

Introducción: El síntoma de conversión se remonta al Antiguo Egipto, habiendo tenido diferentes interpretaciones. Con el nombre de Histeria, fue estudiado por Charcot mediante hipnosis y profundizado por Freud, lo que condujo al descubrimiento del psicoanálisis. En lo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*, se clasifica como Trastorno de Conversión. **Objetivo:** A partir de una ilustración clínica, nos proponemos describir la evolución del síntoma de conversión, desde la histeria freudiana hasta hoy. **Métodos:** Revisión narrativa de la literatura, utilizando la [PubMed](#) y los descriptores «*Conversion disorder*», «*hysteria*» y «*psychogenic nonepileptic seizures*». Como literatura gris se incluyeron dos artículos científicos y seis libros de referencia de Psiquiatría y Psicoanálisis. **Resultados:** El síntoma de conversión constituyó un hito en la Psiquiatría, aportando nuevas posibilidades para la comprensión del sufrimiento emocional y nuevas perspectivas de tratamiento. Freud descubrió que los síntomas físicos de la histeria tenían un origen psíquico y eran resultado de un mecanismo de conversión del sufrimiento psicológico: una expresión simbólica de una representación inconsciente inaceptable para el Yo, y reprimida. Paralelamente, la Neurología



implementó el término “crisis psicógenas no epilépticas” para diferenciarlas de las crisis epilépticas. **Conclusión:** Considerando las especificidades psicológicas del trastorno de conversión, es importante concienciar a los profesionales sanitarios sobre un enfoque empático para estos pacientes. Para ello, reconocemos el beneficio de familiarizar a estos profesionales con aspectos del conocimiento psicodinámico, útiles para comprender estos casos. En conclusión, lo más importante para un paciente con síntomas de conversión es que se reconozca su sufrimiento.

Palabras clave: histeria, trastornos de conversión, convulsiones psicógenas no epilépticas

Introdução

Imagine-se o caso de uma mulher de 37 anos que foi levada pelo marido a um Serviço de Urgência hospitalar, após este ter presenciado, aflito, uma “crise de ausência”. Descreve que a encontrou apática, com o olhar fixo no vazio e imóvel. Quando a interpelou, esta respondeu que não o conhecia, que tinha de ir procurar a irmã, e que só comia pão e água. Assustado, o marido tentou orientá-la e dizer-lhe quem era, mas a mulher apenas respondia com frases curtas, vagas e repetitivas, mantendo o olhar fixo no vazio. Perante a insistência do marido, ela iniciou uma crise de choro intensa, associada a tremores generalizados. Depois de o marido a abraçar fortemente, regressou ao seu estado normal, não se recordando de nada do episódio descrito e perguntando o porquê de ter estado a chorar. Perante este relato, os médicos do Serviço de Urgência solicitaram extensas análises sanguíneas, pesquisa de drogas e tomografia computadorizada cranioencefálica. Uma vez que os resultados dos exames estavam todos normais, foi ainda pedido um eletroencefalograma (que avalia a atividade elétrica cerebral) e um *holter* de 24 horas (que avalia a atividade elétrica cardíaca). Apesar de considerarem que este episódio apresentava características atípicas para epilepsia, medicaram com um fármaco antiepilético e solicitaram consulta de reavaliação por Neurologia. Contudo, devido à bizarria do episódio e ao facto do marido contar que a esposa durante estes episódios (que se repetiram já três vezes) apenas fala sobre situações relacionadas com a sua infância, solicitaram também consulta de Psiquiatria.

Se não estivéssemos num Serviço de Urgência em 2025, mas sim numa das lições de Jean-Martin Charcot no século XIX, esta mulher poderia ser considerada uma doente histérica, com indicação para hipnose [1]. Provavelmente, a hipnose desta doente decorreria sob o olhar atento de

alguém que iria revolucionar o entendimento e o tratamento da histeria – Sigmund Freud, médico neurologista, então aluno de Charcot, que se viria a tornar o fundador da Psicanálise [1]. Durante os séculos que separam as lições de Charcot do momento atual, o sintoma conversivo continuou a observar-se na prática clínica. Pretende-se, aqui, analisar o contributo da perspectiva psicanalítica na interpretação do sintoma conversivo, e como esta pode ser benéfica na abordagem médica atual da patologia conversiva.

