

Histeria e somatização: o que mudou?

Hysteria and somatization: what has changed?

Lazslo Antônio Ávila¹, João Ricardo Terra¹

RESUMO

Objetivo: Propor um questionamento sobre o enfoque que se tem dado à histeria num contexto de classificações diagnósticas progressivamente mais técnicas e restritivas; investigar o que pode estar sendo negligenciado quanto aos complexos aspectos de funcionamento inerentes à condição histerica. **Método:** Revisão da literatura relevante sobre o tema, a evolução histórica de seu conceito e suas correlações clínicas. **Resultados:** Descrições clínicas da histeria existem há quase 2 mil anos, com pormenores que pouco diferem dos de descrições mais recentes. A histeria parece permanecer em grande parte incompreendida pela medicina; restam importantes lacunas de conhecimento sobre o que teria tomado, na atualidade, o lugar dos antigos sintomas histericos. Sabe-se, porém, que inúmeras categorias nosográficas surgiram nas últimas décadas, como a fibromialgia, a sensibilidade química múltipla, a somatização etc., às vezes com alto grau de imprecisão conceitual. **Conclusão:** O construto histeria vem se fragmentando cada vez mais nas sucessivas classificações diagnósticas, sem que essa fragmentação favoreça uma maior compreensão de seu significado e de seu enredo. A descrição cada vez mais refinada dos manuais classificatórios, com a eliminação da expressão "histeria", não parece ter representado uma estratégia adequada para um entendimento aprofundado dessa condição, tampouco para um melhor manejo clínico desses pacientes.

Palavras-chave

Histeria, somatização, diagnóstico, medicina psicossomática.

ABSTRACT

Objective: Our aim is to propose a critical revision of the ways hysteria has been considered, with the use of progressively more technical and restrictive categories, discussing what may have been neglected in terms of the complex aspects concerning the hysterical condition. **Method:** Review of the relevant literature on this issue, the historical evolution of its concept and its clinical correlations. **Results:** Clinical accounts of hysteria are being made for almost 2000 years, showing characteristics that are very similar to present-day descriptions. Hysteria seems to remain mostly unknown by medicine; there are important lacks in the knowledge of what can possibly be in the place of the old hysterical symptoms. What is clear, however, is that several new nosographical categories emerged in the last decades, such as fibromyalgia, the multiple chemical sensitivity or the somatization, which are, frequently, conceptually very imprecise. **Conclusion:** The construct hysteria is being more and more fragmented in the successive diagnostic classifications, but this fragmentation does not mean a great comprehension of its significance and development. The advances in the minudent description in the classificatory manuals, with the exclusion of the expression "hysteria" does not seem to represent an adequate strategy for a deeper understanding of this condition, nor for a better dealing of those patients.

Keywords

Hysteria, somatization, diagnoses, psychosomatic medicine.

¹ Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (Famerp), Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica.

Recebido em
27/4/2009
Aprovado em
24/5/2010

Endereço para correspondência: Lazslo Antônio Ávila
Rua Saldanha Marinho, 3564 – 15014-300 – São José do Rio Preto, SP
Telefone: (17) 3231-1922
E-mail: lazslo@terra.com.br

INTRODUÇÃO

A histeria sempre ocupou lugar de destaque na medicina, sobretudo quando se investigam comportamentos disfuncionais, desordens convulsivas “funcionais”, doenças psicossomáticas ou transtornos de personalidade, notadamente em mulheres¹. Traduziria isso uma significativa questão de gênero? Ou talvez uma questão mais complexa, relacionada ao valor da interação interpessoal na própria definição de um transtorno mental? Nosso ponto de vista será o de buscar entender o que vem significando a histeria ao longo da história para situar esse amplo fenômeno não só como nosologia, mas também como expressão profunda de situações subjetivas que envolvem o doente e o médico. Nossa discussão remete à própria conceituação dos transtornos mentais não apenas como doenças, mas também como fatos das relações humanas, dotados de significado.

A histeria se comporta como um distúrbio bastante plático, influenciado pela interação que mantém com seu observador. Assim, observadores diferentes tenderão a presenciar histerias diferentes^{2,3}, nominando-as conforme seus respectivos campos de atuação. No início, esse transtorno era visto de forma abrangente, incluindo neuroses, psicoses, catatonia, epilepsia e quadros degenerativos como demências e doença de Parkinson⁴. Na atualidade, tal abrangência cedeu lugar à inclusão de sintomas histéricos nos critérios diagnósticos de várias doenças, como os transtornos somatoformes, a fibromialgia e a síndrome de *burnout*, por exemplo^{5,6}.

A descrição clássica da histeria inclui três grandes grupos de sintomas: as manifestações agudas, os sintomas funcionais duradouros e os sintomas viscerais^{4,7}. As manifestações agudas consistiriam de crises histéricas completas (*à la Charcot*) e crises menores, com estados de turvação da consciência, amnésias histéricas, crises de agitação psicomotora e desmaios (ver adiante).

