

POR ONDE ANDA A HISTERIA?

WHERE IS THE HYSTERIA?

GABRIEL DE OLIVEIRA PANITZ, MATEUS VIZENTINI MENDES, RICARDO TAVARES MONTEIRO, EDUARDO PAZ GONÇALVES, GUILHERME DOS ANJOS LEMOS, VICTORIA CAMPOS DORNELLES e GUSTAVO SOIBELAN¹

VITOR ROCCO TORREZ²

MARCO ANTÔNIO PACHECO³

SUMÁRIO

O termo histeria foi suprimido das classificações diagnósticas vigentes. Este artigo cita e descreve os diagnósticos que estão agora abrigados no guarda-chuva da histeria, além de discutir algumas implicações sobre essa mudança.

SUMMARY

The term hysteria was suppressed from the current diagnostic classifications. This article cites and describes the diagnoses that are now

¹ Acadêmicos da Escola de Medicina da PUCRS

² Médico cursista do Curso de Especialização em Psiquiatria da Escola de Medicina da PUCRS

³ Médico psiquiatra, professor da Escola de Medicina, coordenador da Liga de Psicanálise

housed under the umbrella of hysteria, in addition to discussing some implications on this change.

INTRODUÇÃO

A milenar histeria, nunca elucidada, teatral, saiu de cartaz na medicina. Os psicanalistas a puseram no espectro *borderline*; os neurologistas, na crise convulsiva não epilética. Os psiquiatras a suprimiram das classificações diagnósticas. Mudaram-se os nomes, mas não a natureza da patologia Onde ela anda?

Hipócrates pensava que a causa da histeria fosse um movimento irregular de sangue do útero para o cérebro. Citada nos papiros egípcios, discutida por Platão, acabou na fogueira na Idade Média. Na era vitoriana, mulheres tinham em sua bolsas de mão um frasco de sais aromáticos para o caso de “sobrecarga” emocional (1). No final do século 19, uma massagem na genitália feminina, realizada por médico, depois por vibradores, era tratamento para “paroxismo histérico” (1).

Jean-Martin Charcot (1825-1893) foi o primeiro a considerar a histeria como um estado dinâmico da mente mais do que uma doença estrutural do cérebro (2). As teorias de Pierre Jane (1859-1947) sobre o papel do trauma e desintegração da consciência trouxeram uma perspectiva moderna e influenciaram as teorias de Joseph Breuer (1842-1925) e Sigmund Freud (1856-1939) sobre o trauma infantil, a repressão sexual e a dissociação frente a conflitos inconscientes (2).

DESENVOLVIMENTO TEÓRICO

Histeria No Presente

A histeria e a neurose histérica agora correspondem, no DSM-5 e no CID-10, principalmente às categorias dos transtornos dissociativos e

somatoformes (3-4). A histeria tornou-se um guarda-chuva que abriga vários diagnósticos separados como forma de pesquisar e compreender melhor esta intrigante patologia. De alta prevalência mundial, a manifestação desses distúrbios pode ser flagrante ou encoberta e sutil, levando ao subdiagnóstico. Todos os distúrbios dissociativos e somatoformes são indubitavelmente relacionados a trauma, abuso, negligência ou a qualquer tipo de evento estressante grave.

Estudos de neuroimagem funcional sugerem que esses transtornos possam ser a consequência da reorganização dinâmica de circuitos neurais envolvidos no processamento da volição, memória, movimento e percepção (5). Acredita-se que essas redes neurais aumentem o autorreconhecimento, a memória autobiográfica e retrógrada e os correlatos afetivos do *selfhood* (5). Experiências psicotrópicas podem levar à sua ruptura ou integração defeituosa, levando a comportamentos dissociativos como uma das estratégias extremas de sobrevivência adaptativa para o ser humano (5).

Psicanalistas, como Christopher Bollas, postulam que a histeria dos tempos de Charcot e Freud se transfiguraram nos exageros diagnósticos de bipolares, déficits de atenção, intolerâncias a glúten e lactose (6). Os pacientes agora relatam seus sintomas e tem na polifarmácia um *menu* de medicamentos e uma lista de restrições a seguir e discutir no lugar de pensar conflitos internos da mente.

Histeria Como Um “Guarda-Chuva”

A seguir veremos os vários diagnósticos encontrados no CID-10 e no DSM 5 abrigados sob o manto do que anteriormente era classificado como histeria.

Transtornos dissociativos

A dissociação é definida como um mecanismo de defesa inconsciente envolvendo a supressão de processos mentais ou comportamentais do resto da atividade psíquica da pessoa, causando interrupção em funções

mentais, tais como memória, identidade, percepção, consciência ou comportamento motor. O transtorno pode ser repentino ou gradual, transitório ou crônico. Pacientes dissociativos relatam as mais altas frequências de eventos traumáticos, tais como abuso sexual, emocional e físico, além de negligência durante a infância (1-5).