Método

A metodologia adotada enquadra-se na tipologia de revisão narrativa da literatura. A exploração bibliográfica começou pela análise da base de dados [PubMed](#), entre março e junho de 2023, utilizando combinações entre os seguintes os descritores: “*Conversion disorder*”, “*hysteria*” e “*psychogenic nonepileptic seizures*”. Como critérios de inclusão foram elegíveis artigos científicos de revisão da literatura, publicados a partir de 2015 e redigidos em português e inglês, que contemplassem uma abordagem histórica da perturbação conversiva, desde a histeria ao conceito de crises não epiléticas psicogénicas, num enfoque predominantemente psicodinâmico. Foram excluídos estudos de caso, artigos de opinião e artigos cujo acesso ao texto completo não estava disponível. Verificada a pertinência de cada artigo para o tema da revisão através da leitura crítica dos seus resumos, foram selecionados cinco artigos científicos, posteriormente analisados na íntegra. Os dados considerados relevantes foram extraídos e organizados de forma narrativa, com foco na evolução da compreensão sobre a sintomatologia conversiva.

Nesta revisão narrativa, foram adicionalmente utilizadas fontes de literatura cinzenta identificadas por pesquisa manual, com inclusão de dois outros artigos científicos, um de índole educativa dirigido ao público em geral, publicado por uma associação científica que promove a literacia sobre a epilepsia, e um outro artigo científico publicado na revista do Centro de Estudos e Pesquisa em Psicanálise da Universidade São Marcos. Foram ainda consultados seis livros de referência na área da Psiquiatria e da Psicanálise, considerados de importância teórica para o tema da revisão. Tanto os dois artigos científicos referidos, como os seis livros utilizados como literatura cinzenta foram incluídos no presente trabalho a partir da recomendação de peritos de opinião com reconhecida atuação na área. Na [Figura 1](#), está representado o processo de pesquisa e seleção da literatura através de um fluxograma.

Resultados

A histeria de Freud e o nascimento da Psicanálise

Apesar da importância que assumiu na descoberta da Psicanálise, a *Histeria*, termo introduzido por Hipócrates (400 a.C.) e proveniente da palavra grega *hysteria*, que significa útero, é muito anterior a Freud. Já em *Kahun Papyri* [2], uma coleção de textos médicos do Antigo Egito (1825 a.C.), estava descrita uma patologia denominada *Wandering Uterus* (útero vagabundo). Nessa altura, considerava-se que apenas afetava mulheres e que a patologia se instalava devido à ausência de relações sexuais. Esta condição faria com que o útero perdesse volume e se deslocasse pelo corpo [2], manifestando-se com sintomas em todos os órgãos, que eram tratados com cheiros doces na região genital [2].

A *Hysteria* de Hipócrates afetava sobretudo mulheres virgens e viúvas, e o seu tratamento era a prática de relações sexuais [2]. Na Idade Média, por outro lado, a histeria estava associada a um sinal de prazer sexual, pecado ou possessão demoníaca [2]. Estas doentes eram alvo de exorcismo e, caso fossem consideradas bruxas, corriam o risco de serem perseguidas [2].

No século XVII, a histeria foi associada, pela primeira vez, a uma doença do sistema nervoso. Thomas Sydenham (1624-1689) definiu que os sintomas histéricos surgiam em consequência de emoções fortes [2]. Mais tarde, Pierre Briquet (1796-1881) rejeitou de vez a ideia da origem uterina para a histeria e reconheceu que também afetava homens, interpretando-a como consequência de uma neurose do cérebro em resposta a eventos stressores [2]. Franz Mesmer, médico austríaco (1734-1815), destacou-se por aplicar o fenómeno do magnetismo como tratamento de mulheres com histeria [1]. Considerado por muitos um impostor, o magnetismo de Mesmer influenciou a Medicina, incentivando James Braid (cirurgião escocês) a criar o método de hipnose. Este, inicialmente, consistia num “sonho lúcido” que Braid utilizava para anestésiar os seus pacientes cirúrgicos [1].

Contudo, o apogeu da hipnose surge com o neurologista francês Jean-Martin Charcot (1825-1893), que lecionava no Hospital da Salpêtrière em Paris [1], onde demonstrava ser possível a melhoria ou resolução de sintomas histéricos, tais como paralisias, cegueira, tremores e convulsões, através da hipnose [3]. Ao contrário do que muitos médicos da época defendiam, a histeria, para Charcot, não era um subterfúgio nem uma simulação, mas sim uma “doença nervosa”, que se manifestava sem

evidência de alterações estruturais do sistema nervoso, fora do controle voluntário dos doentes [4]. Além disso, considerava a histeria um estado psíquico no qual o doente era sensível à auto-sugestão [3]. Para Charcot, a sugestão hipnótica permitiria a entrada de uma ideia na mente (num estado hipnótico), que poderia atuar diretamente no corpo [4]. Deste modo, ao contrário dos sintomas epiléticos, os sintomas histéricos podiam ser desencadeados no paciente, assim como removidos deste, por sugestão [3]. Charcot foi então pioneiro na sistematização da distinção entre crises convulsivas de origem epilética e crises de origem não epilética (crises "histéricas"). As lições de Charcot eram abertas ao público, decorriam no anfiteatro do hospital e incluíam demonstrações de hipnose em doentes reais [3]. Apesar de aclamado por muitos, foi também fortemente criticado entre colegas, pela exposição pública teatral das doentes hipnotizadas [1].