Sintomas funcionais duradouros incluiriam paralisias funcionais, contraturas e espasmos musculares, além de alterações da sensibilidade. O grupo dos sintomas viscerais compreenderia queixas de dor, retenção intestinal ou urinária, dispepsia, queixas respiratórias, cefaleias, distúrbios vasomotores, sensação de órgãos se movendo pelo corpo, bem como de eles estarem “cheios” ou “vazios”^{4,8}. Esses pacientes comumente apresentam transtornos sexuais, por perseguição, em vão, uma identidade que lhes escapa⁷.

A personalidade histérica é o modo habitual de conduta do histérico e manifesta sua adaptação relativamente bem-sucedida ao seu entorno. A psicoplasticidade do histérico permite-lhe mimetizar não somente gestos, vestimentas, jeitos de falar ou de se comportar, mas também sintomas de ordem física e psíquica. Tais sintomas, entretanto, exteriorizam o fracasso dessa adaptação e se expressam fundamentalmente, mas não exclusivamente, por meio do corpo⁷.

A história daquilo que veio a ser conhecido como medicina psicossomática é longa e complexa. Embora seja fácil, nos

dias de hoje, reconhecer seus primórdios no final do século XIX, com os esforços para compreender os sintomas corporais da histeria, a visão de seu futuro é obscura e controversa⁹. Em 1993, com a décima edição da Classificação Internacional das Doenças (CID-10) e, em 1994, com a quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV), ficou estabelecido o fim da categoria histeria, com sua redesignação sob novas nomenclaturas diagnósticas.

A pergunta básica a se fazer é: se o termo histeria desapareceu dos manuais de classificação nosológica ao ser substituído por termos muito mais restritivos (e.g. transtornos somatoformes e dissociativos)¹⁰, qual teria sido a vantagem dessa modificação terminológica? Aparentemente, ganhou-se um maior rigor descritivo, pois agora esses sintomas estão devidamente enumerados e catalogados. Possivelmente, também, essa alteração, ao favorecer uma diferenciação mais efetiva entre patologias psiquiátricas e orgânicas, pode ter suscitado um melhor manejo clínico dos doentes.

Em nosso entendimento, contudo, a maior mudança ocorrida no que se refere à histeria foi um aumento da ambiguidade e da incerteza diagnósticas, devido à fragmentação de seu conceito em uma miríade de novas expressões e à reativação de antigas categorias, por vezes preconceituosas. No primeiro caso, há os sintomas médicos inexplicados, a sensibilidade química múltipla, certas formas de fibromialgia, as múltiplas expressões clínicas que o estresse pode assumir na clínica, a síndrome do edifício doente, a amplificação somática etc.^{5,11}.

No segundo caso, tem-se o reaparecimento da expressão *petit hystérie*, indiscriminadamente aplicada a qualquer queixa inespecífica, além de diversos termos e expressões que cada país e região inventa e multiplica a seu modo, utilizados por profissionais de saúde para identificar os pacientes de manejo mais difícil.

O que mudou? Mudou o rótulo, apenas. Hoje a histeria reside em todos os quadros clínicos em que há indefinição, confusão, dúvidas diagnósticas prolongadas, curso incerto da doença, multiplicação de sintomas, além de aspectos de má relação médico-paciente (algumas vezes com ameaças de parte a parte), não adesão a tratamento, persistência de queixas, conflitos interpessoais em diversos contextos e inabilidade familiar em lidar com as questões do paciente.

Como fica evidente nesta exposição, a maior parte dos problemas atuais é reveladora da onipresença da histeria, embora ela esteja disfarçada em vários outros supostos diagnósticos. Se houve mudança com a exclusão da histeria dos manuais diagnósticos, talvez tenha sido para pior.

Panorama histórico-clínico

A palavra “histeria”, atribuída a Hipócrates, não foi, de fato, utilizada por ele (na verdade ele nomeava essa condição como *sufocação da matriz*). A atual designação da histeria foi introduzida na literatura por Littré, em 1839, ao verter para o francês as obras de Hipócrates³.

Para Platão, em *O Timeu*, "... na mulher, o que se chama de matriz ou útero seria como um ser vivo, possuído do desejo de fazer crianças. Quando, durante muito tempo, e apesar da estação favorável a matriz permanece estéril, ela se irrita perigosamente; ela se agita em todos os sentidos pelo corpo, obstrui as passagens do ar, impede a inspiração, mete o corpo, assim, nas piores angústias e lhe ocasiona outras doenças de todas as espécies"^{12,13}.

Seiscentos anos depois de Hipócrates, continuava vigente a crença de que o útero poderia se mover pelo corpo, provocando sintomas. A explicação construída com base em algumas analogias vinculou a disposição anatômica do útero e seus anexos ao movimento de um barco à vela¹⁴.

Ao longo dos séculos, entre a Idade Clássica e o século XIX, a histeria continuou presente como uma doença misteriosa, permitindo inusitadas especulações. Para Libaud, em seu livro *Trois livres des maladies et infirmités des femmes*, de 1609, "embora [a matriz esteja] estreitamente ligada às partes que descrevemos, de modo a não poder mudar de lugar, na maioria das vezes muda de lugar e faz movimentos bem acentuados e estranhos ao corpo da mulher. Esses movimentos são diversos, a saber, subida, descida, convulsões, vagabundagem, procidência. Sob o fígado, baço, diafragma, estômago, peito, coração, pulmão, faringe e cabeça"¹².

