

## Crise não epiléptica psicogênica: história e crítica de um conceito

### *Psychogenic non-epileptic seizures: history and critique of a concept*

**Daniela Kurcgant**

Doutora pelo Programa de Pós-graduação do Departamento de Medicina Preventiva/Faculdade de Medicina/ Universidade de São Paulo (USP).

Rua Capote Valente, 439/13  
05409-001 – São Paulo – SP – Brasil  
dkurcgant@yahoo.com.br

**José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres**

Professor titular do Departamento de Medicina Preventiva/ Faculdade de Medicina/USP.

Avenida Doutor Arnaldo, 455/2.222  
01246-903 – São Paulo – SP – Brasil  
jrayres@usp.br

Recebido para publicação em janeiro de 2010.  
Aprovado para publicação em outubro de 2010.

KURCGANT, Daniela; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Crise não epiléptica psicogênica: história e crítica de um conceito. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.18, n.3, jul.-set. 2011, p.811-828.

#### Resumo

Discute o desenvolvimento do conhecimento psiquiátrico sobre a crise não epiléptica psicogênica (CNEP), buscando iluminar os pressupostos epistemológicos do conceito e suas implicações práticas. Em sua definição atual, crises ou ataques recorrentes são manifestações comportamentais semelhantes às da epilepsia, mas que dela diferem por não serem consequentes de descargas elétricas cerebrais anormais, podendo ter origem psicogênica. Em direção inversa da metafísica, investiga-se a emergência histórica do conceito de CNEP nos últimos quarenta anos. Conceitos de comorbidade psiquiátrica, abuso e dissociação foram discutidos devido a sua participação na trajetória conceitual de CNEP.

Palavras-chave: crise não epiléptica psicogênica; crise pseudoepiléptica; histeria; história da histeria; história da psiquiatria.

#### Abstract

*This discussion of the evolution of psychiatric knowledge concerning psychogenic non-epileptic seizures (PNES) sheds light on the epistemological assumptions underlying the concept and on its practical implications as well. PNES are defined as repeated seizures or attacks which can be mistaken for epilepsy because of the similar behavioral changes displayed, but which differ in that they are not the result of abnormal electrical activity in the brain and may be psychogenic in origin. The article investigates the historical development of the concept of PNES over the past forty years. The concepts of psychiatric comorbidity, abuse, and dissociation enter the discussion owing to their roles in the checkered development of the concept of PNES.*

*Keywords: psychogenic non-epileptic seizures; pseudo-epileptic seizures; hysteria; history of hysteria; history of psychiatry.*

A crise não epiléptica psicogênica (CNEP) consiste em um diagnóstico operacional que, do ponto de vista neurológico, exclui o diagnóstico de crise epiléptica. Mais precisamente, as crises não epilépticas são definidas como crises, ataques ou acessos recorrentes que podem ser confundidos com epilepsia, devido à semelhança das manifestações comportamentais, mas que dela diferem por não serem consequentes de descargas elétricas cerebrais anormais. Do ponto de vista psiquiátrico, a presença de um padrão constante de CNEP pode conduzir aos diagnósticos de transtorno conversivo e de transtorno de somatização, conforme classificação do *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4ª ed. (DSM-IV) (Gates, 2000). Na *Classificação internacional das doenças*, 10ª versão (CID-10), as CNEPs são incluídas na categoria dos transtornos dissociativos (ou conversivos), mais especificamente das convulsões dissociativas.

Embora a expressão crise não epiléptica psicogênica seja de uso recente, diz respeito a um fenômeno bastante conhecido no meio médico, relatado, segundo vários autores, desde tempos remotos na história da medicina (Veith, 1965; Trillat, 1991). A CNEP também é denominada crise pseudoepiléptica, crise conversiva ou crise histeroepiléptica. Sem levar em conta as diferentes origens e designações dos termos, estima-se que a CNEP apresente cerca de 15 sinônimos na língua inglesa (Scull, 1997).

Com o intuito de ilustrar algumas características do quadro clínico em questão, relatamos a seguir um caso típico, encaminhado a um serviço especializado do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo:

S., 40 anos, sexo feminino, negra, solteira, sem filhos, sem profissão, natural de São Paulo, moradora de um hospital psiquiátrico do estado de São Paulo há cerca de 20 anos. A paciente referia, desde a infância, crises com apresentação convulsiva, inclusive com salivação abundante, perda de urina e confusão após a crise. As crises ocorriam com frequência variável, uma a sete vezes por semana, necessitando, eventualmente, ser encaminhada ao pronto-socorro da região, onde já era conhecida pela equipe de atendimento. Houve também um episódio de internação na unidade de terapia intensiva, em função do número elevado de crises subsequentes e prejuízo do nível de consciência. Seus exames laboratoriais, de imagem e eletroencefalograma, encontravam-se dentro dos padrões de normalidade. A paciente apresentava também, de forma flutuante, alucinações e delírios. Seu comportamento era agressivo, sendo temida por outras pacientes e pelos profissionais de saúde. Quanto à sua história pessoal, S. relatava vários episódios de maus-tratos, abuso físico e sexual e vários fracassos nas relações pessoais, escolares e profissionais. Não conheceu a mãe nem o pai e foi criada em instituições públicas. Após a avaliação especializada, foi constatado que a paciente não apresentava crises epilépticas, e sim, CNEP (Kurcgant, 2010, p. 3-4).

Outro caso ilustrativo é um relato de diagnóstico de histeroepilepsia, datado do final do século XIX, encontrado em estudo de Magali Engel (2002, p.323-324):

Trata-se de uma paciente de 29 anos, internada na Casa de Saúde Dr. Eiras, em maio de 1896, no Rio de Janeiro, a qual foi diagnosticada como histeroepiléptica. Segundo Engel, a referida paciente apresentou suas “primeiras manifestações históricas e epilépticas aos 14 anos, quando menstruou pela primeira vez”. Diante da mudança de comportamento e do abandono do lar que, segundo as observações do médico, “manifestavam-se alguns dias antes do período catamenial”, a paciente foi internada. Foi constatado, então, que

a paciente apresentava distúrbios uterinos e foi realizada uma curetagem, após a qual ela passaria a ter uma “menstruação normal”. O curioso é que a paciente continuou a ter ataques epilépticos.

Este caso evidencia dois aspectos interessantes: o primeiro diz respeito à relação entre os órgãos sexuais femininos e a histeria, e o segundo aponta a proximidade existente entre histeria e epilepsia.

As CNEPs originam graves consequências sociais e psicológicas, que incluem baixa escolarização, desemprego, dificuldades interpessoais e exclusão social (Betts, Duffy, 1993; LaFrance, Benbadis, 2006). Do ponto de vista médico, os pacientes ficam expostos a procedimentos iatrogênicos, como o uso de doses elevadas de drogas antiepilépticas (Niedermeyer, 1990), e invasivos, como punções venosas e entubação endotraqueal (Arnold, Privitera, 1996). Além disso, a comorbidade com transtornos depressivos e ansiosos é alta (Ettinger et al., 1999; Kurcgant et al., 2000), e a qualidade de vida desses pacientes é pior quando comparada àquela dos portadores de epilepsia de difícil controle (Szaflarski et al., 2003).

A partir da década de 1980, o diagnóstico de CNEP passou a contar com a monitorização pelo vídeo-EEG, o que foi considerado o ‘padrão ouro’ em termos de diagnóstico (Gates, 2000). Entretanto, na maioria das vezes há grande dificuldade na abordagem desses casos, no que diz respeito tanto aos diagnósticos neurológico e psiquiátrico quanto ao tratamento em si. As especificidades de diagnóstico e tratamento exigem, do ponto de vista psiquiátrico, conhecimentos sobre fenômenos conversivos e dissociativos, negligenciados pela neurologia e pela própria psiquiatria contemporânea (Benbadis, 2005). Do ponto de vista neurológico, esse diagnóstico exige conhecimentos sobre a epilepsia que, em geral, os médicos psiquiatras não possuem (Marchetti, Castro, Gallucci Neto, 2004). Tais dificuldades reclamam uma consequente revisão crítica desse quadro clínico, bem como uma melhor compreensão de seus fundamentos e características, o que se buscará, aqui, com sua história conceitual.