Sigmund Freud (1856-1939), neurologista no Hospital Geral de Viena, estagiou em Salpêtrière por 1885 e entusiasmou-se com a investigação da histeria, tendo ficado fascinado com o trabalho de Charcot [4]. Constata que, num estado de hipnose, a recordação de um trauma faz com que os sintomas histéricos desapareçam, e que, uma vez terminado, os doentes não se recordam do sucedido. É a partir dos seus estudos sobre a histeria e, mais tarde, com a interpretação dos sonhos, que Freud fundamenta a relevância do "inconsciente" [5].

Para Freud, um mecanismo psíquico de repressão, o recalçamento, defende a mente contra memórias intoleráveis, expulsando-as do consciente [5], mecanismo que está na base da sua teoria da Histeria: na conversão histérica, ideias ou memórias desagradáveis para a percepção consciente são recalçadas no inconsciente e "convertidas" em sintomas físicos (os sintomas histéricos), para resolver conflitos psicológicos insuportáveis [2]. Assim, o psiquismo invade o corpo, que é então usado como metáfora para representação do recalçado.

Numa fase inicial, juntamente com Josef Breuer (médico generalista), Freud recorria à hipnose para aceder ao inconsciente dos seus pacientes [1], até ao momento em que um caso desafiante o levou a questionar este método terapêutico. Descrito em "*Estudos sobre a Histeria*" (1893) [6], Anna O. era uma jovem de 21 anos, inicialmente acompanhada por Breuer, com sintomatologia histérica que se manifestava por paralisia dos membros inferiores, contrações musculares, alterações na fala e na visão. A sua inteligência notável e entendimento crítico deixavam-na, segundo

Freud, pouco permeável à sugestão e pouco responsiva à hipnose [6]. Estas limitações inerentes ao método hipnótico, bem como o facto dos pacientes estarem num estado alterado de consciência e, como tal, à mercê do hipnotizador, levam Freud a questionar-se sobre a sua eficácia. Assim, interessou-se então pelos relatos das angústias de Anna e do seu passado, explorando aspetos íntimos, sexuais e traumáticos, que estariam reprimidos. A partilha e exploração destas questões parecia deixar a paciente aliviada, observando-se uma melhoria dos seus sintomas histéricos [6]. Deste modo, Freud descobre um novo método de acesso ao inconsciente: a *associação livre* – um método no qual Freud pedia aos pacientes que não censurassem os seus pensamentos e dissessem “tudo o que lhes viesse à cabeça” [6], privilegiando a linguagem simbólica da fantasia e dos sonhos [1]. A “cura pela fala”, tal como Anna O. apelidou, assinala, assim, o nascimento da Psicanálise. Neste sentido, considerando o interesse pela origem dos sintomas corporais na histeria, pode afirmar-se que a Psicanálise nasceu do corpo.

Crises não epiléticas psicogénicas: o conceito neurológico

Retomando a ilustração clínica descrita, será consensual afirmar, aos dias de hoje, que a sintomatologia apresentada pela doente no Serviço de Urgência enquadra-se no diagnóstico de crises não epiléticas psicogénicas, termo atual utilizado pela Neurologia para nomear as crises “histéricas” de Freud que se assemelham a crises epiléticas. Apesar da variabilidade fenomenológica do sintoma conversivo, este trabalho centrou-se nas crises não epiléticas psicogénicas como exemplo emblemático de patologia conversiva.

As crises não epiléticas psicogénicas, a partir de agora designadas por PNES (do inglês *Psychogenic Nonepileptic Seizures*), também nomeadas funcionais ou pseudocrises, são episódios paroxísticos de alteração súbita ou gradual do comportamento, movimento, sensibilidade ou consciência, semelhantes a crises epiléticas, mas que não são causadas por alterações na atividade elétrica cerebral [7].

Os sintomas das PNES podem incluir: palpitações, suores, hiperventilação; perda de consciência; perda de controlo sobre os movimentos corporais, nomeadamente movimentos involuntários generalizados, ausência de movimento (acinesia) e movimentos motores focais; alterações na sensibilidade; e alterações na experiência subjetiva (tais como medo, ansiedade e estados alterados de consciência) [3, 8].