Cento e cinquenta anos depois, a histeria continuava desafiando a compreensão dos médicos: para Whitt, em seu *Traité des maladies des nerfs*, de 1779, o que caracterizaria essas pacientes seria "um sentimento extraordinário de frio e calor, as dores em diferentes partes do corpo; as síncope e as convulsões vaporosas; a catalepsia e o tétano; ventos no estômago e nos intestinos; um apetite insaciável para os alimentos; vômitos de matéria negra; fluxo súbito e abundante de urina pálida, límpida; marasmo ou atrofia nervosa; asma nervosa ou espasmódica; tosse nervosa; palpitações do coração; variações do pulso, males e dores de cabeça periódicos; vertigens e tonturas, diminuição e enfraquecimento da visão; desencorajamento, abatimento, melancolia ou mesmo loucura"¹².

Outro autor, Raulin, em 1758, chegou a cogitar a possibilidade de contágio da doença histérica, além de contribuir para acentuar a histórica conexão entre a histeria e a feminilidade: "essa doença, na qual as mulheres inventam, exageram e repetem todos os diferentes absurdos de que é capaz uma imaginação desregrada, por vezes tornou-se epidêmica e contagiosa". Para Sydenham, a histeria "imita quase todas as doenças que ocorrem no gênero humano, pois seja em que parte do corpo for que ela se encontra, produz logo os sintomas que são próprios dessa parte, e se o médico não tem muita sagacidade e experiência, facilmente se enganará e atribuirá a uma doença essencial e própria desta ou daquela parte os sintomas que dependem unicamente da afecção histérica", uma constatação ainda hoje bastante atual¹².

Com o nascimento e o desenvolvimento das ciências naturais, o variado conjunto sintomático da histeria adqui-

re posição substantiva, ingressando primeiro no campo das enfermidades nervosas e, mais tarde, nas neuroses¹⁴. A partir disso, vários estudiosos debruçaram-se sobre os enigmas da histeria. Janet a definiu como uma insuficiência cerebral quanto à capacidade de síntese psicológica, ocasionando alterações na percepção das imagens ou na memorização delas. Essa visão organicista, no entanto, foi modificada por Bernheim, em 1884, ao limitar o uso desse diagnóstico às "crises de nervos" dos clínicos mais antigos¹⁵.

Essa ideia de organicidade, contestada por Bernheim, voltou a ser discutida nos trabalhos de Babinski, que, por fim, concluiu serem os fenômenos histéricos unicamente devidos à sugestão. Por acreditar que a histeria podia ser curada por meio de persuasão, Babinski cunhou o termo *pitiatismo*, etimologicamente significando *cura pela persuasão*¹⁵. Porém, nenhuma formulação subsequente desenvolveu suas ideias originais¹.

Em 1859, Pierre Briquet escreveu o *Tratado Clínico e Terapêutico em Histeria*, baseado em uma análise quantitativa de mais de 400 pacientes¹. No século XIX, a histeria ocupava o primeiro lugar entre as afecções que levavam a internações. Segundo registros históricos, perto de 50% dos leitos hospitalares eram ocupados por pacientes diagnosticados como histéricos¹⁶. O livro de Briquet atacava alguns mitos habituais sobre o transtorno, como sua causa imputada a frustrações sexuais, e lançava luz sobre o papel das emoções na gênese dos sintomas físicos¹.

O conceito de trauma aplicado ao sistema nervoso em ausência de trauma físico foi se decompondo ao longo do século XIX, de modo que Charcot o retomou diretamente da obra de Briquet sobre a histeria¹⁷. O trauma vai ocupar um lugar cada vez mais importante como agente desencadeante de quadros severos de histeria. A busca do antecedente de um trauma é o denominador comum de todos os estudos clínicos de Charcot e um dos conceitos que mais êxito alcançaram em medicina, passando, inclusive, à linguagem leiga coloquial^{18,17}.

Charcot distinguiu duas formas de histeria: uma forma "menor", representada por sintomas como campo visual em túnel, anestesia cutânea, ou hipnotizabilidade, e uma forma "maior", com suas explosões emocionais dramáticas, em que os pacientes supostamente evoluem por fases de um ataque completo. Sua teoria desmoronou rapidamente após sua morte, em 1893¹.

Há poucos estudos de neuroimagem aplicados à histeria e os existentes são limitados por pequenos conjuntos amostrais, populações heterogêneas, diferenças na duração dos sintomas e na presença de comorbidades. Esses estudos, entretanto, sugerem alterações variáveis na atividade de determinadas regiões corticais e subcorticais¹⁹, principalmente dos córtices pré-frontal e parietal, do tálamo e dos núcleos da base, possivelmente ligados aos transtornos conversivos. Um achado importante nesses transtornos é de que testes eletrofisiológicos indicam vias motoras e sensoriais inalteradas²⁰.