Em sua obra *O nascimento da clínica*, Foucault (1998) analisa o desenvolvimento, ao longo do século XVIII, da anatomoclínica, que buscava fundar a apreensão do adoecimento na morfologia do corpo e das lesões. A despeito de seus contributos específicos, a psiquiatria também tem suas concepções de causa, doença e tratamento fortemente enraizadas nessa anatomoclínica setecentista.

A imanência das noções de causa e de doença baseia-se, desde então, na dimensão analiticomecanicista da racionalidade da medicina ocidental contemporânea, vinculada à racionalidade da mecânica clássica (Camargo Jr., 2005). Nessa visão analiticomecanicista, a medicina que se origina a partir da anatomoclínica é uma medicina do corpo, de seus mecanismos e de suas lesões e doenças (Camargo Jr., 1990). Entretanto, como salienta Camargo Jr. (2005), a característica mais peculiar da racionalidade médica ocidental talvez seja a de relegar para um terreno de implícitos todas essas noções fundamentais da medicina, cujos princípios gerais somente podem ser inferidos a partir do exame de seu discurso e sua prática. Conforme apontado por Burt (1983) e ressaltado por Camargo Jr. (2005), o problema dessa ‘metafísica oculta’, oriunda da doutrina positivista, é a restrição de uma reflexão crítica sobre as próprias concepções e princípios gerais, no caso, da própria medicina.

Nas últimas décadas a psiquiatria vem sofrendo uma série de reformulações significativas, que vão ao encontro da racionalidade médica ocidental contemporânea como um todo, buscando garantir sua legitimidade como disciplina. Nesse processo, problemas de natureza conceitual e epistemológica foram relegados para um plano implícito e privados de reflexão crítica, o que certamente contribui para uma série de dificuldades e impasses na prática clínica e na pesquisa em psiquiatria. Particularmente no âmbito das CNEPs, essas dificuldades incluem aspectos que serão posteriormente discutidos, mas que já anunciamos aqui. Em primeiro lugar, observa-se, de maneira geral, uma desvalorização das concepções de doenças que tomam como base a busca de totalidades compreensivas para a conceituação dos sintomas. Segundo Camargo Jr. (2005), devido à sua inclusão no domínio das ciências experimentais, as doenças com explicações fisiopatológicas são mais valorizadas, uma vez que é justamente essa cientificidade que confere legitimidade social à medicina ocidental. Em segundo lugar, em razão da busca de objetivação dos sintomas e formulação de generalizações, próprias da racionalidade da medicina ocidental, verifica-se na prática psiquiátrica, paradoxalmente, a desvalorização da subjetividade do paciente. Tal lacuna é preenchida com excessos de diagnósticos clínicos e psiquiátricos e, por vezes, com excessos terapêuticos que incluem o uso de medicações e até mesmo intervenções cirúrgicas desnecessárias. Em terceiro lugar, a psiquiatria contemporânea assiste à construção de categorias nosológicas 'ateóricas' que refletem, justamente, essa ocultação metafísica, impedindo a devida apropriação dos diagnósticos psiquiátricos e reflexão a seu respeito. Finalmente, no contexto da racionalidade médica ocidental contemporânea e, em particular, na psiquiatria, a soberania da doença, em detrimento de qualquer outra concepção de sofrimento, favorece a iatrogenia da própria prática médica.

Caminhando na direção inversa dessa metafísica negada, pretende-se aqui 'escovar a contrapelo' o desenvolvimento do conhecimento psiquiátrico da CNEP, buscando iluminar os pressupostos epistemológicos desse conceito e suas implicações práticas. Para tanto, procedemos à investigação das condições de emergência histórica e das implicações práticas do conceito de CNEP, nos últimos quarenta anos.

### **História de um conceito e suas implicações práticas: uma crítica histórico-epistemológica**

Parte-se aqui da ideia de uma estreita relação de interdependência entre a epistemologia e a história de uma ciência. Nas palavras de Machado (2006, p.7), "se a razão tem uma história, só a história das ciências é capaz de demonstrá-lo e indicar o seu itinerário. Daí a exigência de criticidade que confere à história das ciências sua dimensão propriamente filosófica". Aí inscreveu-se o projeto de Gaston Bachelard (1884-1962), no qual a epistemologia surge como produto da ciência, criticando-se a si mesma (Bachelard, 1991).

No projeto de Bachelard (1994), o conhecimento científico depende de investigação, verificação e crítica de tudo que se refere ao objeto em estudo. O conhecimento científico só é possível mediante a ruptura com o objeto imediato e com a detecção e a recusa dos pensamentos que nascem das primeiras observações. Nessa perspectiva, são apontados os

problemas do imediatismo e das generalizações, próprias do pensamento científico contemporâneo, além de ser anunciada a preocupação com a reflexão crítica.

Seguindo a trilha de Bachelard, Georges Canguilhem (1904-1995) assume que a ciência não trata de um objeto natural ou imediatamente dado, antes se configurando essencialmente como discurso, um conjunto de proposições articuladas sistematicamente. Entretanto, trata-se de um tipo específico de discurso, um discurso que tem a pretensão de verdade (Canguilhem, 1977). Para Canguilhem, é justamente essa característica de racionalidade, de veracidade do conhecimento científico que explica por que a história da ciência não pode ser descritiva ou factual. Ela diz respeito à pesquisa da verdade, da normatividade interna do discurso científico e, portanto, deve ser uma história conceitual, uma vez que o conceito exprime primordialmente essa normatividade (Machado, 2006). Segundo Delaporte (1998), ao fazer essa passagem da história de uma teoria à história da formação do conceito, Canguilhem também procura resolver o duplo problema de continuidade e descontinuidade na história das ciências. Dessa forma, esta última, tal como concebida pela epistemologia histórica, leva em conta, para além da análise lógica do conceito mas articulada a ela, seu caráter normativo e sua relação com a arquitetura das teorias.

Ainda pensando em termos das bases teórico-metodológicas deste estudo, a metodologia de Foucault, denominada história arqueológica, pode trazer importantes contribuições. Se, por um lado, a metodologia por ele desenvolvida guarda vínculos com a histórico-epistemológica, por outro produz importantes deslocamentos. Foucault diferencia-se de Bachelard e Canguilhem por sua ruptura com a ideia de progresso. Tal ruptura com o método da recorrência significa a recusa de um ponto de referência, com base no qual possam ser valorizados positiva ou negativamente os movimentos de conformação de uma ciência ou de um conceito científico (Ayres, 2002a). Em outras palavras, a arqueologia desloca a história dos conceitos para a história dos saberes, pretendendo ser uma crítica da própria ideia de racionalidade. Para tanto, analisa os discursos e as circunstâncias nas quais eles surgem com a finalidade exclusiva de identificar os terrenos da linguagem sobre os quais se apoiam as ciências em exame (Ayres, 2002a).

Nesse sentido, as análises de Foucault, embora aportem importantes subsídios, não serão suficientes para os objetivos do presente estudo, uma vez que não contemplam as questões relativas a juízos de valor de natureza prática que nos interessam particularmente. A abordagem das CNEPs aqui proposta surge do interesse pelo desenvolvimento científico dessa categoria diagnóstica no contexto da prática da psiquiatria. Tal desenvolvimento deu-se em conformidade a um juízo que invariavelmente terá um sentido de normatividade relativo a limites e dificuldades relacionados às suas implicações médicas. É por isso que alguns autores propõem uma “crítica histórico-epistemológica” (Ayres, 2002a, p.38), que busca fecundar a rica contribuição da arqueologia foucaultiana no campo da saúde, articulando-a ao princípio canguilhemiano da recorrência para a compreensão da gênese e do desenvolvimento dos conceitos, ainda que se adotem critérios normativos de natureza distinta daqueles utilizados pela epistemologia histórica francesa. Aqui, o rastreamento do amadurecimento conceitual de um discurso científico é transformado por influxos oriundos de outras tradições filosóficas (Habermas, 2003), e passa a ser balizado pela referência aos horizontes práticos que orientam a racionalidade subjacente à discursividade científica em exame. Sob tal

perspectiva, a história epistemológica permite, ou melhor, reclama uma atitude crítica, um ativo posicionamento valorativo perante o sentido prático da racionalidade que subjaz seus princípios estruturais. Isso não implica adotar qualquer posição prescritiva ou moralizante, mas, ao contrário, assumir que o sentido de um discurso científico será sempre dependente do que achamos possível e correto fazer com ele e, por outro lado, que esse interesse será invariavelmente um efeito desse mesmo discurso.

