

Histeria, transtornos somatoformes e sintomas somáticos: as múltiplas configurações do sofrimento psíquico no interior dos sistemas classificatórios¹

Júlia Catani,² São Paulo

Resumo: O artigo retoma a história da histeria e das tentativas científicas de seu estudo. Acompanha, assim, os investimentos feitos ao longo do tempo para superar o sofrimento histórico. Os êxitos parecem limitados, e os sintomas continuam a se manifestar, moldados pelas diferentes condições sócio-históricas. A exploração das configurações da histeria no interior dos sistemas classificatórios é o objeto central desta análise. Recorre-se à Classificação Internacional de Doenças (CID) e ao Manual Diagnóstico e Estatístico de Saúde Mental (DSM), considerando também as primeiras definições freudianas de histeria. As novas nomenclaturas como neurose histérica, transtorno psicossomático, transtornos somatoformes e sintomas somáticos exprimem os esforços para circunscrever a especificidade desse mal-estar. E as definições tentam atender à possibilidade de intervenções mais precisas no tratamento dos sintomas, mas indicam também uma nova fragmentação e dispersão da percepção de modalidades de sofrimento. Palavras-chave: histeria, CID, DSM, psicanálise, psiquiatria

A história da histeria no domínio médico e psicanalítico tem oscilado na busca de entendimentos que possam ajudar a levar à sua superação. Contenção, morte, compreensão, nomeação e medicalização são momentos dessa história. Desde a hipótese de um útero que migrava pelo corpo e o desarranjava passando pelo momento de sua identificação mal(dita) com o comportamento de bruxas até sua explicação no pensamento freudiano e a mais recente dissolução de sua realidade nos múltiplos sintomas de um mal-estar difícil de ser nomeado, compreendido e tratado. A histeria parece agora desafiar os modos de entendimento classificatórios da atualidade. Seu apagamento em favor dos transtornos somatoformes e/ou dos sintomas somáticos guarda uma esperança de que, enfim, se possa tratar esse tipo de sofrimento ao referi-lo a sintomas e quadros muito específicos sobre os quais se pode operar intervenções localizadas. A precisão das

1 O artigo decorre da dissertação de mestrado realizada no Instituto de Psicologia no Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo com o apoio do CNPq e sob orientação da prof^a dr^a Maria Abigail de Souza.

2 Psicóloga do Ambulatório de Transtornos Somatoformes do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas, FMUSP. Psicanalista pelo Instituto Sedes Sapientiae. Membro do Laboratório de Teoria Social, Filosofia e Psicanálise (LATESFIP/USP). Especialista em Psicologia Hospitalar pelo Centro de Estudos em Psicologia da Saúde (CEPISC) e em Saúde Mental (IPq-HCFMUSP).

novas classificações impõe uma grande fragmentação e dispersão da percepção de modalidades de sofrimento que atingem os indivíduos de maneiras muito complexas e fugidias, refratárias mesmo a esse tipo de compreensão. Talvez o que se ganhe em transparência possa justamente vir a funcionar como obstáculo para a compreensão fértil da questão.

O presente trabalho objetiva apresentar as diferentes maneiras de nomear a histeria observadas ao longo do tempo. Recorre a dois sistemas classificatórios do campo na psiquiatria para compreender as interferências e os motivos para essas transformações. Como se sabe, a histeria já existe muito antes dos escritos de Freud – do mesmo modo que outras tentativas de nomeações do mal-estar subjetivo –, ainda que as classificações do ponto de vista psiquiátrico tenham aparecido apenas posteriormente. Para entender como ocorreu a incorporação e a supressão da histeria nos sistemas psiquiátricos classificatórios, julga-se fundamental retomar as formas pelas quais esse funcionamento psíquico foi descrito nos diversos contextos até chegar aos dois principais sistemas conhecidos mundialmente hoje, a Classificação Internacional de Doenças (CID) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM).