Uma proporção elevada dos pacientes histéricos apresenta danos cerebrais, particularmente epilepsia e esclerose múltipla, mas isso não foi confirmado em populações não neurológicas. A histeria é considerada, por alguns, como uma disfunção da memória ou da atenção, com injúrias nos lobos frontais, sobretudo no hemisfério não dominante²¹. Pesquisadores detectaram uma maior incidência de distúrbios sensitivos e motores no lado esquerdo de pacientes histéricos, implicando o hemisfério direito na etiologia desses sintomas²⁰.

Seja como for, parece-nos pouco provável que, qualquer que sejam as anormalidades neurológicas envolvidas com a etiopsicogênese da histeria, o simples fato de um melhor mapeamento da topografia cerebral nos fenômenos histéricos resulte numa compreensão mais detalhada das diversas conexões psicodinâmicas relacionadas à histeria, já que ela demanda, por parte do médico, um posicionamento que vai além da detecção, por meio de exames complementares, de uma dada patologia, e a consequente adoção de tratamentos cirúrgicos ou medicamentosos, como comumente ocorre em outras especialidades médicas.

É difícil demonstrar cientificamente que a somatização pode ser um evento aprendido, embora seja razoável inferir que a criança possa adquirir e desenvolver tal comportamento ao observar um de seus familiares doente. O sucesso da terapia comportamental no tratamento dessas desordens também sugere que o aprendizado mal-adaptativo possa ter um importante papel em sua etiologia²¹.

A psicanálise e as classificações diagnósticas das doenças

Diferentemente da psiquiatria, a histeria não apenas foi extremamente valorizada nos primórdios da psicanálise, como ainda hoje representa para ela um tema de grande significado, recebendo a atenção de importantes estudiosos contemporâneos, como Nasio²² e Bollas²³, entre outros, mesmo quando redesignada e ampliada.

A histeria acompanhou Freud ao longo de toda a sua carreira. Para ele, sempre significou sintomas físicos associados a causas psicológicas. Contudo, sua concepção sobre esse mecanismo variou consideravelmente no decorrer dos anos. Em 1895, em *Estudos sobre a Histeria*, em coautoria com Breuer, Freud sugeriu que a "histeria traumática" seria causada por eventos traumáticos vividos precocemente, exercendo uma ação remota na vida do indivíduo, formulando a famosa frase: "o histérico sofre de reminiscências"²⁴.

Freud e Breuer, nessas primeiras investigações, divergiram sutilmente. Breuer postulava a existência de um estado hipnoide, prévio à emergência dos sintomas histéricos, enquanto Freud já sustentava a essencialidade da repressão: para a existência dos fenômenos inconscientes é necessária a operação de uma defesa contra a emergência das "recordações patógenas". Assim, para Freud, a histeria se caracteriza como uma histeria de defesa, em que são afastados da corrente principal da consciência ideias e afetos conflitivos e perigosos para a unidade psíquica. Um ano após a publicação dos *Estudos sobre a Histeria*, Freud e Breuer já divergiam consideravelmente; Freud investigava cada vez mais o papel da repressão dos impulsos como fato primário constitutivo das neuroses, enquanto Breuer discordava do papel cada vez maior que a sexualidade assumia nas investigações psicanalíticas. Com o avançar de suas observações, Freud descartou o papel que o estado hipnoide poderia desempenhar em relação ao mecanismo da produção dos sintomas, reconhecendo que as manobras defensivas poderiam originar outras enfermidades neuróticas²⁵. Com isso, Breuer preferiu abandonar a colaboração científica que mantinha com Freud.

É interessante considerar a história dessas transformações pensando em dois grandes movimentos: um iniciado com as formulações de Freud sobre os sintomas histéricos conversivos e outro com Janet, com a concepção de que alguns sintomas são consequências de certas "falhas da mente". Ambas as ideias foram concebidas no mesmo momento histórico, e ambas tentaram explicar o fenômeno da histeria. Lentamente, elas estão sendo retomadas com a aceitação de suas bases filosóficas comuns. A primeira, articulada por Freud, tornou-se parte da fundação da psicanálise. A outra, articulada por Janet, ficou excluída da psicanálise por 75 anos, somente mais tarde voltando a se integrar a ela, gradualmente⁹.

Em *Hereditariedade e a Etiologia das Neuroses*²⁶, Freud questionou se "seria possível estabelecer uma relação etiológica entre uma causa particular e um efeito neurótico particular, no qual um meio pelo qual cada uma das neuroses maiores possa ser atribuída a uma etiologia específica". A resposta a que chegou: cada neurose "tem como sua causa imediata um distúrbio particular na economia do sistema nervoso" e, em especial, distúrbios da "vida sexual do indivíduo, baseados em uma desordem de sua vida sexual atual ou em importantes eventos de seu passado"^{27,25}. Essas suposições que Freud desenvolveu em dois trabalhos, publicados entre 1896 e 1898^{26,28}, foram a base da concepção das "neuroses atuais" (Tabela 1)⁷.