Neste ponto, faz-se necessária uma nova inflexão metodológica que considere as preocupações de natureza prática das ciências e, portanto, da própria racionalidade científica. Essa outra forma de compreensão, que tem entre seus representantes o filósofo alemão Jürgen Habermas, busca fazer da reflexão eticofilosófica, fundada em contextos historicamente circunscritos, sua perspectiva epistemológica privilegiada (Ayres, 2002b). Habermas (1990, p.15) aponta o processo de negação do contexto histórico da modernidade, no qual a “modernização progrediu de forma autossuficiente, executando, simplesmente, as leis funcionais da economia, do Estado, da técnica e da ciência, de forma, aparentemente, imune a influências”.

Dessa forma, na era da ciência e da tecnologia, do ponto de vista da saúde, a grande maioria das atividades de pesquisa, dos serviços de atendimento e dos programas e políticas de saúde está orientada sobretudo por uma racionalidade baseada no desempenho dos saberes, dos recursos e da técnica, independentemente dos seus contextos históricos. Essa racionalidade, denominada instrumental, busca recursos nas ciências, especialmente nas chamadas ciências empírico-analíticas (Ayres, 2008). Contra essa hipertrofia instrumental, colonizadora de espaços de exercício racional que extrapolam seus campos originários, tendendo a substituir a reflexão e a interação autênticas entre os sujeitos, Habermas resgata a dimensão comunicativa da razão. Nesse sentido, entende a busca do conhecimento como, simultaneamente, conhecimento do mundo e auto-objetivação humana por intermédio da razão, uma construção coletiva, fruto de um ‘diálogo’ sempre em marcha e produzido por meio dos discursos dos diversos sujeitos. Esses discursos, por sua vez, são resultantes da interação entre os diferentes “horizontes subjetivos”, a partir das experiências vividas, expressando os valores, interesses e necessidades dos indivíduos que vivem em sociedade. A verdade assume, assim, a forma de uma “racionalidade comunicativamente operante” e “socialmente produtiva” (Ayres, 2002b, p.32-36; Habermas, 2003).

Para Habermas, um dos aspectos mais importantes do processo de investigação é a sua inserção em um contexto muito mais amplo, um contexto ‘hermenêutico’, o que pressupõe uma pré-compreensão de determinadas normas sociais que explicitam uma expectativa de comportamento e a implicação de se alcançar êxito na ação. Nesse ponto, existe uma clara aproximação da filosofia hermenêutica de Hans-Georg Gadamer (2004). O problema central da hermenêutica é a obtenção de um acordo com mais alguém do nosso ‘mundo partilhado’. Dessa perspectiva, tal acordo é alcançado na forma de um diálogo que resulta na ‘fusão de horizontes’ entre os sujeitos que se entendem sobre algo. Acordo, portanto, mediado pela linguagem (a científica, inclusive), sempre motivado por uma *applicatio*, uma questão prática que gera este acordo (Bleicher, 2002, p.16).

Aproximam-se, assim, a história de conceitos e a arqueologia de saberes, de Canguilhem e Foucault respectivamente, e as proposições hermenêutico-críticas de Habermas e Gadamer.

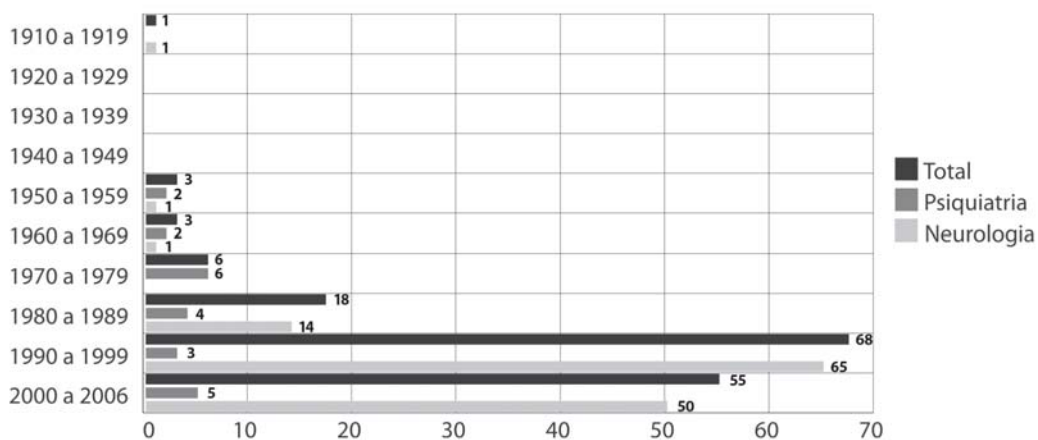
Ou seja, os discursos científicos serão entendidos como uma linguagem em ato, um diálogo em curso, orientados por uma busca de racionalidade emanada de situações práticas, não no sentido estritamente instrumental, mas intimamente relacionados a significados morais, éticos e políticos. Portanto, a racionalidade que orienta o resgate crítico do desenvolvimento histórico-epistemológico dos conceitos não diz respeito somente ao ‘mais verdadeiro’, mas, simultaneamente e de forma indissociável, às escolhas sobre o mais correto a se fazer em relação às necessidades práticas às quais o conceito remete. Realizar uma hermenêutica crítica da história epistemológica do conceito de CNEP significa, portanto, participar do diálogo já em curso sobre o sentido prático da racionalidade que lhe subjaz.

Com tal intuito, foi realizada uma extensa pesquisa de artigos em seis periódicos especializados em neurologia e psiquiatria nos últimos quarenta anos (1964-2006) e que compõem o *corpus* documental do presente estudo. Foram escolhidos seis periódicos, três da área de neurologia – *Neurology*, *Epilepsia*, *Seizure* – e três da campo da psiquiatria – *British Journal of Psychiatry*, *American Journal of Psychiatry* e *The Journal of Nervous and Mental Disease*. A escolha desses periódicos obedeceu a dois critérios. O primeiro deles foi a relevância no meio acadêmico. Privilegiaram-se a produção acadêmica norte-americana e a inglesa devido à vigorosa influência que exercem no universo científico da psiquiatria mundial e em nosso próprio meio. O segundo critério diz respeito à opção por periódicos cujos artigos abordam, de forma sistemática e específica, o tema das crises não epiléticas psicogênicas, influenciando as condutas clínicas no meio neurológico e psiquiátrico.

A partir das palavras-chave *pseudoseizures*, *non-epileptic seizures*, *psychogenic seizures*, *hysterical seizures*, *psychogenic attacks*, *hysterical attacks*, *non-epileptic attack disorder*, *functional seizures*, *hysteroepilepsy*, *pseudoepilepsy*, *hysterical epilepsy* e *pseudoepileptic attacks* foram levantados 178 artigos que, de alguma forma, discutem o conceito de CNEP. No presente artigo serão mencionados aqueles que possibilitaram a identificação dos diversos momentos de sua abordagem científica.

Os número de artigos levantados e sua distribuição ao longo das décadas pode ser visto no Gráfico 1.

**Gráfico 1: Distribuição dos artigos relacionados ao conceito de crise não epiléptica psicogênica selecionados nos periódicos *Epilepsia*, *Neurology*, *Seizure*, *British Journal of Psychiatry*, *American Journal of Psychiatry* e *The Journal of Nervous and Mental Disease* (1910-2006)**



Vejamos, então, como se traduz, nesses periódicos, a trajetória do desenvolvimento conceitual da CNEP em suas principais bases discursivas, agrupadas aqui em três períodos relativamente distintos, no que concerne a pressupostos epistemológicos e construções conceituais.

### **As crises históricas: as décadas de 1960 e 1970**

Nas décadas de 1960 e 1970, são publicados, nos periódicos de psiquiatria, vários artigos que tratam das crises, relacionando-as a quadros de 'histeria', ao passo que um único trabalho a esse respeito é publicado em um periódico de neurologia (Liske, Forster, 1964). Com a publicação da primeira edição do DSM, em 1952, a histeria foi classificada em dois tipos: conversiva e dissociativa. Na segunda edição do manual, o DSM-II, de 1968, as duas categorias foram referidas como neurose histérica tipo conversão e neurose histérica tipo dissociativa (Guggenheim, Smith, 1995).