Um pouco sobre a histeria

A histeria não foi algo que ocupou apenas os clínicos gerais e psicanalistas, mas também pelo menos psicólogos, psiquiatras e neurologistas. No quadro de cada especialidade, o tipo de entendimento para aquele fenômeno e a maneira de referir-se a ele de forma direta ou indireta variou. Por exemplo: doença cerebral primitiva, idiopática e não simpática, psicastênico, histereopilepsia, histeria traumática, psicose histérica, sintomas somáticos, transtornos somatoformes, personalidade histriônica, psiconeurose, psicogênico, reação conversiva, reação dissociativa, personalidade instável, entre outros. Além das formas populares de nomear os fenômenos que envolviam algum tipo de comportamento ou modo de pensar exagerado, esses acontecimentos eram nomeados como frescuras e pitis nervosos e/ou histéricos. Cabe reiterar que se o nome da histeria foi sendo alterado, principalmente pela psiquiatria, as maneiras de identificar e estabelecer o diagnóstico também sofreram variação. Mas voltemos um pouco na história.

Na origem o termo histeria era usado para se referir ao útero (*hystera*). Desde o Egito Antigo, estas manifestações corporais já eram descritas, embora tenham sido nomeadas desse modo anos mais tarde. Na Antiguidade, com Hipócrates (460 a.C.-377 a.C.), pensava-se que a histeria atingia apenas as mulheres. O fato dos sintomas manifestarem-se como sufocação fez com que os estudiosos deduzissem que se tratava de uma ação migratória do útero pelo corpo, produzindo sensações de “nós”, “engasgos”, “sufocamentos”. Platão (427 a.C.-327 a.C.), se apoiou nas considerações de Hipócrates e concluiu que essas manifestações eram formas do útero irritado clamar por relações sexuais

após um longo período de esterilidade e abstinência. Para reverter esses sintomas recomendava-se: gravidez, relações e trabalhos manuais (Roudinesco & Plon, 1998).

Na Idade Média, essa explicação relacionada ao útero perde força devido à forte influência religiosa da época. A Igreja justificava os sintomas como ação do diabo, que se apropriaria do corpo das mulheres pecadoras e feiticeiras, que eram punidas por seus comportamentos. A histeria foi associada, assim, às más condutas, e no Renascimento as mulheres histéricas foram queimadas nas fogueiras da Inquisição para servirem de exemplo à população e prevenir atitudes pecaminosas. Ao fim do século XVII, na Europa Ocidental, a histeria reapareceu nos debates, como uma patologia que imitava outras doenças, mas não recebia o mesmo diagnóstico. Observou-se, naquela época, que as noções e descrições de doenças já não eram mais suficientes para entender esse sofrimento. Com isto, novamente as explicações do útero, como sede das manifestações, destacam-se (Kaufmann, 1996).

Sydenham (1624-1689) com base na teoria dos humores oferece uma significativa contribuição etiológica para os desequilíbrios nervosos, que se configuravam como doenças que abalavam a dimensão emocional da vida do sujeito. Essas patologias foram classificadas em dois tipos: histeria e hipocondria. A histeria foi explicada como um acontecimento desencadeado por emoções violentas (quadro agudo) e mais comum na população feminina. Já a hipocondria foi configurada por estados prolongados de tristeza (quadro crônico) e que acometia geralmente a população masculina. Ainda no século XVIII, na tentativa de melhor circunscrever a histeria, foram sendo registradas as características das mulheres histéricas como forma de traçar perfis. As especificações incluíam: mulheres sensuais, morenas, temperamento nervoso, boca grande, olhos vivos e negros, muito cabelo e excesso de fluxo menstrual. A imagem que circulava a respeito dessas mulheres era a de que elas eram intensas e perigosas, para si e para os outros, sendo capazes de produzir faíscas e combustão espontânea de seu próprio corpo. Essa justificativa se devia ao fato de muitas mulheres consideradas histéricas terem sido encontradas carbonizadas (Pollo, 2003).