Tabela 1. Neuroses atuais (ou psicossomáticas)

Neuroses traumáticas	Neuroses atuais propriamente ditas	Doenças psicossomáticas em sentido estrito
São consequentes a eventos traumáticos de origem externa, cuja magnitude ultrapassa a capacidade do psiquismo em manejar a situação traumatizante	Também decorrem de um conflito atual, porém de natureza predominantemente endopsíquica. Predominam as descargas emocionais (neurose de angústia) ou os sintomas inibitórios (neurastenia)	A descarga do conflito se faz de acordo com um padrão psicossomático reacional, estabelecido na primeira infância. Os sintomas psíquicos aparecem velados, predominando as manifestações orgânicas

A psicanálise aos poucos abandonou a noção das neuroses atuais. Com a evolução de seu pensamento, embasado firmemente na observação clínica, Freud pôde se desvencilhar dos fatores concretos, fossem eles traumáticos ou relacionados à estase libidinal, e abordar as neuroses como complexas formações de compromisso entre os impulsos reprimidos, fundamentalmente sexuais, e as forças da consciência opostas à realização dos impulsos. Novamente, em 1914 e 1915, Freud modificou sua compreensão da dinâmica psíquica, fazendo intervir a questão das pulsões dirigidas ao ego²⁹. Com a sua metapsicologia^{30,31}, todo o edifício freudiano foi redimensionado, e a histeria passou a ser compreendida a partir de sua articulação com a hierarquização das pulsões parciais e a resolução do complexo de Édipo. Segue-se, com a assim chamada *segunda tópica*³², em 1923, uma nova caracterização da dinâmica psíquica, com a histeria sendo considerada no contexto da vida psíquica como um todo, como “a defesa necessária contra as demandas libidinosas do complexo de Édipo”¹.

Assim, em Freud, a histeria é marcada por uma fixação do desenvolvimento psicosssexual primitivo ao complexo de Édipo, com uma desvinculação incestuosa malsucedida com o genitor amado – o que leva a conflitos, na vida adulta, relacionados à esfera do impulso sexual e organização da personalidade do indivíduo. O impulso fica continuamente submetido à repressão, e a energia derivada dele é convertida em sintoma histérico, que tanto protege o doente de um conhecimento consciente desse mesmo impulso como também lhe traz a realização disfarçada do que está reprimindo².

A histeria pós-Freud

Após Breuer e sua paciente Anna O., diminui o interesse pela exibição pública dos doentes e de seus sintomas, procurando-se curá-los por meio da recordação de possíveis fatos traumáticos significativos para eles³. Um dos autores psicanalíticos a contribuir para a diferenciação entre a histeria e sintomas físicos presentes em outras condições médicas foi Otto Fenichel. Em sua *Teoria Psicanalítica das Neuroses*, Fenichel descreveu quatro categorias de sintomas funcionais, incluindo sintomas que se comportariam como manifestações físicas das emoções, desregulações de secreção hormonal, alterações somáticas provocadas por repetições de determinados comportamentos e, finalmente, disfunções no sistema vegetativo³³.

Em 1924, o termo “somatização” foi introduzido na psiquiatria por Wilhelm Stekel, ex-colaborador de Freud¹. Essa expressão foi cunhada, curiosamente, por um erro de tradução de uma palavra alemã usada por Stekel, nos anos 1920. A palavra original (*organsprache*) literalmente significava *discurso do órgão*, um conceito desajeitado e obscuro àquilo que, de fato, se propunha. Ainda assim o termo teve grande divulgação, particularmente após 1980, quando foi introduzido como um diagnóstico psiquiátrico pelos autores do

DSM-III, em parte por sua conotação neutra, em parte pelo poder de autoridade do sistema classificatório do DSM. Ele substituiu o antigo termo (histeria), que era insatisfatório por causa de seus múltiplos significados e da carga pejorativa que continha³⁴.

James Lorimer Halliday sugeriu, no *British Medical Journal*, em 1938, o termo “doença psicossomática” para designar o modo pelo qual sofrimentos de ordem psicológica, com repercussões tanto no sistema nervoso autônomo quanto no sistema endócrino, poderiam provocar diversas disfunções no corpo humano. Em seu último livro, *Medicina Psicossomática* (1950), Alexander desenvolve a ideia de que certos tipos de conflitos intrapsíquicos se expressariam no sistema nervoso autônomo simpático ou parassimpático¹. Para o importante historiador da histeria em psiquiatria, Etienne Trillat, pelo fato de a histeria permanecer desconhecida e enigmática para a medicina, ela teve finalmente seu conceito suprimido e enterrado sob o campo da medicina psicossomática³⁵. Assim, a psicossomática seria, ao mesmo tempo, o representante moderno e o túmulo da antiga histeria¹⁶.

A primeira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Psiquiátrica Americana não só não utilizou o termo “histeria”, como também evitou, explicitamente, o termo “transtornos psicossomáticos”, considerando-os mais um ponto de vista em medicina que uma patologia específica, em si. Na segunda edição do DSM, de orientação mais psicanalítica, a histeria retornou como neuroses e neuroses históricas, sendo subdividida em tipos conversivo e dissociativo. Ao contrário do DSM-I, essa segunda edição também admitiu a histeria como um transtorno de personalidade, a chamada personalidade histórica (atual transtorno de personalidade histriônica)¹.