Transtorno de despersonalização

Episódios persistentes ou recorrentes caracterizados por um senso alterado do próprio ser físico, incluindo sensações de estar fora do próprio corpo, fisicamente separado ou distanciado das pessoas, flutuando, observando-se a distância, como se fosse um sonho (7).

Transtorno de sintomas somáticos

Anteriormente denominados transtornos somatoforme no antigo DSM-IV, é caracterizado por preocupação acentuada com o corpo e medos de doença ou das consequências de doença; morte, por exemplo. Os distúrbios de somatização consistem em queixas somáticas crônicas e recorrentes, que não podem ser explicadas por causas físicas, ou pelo menos excedem o que seria esperado de um problema físico conhecido. Essas queixas geralmente têm uma repercussão negativa nos papéis sociais ou ocupacionais e resultam na busca de atenção médica repetidamente.

As queixas são subjetivas e heterogêneas, tais como de tontura, zumbido, dor de garganta, xerostomia, incapacidade de ouvir, tosse crônica, fadiga, fraqueza, dificuldades de sono, dor de cabeça, dores musculares e articulares, déficits de memória, atenção e concentração, irritabilidade, náusea e outros sintomas gastrointestinais. Além disso, palpitações, falta de ar, dor torácica não típica, dores de fibromialgia, cefaleia tensional. Geralmente, começam na adolescência ou na idade adulta jovem. O ambiente familiar pode ser emocionalmente frio, distante, sem apoio e com noções de abuso (6).

Transtorno de ansiedade de doença.

É a nova denominação da hipocondria, pelo DSM-V, caracterizada pelo medo de estar doente, mesmo assintomático. Ansiedade e preocupação persistentes na presença de poucos sinais ou sintomas físicos, interpretados como característicos de alguma doença grave (3).

Fuga dissociativa e fuga amnésica

A fuga dissociativa é caracterizada por uma viagem não planejada súbita, fora do habitual, que pode durar horas ou dias, geralmente precipitada por evento estressante. É acompanhada pelo estabelecimento de uma nova identidade. Após a recuperação, ocorre amnésia em relação aos eventos que ocorreram durante o episódio da fuga. História representativa é a da romancista Agatha Christie. Em 1926, ela abandonou o carro perto de um lago, onde um de seus personagens fictícios havia morrido. Temendo seu suicídio, a polícia dragou o lago e organizou voluntários e até avião na busca. Encontrada longe dali, em um spa, com identidade falsa, não se lembrava dos 10 dias anteriores. Antes do desaparecimento, Agatha descobriu a infidelidade do marido.

A amnésia dissociativa

Incapacidade de recordar informações pessoais, relacionadas a eventos traumáticos. Afeta ambos os sexos, ocorrendo mais na terceira e quarta década de vida. Alta ocorrência em pessoas envolvidas em guerras, acidentes naturais e desastres, sequestro, tortura e campos de concentração, bem como em pessoas com histórico de abuso sexual infantil (7).

Transtorno dissociativo de identidade (TDI)

Anteriormente denominado “transtorno de personalidade múltipla”, descreve a presença de duas ou mais identidades ou personalidades distintas que recorrentemente assumem o controle do comportamento

do paciente (uma é geralmente dominante), induzindo alguma perda de memória durante transferências de identidade.

Inicia na infância, mas tem manifestações clínicas relevantes na quarta década. Afeta preponderantemente mulheres e tem um curso crônico, crescente e minguate. Além de deficiências acentuadas no sentido da identidade, é comum a incapacidade de lembrar informações pessoais junto com outros sintomas dissociativos. O abuso sexual e o trauma na infância são frequentemente o fator de risco mais importante para tal transtorno (7).

“Transtorno de transe dissociativo” ou “transe de posse”

Consiste em episódios temporários de substituição percebida da identidade usual por uma nova identidade como no caso de exorcismo ou posses, geralmente relacionada a uma entidade sobrenatural, como divindade, espírito ou poder (7).

Síndrome de Ganser

Batizada com o nome do psiquiatra alemão Sigbert Ganser (1853-1931), caracteriza-se por fornecer respostas sistematicamente falsas e improváveis a perguntas, dando apenas respostas aproximadas, tocando “próximo ao ponto”. Por exemplo, $1 + 1 = 3$; o cavalo tem três cascos, exibindo outros comportamentos ilógicos (pseudodemência), frequentemente associados a sintomas de conversão, nublescência da consciência e pseudo-alucinações (5-7).

Transtorno de sintomas neurológicos funcionais.