Por muito tempo, a histérica ficou conhecida como uma mulher sensual que se entregava aos prazeres sexuais, no entanto, para desmentir isto, muitos autores escreveram a respeito das características e peculiaridades dessas pacientes. Dentre os teóricos, destaca-se Briquet, que se valeu de 430 observações clínicas, inclusive como forma de comprovar que essas mulheres sofriam exatamente por não serem capazes de se entregarem às satisfações sexuais. Briquet não teria se afastado em absoluto da noção de que a histeria era de origem nervosa, mas entendia esse tipo de funcionamento também como uma predisposição hereditária. Foi o primeiro a ponderar que a histeria possuía leis próprias determinadas por ações vitais (Trillat, 1991).

As escolas Salpêtrière e Nancy foram essenciais para o desenvolvimento da compreensão da histeria, embora cada uma delas considerasse a função dos

sintomas nesse quadro ao seu modo. Na primeira, conduzida principalmente por Charcot, acreditava-se ser possível a identificação da lesão responsável pelos sintomas histéricos e atribuía-se à histeria sintomas reais que poderiam ser mais bem investigados por meio da hipnose. Assim, os pacientes eram submetidos ao estado hipnótico para identificar o problema. Charcot promoveu uma separação definitiva entre a histeria e o útero, comprovando a existência desses sintomas no sexo masculino. Já para a segunda escola, representada por Berhain e Babinski, a histeria era entendida como um fenômeno cultural, que sofria as interferências do meio. A sintomatologia resultava de sugestões e simulações, portanto, o paciente histérico era um simulador consciente da produção de suas manifestações (Azevedo, 2011).

Freud, a partir de sua experiência em Paris, descreve a histeria como uma manifestação sem definições claras, observável ou associada a quadros de convulsões, paralisias, contraturas e distúrbios sensoriais. Assim, a histeria podia agora ser estabelecida por indicações positivas e não mais por simulação, como se acreditava anteriormente. Nas regiões afetadas havia uma excitabilidade diferente de outras partes do corpo. Apesar da intensidade dos sintomas histéricos e dos prejuízos causados aos pacientes, os sintomas não ofereciam risco de morte e as funções intelectuais continuavam preservadas (Freud, 1886/1987a e 1888).

Os sintomas histéricos seriam frutos de um trauma que transforma a excitação psíquica em conversão histérica sem respeitar a anatomia. O órgão poderia apresentar alterações influenciadas por elementos presentes no ambiente ou em decorrência de um processo constitucional. Freud nomeia o processo de submissão somática. Para que o processo ocorra, as associações são reprimidas pela incompatibilidade entre o desejo e a censura. Esse conteúdo conflitivo é de ordem sexual. Mas a histeria origina-se de causas sobredeterminadas, e a cada ataque o paciente revive a mesma situação e experiência da primeira vez (Breuer & Freud, 1893/1987; Freud, 1910/1987c).

Segundo Freud (1905/1987b), o sintoma histérico é determinado psiquicamente, e o paciente utiliza um dos órgãos para expressar pensamentos reprimidos. Com a irrupção de um desejo o eu se percebe ameaçado, e para desvencilhar-se dessa circunstância produz a repressão; mas esse caminho nem sempre é eficaz, gerando efeitos colaterais relacionados ao conteúdo recalcado. A manifestação histérica é a princípio vivida como um incômodo, mas aos poucos o sujeito consegue obter algum tipo de benefício com a sua nova condição. Desvendar um sintoma é complexo em decorrência da gama de significados e das alterações realizadas para o conteúdo inconsciente ser representado (Freud, 1910/1987c).