O DSM-III utilizou o epônimo “síndrome de Briquet” como sinônimo para transtorno de somatização; esse termo foi eliminado, posteriormente, pelo DSM-IV³⁴. Sob a pressão da opinião pública que tendia a ver a palavra “histeria” como estigmatizante, a equipe que elaborou o DSM-III acomodou a histeria em vários compartimentos, abolindo-a da nomenclatura psiquiátrica. Essa edição banuiu os sintomas psicossomáticos, historicamente o cerne da histeria, para utilizar-se de um grupo de diagnósticos chamados de transtornos somatoformes, ou sintomas físicos sugerindo desordem física. Entre os transtornos somatoformes estavam o transtorno de somatização e os transtornos conversivos. Os transtornos dissociativos permaneceram essencialmente inalterados¹. Assim como o DSM-IV, a CID-10 também utilizou o termo somatização e retirou a “síndrome de Briquet” como sinônimo para transtorno de somatização³⁴.

O DSM-IV-TR lista cinco tipos de transtornos somatoformes, incluindo o transtorno de somatização, o transtorno conversivo, a hipocondria, o transtorno dismórfico corporal e o transtorno doloroso, além de contar com outras duas categorias residuais, a saber: o transtorno somatoforme in-

diferenciado e o transtorno somatoforme sem outra especificação. A neurastenia e a síndrome da fadiga crônica não estão inseridas nos transtornos somatoformes. De forma geral, esse capítulo engloba um grupo abrangente de doenças cujos sintomas e sinais corporais constituem o principal componente do quadro clínico geral³⁶.

Com relação aos transtornos dissociativos, o DSM-IV-TR prevê quatro classificações diagnósticas: a amnésia dissociativa, a fuga dissociativa, o transtorno dissociativo da personalidade e o transtorno de despersonalização. A classificação também apresenta, em seu apêndice, diretrizes diagnósticas para o transtorno do transe dissociativo. Para quadros que não satisfaçam os critérios dos demais transtornos dissociativos, o DSM-IV-TR reserva a classificação “transtorno dissociativo sem outra especificação”. O que diferencia esses quadros dos transtornos somatoformes é a sensação de não existência de um *self* unificado³⁶.

CONCLUSÃO

Em psiquiatria, o termo “histeria” tanto pode designar um sintoma quanto uma doença, ou mesmo uma síndrome. E a imprecisão desse diagnóstico, a sua etiologia incerta e a apresentação clínica de algo tão multifacetado dificultam que se lhe atribua uma identidade nosográfica bem definida¹⁵. Mas, afora a dificuldade de enquadrá-la conceitualmente, o que poderia estar ocupando o lugar dos antigos sintomas histéricos nos dias atuais?

Primeiramente, os historiadores veem a histeria como uma síndrome cultural, resultante da repressão sexual vitoriana; o seu declínio no século XX corresponde à superação dessas condições. Além disso, alguns autores acreditam que antes do século XX as pessoas tinham maior tendência a expressar seus conflitos emocionais por meio de sintomas físicos, já que tinham pouco autoconhecimento do ponto de vista psicológico, diferentemente do que se observa na atualidade, na qual conceitos de motivação inconsciente e de doenças psicossomáticas encontram-se bastante difundidos. Apesar disso, essas teorias ainda não explicam satisfatoriamente bem o declínio da histeria³⁷.

Outro processo, frequentemente ignorado, também tem sido discutido: o das mudanças conceituais nas classificações diagnósticas psiquiátricas^{6,37}. Entre 1895 e 1915 os autores alteraram grandemente sua visão sobre a clínica da histeria e o seu lugar no sistema de classificação médica, graças a avanços na neurologia, a uma nova classificação dos sintomas psicóticos e ao surgimento do conceito das psiconeuroses³⁷. Entre 1915 e 1993 a histeria se adaptou às transformações diagnósticas e aos avanços científicos da neurologia e da psiquiatria, adquirindo o seu *status* atual. O seu “desaparecimento” coincide, portanto, com a adoção de novos sistemas diagnósticos para os transtornos mentais.

Um passo adicional nesse sentido foi dado pelos trabalhos do fisiologista americano Cannon, que publicou *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear, and Rage*, em 1915, mostrando em detalhes a poderosa influência de certas emoções sobre funções físicas vitais, tais como a respiração, a digestão, a circulação sanguínea e o sistema endócrino. Pesquisadores passaram a investigar os efeitos em longo prazo dessas relações fisiopatológicas, e o antigo princípio de que mente e corpo interagem estava agora demonstrado por meio de fundamentos científicos consistentes – a moderna medicina psicossomática, com isso, emergiu^{37,38}.

Em seus *Estudos sobre a histeria* e em outros trabalhos, Freud apresentou algumas das mais bem conhecidas descrições da histeria, introduzindo inovações teóricas que também contribuíram para o abandono desse diagnóstico. Termos seus como “psiconeurose de defesa” e “histeria de angústia” foram, com efeito, rótulos para modelos de comportamento que já eram descritos, anteriormente, como histéricos³⁷.