É atualmente aceite que as PNES representam uma resposta orgânica a um *stressor* emocional ou físico, resposta essa que não é consciente, nem propositada [7]. As crises podem iniciar-se logo após um evento *stressor* específico ou até anos depois do evento, ou mesmo ocorrer sem que um *stressor* precipitante seja identificado, o que acontece frequentemente [7]. Assim, podem acontecer espontaneamente ou serem despoletadas por emoções fortes, estímulos visuais ou auditivos [4]. As PNES são consideradas uma expressão não intencional de sofrimento emocional e revelam uma forma de conversão do sofrimento psíquico num nível orgânico, substituindo-o por uma representação corporal de sintomas [3, 8].

Os fatores de risco para o desenvolvimento de PNES incluem história de trauma, abuso e negligência infantis; stress agudo [9]; experiências emocionais fortes (tais como o luto e o divórcio); conflitos interpessoais; e abuso emocional, físico ou sexual na idade adulta [7]. Adicionalmente, existem perfis de personalidade mais propensos à ocorrência de crises psicogénicas (que irão ser aqui abordados).

Em termos epidemiológicos, as PNES são mais comuns no sexo feminino (rácio de 3:1) e em jovens adultas (entre os 15 e os 35 anos) [7]. Estima-se que 4 em cada 5 pessoas com PNES possuam antecedentes psiquiátricos, como depressão, ansiedade, perturbações da personalidade ou abuso de substâncias. Já a perturbação de stress pós-traumático encontra-se presente em cerca de metade destes doentes [7]. É possível um doente que padeça de epilepsia também desenvolver PNES: na verdade, até 25% das pessoas com PNES apresentam o diagnóstico comórbido de epilepsia [7].

Dada a semelhança das PNES com as crises epiléticas, o diagnóstico é exigente e requer, inicialmente, avaliação e exclusão de possíveis causas orgânicas [7, 10], que inclui: recolha da história médica, neurológica e psiquiátrica completa; descrição dos episódios (pelo doente e uma testemunha), ajudando, quando possível, a observação de um vídeo da crise; realização de estudo analítico, tomografia computadorizada ou ressonância magnética cerebral, e eletroencefalograma (EEG); por fim, pode vir a ser necessária uma monitorização vídeo-EEG (realizar um EEG e ser filmado ao mesmo tempo) antes, durante e depois de um episódio de crise [7]. Atualmente, o vídeo-EEG é considerado o exame *gold standard* para diferenciar crises epiléticas de crises não epiléticas [10]:

nestas últimas, não se registam alterações da atividade elétrica cerebral [7, 10].

Durante uma crise, as recomendações gerais de primeiros socorros para as PNES são iguais às das crises epiléticas: deixar a crise acontecer sem imobilizar a pessoa, colocá-la na posição lateral de segurança e permanecer junto dela até ter recuperado [7].

Relativamente ao tratamento das PNES, é consensual a importância da adoção de um estilo de vida saudável, com uma dieta equilibrada, refeições frequentes, prática de exercício físico e um sono de qualidade. A aceitação do diagnóstico e a partilha de sentimentos acerca das crises com a equipa médica e a família são também fundamentais [7]. Em relação ao tratamento farmacológico, atualmente não existem fármacos indicados para o tratamento das PNES [7, 10]. De facto, está comprovado que as PNES não respondem a fármacos antiepiléticos pelo que, estabelecido o diagnóstico, não estão indicados, quer pela sua ineficácia, quer para evitar riscos de iatrogenia [7, 10]. Já o recurso a psicofármacos – nomeadamente antidepressivos ou ansiolíticos – poderá vir a ser considerado, caso coexista patologia psiquiátrica comórbida, como ansiedade ou depressão, que beneficie com a sua utilização [7].

Face ao exposto, a evidência científica atual estabelece a Psicoterapia como principal via para o tratamento das PNES. Não obstante a importância de outras abordagens psicoterapêuticas (como a Psicoterapia Cognitivo-Comportamental), a Psicoterapia Psicodinâmica, pelas suas especificidades, assume um lugar de destaque no acompanhamento psicológico destes doentes [7].

Nas classificações psiquiátricas atuais, de acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* [11], o conceito de crises não epiléticas psicogénicas encontra-se mais próximo da *Perturbação Conversiva*, também chamada de perturbação de sintomas neurológicos funcionais. Os critérios para o diagnóstico de perturbação conversiva incluem sintomatologia relacionada com alterações na função motora ou sensitiva; incompatibilidade entre o sintoma e as condições médicas ou neurológicas encontradas; e o sintoma causar sofrimento significativo ou prejuízo na funcionalidade [11].

Abordagem psicodinâmica das perturbações conversivas

No seguimento do que tem sido apresentado, a abordagem psicodinâmica oferece uma compreensão relevante sobre o funcionamento psíquico de

pacientes com sintomatologia conversiva, importante em diferentes contextos da prática médica atual, bem como um enquadramento clínico para acompanhamento psicoterapêutico.