A histeria, segundo Freud, decorre de uma experiência traumática, isto é, de um excesso de energia descarregado de modo insatisfatório, escoando-se para o corpo por meio de um sintoma corporal. O psiquismo não é capaz de lidar com essa quantidade de energia, pois ela remete de algum modo a um

conflito insuportável para o sujeito. Esse conflito permanece produzindo efeito no paciente, por vezes sem que ele se dê conta (Freud, 1905/1987b).

Ressalte-se, neste momento, que muito mais poderia ser dito acerca da histeria pelo Freud, até porque, como se sabe, essa conceituação assim como as teorias gerais do autor sofreram modificações. Como o objetivo aqui é evidenciar o que acontece especificamente com a histeria nos sistemas classificatórios que, de início, a incorporam para depois a expurgarem, julga-se que os elementos retomados já permitem identificar o cerne do que se entende por essa categoria. Pois deve-se ter presente que o modo como a psiquiatria apresenta esse diagnóstico em suas classificações diz respeito apenas às primeiras formulações de Freud e não às proposições incorporadas por ele, subsequentemente, na primeira e na segunda tópicas. Para melhor compreender o que se passa no processo de incorporação e abandono (aparente) da histeria nas classificações, cabe examiná-las detidamente.

Classificação Internacional de Doenças – CID

A Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, como é nomeada a CID hoje, é fruto de muitas tentativas de conhecimento sobre as doenças. Os estudos estatísticos mais destacados foram os feitos por John Graunt (século XVII) e William Farr (século XIX), e ambos serviram de modelo para a padronização mundial. Pode-se mencionar outros trabalhos importantes, como: *Sauvages* de François Bassier de Lacroix (1768), Mc Bride (1772), Crichton (1804), Parr (1810), Young (1813) e Mason Good (1817) (Laurenti, 1991; OMS, 1965/1969b).

O estudo de John Graunt, de 1662, investigou os índices de mortalidade na cidade de Londres. Os dados obtidos nos registros das paróquias continham sexo, idade, origem e causa. Com essas informações, o cientista e demógrafo reuniu uma lista com 83 enfermidades causadoras de morte, os sintomas que conduziram a óbito e das circunstâncias em que isto ocorreu. As justificativas encontradas variaram bastante: desgosto, envenenamento, excesso de ingestão de bebida alcoólica, vômitos, inanição, depressão, paralisia, loucura, sarna, convulsão, queimadura, velhice etc. (Laurenti, 1991).

Já o trabalho do médico e sanitarista William Farr entre 1849 e 1854 aproveitou a categorização de Graunt, possibilitando uma maior ampliação e divulgação dos dados estatísticos de mortalidade. A proposta de Farr, apresentada no I Congresso Internacional de Estatística em Bruxelas (1853), ofereceu uma divisão dos dados em cinco grupos: doenças epidêmicas, doenças constitucionais, doenças com a localização anatômica, doenças do desenvolvimento e doenças decorrentes de algum evento traumático. A sua elaboração, junto à contribuição de outros colegas resultou em um produto final com 139

rubricas quanto à localização anatômica, corrigida e adaptada em 1864, 1874, 1880 e 1886. A sistematização serviu como base para a elaboração da Lista Internacional de Causas de Óbito (referência também utilizada para nomear as primeiras edições da CID). Apesar disto, a lista de Farr não foi adotada mundialmente, tal como se pretendia, mas o estudo conseguiu constatar a escassez de registros hospitalares e a inclusão de mortes não acidentais, o que foi determinante para as classificações posteriores (Laurenti, 1991).