Os clínicos contemporâneos, fundamentados nos manuais classificatórios DSM e CID, adotaram amplamente a categoria dos transtornos somatoformes, deixando os transtornos conversivos restritos a situações bem circunscritas. Já a somatização ganhou um caráter de fenômeno generalizado, associado a grande número de síndromes e condições, perdendo, assim, qualquer direito à especificidade. O transtorno de somatização foi definido a partir do DSM-III e foi inserido no grupo das condições chamadas transtornos somatoformes, refletindo uma tentativa de redefinir pacientes com sintomas histéricos, como antes eram formalmente assumidos³⁹. Com o DSM-IV, consolidou-se a exclusão da expressão histeria e sua substituição por novos termos nosográficos.

Consideramos que essa grande abrangência da somatização represente o ressurgimento de antigos atributos da histeria. Nesse sentido, a psicanálise se sustenta como um importante campo de conhecimento capaz de prover diretrizes adequadas para o diagnóstico e para o tratamento desses pacientes. Para uma patologia tão amorfa, que se esquia furtivamente da “normalidade” que se espera numa relação entre pacientes e profissionais de saúde, cremos que a psicanálise, por também ser uma ciência *sui generis*, uma ciência do negativo (em contraponto ao positivismo presente nas demais ciências, e que se tenta trazer para o cenário da saúde mental), disponha dos requisitos necessários para melhor amoldar a realidade médica à discussão dos fenômenos histéricos. Relembrando Sydenham, para quem “a histeria imita quase todas as doenças que ocorrem no gênero humano”¹², constatamos que velhas questões do manejo clínico perante a problematização histórica encontram-se rebatizadas sob o nome de somatização. E isso nos conduz a um instigante pensamento de Etienne Trillat: “a repressão da expressão histórica é um fato de ordem sociocultural que engendrou os estados psicossomáticos”⁴³⁵.

Após Freud, e com os novos manuais classificatórios, a histeria foi reclassificada e gradativamente desdenhada, enquanto diagnóstico, pelas investigações clínicas, obtendo-se, assim, um legado de múltiplos quadros sintomáticos. Ela foi desmembrada em um amplo conjunto de condições médicas, às vezes com componentes orgânicos mais acentuados, como ocorre na fibromialgia ou na sensibilidade química múltipla, outras vezes com aspectos de indeterminação que conduziram aos imprecisos quadros dos sintomas médicos inexplicados.

O desaparecimento da histeria dos diversos manuais médicos vem a serviço de uma tentativa de classificação mais quantificável das enfermidades, norteadas pelo preenchimento ou não de critérios clínicos, em busca de uma mensurabilidade que antes não se especulava para o caso específico dessa condição. Se, para outras patologias isso representou um avanço, não nos parece que o mesmo tenha ocorrido em relação à histeria. Essa é uma entidade que segue parâmetros próprios, muito diversos dos buscados por uma ciência que prima, cada vez mais, por evidências demonstráveis e replicáveis. As evidências encontradas para a histeria, aliás, muitas vezes são evidências de camuflagem em outros diagnósticos – esses sim, quantificáveis.

É certo que muitas condições orgânicas graves deixaram de ser consideradas como histéricas, representando esse fato um avanço notável para a medicina. Por outro lado, a histeria foi submetida a um processo inverso, no qual questões de ordem nitidamente psicodinâmica passaram a ser enquadradas, paulatinamente, em categorias que pouco ou nenhum valor atribuem à dinâmica do próprio homem e, sobretudo, do paciente histérico, desconsiderando-se aqui a acepção pejorativa que o uso, infelizmente, legou a esse termo.

Arelada a tudo isso ocorre uma valorização crescente do *neurofisiológico* em detrimento do *psicodinâmico*. Destacadas as respectivas importâncias, há de se convir que, da mesma maneira que não se trata (ou não se deveria tratar) um paciente portador de tumor cerebral com psicoterapia orientada para o *insight*, parece-nos bastante plausível que um paciente psiquiátrico, histérico, não deveria ser tratado como portador de uma patologia neurológica, no sentido mais estrito dessa expressão.

Por meio de uma aparente dificuldade em reconhecer onde residem o *neuro-* e o *psi-* de cada doença, da crença de que tudo em psiquiatria é passível de categorização mediante critérios de inclusão ou exclusão, como ocorre em algumas áreas da medicina, percebemos uma influência cada vez mais marcante das neurociências no sentido de tentar encaminhar a psiquiatria para uma espécie de “neurologia do comportamento”, com importantes repercussões sobre a forma como são descritas as diversas patologias mentais e, por conseguinte, sobre a concepção dos novos manuais diagnósticos.

Histeria e somatização: o que mudou? É possível que hoje os psiquiatras, em primeiro lugar, mas também os especialistas de outras clínicas, como gastroenterologistas,

ginecologistas, cardiologistas, endocrinologistas, reumatologistas e neurologistas, estejam até mais despreparados para reconhecer os meandros da mimética histeria. Isso os torna, provavelmente, mais facilmente enredados nos complexos fatores psicodinâmicos que sempre cercam a condição histérica, em particular, e a prática médica, em geral.