Freud incluiu a histeria nas psiconeuroses de defesa, por sua origem psíquica e por constituírem a expressão simbólica de um conflito inconsciente [12]. Descreve a dissociação entre representação e afeto [4]: assim, os sintomas conversivos provinham do recalçamento de uma representação em particular, que era substituída por uma outra representação a ela associada simbolicamente, frequentemente somática, à qual o afeto se ligaria (energia psíquica convertida em energia somática).

É importante considerar que a representação pode ser recalçada, mas o afeto não, pelo que permanece livre e requer um outro destino. Na perturbação conversiva, há uma consistente capacidade de simbolização, indispensável à estruturação dos sintomas conversivos [12-13]. Existe uma ligação simbólica entre uma representação recalçada que o Eu não tolera e a parte do corpo que adocece como sintoma conversivo. Considerando os mecanismos psíquicos subjacentes, o sintoma corporal remete simbolicamente a algo recalçado [13].

A partir das observações de Freud de pacientes com histeria e considerando avanços na prática psicanalítica, foram identificadas características de personalidade que definem um modo particular de funcionamento psíquico, "personalidade histérica", essencialmente caracterizada por ansiedade considerável e elevada reatividade interpessoal [13].

A personalidade histérica é, tendencialmente, sedutora, calorosa, intuitiva, exibicionista, teatral e dramática. A "labilidade histérica do afeto", que a caracteriza, manifesta-se por hiper-reatividade emocional e instabilidade afetiva [13]. São pessoas facilmente sugestionáveis, frágeis e contraditórias, com grande plasticidade e com tendências regressivas. A elevada dependência afetiva que desenvolvem, leva à intensa busca do apoio e da atenção do outro. Contudo, estabelecem, por norma, relações superficiais, caracterizadas por precipitação afetiva, idealização e posterior decepção/desvalorização [13].

Os mecanismos de defesa predominantes na personalidade histérica são o recalçamento, a conversão, a sexualização e a regressão [13]. Para além destes, destacam-se também as defesas dissociativas, nomeadamente *belle indifference*: uma estranha minimização da gravidade de um sintoma,

atenuação da intensidade afetiva, indiferença perante os sintomas conversivos e desvalorização do que se passa no corpo; *fausse reconnaissance*: convicção de se recordar de algo que não aconteceu; estados de fuga; e amnésia de elementos significativos [13]. O reconhecimento destas defesas dissociativas, em especial a *fausse reconnaissance* em que os doentes acreditavam nas memórias falsas que criavam, levou Freud a concluir que nem toda a histeria tem origem num trauma real e abuso efetivo, pois o trauma pode distorcer a percepção de modo a criar uma fantasia, que, sendo inaceitável, também pode ser reprimida [13].

Na relação terapêutica, as pessoas com personalidade histérica tendem a idealizar o terapeuta, o que pode contrastar com momentos posteriores de desvalorização [13]. A intensidade transferencial destes pacientes é marcada pela procura ávida do contacto e possível erotização da relação terapêutica [13]. Criam um entusiasmo inicial, realizam associações ricas e parecem responder emocionalmente às intervenções. Contudo, apresentam dificuldades em aprofundar alguns conteúdos, por se colocarem numa posição imatura [13].

Na perspetiva contratransferencial, os pacientes com personalidade histérica podem despoletar no terapeuta fantasias de salvamento (dirigidas a salvar o Eu mais infantil do paciente) e atitudes de excessiva simpatia e disponibilidade, ou, por outro lado, despertar sentimentos hostis [13]. O terapeuta deve prestar especial atenção para não ceder aos exageros e exigências de gratificação do paciente, mantendo, contudo, uma postura afável, empática e de não julgamento, sem revelar desprezo nem indiferença [13].

A patologia conversiva pode surgir em diversos contextos nos Serviços de Saúde: no Serviço de Urgência (tal como descrito), numa consulta médica generalista ou numa consulta de Psiquiatria. Assim, importa sensibilizar os profissionais de saúde para uma abordagem empática e dirigida às necessidades dos doentes com patologia conversiva, que permita um encaminhamento adequado dos casos.

Perante uma convulsão psicogénica ou uma paralisia funcional, há tendência à desvalorização dos sintomas por parte do profissional de saúde, o que afeta a qualidade da comunicação clínica do diagnóstico: provada a ausência de causas orgânicas, é comum considerar-se que “não tem nada” ou que “é tudo psicológico”. Contudo, as perturbações de origem psíquica podem revelar grande sofrimento, exigindo atenção e

tratamento, muitas vezes prolongado. A forma como o diagnóstico de perturbação conversiva é comunicado tem um impacto importante no doente, podendo acentuar o estigma relacionado com esta patologia e levar a descurar o que é psicológico. Assim, após investigação e exclusão das causas orgânicas, o passo seguinte será a transmissão empática do diagnóstico, que valide o sofrimento do doente [3]. Segue-se o encaminhamento do doente para o acompanhamento mais indicado que, na maioria dos casos, passará por uma avaliação em Psiquiatria e acompanhamento psicológico [3].