A determinação de um sistema internacional objetiva possibilitar maior articulação entre a comunidade médica, garantindo, inclusive, que qualquer profissional possa diagnosticar, tratar e prevenir as doenças de maneira semelhante mundialmente. Assim, em 1891 foi criada a Classificação das Causas de Morte de Bertillon, sob a responsabilidade de Jacques Bertillon. A lista que incluía as causas de morte na cidade de Paris foi distribuída em 14 capítulos e 161 categorias e estimulou sua adoção mais sistemática em vários países. A primeira revisão desta listagem aconteceu em 1900 e alterou o número de rubricas para 179 dividindo-as em 35 grupos; a segunda foi realizada em 1909, e a terceira, em 1920, quando contou com a colaboração de 27 países. A quarta foi revista em 1929, e a quinta e última revisão, ainda nomeada Classificação das Causas de Morte de Bertillon foi publicada em 1938 com 200 rubricas. Apesar da expansão das nomenclaturas, os responsáveis pela CID-5 fizeram alterações estruturais mínimas, e a forma de apresentação e a identificação das doenças permaneceram as mesmas (OMS, 1955/1969a).

Nas cinco primeiras revisões, os transtornos mentais ainda não estavam presentes, pois se tratava apenas de uma classificação que visava mapear o índice e as causas de morte das pessoas. Ainda assim talvez seja possível dizer que algumas das causas de morte poderiam indicar o que aparecerá nas edições seguintes como “histeria”. A título de exemplo, destacam-se na categoria de afecções do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos nomeações como “outras formas de alienação mental” e “paralisias sem causa indicada” encontradas na segunda e terceira revisões, respectivamente. É possível supor isto, pois no cerne da definição de histeria está uma alteração clínica sem qualquer comprovação ou justificativa para tanto, além de que por muito tempo a histeria foi considerada um tipo de loucura e, portanto, de alienação (Gazeta Clínica, 1915; Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, 1920). Cabe lembrar aqui que a segunda e a terceira edições, que seriam nomeadas como CID, foram elaboradas ainda sob a coordenação de Jacques Bertillon em Paris, nos anos de 1909 e 1920, quando a histeria na Europa ainda apresentava significados importantes.

Em 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS) se responsabilizou pela classificação, publicando dois anos depois a sexta revisão, com alterações substanciais. Entre as transformações estão a substituição do nome para Classificação Internacional de Doenças, lesões e causas de morte (CID), a inclusão de uma lista de morbidades, a criação de comissões especializadas para

tornar os dados estatísticos mais fidedignos e a expansão de categorias, que passaram de 164 para 769. A notória expansão das categorias se justifica pela incorporação de uma lista de morbidades, uma pretensão da antiga diretoria, mas que não se realizara anteriormente (Laurenti, 1991). A sexta revisão traz, pela primeira vez, um capítulo das “Perturbações mentais, psiconeuroses e modificações da personalidade”, em que a histeria é apresentada de modo explícito na nomenclatura de “reação histérica sem menção de ansiedade e psiconeuroses com sintomas somáticos” (OMS, 1952, pp. 76-87).

A sétima revisão (1955) foi feita para uniformizar os dados e garantir a utilização mundial e, com isto, diagnósticos pouco frequentes não são aqui encontrados. O capítulo “Perturbações mentais, psiconeuroses e modificações da personalidade” permaneceu quase inalterado, no entanto os termos *neurose* e *psiconeurose*, presentes na revisão anterior, não são mais localizados e não é possível encontrar justificativa para essa decisão. A palavra *psiconeurose* se mantém apenas como nome da categoria (OMS, 1969). A interferência do psíquico sobre o corpo permanece como fundamental para a determinação desse diagnóstico, mas pode-se indagar: o que teria ocorrido para que essas duas palavras desaparecessem? Existe consequências na supressão desses termos?