Na época, o diagnóstico mais comumente associado às crises era a neurose histérica de tipo conversiva, ou reação conversiva (Guggenheim, Smith, 1995). A categoria histeria também abrangia o conceito de personalidade histérica. Esta última, por sua vez, era caracterizada por um padrão excessivo de emocionalidade e por uma busca incessante de chamar a atenção sobre si, nos vários contextos sociais vivenciados. As pacientes, mulheres em sua maioria, teriam um comportamento provocativo ou sedutor e uma tendência a teatralizar suas experiências de vida (Gunderson, Phillips, 1995). Vejamos mais de perto alguns desses estudos.

Causou grande surpresa quando dois trabalhos (Ziegler, Imboden, Meyer, 1960; Merskey, Trimble, 1979) observaram que grande parte das pacientes com reações conversivas, inclusive a chamada histeroepilepsia, não apresentava personalidade histérica. Já Stefanis e colaboradores, em seu artigo de 1976, apontaram uma tendência à redução de incidência de histeria entre as mulheres, incluindo as crises históricas. Segundo os autores, apesar de a doença continuar sendo predominantemente feminina, teria havido um aumento no número de homens acometidos pela mesma. Chodoff (1982), por sua vez, defendia que a histeria era marcada por pressões históricas e culturais. Para esse autor, o distúrbio de personalidade histérica nada mais era do que uma caricatura do feminino.

O exame dos artigos acima citados sugere algumas considerações sobre o período em questão. Em primeiro lugar, chama atenção não somente o número representativo de trabalhos nos periódicos de psiquiatria, mas também a preocupação com a 'positividade' do diagnóstico, no que concerne à histeria. Por um lado, a utilização deste termo garantia a detecção dos fenômenos psicopatológicos; por outro, alguns autores (Ramani et al., 1980; Chodoff, 1982) temiam que o uso indiscriminado e, por vezes, pejorativo dos termos histeria, personalidade histérica e histeria conversiva não só anulasse a sua utilidade clínica, como também pudesse conduzir a raciocínios clínicos equivocados. Em segundo lugar, os artigos do período apontam não somente um declínio da prevalência da histeria entre as mulheres, mas também seu crescimento entre os homens. Em outras palavras, existe, sim, uma afirmação da presença dos fenômenos históricos, mas não mais exclusivamente associados ao sexo feminino. Em terceiro lugar, busca-se uma separação entre a histeria e o



distúrbio de personalidade histérica. A ampla lista de sintomas e comportamentos, assim como sua variância ao longo dos séculos, revela a fragilidade do diagnóstico de distúrbio de personalidade histérica (Alam, Merskey, 1992), que facilmente resvalaria em diagnósticos enviesados e preconceituosos. A clara separação entre a histeria e o distúrbio de personalidade histérica permaneceu nebulosa, nas décadas seguintes, com as mudanças efetuadas no DSM.

### **Crise não epiléptica psicogênica: década de 1980**

A partir da década de 1980 observa-se uma drástica redução na quantidade de trabalhos sobre as CNEPs publicados nos periódicos de psiquiatria, a despeito do crescimento expressivo do número de artigos científicos em geral, nos periódicos especializados da área. Destaca-se, nesse período, a entrada em cena do vídeo-EEG, recurso tecnológico de diagnóstico que impactou fortemente a classificação nosológica da CNEP e deslocou para a área da neurologia o interesse pelo assunto, expresso por um aumento significativo de publicações sobre a temática nos periódicos especializados. Desse modo, se, por um lado, as inovações tecnocientíficas ampliaram as investigações sobre as CNEPs no âmbito da neurologia, o contrário aconteceu naquele da psiquiatria, no qual as discussões iniciadas nas décadas de 1960 e 1970, em torno da questão da histeria, foram abruptamente interrompidas.

Ao mesmo tempo, outro evento relevante marca o período: a publicação do DSM-III, em 1980, e sua posterior revisão, o DSM-III-R, em 1987. Nessas edições, na tentativa de enfatizar a distinção entre as manifestações físicas e mentais da histeria, os distúrbios conversivos e dissociativos foram radicalmente separados (Nemiah, 1995). No DSM-III, os termos histeria e neurose são até mesmo retirados do manual (Gunderson, Phillips, 1995).

Com a publicação do DSM-III, um dos problemas na classificação diagnóstica das CNEP dirá respeito à 'motivação' dos sintomas. Tal motivação é tomada aqui como fundamental para diferenciar o transtorno conversivo do factício e da simulação, conforme discutido em artigos e notas de correspondência (Savard et al., 1988, 1989; Pankratz, 1989). Esse aspecto torna-se de difícil apreensão quando o conceito de inconsciente deixa de ser utilizado. Introduzido pela psicanálise, esse conceito foi implicitamente retirado do DSM-III, ao serem eliminados os termos histeria e neurose, completamente embasados na epistemologia freudiana. Contudo, o referido manual, ao mesmo tempo que mantém o termo conversão em sua nosografia, obstaculiza o desenvolvimento desses conceitos na perspectiva psicointerpretativa plasmada em períodos anteriores, ao excluir o mecanismo e a teoria a ele subjacentes. Se seu sistema classificatório permite, por um lado, um maior grau de confiabilidade dos diagnósticos psiquiátricos, inserindo a psicopatologia no âmbito das ciências empírico-experimentais – de acordo com o pensamento científico hegemônico –, por outro lado, segundo Pereira (2000, p.14), “faz um deslizamento, do que deveria ser exclusivamente um sistema pragmático de classificação, em direção a um discurso de fundo psicopatológico”. O efeito indesejável de tal manobra é a tendência à redução da riqueza do pensamento psicopatológico, que trata do sofrimento psíquico de modo geral, a um estudo estritamente fenomênico e operacional dos sintomas. Segundo Pereira (2000), desse aspecto decorre um dos maiores impasses enfrentados pela psiquiatria contemporânea.

Tendo relegado a psicopatologia a um segundo plano, a especialidade encontra-se relativamente despreparada para enfrentar as questões de fundo sobre a experiência do sofrimento mental.

Ainda na década de 1980 foram publicados vários estudos que, por meio de testes psicológicos (Krumholz, Niedermeyer, 1983; Wilkus, Dodrill, Thompson, 1984; Sackellares et al., 1985; Vanderzant et al., 1986; Henrichs et al., 1988; Wilkus, Dodrill, 1989; Pakalnis et al., 1991; McDade, Brown, 1992; Lancman et al., 1993) e de entrevistas padronizadas (Stewart, Lovitt, Stewart, 1982), procuram avaliar a personalidade, as funções cognitivas e os diagnósticos psiquiátricos dos pacientes com CNEP.

O desenvolvimento de todo um aparato psicométrico e estatístico criou a ilusão de que a psicopatologia já teria sido totalmente descrita, tornando-se, com isso, uma ciência (Berrios, 2000). Os resultados desses instrumentos de diagnóstico, que tomaram o lugar dos próprios fenômenos clínicos, passaram a ser correlacionados com outras medidas de avaliação e marcadores biológicos. A psiquiatria passou a lidar com variáveis que se aproximam dos sintomas mentais, cuja confiabilidade e validade dependem de sua capacidade de 'representá-los' adequadamente. As consequências dessa aplicação de sistemas psicométricos à clínica psiquiátrica ainda esperam por uma criteriosa investigação (Berrios, Marková, 2006).

### **Crises não epilépticas psicogênicas, abuso e trauma: década de 1990**

A partir da década de 1990 perpetua-se a preocupação com a padronização dos diagnósticos psiquiátricos relacionados à crise, e os pacientes passam a receber múltiplos diagnósticos psiquiátricos; inicia-se, assim, a era da 'comorbidade psiquiátrica' (Jawad et al., 1995; Bowman, Markand, 1996; Lesser, 1996; Krumholz, 1999; Devinsky, 1998; Ettinger et al., 1999; Silva et al., 2001; Mökleby et al., 2002; Szaflarski et al., 2003; Binzer, Stone, Sharpe, 2004; D'Alessio et al., 2006; Testa et al., 2007).