Os primeiros contactos com o terapeuta são também essenciais para o estabelecimento de uma relação de confiança necessária ao trabalho psicoterapêutico, para que o paciente sinta que o seu sofrimento é acolhido. A escuta ativa e o interesse genuíno pelo paciente contribuem para a necessária contenção, sendo por si só, terapêuticos [13]. É então fundamental escutar o paciente para além do sintoma somático e do corpo na sua dimensão biológica, considerando o adoecer como uma experiência que abrange uma dimensão subjetiva (realidade psíquica, conflito, funcionamento mental, defesas) e intersubjetiva (relacional, contexto, comunicação de algo que não se expressa por outra via) [12]. O que se procura é conhecer a representação inconsciente por detrás do sintoma conversivo: a história à volta do sintoma, o que o paciente fantasia e o significado que o sintoma assume para si [12-13].

Relativamente às características dos processos psicoterapêuticos em casos de perturbações conversivas, os pacientes, por norma, aceitam facilmente o contrato terapêutico. O processo psicoterapêutico mais eficaz nestes doentes é relativamente silencioso e não diretivo [13]. Há lugar para intervenções terapêuticas expressivas, como a interpretação, confrontação e clarificação. Em termos transferenciais, importa cautela e esperar pelo momento certo para interpretar a transferência, pois a sua precocidade pode intimidar [13]. Por norma, nos doentes com perturbações conversivas, estabelece-se uma aliança terapêutica consistente, com cooperação mútua. Importa manter um *setting* estável e rigoroso, pois manter o ritmo, a mesma hora e a mesma duração das sessões é estruturante para estes doentes [13].

Sumariando, a melhor atitude a ter perante uma abordagem a doentes com patologia conversiva, qualquer que seja o seu contexto, é procurar conhecer a pessoa por detrás dos sintomas e validar o seu sofrimento.

Discussão

Com base na revisão bibliográfica realizada, é possível compreender a relevância que a patologia conversiva tem vindo a assumir, assim como a conotação social que lhe tem sido atribuída. Desde o “*útero vagabundo*” do Antigo Egito, passando pela *Hysteria* de Hipócrates, tratada através de relações sexuais, à histeria teatral do anfiteatro de Charcot, esta patologia foi sendo associada ora à fragilidade e *inocência* femininas, ora à sua capacidade de sedução e persuasão. No século XIX, Freud veio clarificar a origem dos sintomas histéricos, associando-a a mecanismos psíquicos de repressão de ideias inaceitáveis e de conversão do sofrimento psicológico num nível orgânico. Posteriormente, o fenómeno de histeria foi enquadrado nas classificações psiquiátricas como perturbação conversiva [11], numa tentativa de afastar o estigma criado ao redor da terminologia inicial. Neste sentido, e considerando a necessidade de sistematizar a abordagem a um fenómeno tantas vezes avaliado pela Neurologia, esta propôs o termo crises não epiléticas psicogénicas. Ambos os fenómenos serão os mesmos, caracterizados por uma organização de personalidade, mecanismos de defesa particulares e estilos cognitivos próprios, mas enunciados de formas distintas.

Consensual na literatura analisada, é a necessidade de uma abordagem clínica consciente e empática aos doentes com patologia conversiva, que permita a realização de um diagnóstico e encaminhamento adequados, e possibilite responder ao seu sofrimento psicológico. A conceção psicodinâmica proposta por Freud sobre perturbação conversiva mantém-se útil no entendimento atual.

Retomando a ilustração clínica descrita inicialmente, considera-se que o episódio de alteração da consciência semelhante a uma crise de ausência, com alterações da memória, sem reconhecimento do marido e associado a tremores generalizados, enquadrar-se-ia numa “crise histérica”, episódio conversivo ou crise não epilética psicogénica. Para além dos exames médicos realizados, a presença de elementos que remetiam à infância da doente (dizer que estava à procura da irmã e que só comia pão e água), a sugestibilidade na remissão do episódio (que resolve após um abraço forte do marido), a bizarria do quadro (que envolve choro e algumas respostas verbais) e a atitude de *belle indifference* da doente no Serviço de Urgência (não parecendo valorizar o episódio), remete-nos para uma origem psicogénica.