A CID-8 foi publicada em 1965, com a colaboração de 36 países, e cada um dos participantes ficou responsável por uma tarefa. O intuito era que houvesse mais tempo para se dedicar às coletas e à fundamentação dos dados, tornando-as mais fidedignas. As informações para essa revisão foram recolhidas de pacientes em clínicas e hospitais psiquiátricos, possibilitando uma maior atenção para as questões de saúde mental. O quinto capítulo, “Perturbações mentais, psiconeuroses e modificações da personalidade”, permaneceu. Ainda que na revisão anterior o termo *neurose* tenha desaparecido como diagnóstico, ele pode ser observado, na oitava revisão, como nome de uma categoria que serve para localizar: “ansiedade fóbica, histérica, obsessivo-compulsiva, depressiva e hipocondríaca”. As doenças que antes eram somáticas não mais podem ser encontradas aqui, deslocando-se para uma nova categoria de “transtornos somáticos de origem psíquica presumível”. Parte das características dos quadros histéricos aparece nos “transtornos de personalidade”, recebendo, portanto, uma classificação própria (OMS, 1969, pp. 145-160).

Na nona revisão, de 1975, a OMS contou com a colaboração de 46 países, alguns órgãos importantes e outras dez organizações não estatais relacionadas a diversas especialidades. Nessa edição constam 55 mortalidades e 275 categorias de morbidades coletadas nos variados países. Foi incluído também o volume 2 com o “índice alfabético”. No que se refere aos transtornos mentais, foram incluídas descrições que auxiliassem os profissionais na determinação de um diagnóstico, tornando a classificação mais precisa. Na descrição dos transtornos mentais consta que a sua identificação é feita por meio de experiências subjetivas, ou seja, o clínico deve reunir as impressões que teve na entrevista e o

relato trazido pelo paciente acerca de suas sensações sintomáticas. Ressalta-se a importância de observar tais aspectos nas consultas, uma vez que o diagnóstico psiquiátrico é feito sem a contribuição concreta de exames, somente por possíveis constatações de comportamentos alterados.

Há um novo capítulo acerca dos “transtornos neuróticos, transtornos da personalidade e outros transtornos mentais não psicóticos”, no qual os transtornos neuróticos são definidas por não possuírem base orgânica evidente. Os pacientes com esse funcionamento possuem compreensão da realidade, não confundindo experiências subjetivas e fantasias, como no caso dos psicóticos. Os principais sintomas são ansiedade excessiva, sintomas histéricos ou obsessivos, compulsão, fobias e depressão. Consta que a histeria se caracteriza como um transtorno mental com limitação da consciência e distúrbios motores ou sensoriais. Ainda que o paciente não se dê conta, ganhos psicológicos ou valores simbólicos podem ser engendrados. Estão presentes fenômenos de “dissociação” (estreitamento da consciência em prol do inconsciente acompanhado ou subsequente a uma amnésia seletiva ou a alguma alteração da personalidade, por exemplo, fugas errantes e de conversão) e quadros “conversivos” (sintomas corporais como paralisia, tremor, cegueira, surdez ou convulsões). Na manifestação histérica, pode-se localizar um mimetismo psicótico. Pertencem ao grupo: astasia-abasia histérica, histeria sem outra especificação (SOE), histeria de conversão, neurose de renda, personalidade múltipla, reação de conversão, reação ou estado dissociativo, síndrome de Ganser (histérica) (OMS, 1978, pp. 179-216).

A classificação “outros transtornos neuróticos” agrupa os transtornos neuróticos não classificados em outras partes, como é o caso da neurose ocupacional, neurose psicastênica, psicastenia, transtorno de Briquet. Os “transtornos de personalidade” abrangem o que nos interessa aqui, o “transtorno histérico de personalidade” com afetividade superficial e lábil, dependência, necessidade de atenção e reconhecimento, sugestionabilidade e teatralidade. É comum observar nesses pacientes imaturidade sexual e frigidez. Eventualmente, sintomas histéricos podem compor o diagnóstico. Incluem-se aqui personalidade histriônica e personalidade psicoinfantil, mas fica excluída a neurose histérica. O diagnóstico de “disfunções fisiológicas originadas em fatores mentais” compreende sintomas orgânicos originados a partir do psíquico, podendo ser manifestados por meio de reações físicas ou disfunções fisiológicas. Na categoria de “fatores psíquicos associados a doenças classificadas em outra parte”, reconhece-se a questão mental como determinante na etiologia das doenças físicas e o quadro vem acompanhado de componentes como aflição, medo e conflito (OMS, 1978, pp. 179-216).