Anteriormente conhecido como transtorno conversivo no DSM-IV, tal condição é caracterizada por déficits sensoriais voluntários ou motores inexplicáveis, que sugerem a presença de uma condição neurológica ou outra condição clínica geral. Os conflitos psicológicos desencadeiam os sintomas, porém tais pessoas parecem não ter consciência disso (“*la belle*

indifférence”). Não aceitam o estresse, a ansiedade ou a depressão como possíveis explicações para seus sintomas (7).

Convulsões não epiléticas

A definição atual do distúrbio de ataques não-epiléticos requer a presença de mudanças discerníveis no comportamento ou consciência que se assemelham a crises epiléticas, mas não produzem alterações eletroencefalográficas. Existem as seguintes variantes: catatônica, motora principal, motora menor e subjetiva.

O vídeo-eletroencefalograma (vídeo-EEG) com ou sem procedimentos de provocação, demonstrando as ausências de descargas epileptiformes durante a crise, é o padrão ouro para o diagnóstico. A ligação entre a crises não-epiléticas e as epilepsias resistentes aos medicamentos é direta (5) Estudos de ressonância magnética e neuroimagem funcional sugerem que a conectividade cerebral alterada em redes neurais envolvidas, tanto no controle pré-motor quanto nas regulações emocionais, pode ser a disfunção final comum em casos adultos que se manifestam com características motoras (5).

Transtorno dismórfico corporal (TDC) ou dismorfofobia

Importante preocupação com anomalias físicas imaginárias ou pequenas, geralmente delirante, associada a comportamentos compulsivos centrados em esconder o defeito. Os pacientes procuraram cirurgias para corrigir a suposta imperfeição. Queixas comuns referem-se a cabelos, pele, lábios, estômago, nariz, olhos, queixo, dentes, formato da cabeça, constituição do corpo, rosto inteiro, seios e órgãos sexuais.

Em pacientes que se submetem a cirurgia plástica a taxa de prevalência é de 2-10% (5). O TDC está frequentemente associado a transtorno obsessivo compulsivo, fobia social, depressão maior e atípica, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de personalidade evitativa, ale-

xitimia, bulimia nervosa, abuso ou dependência de substância. Existem tendências suicidas significativas em pacientes com TDC (5).

CONCLUSÃO

O termo histeria continua sendo usado tanto pelos médicos, população em geral, mídias, literatura científica ou ficcional.

Existe uma ideia de aplicar o termo distúrbio funcional em lugar de psicogênico ou outros afins (7).

Os quadros de histeria são diversos, o conceito da patologia é complexo e não consensual. A psicodinâmica, na maioria dos casos, é evidente, embora muito difícil de elucidar e manejar. O preconceito com o diagnóstico de histeria e o maltrato com tais pacientes contribuiu para a retirada do termo dos manuais de diagnóstico psiquiátrico. A histeria foi repartida em variados diagnósticos, no propósito de melhor investigar, tratar e pesquisar estas patologias. Os exames de neuroimagem funcional representam, na atualidade, uma combinação de novos paradigmas experimentais e novas técnicas de imagem que podem aumentar nossa compreensão dos mecanismos neurobiológicos dos distúrbios associados à histeria.

Os estudos convergem no sentido de mostrar uma associação com trauma e/ou abuso, negligência na infância em todas as instâncias diagnósticas; carecendo, entretando, de pesquisas que esclareçam essa importante associação.

Cabe salientar a advertência dos psicanalistas. O diagnóstico exagerado de patologias com características mais funcionais osteo-musculares, psiquiátricas e gastroenterológicas, entre outras, pode também abrigar uma roupagem mais moderna de apresentação da histeria. Pacientes e médicos correm o risco de ficar submetidos a prescrições irracionais em lugar de o paciente pensar e resolver conflitos intrapsíquicos ou interpessoais.

REFERÊNCIAS

1. Carota, A., & Calabrese, P. (2014). Hysteria around the world. In *Hysteria: The Rise of an Enigma*. p.298-312
2. Bogousslavsky, J. (2014). Hysteria: The rise of an enigma. *Hysteria: The Rise of an Enigma*. p.213
3. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. p. 247-26.5
4. Organização Mundial de Saude. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p.35-69.
5. Conejero, I., Thouvenot, E., Abbar, M., Mouchabac, S., Courtet, P., & Olié, E. (2017). Neuroanatomy of conversion disorder: Towards a network approach. *Reviews in the Neurosciences*. p. 458-59.
6. Bollas Christopher. *Hysteria*. Ed. Escuta, 2000. p. 35-42
7. Kaplan, H. I.; Sadock, B.J.; Grebb, J. A. (2017) *Compêndio de Psiquiatria*. 8 ed. Porto Alegre: Artes Médicas Editora. p. 387-498.
8. LaFrance, W. C. (2014). "Hysteria" today and tomorrow. In *Hysteria: The Rise of an Enigma* p.122-32.