Destaca-se a relevância do encaminhamento realizado para consulta de Psiquiatria. Considera-se também que a realização dos exames de diagnóstico referidos para exclusão de causa orgânica cumpre as orientações atuais para estes casos. Contudo, poderá ser alvo de reflexão o facto de a doente ter sido medicada com um fármaco antiepilético, apesar dos resultados dos exames realizados estarem dentro da normalidade e do elevado índice de suspeição de a crise ser psicogénica. Além do risco de iatrogenia medicamentosa, este episódio remete-nos para o risco da medicalização excessiva de quadros psicopatológicos. No entanto, a prescrição do fármaco antiepilético no caso descrito é compreensível à luz de uma atitude preventiva e zelosa no contexto de um Serviço de Urgência, o que reflete a complexidade inerente à gestão destes quadros na prática clínica.

Apesar da escassez de recursos em saúde mental no Serviço de Saúde público em Portugal, nomeadamente em contexto hospitalar, o que constitui um problema na evolução destes doentes, a indicação para acompanhamento psicoterapêutico deste caso de perturbação conversiva é unânime. Reconhece-se, assim, a pertinência do recurso à compreensão e abordagem psicodinâmicas por um profissional de saúde mental treinado, em consulta de seguimento Psiquiátrico ou de Psicologia.

Limitações do estudo: O trabalho elaborado apresenta limitações metodológicas não só inerentes a uma revisão narrativa sem protocolo sistemático, como também ao recurso a uma base de dados única e à seleção de um número reduzido de artigos. Reconhece-se, adicionalmente, o risco de viés de seleção decorrente da escolha de artigos com base na leitura dos resumos, bem como da ausência de uma pesquisa estruturada na literatura cinzenta. Os aspetos referidos podem limitar a abrangência do estudo e a generalização das conclusões, que neste trabalho correspondem, essencialmente, a uma síntese crítica e reflexiva.

Conclusões

Após a descrição do percurso do sintoma conversivo, há que considerar que o funcionamento psíquico inerente à patologia conversiva não tenderá a desaparecer. A inexistência de fármacos dirigidos a esta patologia, reforça o papel da psicoterapia. Como estratégia para humanizar a gestão destes doentes, propõe-se a sensibilização para o conhecimento psicodinâmico em ambientes de ensino da Medicina e Psicologia mais generalistas, fomentando uma abordagem empática aos doentes com perturbação conversiva, assim como um diagnóstico e encaminhamento

apropriados. Concluindo, destaca-se que o fundamental para um doente com sintomatologia conversiva é sentir que o seu sofrimento é acolhido.

Considerações éticas

Na realização deste artigo foram asseguradas a proteção de pessoas e a confidencialidade dos dados. O exemplo clínico apresentado na introdução refere-se a um caso hipotético, meramente ilustrativo. As autoras declaram não ter conflitos de interesse relacionados com o presente trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Pio-Abreu JL. Pequena história da psiquiatria: os desafios das doenças mentais. Alfragide: Publicações Dom Quixote; 2021.
2. North CS. The Classification of Hysteria and Related Disorders: Historical and Phenomenological Considerations. Behav Sci. 2015;5(4):496-517. <https://doi:10.3390/bs5040496> PMID: 26561836 PMCID: PMC4695775
3. Beghi M, Negrini PB, Perin C, Peroni F, Magaudda A, Cerri C, Cornaggia CM. Psychogenic non-epileptic seizures: so-called psychiatric comorbidity and underlying defense mechanisms. Neuropsychiatr Dis Treat. 2015;11:2519-27. <http://dx.doi.org/10.2147/NDT.S82079> PMID: 26491330 PMCID: PMC4599147
4. Correia DT. As Raízes do sintoma e da perturbação mental. Lisboa: Lidel Edições Técnicas; 2015.
5. Gabbard GO. As bases teóricas da psiquiatria dinâmica. In: Gabbard GO. Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica. 5a ed. Porto Alegre: Artmed Editora; 2016. p. 35-61.
6. Freud S. Estudos sobre a histeria. In: Freud S, Breuer J. Obras completas volume 2. São Paulo: Companhia das Letras; 1893-1895. p. 30-48.

7. Liga Portuguesa Contra a Epilepsia. Crises não epiléticas psicogénicas [Internet]. 2020 maio 21 [citado 2023 maio 29]. Disponível em: <https://epilepsia.pt/crises-nao-epileticas-psicogenicas/>
8. Feinstein A. Conversion disorder. Continuum. 2018;24(3):861-72. <https://doi.org/10.1212/con.0000000000000601> PMID: 29851882
9. Popkirov S, Asadi-Pooya AA, Duncan R, Gigineishvili D, Hingray C, Kanner AM, LaFrance WC Jr, Pretorius C, Reuber M. The aetiology of psychogenic non-epileptic seizures: risk factors and comorbidities. Epileptic Disord. 2019;21(6):529-47. <https://doi:10.1684/epd.2019.1107> PMID: 31843732
10. Hopp JL. Nonepileptic Episodic events. Continuum. 2019;25(2):492-507. <https://doi.org/10.1212/con.0000000000000711> PMID: 30921020
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5a ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
12. Casetto SJ. Sobre a importância de adoecer: uma visão em perspectiva da psicossomática psicanalítica no século XX. Psychê. 2006;10(17):121-42. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382006000100008
13. McWilliams N. Diagnóstico Psicanalítico: entendendo a estrutura da personalidade no processo clínico. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2014. Capítulo 14, Personalidades histéricas (histriônicas); p. 338-87.