Quando os diagnósticos psiquiátricos passaram a ser formulados a partir de critérios operacionais, empiricamente delimitados e 'ateóricos', se tornou possível que um mesmo paciente recebesse dois, três ou mais deles. Em outras palavras, na ausência de um fundo psicopatológico que ajudasse na compreensão e na explicação do conjunto de sintomas e do sofrimento do paciente, o diagnóstico passou a basear-se somente na descrição dos sintomas e dos comportamentos, que por sua vez são listados e agrupados nas várias categorias nosológicas, facilitando assim o múltiplo diagnóstico. Essa ênfase no múltiplo diagnóstico tem implicações sobre as CNEPs. Kirmayer e Santhanam (2001), em estudo de corte antropológico, mostraram que os processos culturais e sociais podem influenciar a histeria e, particularmente, os fenômenos conversivos, em diferentes níveis. Um primeiro abrange a crença do paciente na doença e as práticas médicas envolvidas; um segundo nível inclui as respostas da família, do sistema de saúde e do sistema social.

O múltiplo diagnóstico, tal como oferecido pela clínica psiquiátrica atual, torna possível que a pessoa em sofrimento mental encontre uma classificação para seus males que a 'legítima' como doente, aumentando sua crença na doença. Mais do que isso, seu próprio anúncio pode fornecer elementos para a formação dos sintomas dos pacientes, uma vez

que os mesmos podem ser incorporados através da cultura (Berrios, Marková, 2006). Por outro lado, nesse contexto o múltiplo diagnóstico aumenta igualmente a crença da família na doença do paciente, ampliando iatrogenicamente os vínculos do paciente com o sistema de saúde. Além disso, a especialização médica e a pobreza da relação médico/paciente corroboram esse processo. Finalmente, levando em conta a legitimidade social da medicina e o domínio da ciência e da tecnologia, inclusive na cultura popular, arriscamos propor que parte dos pacientes com CNEP talvez almejem simplesmente compartilhar, por meio dessa identidade, um espaço socialmente legitimado, nem que seja pela doença.

Outra mudança relevante observada na década de 1990 foi a emergência frequente na literatura da associação entre diagnósticos de CNEP e histórias de abuso nas biografias dos pacientes (Betts, Boden, 1992; Cartmill, Betts, 1992; Alper et al., 1993; Bowman, Markland, 1996; Rosenberg et al., 2000; Sar et al., 2004; Brown, Schrag, Trimble, 2005).

Na década passam também a ser mencionados os diagnósticos de transtorno do estresse pós-traumático e os transtornos dissociativos. Essas associações merecem ser discutidas, uma vez que, conforme aponta estudo de Van Merode, De Krom e Knottnerus (1997), a relação entre as crises não epiléticas psicogênicas e qualquer evento de natureza sexual não fora mencionada até então nos artigos médicos. Somente a partir desse momento se verifica uma proliferação de artigos nessa direção. O próprio conceito de abuso, conforme aponta Hacking (2000), tem história recente. Longe de desqualificar a gravidade do evento e a relevância de considerar os efeitos psíquicos de qualquer forma de violência física ou sexual, fato é que, nas últimas décadas, parece haver uma hipertrofia desse tipo de preocupação, motivada por um repertório que começa a circular fora do meio médico.

Segundo Ian Hacking (2000), a noção de abuso surgiu na década de 1960, nos EUA, quando gradualmente foi estabelecida a relação entre abuso infantil e sexo. Para além dos efeitos sobre o desenvolvimento das crianças e adolescentes, o abuso é um conceito que interage com a comunidade científica, a mídia e a sociedade. A partir da década de 1980, tal conceito foi-se constituindo como a pedra angular de um distúrbio mental que passou a ter proporções epidêmicas nos EUA: o distúrbio de múltipla personalidade, objeto de um número significativo de pesquisas, artigos médicos, seminários e menções na mídia. Dessa forma, fica estabelecida uma relação temporal entre o surgimento do abuso como objeto de investigação, na década de 1980, e as pesquisas sobre sua verificação no contexto das CNEPs, na década seguinte. Se, por um lado, as análises sobre as causas e mecanismos das CNEPs foram muito influenciadas, direta ou indiretamente, pelas pesquisas sobre abuso e transtorno de múltipla personalidade, por outro não deixa de ser intrigante que tenham sido tão pouco estudadas pela psiquiatria no período imediatamente anterior à emergência dessas condições clínicas. Essa situação deixa clara a influência de fatores de diferentes naturezas sobre a vitalidade dos diagnósticos psiquiátricos.

A partir da década de 1990 verifica-se igualmente uma retomada de interesse pela dissociação, no contexto das CNEPs (Kuyk, Van Dyck, Spinhoven, 1996; Alper et al., 1997; Francis, Baker, 1999; Prueter, Schultz-Venrath, Rimpau, 2002). A dissociação permaneceu silenciosa até a década de 1980, com o surgimento, no DSM-III, do transtorno de múltiplas personalidades e de estresse pós-traumático.

### **As implicações práticas do conceito atual de crises não epiléticas psicogênicas**

Segundo LaFrance Jr. e Devinsky (2004), a ‘década do cérebro’ trouxe muitos avanços para os diagnósticos e as propostas terapêuticas. Entretanto, a conceituação e o manejo das CNEPs continuam no limbo entre a neurologia e a psiquiatria. Apesar da ‘explosão’ de conhecimentos sobre as CNEPs, e em contraste com outras doenças, poucos avanços efetivos ocorreram, sobretudo no que diz respeito ao seu tratamento. Para os autores, a ausência de uma disciplina que se aproprie das CNEPs parece ser um dos mais relevantes fatores para explicar os poucos avanços obtidos. Na prática verifica-se que, até mesmo quando o paciente é corretamente diagnosticado por um neurologista, a única abordagem oferecida é a recomendação do atendimento em saúde mental, o que, na maioria das vezes, acarreta perda de seguimento. Os psicólogos e psiquiatras, por sua vez, ao receberem os pacientes com CNEP a eles encaminhados, aparentam ter dúvidas sobre o diagnóstico e, com isso, transmitem uma mensagem ambivalente ao paciente, o que contribui para a perpetuação do problema (LaFrance Jr., Devinsky, 2004).

Torna-se, assim, extremamente problemática a situação dos pacientes que vivenciam uma condição que, como vimos, encontra barreiras importantes ao seu desenvolvimento conceitual no campo médico, com implicações problemáticas sobre seu manejo clínico. Pela neurologia, o máximo a que se chegou foi um diagnóstico negativo, por exclusão, o que não aponta nenhuma proposta de intervenção, exceto o encaminhamento para o psiquiatra. A psiquiatria, por sua vez, apoia-se em teorias e, especialmente, em uma epistemologia fortemente refratárias ao problema. O diagnóstico das CNEPs associou-se historicamente a categorias que já não dispõem de um arcabouço teórico que lhes dê sustentação, tampouco de caminhos para seu desenvolvimento conceitual e clínico. Em uma psiquiatria centrada na manifestação e no controle de sintomas psíquicos, é quase paradoxal o manuseio de uma condição caracterizada, até mesmo em sua denominação, por uma ‘falsa’ expressão fenomênica.

### **Há outra via para compreender e lidar com as CNEPs?**

A experiência prática com o atendimento psiquiátrico de pacientes com diagnóstico de CNEP, ao mesmo tempo que exemplifica os paradoxos na história de seu conceito, aponta alternativas de desenvolvimento para o manejo do quadro pela psiquiatria contemporânea. Propõe-se, nesse sentido, o cotejamento da discussão histórico-conceitual aqui realizada com a discussão de uma abordagem que o Projeto Epilepsia e Psiquiatria (Projepsi) vem desenvolvendo na atenção a pacientes com quadro de CNEP, no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Para tanto, daremos continuidade ao relato do caso de S., apresentado no início do artigo:

S. foi internada na unidade de vídeo-EEG, no serviço de epilepsia do Departamento de Neurologia do Hospital, e foi avaliada por neurologistas e psiquiatras. Vale, aqui, ressaltar que foi realizada uma parceria, na qual os médicos psiquiatras do PROJEPSI avaliam os pacientes na unidade de vídeo-EEG e participam das reuniões do serviço de epilepsia, em que todos os casos são discutidos.