A décima e última revisão já publicada (1993) criou um volume para cada especialidade, portanto a psiquiatria recebeu um tomo próprio dos transtornos mentais. A CID-10 contou com 43 países-membros e estimou-se que as revisões deveriam ocorrer a cada dez anos, período com características temporais

demarcadas pelos achados clínicos. Vale observar que a CID não chegou a ser publicada em nova edição desde esta data, ou seja, não havendo publicações em 2003 ou 2013. Na sua última versão, foram incluídas as diretrizes clínicas e as diretrizes diagnósticas para auxiliar o âmbito clínico, educacional e assistencial. As descrições e diretrizes de cada transtorno não mencionam implicações teóricas, mas um conjunto de sintomas localizado por diversos profissionais, em vários lugares do mundo. Como exemplo da alegada imparcialidade, menciona-se aqui a divisão tradicional da neurose e da psicose, em que não há pressupostos de mecanismos psicodinâmicos. O termo neurose foi mantido, de maneira ocasional, por exemplo, na classe dos “transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes” (OMS, 1993, pp. 130-170).

Na décima revisão nota-se que as terminologias de “psicogênico” e “psicossomático” não são usadas, pois remetem a significados distintos culturais e locais, podendo produzir situações e diagnósticos equivocados. A exclusão do termo psicossomático se justifica, ainda, pelo estigma produzido entre os profissionais que, ao se depararem com a interferência dos fatores psicológicos no quadro orgânico, concluíam se tratar imediatamente do diagnóstico de psicossomático, encaminhando o paciente a outros especialistas, por vezes sem prestar o atendimento necessário. Entretanto esse tipo de transtorno (psicossomático) pode ser encontrado ao longo da classificação nos seguintes diagnósticos: F45 (transtornos somatoformes), F50 (transtornos alimentares), F52 (disfunção sexual), F54 (fatores psicológicos ou comportamentos associados a transtornos ou doença classificados em outros blocos) (OMS, 1993, pp. 130-192).

A mesma decisão foi tomada quanto à “histeria”. Para os responsáveis pela CID-10, o termo não foi empregado em nenhum transtorno em decorrência de suas diversas gradações e significados. Em seu lugar, optou-se pelo termo “dissociativo”, que contempla tanto o quadro dissociativo em si quanto os quadros conversivos, identificados na classe geral de “transtornos neuróticos, estresse e somatoformes”, geralmente relacionados a eventos traumáticos, problemas sem resolução ou intoleráveis para o paciente. Os quadros presentes na classificação eram até a nona revisão nomeados de “histeria de conversão”, na qual a presença de afetos desprazerosos produz problemas ou conflitos diante dos quais o paciente se percebe incapaz de solucionar, resultando isto na produção de sintomas. O diagnóstico “somatoforme” abriga predominantemente quadros físicos ou somáticos, de modo a respeitar a interferência do psicológico para o desencadeamento ou agravamento do transtorno. Nesse caso, o fundamental é a presença de sintomas físicos associados aos incessantes pedidos de investigações médicas, mesmo frente aos exames negativos. Os sintomas não justificam sua origem e extensão nem a angústia e a preocupação despertada no paciente que é incapaz de reconhecer que eventos angustiantes podem ser a origem de seu transtorno (OMS, 1993).

Para 2016 está previsto o lançamento da próxima revisão. Os responsáveis da OMS buscaram colaboradores de diversos países para discutir ideias, sugestões e possíveis alterações para a nova edição. A solicitação foi estendida aos profissionais da saúde mental com alguma experiência clínica. A finalidade é verificar se existem categorias e descrições a serem incorporadas no texto, já previamente redigido.