Pensamos que a psicossomática moderna ainda não forneceu as respostas mais convincentes para o esclarecimento dessas questões. São urgentes estudos que permitam compreender a plasticidade dos sintomas do que antes era denominado “histeria” (e hoje recebe, principalmente, o rótulo de “somatização”), bem como investigações que proponham manejos mais adequados para essa ampla gama de pacientes, tanto por psiquiatras e psicólogos quanto pelos clínicos e pelos especialistas em aparelhos e sistemas orgânicos que podem ser somatizados “psicossomaticamente”.

REFERÊNCIAS

- Shorter E. A historical dictionary of psychiatry. Oxford (NY): Oxford University Press; 2005.
- Almeida KF. Histeria – uma revisão bibliográfica. *Inform Psiquiatr.* 1983;4(3):63-8.
- Mendoza MLC. A grande farsa da histeria. *CCS João Pessoa.* 1987;9(4):55-61.
- Matos EG, Matos TMG, Matos GMG. Histeria: uma revisão crítica e histórica do seu conceito. *J Bras Psiquiatr.* 2005;54(1):49-56.
- Ávila LA. Somatization or psychosomatic symptoms? *Psychosomatics.* 2006;47:163-6.
- Bathia MS, Choudhary S. Hysteria – a chameleon or a fossil? *Indian J Med Sci.* 1998;52(6):227-30.
- Rocca RE. La piconeurosis histérica y sus limites psicopatológicos y clínicos. *Acta Psiquiátr Psicol Amer Lat.* 1981;27(3):209-18.
- Wilkinson P, Bass C. Hysteria, somatization & the sick role. *Practitioner.* 1994;238(1538):384-90.
- Gottlieb RM. Psychosomatic medicine: the divergent legacies of Freud and Janet. *J AM Psychoanal Assoc.* 2003;51(3):857-81.
- Fisher CM. Hysteria: a delusional state. *Med Hypotheses.* 1999;53(2):152-6.
- Ford CV. Somatization and fashionable diagnoses: illness as a way of life. *Scand J Work Environ Health.* 1997;23(3):7-16.
- Foucault M. História da loucura na idade clássica. Tradução de José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Perspectiva; 1972.
- Adair MJ. Plato's lost theory of hysteria. *Psychoanal Q.* 1997;66(1):98-106.
- Sauri JJ. Los nombres metafóricos de la histeria. *Acta Psiquiátr Psicol Am Lat.* 2000;46(4):363-71.
- Meleiro AMAS, Wang YP. A concepção da histeria ao longo do tempo: psiquiatria e psicanálise. *Revista ABP-APAL.* 1992;14(2):45-50.
- Ávila LA. Doenças do corpo e doenças da alma: investigação psicossomática psicanalítica. 3. ed. São Paulo: Editora Escuta Ltda; 2002.
- Hurst LC. Freud and the great neurosis: discussion paper. *J R Soc Med.* 1983;76:57-61.
- Viesca TC. Charcot y la histeria. *Salud Ment.* 1990;13(1):9-11.
- Vega LMC, Madariaga AA, García-Campayo. La Complejidad de los fenómenos de somatización – Cartas ao Director. *Aten Primaria.* 1997;20(3):154.
- Black DN, Seritan AL, Taber KH, Hurley RA. Windows to the brain – conversion hysteria: lessons from functional imaging. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2004;16:245-51.
- Mai FM. The psychobiology of hysteria. *J Psychiatry Neurosci.* 1996;21(5) 313-4.
- Nasio JD. A histeria: teoria e clínica psicanalítica. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1991.
- Bollas C. Hysteria. São Paulo: Escuta, 2000.

24. Freud S, Breuer J. Estudos sobre a histeria (1895). In: Salomão J (trad.). Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1995.
25. Freud S. As neuropsicoses de defesa (1896). In: Salomão J (trad.). Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1995.
26. Freud S. A hereditariedade e etiologia das neuroses (1896). In: Salomão J (trad.). Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1995.
27. Carter KC. Germ theory, hysteria, and Freud's early work in psychopathology. *Med Hist*. 1980;24:259-74.
28. Freud S. Novas observações sobre as neuropsicoses de defesa (1898). In: Salomão J (trad.). Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1995.
29. Freud S. Sobre o narcisismo: uma introdução (1914). In: Salomão J (trad.). Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1995.
30. Freud S. Repressão (1915). In: Salomão J (trad.). Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1995.
31. Freud S. Os instintos e suas vicissitudes (1915). In: Salomão J (trad.). Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1995.
32. Freud S. O ego e o id (1923). In: Salomão J (trad.). Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1995.
33. Fenichel O. Teoria psicanalítica das neuroses. Rio de Janeiro: Atheneu; 1981.
34. Mai F. Somatization disorder: a practical review. *Can J Psychiatry*. 2004;49(10):652-62.
35. Trillat E. História da histeria. São Paulo: Escuta; 1991.
36. Sadock BJ. Kaplan & Sadock synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry. 9. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
37. Micale MS. The decline of hysteria. *Harv Ment Health Lett*. 2000;17(1):4-6.
38. Alexander F. Psychosomatic medicine: its principles and applications, Nova York: W. Norton; 1950.
39. Merskey H. Pain disorder, hysteria or somatization? *Pain Res Manage*. 2004;9(2):67-71.