Durante o período de internação na unidade vídeo-EEG, S. comportava-se de várias maneiras. Em alguns períodos, comportava-se como uma criança de cinco anos, com voz melosa e fazendo travessuras. Em outros períodos, “incorporava” uma mulher brava que não queria saber de conversa alguma. Os cuidadores afirmavam ser aquele o comportamento usual da paciente. S. apresentava uma série de crises, com manifestação convulsiva, acompanhada de abundante salivação, cianose e perda de urina. O contato, neste período, foi extremamente difícil e cansativo.

Os registros do EEG apontaram traços normais, a despeito do número elevado de crises com manifestação convulsiva. Após estudo cuidadoso do caso, foram realizados os diagnósticos de crise não epiléptica psicogênica e de ausência de epilepsia. As drogas antiepilépticas e os antipsicóticos foram gradualmente retirados. Vale ressaltar que existe, na comunicação do diagnóstico junto ao paciente, uma preocupação estratégica de, simplesmente, não se retirar do paciente o diagnóstico de epilepsia, mas, sim, também, de introduzir o diagnóstico de crises não epilépticas psicogênicas. A paciente parecia não acreditar no diagnóstico. Após a comunicação, a paciente teve mais crises e foi parar no pronto-socorro diversas vezes, apesar da orientação dada aos seus cuidadores para não fazê-lo, já que a internação no pronto-socorro e todos os procedimentos, punções, medicações, entubação, causam mais iatrogenia. No primeiro atendimento, no ambulatório do PROJEPSI, a paciente “incorporou” a mulher brava e acabou nos expulsando da sala, impedindo qualquer comunicação.

Diante dos obstáculos de contato, lamentávamos junto à paciente o fato de, até então, não termos conseguido conhecê-la “de verdade”. Já havíamos visto S. com crises, como uma criança, como uma mulher brava, mas não havíamos conseguido conversar com S. propriamente dita. Neste momento, cogitamos a ideia de ir visitá-la em sua casa, no hospital psiquiátrico. S., pela primeira vez, olhou-nos, “verdadeiramente” e consentiu. Na semana seguinte, fomos até o hospital psiquiátrico. Segundo os cuidadores, S. estava muito ansiosa com a nossa visita e não acreditava que iríamos “de verdade”. Convidou-nos para tomar café na sua casa e desculpou-se pelas paredes escurecidas ao redor da cozinha. Um ano antes, S. havia incendiado a própria casa, em um ato de fúria. Deu-se mais importância ao café bem passado, e a conversa fluiu de forma muito agradável, envolvendo S., os cuidadores e nós, os visitantes.

Sem adentrar nos detalhes do atendimento proposto pelo PROJEPSI para S., duas observações parecem importantes. A primeira delas é que se propôs um atendimento semanal, limitado a quatro encontros, com o objetivo de não perpetuar o ciclo de iatrogenias. Ao mesmo tempo, propõe-se, duas vezes por semestre, um encontro de todos os pacientes. Estes grupos têm por objetivo constituir uma rede de apoio, à qual o paciente possa estar vinculada, trocando experiências e aprimorando a sociabilidade. Com o tempo, estes grupos passam a falar menos das crises e muito mais dos problemas familiares, de trabalho e dos projetos de vida. A segunda observação é que, independente das teorias psicológicas sobre as crises, desenvolvidas pela família, pelos cuidadores, por nós e pelo próprio paciente, existe um compromisso de respeito ao sofrimento do paciente, ao mesmo tempo em que se investe em sua maior autonomia. Desta forma, procura-se contornar a hostilidade e a superproteção, tão comuns entre os pacientes.

S. passou a ser atendida sem mais problemas, inclusive nos grupos, junto com outros pacientes. As conversas tornaram-se possíveis. As suas qualidades, as coisas que gostava de fazer e os seus projetos de vida foram compartilhados e refletidos. Aos poucos, S. parou de ter crises. Voltou a fazer aula de dança e a estudar, já fora do hospital. Compartilhou conosco a alegria de, pela primeira vez na sua vida, ter sido convidada para uma festa que não fosse dentro de uma instituição, seja a FEBEM, seja o hospital psiquiátrico. Uma

senhora, colega de turma da escola, havia convidado S. para a festa do batizado de seu neto. Por fim, S. virou uma grande aliada, ao compartilhar a sua experiência com os novos pacientes, principalmente nas situações mais tensas. Após alguns meses, e com a ajuda da equipe do hospital psiquiátrico, S. foi morar fora dos muros do hospital. Mais recentemente, S. realizou um sonho: foi morar na praia, simplesmente porque descobriu que gostava da brisa, do sol e do mar (Kurcgant, 2010, p.189-192).

A partir deste relato de caso e das exposições anteriores, propomos algumas discussões à guisa de conclusão. O primeiro ponto diz respeito, simplesmente, à possibilidade de um encontro terapêutico, ou seja, um encontro que, além de levar em conta os sintomas, as medicações e os exames, “procura o significado da própria presença de um diante do outro, terapeuta e paciente” (Ayres, 2004, p.20). Inicialmente, S. evitava o encontro, ao passo que este era buscado ativamente pela equipe. Paradoxalmente, ao abordar as experiências psíquicas, a psiquiatria atual confere maior ênfase à doença, em detrimento dos aspectos subjetivos, essenciais ao próprio encontro terapêutico. Um segundo ponto interessante é pensar que os avanços científicos e tecnológicos permitiram que fosse excluído um diagnóstico equivocado de epilepsia que perdurou por muitos anos. Entretanto, não se trata simplesmente de ‘retirar’ o diagnóstico dessa doença. Ao contrário, na maior parte das vezes tal procedimento mostra-se desastroso, e o paciente passa a apresentar ainda mais episódios de crise.

Caberia, então, resgatar, no encontro terapêutico, a dimensão prática envolvida no cuidado, entendida como aquilo que se refere ao cotidiano das pessoas, a seus horizontes existenciais, às suas possibilidades e escolhas. Deve-se estabelecer um diálogo entre a dimensão prática e a tecnocientífica. Nessa perspectiva prática, que inevitavelmente se relaciona às dimensões teóricas e técnicas, almeja-se resgatar os aspectos subjetivos e singulares do paciente, muitas vezes renegados. Isso porque as práticas de saúde devem ser guiadas, para além da referência à normalidade morfofuncional, à ideia mais ampla de felicidade (Ayres, 2004). Sob tal perspectiva, a saúde não deve ser entendida como algum estado “completo de bem estar físico, mental e social”, e sim como “um horizonte normativo que enraíza na vida efetivamente vivida pelas pessoas aquilo que elas querem e acham que deve ser a sua vida, suas relações, seus projetos” (Ayres, 2004, p.21).

O êxito técnico de uma intervenção e seu sucesso prático não são a mesma coisa e, ao mesmo tempo, um depende radicalmente do outro. O êxito técnico do controle das crises de S. deu-se mediante a busca da sua felicidade, seja pela moradia fora do hospital, pela volta à escola ou pela vida na praia. Por outro lado, tais conquistas foram favorecidas com a segurança propiciada pela ausência das crises. No contexto das CNEPs, parece que qualquer êxito técnico e sucesso prático dependem de um diálogo entre a psiquiatria e a neurologia. No caso de S., considerou-se o conjunto do quadro sintomatológico e buscou-se interpretá-lo por meio da interação dialógica com a paciente. Logrou-se alterar, por essa via, uma importante situação de isolamento pessoal e, ao mesmo tempo, gerar um poderoso potencial reconstrutivo, terapêutico: a experiência de ‘reconhecimento mútuo’ (ser reconhecida–reconhecer–reconhecer-se), que se tornou a via de cuidado efetivo de S.

Talvez esteja aí um indício para a compreensão do solo comum a embasar os diferentes discursos que buscaram conferir objetividade às CNEPs ao longo de sua história, seja como

histeria, distúrbio conversivo ou como consequência de abuso ou de um distúrbio do estresse pós-traumático – discursos obstaculizados em seus desenvolvimentos conceituais, por razões de ordem interna e externa à ciência. Por outro lado, o quadro da CNEP e sua acidentada trajetória conceitual talvez configurem uma situação de ruptura, uma nova oportunidade para a exploração de caminhos para a psiquiatria, bem como para as práticas de saúde de modo geral. Sem desprezar os avanços alcançados em outras condições clínicas, o obstáculo representado pelas CNEPs talvez possa abrir um novo lugar para as totalidades interpretativas, para a intersubjetividade e as experiências sociais e existenciais, como legítimos caminhos para o raciocínio psicopatológico, bem como para o cuidado correlato com pacientes em situação de sofrimento mental.