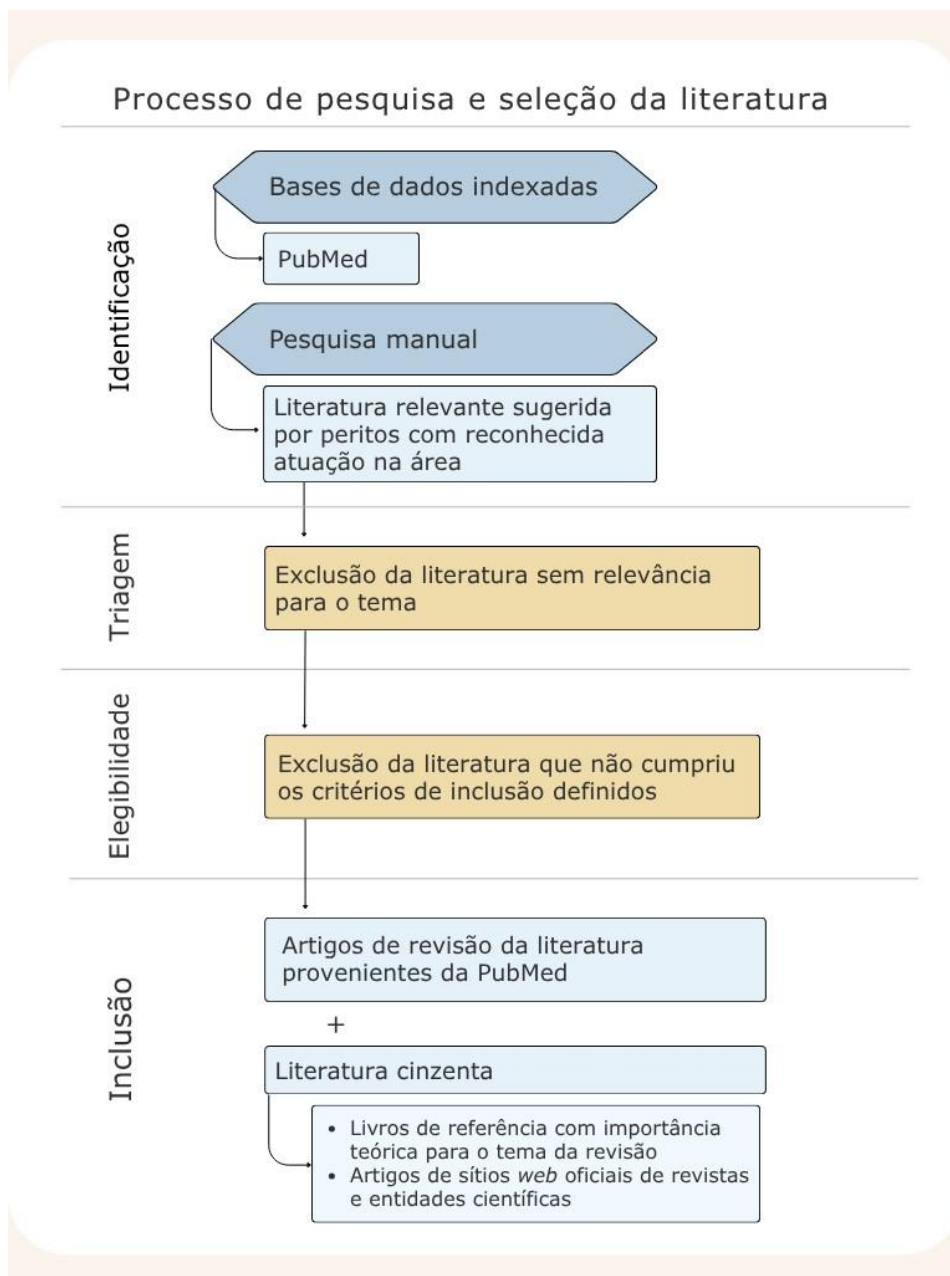


Figura 1. Fluxograma representativo do processo de pesquisa e seleção da literatura
Fonte: Os autores