## REFERÊNCIAS

- ALAM, Chris N; MERSKEY, H. The development of the hysterical personality. *History of Psychiatry*, Chalfont St. Giles, v.3, n.10, p.135-165. 1992.
- ALPER, Kenneth et al. Dissociation in epilepsy and conversion nonepileptic seizures. *Epilepsia*, Philadelphia, v.38, n.9, p.991-997. 1997.
- ALPER, Kenneth et al. Nonepileptic seizures and childhood sexual and physical abuse. *Neurology*, New York, v.43, p.1950-1953. 1993.
- APA. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. 4th ed. Washington: American Psychiatric Press. 1994.
- APA. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III-R)*. 3rd ed. revised. Washington: American Psychiatric Press. 1987.
- APA. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III)*. 3rd ed. Washington: American Psychiatric Press. Disponível em: <http://www.psychiatryonline.com/DSMPDF/dsm-iii.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2010. 1980.
- APA. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-II)*. 2nd ed. Washington: American Psychiatric Press. Disponível em: <http://www.psychiatryonline.com/DSMPDF/dsm-ii.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2010. 1968.
- APA. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-I)*. 1st ed. Washington: American Psychiatric Press. Disponível em: <http://www.psychiatryonline.com/DSMPDF/dsm-i.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2010. 1952.
- ARNOLD, L.M.; PRITIVERA, M.D. Psychopathology and trauma in epileptic and psychogenic patients. *Psychosomatics*, Arlington, v.37, p.438-443. 1996.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Para comprender el sentido práctico de las acciones de salud: contribuciones de la hermenéutica filosófica. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, v.4, n.2, p.159-172. 2008.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.13, n.3, p.16-29. 2004.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. *Epidemiologia e emancipação*. 2. ed. São Paulo: Hucitec. 2002a.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia*. 2. ed. São Paulo: Hucitec. 2002b.
- BACHELARD, Gaston. *A psicanálise do fogo*. São Paulo: Martins Fontes. 1994.
- BACHELARD, Gaston. *A filosofia do não*. Lisboa: Editorial Presença. 1991.
- BENBADIS, Selim R. The problem of psychogenic symptoms: is the psychiatric community in denial? *Epilepsy Behavior*, New York, v.6, p.9-14. 2005.
- BERRIOS, German E. Prólogo. In: Luque, Rogelio; Villagrán, José M.

- (Ed.). *Psicopatologia descritiva: novas tendências*. Madrid: Trotta. p.13-16. 2000.
- BERRIOS, German E.; MARKOVÁ, Ivana S. Symptoms: historical perspective and effect on diagnosis. In: Blumenfield, Michael; Strain, James J. (Ed.). *Psychosomatic medicine*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. p.27-38. 2006.
- BETTS, T.; BODEN, Sarah. Diagnosis, management and prognosis of a group of 128 patients with non-epileptic attack disorder. Part II: previous childhood sexual abuse in the aetiology of these disorders. *Seizure*, London, v.1, p.27-32. 1992.
- BETTS, Tim; DUFFY, Nuala. Treatment of non-epileptic attack disorder (pseudoseizures) in the community. In: Gram, Lennart et al. (Ed.). *Pseudo-epileptic seizures*. Bristol: Wrightson Biomed Pub. p.109-121. 1993.
- BINZER, Michael; STONE, Jon; SHARPE, Michael. Recent onset pseudoseizures-clues to aetiology. *Seizure*, London, v.13, p.146-155. 2004.
- BLEICHER, Josef. *Hermenêutica contemporânea*. Lisboa: Edições 70. 2002.
- BOWMAN, Elizabeth S.; MARKAND, Omkar N. Psychodynamics and psychiatric diagnoses of pseudoseizure subjects. *American Journal of Psychiatry*, Arlington, v.153, n.1, p.57-63. 1996.
- BROWN, Richard J; SCHRAG, Anette; TRIMBLE, Michael R. Dissociation, childhood interpersonal trauma, and family functioning in patients with somatization disorder. *American Journal of Psychiatry*, Arlington, v.162, p.899-905. 2005.
- BURTT, Edwin Arthur. *As bases metafísicas da ciência moderna*. Brasília: Editora da Universidade de Brasília. 1983.
- CAMARGO JR., Kenneth Rochel. A biomedicina. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, supl., p.177-201. 2005.
- CAMARGO JR., Kenneth Rochel. *(Ir)Racionalidade médica: os paradoxos da clínica*. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 1990.
- CANGUILHEM, Georges. *Ideologia e racionalidade nas ciências da vida*. Trad., Emília Piedade. Lisboa: Edições 70. 1977.
- CARTMILL, Ann; BETTS, Tim. Seizure behaviour in a patient with post-traumatic stress disorder following rape. Notes on the aetiology of 'pseudoseizures' [case report]. *Seizure*, London, v.1, p.33-36. 1992.
- CHODOFF, Paul. Hysteria and women. *American Journal of Psychiatry*, Arlington, v.139, n.5, p.545-51.1982.
- D'ALESSIO, Luciana et al. Psychiatric disorders in patients with psychogenic non-epileptic seizures, with and without comorbid epilepsy. *Seizure*, London, v.15, p.333-339. 2006.
- DELAPORTE, François. A história das ciências segundo Georges Canguilhem. In: Portocarrero, Vera (Org.). *Filosofia, história e sociologia das ciências: abordagens contemporâneas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p.23-41. 1998.
- DEVINSKY, Orrin. Nonepileptic psychogenic seizures: quagmires of pathophysiology, diagnosis, and treatment [editorial]. *Epilepsia*, New York, v.39, n.5, p.458-462. 1998.
- ENGEL, Magali. Psiquiatria e feminilidade. In: Del Priore, Mary (Org.). *História das mulheres no Brasil*. São Paulo: Editora Contexto. p.322-361. 2002.
- ETTINGER, Alan B. et al. A comprehensive profile of clinical, psychiatric, and psychosocial characteristics of patients with psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia*, New York, v.40, n.9, p.1292-1298. 1999.
- FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. 5.ed. São Paulo: Editora Forense Universitária. 1998.
- FRANCIS, Phillipa; BAKER, Gus A. Non-epileptic attack disorder (NEAD): a comprehensive review. *Seizure*, London, v.8, p.53-61. 1999.
- GADAMER, Hans-Georg. *Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. 6.ed. Petrópolis: Vozes. 2004.
- GATES, John R. Epidemiology and classification of non-epileptic events. In: Gates, John R.; Rowan, A.J. (Ed.). *Non-epileptic seizures*. 2nd ed. Boston: Butterworth-Heinemann. p.3-14. 2000.
- GUGGENHEIM, Frederick G.; SMITH, G. Richard. Somatoform disorders. In: Kaplan, Harold I.; Sadock, Benjamin J. (Ed.). *Comprehensive textbook of psychiatry*. 6th ed. Baltimore: Williams e Wilkins. p.1251-1270. 1995.



- GUNDERSON, John G.; PHILLIPS, Katherine A. Personality disorders. In: Kaplan, Harold I.; Sadock, Benjamin J. (Ed.). *Comprehensive textbook of psychiatry*. 6th ed. Baltimore: Williams & Wilkins. p.1425-1461.1995.
- HABERMAS, Jürgen. *Teoría de la acción comunicativa*. 4. ed. Madrid: Taurus. v.1. 2003.
- HABERMAS, Jürgen. *O discurso filosófico da modernidade*. Lisboa: Publicações Dom Quixote. 1990.
- HACKING, Ian. *Múltipla personalidade e as ciências da memória*. Rio de Janeiro: José Olympio. 2000.
- HENRICHS, Theodore F. et al. MMPI indices in the identification of patients evidencing pseudoseizures. *Epilepsia*, New York, v.29, n.2, p.184-187. 1988.
- JAWAD, S.S.M. et al. Psychiatric morbidity and psychodynamics of patients with convulsive pseudoseizures. *Seizure*, London, v.4, p. 201-206. 1995.
- KIRMAYER, Laurence J.; SANTHANAM, Radhika. The anthropology of hysteria. In: Halligan, Peter W.; Bass, Christopher; Marshall, John C. (Ed.). *Contemporary approaches to the study of hysteria*. Oxford: Oxford University Press. p.251-270. 2001.
- KRUMHOLZ, Allan. Nonepileptic seizures: diagnosis and management. *Neurology*, New York, v.53, suppl. 2, p.76-83. 1999.
- KRUMHOLZ, Allan; NIEDERMEYER, Ernst. Psychogenic seizures: a clinical study with follow-up data. *Neurology*, Cleveland, v.33, p.498-502. 1983.
- KURCGANT, Daniela. *Uma visão histórico-crítica do conceito de crise não epiléptica psicogênica*. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2010.
- KURCGANT, Daniela et al. Crises pseudoepilépticas: diagnóstico diferencial. *Jornal Brasileiro de Epilepsia e Neurofisiologia Clínica*, Porto de Alegre, v.6, n.1, p.13-18. 2000.
- KUYK, Jarl; VAN DYCK, Richard; SPINHOVEN, Philip. The case for a dissociative interpretation of pseudoepileptic seizures. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Philadelphia, v.184, n.8, p.468-474. 1996.
- LAFRANCE JR., W. Curt; BENBADIS, Selim R. Avoiding the costs of unrecognized psychological nonepileptic seizures. *Neurology*, New York, v.66, p.1620-1621. 2006.
- LAFRANCE JR., W. Curt; DEVINSKY, Orrin. The treatment of nonepileptic seizures: historical perspectives and future directions. *Epilepsia*, New York, v.45, suppl. 2, p.15-21. 2004.
- LANCMAN, Marcelo E. et al. Psychogenic seizures in adults: a longitudinal analysis. *Seizure*, London, v.2, p.281-286.1993.
- LESSER, Ronald P. Psychogenic seizures. *Neurology*, New York, v.46, n.6, p.1499-1507. 1996.
- LISKE, E.; FORSTER, Francis M. Pseudoseizures: a problem in the diagnosis and management of epileptic patients. *Neurology*, New York, v.14, p.41-49. 1964.
- MACHADO, Roberto. *Foucault, a ciência e o saber*. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 2006.
- MARCHETTI, Renato L.; CASTRO, Ana Paula W.; GALLUCCI NETO, José. Attitudes of Brazilian psychiatrists toward people with epilepsy. *Epilepsy Behav*, New York, v.5, n.6, p.999-1004. 2004.
- MCDADE, Gerard; BROWN, Stephen W. Non-epileptic seizures: management and predictive factors of outcome. *Seizure*, London, v.1, p.7-10. 1992.
- MERSKEY, Harold; TRIMBLE, Michael. Personality, sexual adjustment, and brain lesions in patients with conversion symptoms. *American Journal of Psychiatry*, Arlington, v.136, n.2, p.179-182. 1979.
- MÖKLEBY, Kjell et al. Psychiatric comorbidity and hostility in patients with psychogenic nonepileptic seizures compared with somatoform disorders and healthy controls. *Epilepsia*, New York, v.43, n.2, p.193-198. 2002.
- NEMIAH, John C. Dissociative disorders. In: Kaplan, Harold I.; Sadock, Benjamin J. (Ed.). *Comprehensive textbook of psychiatry*. 4th ed. Baltimore: Williams & Wilkins. p.1281-1293. 1995.
- NIEDERMEYER, Ernst. *The epilepsies: diagnosis and management*. Baltimore: Urban & Schwarzwzwnberg. 1990.
- PAKALNIS, Ann et al. Neuropsychiatric aspects of psychogenic status epilepticus. *Neurology*, New York, v.41, p.1104-1106. 1991.

- PANKRATZ, Loren.  
Historical note on pseudoseizures [letter].  
*Neurology*, New York, v.39, p.750. 1989.
- PEREIRA, Mario Eduardo Costa.  
A paixão nos tempos do DSM: sobre o recorte operacional do campo da psicopatologia. In: Pacheco Filho, Raul Albino (Org.). *Ciência, pesquisa, representação e realidade em psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo. p.119-152. 2000.
- PRUETER, Christian; SCHULTZ-VENRATH, Ulrich; RIMPAU, Wilhelm.  
Dissociative and associated psychopathological symptoms in patients with epilepsy, pseudoseizures, and both seizure forms.  
*Epilepsia*, New York, v.43, n.2, p.188-192. 2002.
- RAMANI, S. Venkat et al.  
Diagnosis of hysterical seizures in epileptic patients. *American Journal of Psychiatry*, Arlington, v.137, n.6, p.705-709. 1980.
- ROSENBERG, Harriet J. et al.  
A comparative study of trauma and posttraumatic stress disorder prevalence in epilepsy patients and psychogenic nonepileptic seizure patients. *Epilepsia*, Philadelphia, v.41, n.4, p.447-452. 2000.
- SACKELLARES, J.C. et al.  
Patients with pseudoseizures: intellectual and cognitive performance. *Neurology*, New York, v.35, p.116-119. 1985.
- SAR, Vedat et al.  
Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. *American Journal of Psychiatry*, Arlington, v.161, p.2271-2276. 2004.
- SAVARD, Ghislaine et al.  
Historical note on pseudoseizures [letter].  
*Neurology*, New York, v.38, p.750. 1989.
- SAVARD, Ghislaine et al.  
Epileptic Münchausen's syndrome: a form of pseudoseizures distinct from hysteria and malingering [brief communications]. *Neurology*, New York, v.38, p.1628-1629. 1988.
- SCULL, David A.  
Pseudoseizures or non-epileptic seizures (NES); 15 synonyms. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, London, v.62, n.2, p. 200. 1997.
- SILVA, W. et al.  
Clinical features and prognosis of nonepileptic seizures in a developing country. *Epilepsia*, New York, v.42, n.3, p.398-401. 2001.
- STEFANIS, C.; MARKIDIS, M.; CHISTODOULOU, G.  
Observations on the evolution of the hysterical symptomatology. *British Journal of Psychiatry*, London, v.128, p.269-275. 1976.
- STEWART, Rege S.; LOVITT, Robert; STEWART, R. Malcom.  
Are hysterical seizures more than hysteria? A research diagnostic criteria, DSM-III, and psychometric analysis. *American Journal of Psychiatry*, Arlington, v.139, n.7, p.926-929. 1982.
- SZAFLARSKI, Jerzy P. et al.  
Quality of life in psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia*, New York, v.44, n.2, p.236-242. 2003.
- TESTA, S. Marcet et al.  
Mood, personality, and health-related quality of life in epileptic and psychogenic seizure disorders. *Epilepsia*, New York, v.48, n.5, p.973-982. 2007.
- TRILLAT, Étienne.  
*História da histeria*. Trad., Patrícia Porchat. São Paulo: Escuta. 1991.
- VANDERZANT, C.W. et al.  
Personality of patients with pseudoseizures. *Neurology*, New York, v.36, p.664-668. 1986.
- VAN MERODE, Tina; DE KROM, Marc C.T.F.M.; KNOTTNERUS, J. Andre.  
Gender related differences in non-epileptic attacks: a study of patient's cases in the literature. *Seizure*, London, v.6, p.311-315. 1997.
- VEITH, Ilze.  
*Hysteria: the history of a disease*. Chicago: University of Chicago. 1965.
- WILKUS, Robert J.; DODRILL, Carl B.  
Factors affecting the outcome of MMPI and neuropsychological assessments of psychogenic and epileptic seizure patients. *Epilepsia*, New York, v.30, n.3, p.339-347. 1989.
- WILKUS, Robert J.; DODRILL, Carl B.; THOMPSON, Paul M.  
Intensive EEG monitoring and psychological studies of patients with pseudoepileptic seizures. *Epilepsia*, New York, v.25, n.1, p.100-107. 1984.
- ZIEGLER, Frederick J.; IMBODEN, John B.; MEYER, Eugene.  
Contemporary conversion reactions: a clinical study. *American Journal of Psychiatry*, Arlington, v.116. p.901-910. 1960.