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM)

Os órgãos responsáveis por gerenciar a população norte-americana, depois do período do pós-guerra, sentiram necessidade de padronizar formas de identificar e tratar o sofrimento mental. Essa demanda já existia antes da experiência bélica e ante a situação traumática e a quantidade de pacientes carentes de assistência aumentou significativamente. A falta de uniformidade entre os centros de saúde mental promovia confusões acerca do diagnóstico e do tratamento. Diante daquele cenário, a Associação Psiquiátrica Americana (APA) criou, em 1952, a primeira edição do DSM para abranger a compreensão dos problemas enfrentados pela população norte-americana. Era preciso dar atenção especial às áreas da personalidade com distúrbios transitórios e reações de estresse, transtornos mais prevalentes em soldados no retorno da guerra, pois os psiquiatras do exército norte-americano deparavam-se com realidades diferentes das encontradas na psiquiatria hospitalar civil. No contexto hospitalar, frequentado por combatentes, predominavam as perturbações mentais acompanhadas de doenças cerebrais orgânicas. E na população em geral, os transtornos mentais eram relacionados mais a questões de humor. Na primeira versão ainda não se localizava a histeria como entidade nosográfica, mas a palavra histeria pode ser encontrada dezesseis vezes ao longo do manual, sendo citada apenas como uma possibilidade de classificação, sem descrições. Por exemplo: “paralisia histérica da laringe, espasmo histérico da laringe, paralisia histérica da úvula, ptialismo histérico, incontinência histérica, ambliopia histérica, astenopia histérica, amaurose histérica, paralisia histérica de alojamento, surdez histérica, histeria de angústia” (APA, 1952, pp. 1-8).

Nessa primeira versão a descrição de algumas categorias trazem explicações semiológicas com a finalidade de relacionar as desordens e as patologias com os fatores psicológicos que poderiam contribuir para o aparecimento dos sintomas. A categoria de “transtornos psicofisiológicos autônomos e viscerais” remete aos distúrbios psicossomáticos. Esse diagnóstico compreende reações decorrentes de um estado crônico e excessivo da emoção que teve de ser reprimido. Devido a essa exagerada expressão fisiológica em que conteúdos subjetivos precisavam ser afastados da consciência, o surgimento de comprometimentos viscerais promove pequenas mudanças estruturais, e isto nos dias de hoje

pode ser comprovado por exames de neuroimagens (Schoenfeld, Hassa, Hopf, Eulitz & Schmidt, 2011; Atmaca, 2012). Esses casos podem ser identificados na neurose de órgãos, nos estados de ansiedade, nas neuroses cardíacas, nas neuroses gástricas, cutâneas, respiratórias etc. Os “transtornos psiconeuróticos” configuram-se por intensos sentimentos de ansiedade experimentados de modo direto ou expressos por defesas. As defesas, também chamadas de “reações psiconeuróticas”, são lutas internas ou externas que o paciente estabelece como forma de lidar com a sua ansiedade. Os mecanismos de defesa possíveis são conversão, depressão, dissociação, deslocamento, formação fóbica, pensamentos e/ou atos repetitivos. Os desajustes no decorrer da vida dependem do grau e da intensidade dos sintomas para determinar o nível de prejuízo no cotidiano do paciente (APA, 1952).

Em 1968, a APA publicou a segunda versão do DSM, em função do êxito da primeira nos hospitais e clínicas psiquiátricas, consultórios particulares e centros de serviços comunitários. Para manter os resultados mundiais, os autores do DSM-II solicitaram o apoio de psiquiatras da OMS para elaborar a nova edição (APA, 1968).

Nota-se que o termo “histeria” não é mais citado e encontra-se apenas o adjetivo “histérica” (19 vezes). Para essa alteração não há justificativas, mas observa-se a expressiva presença do termo “neurose” (citado 57 vezes). Para o manual, a ansiedade é a principal característica das “neuroses”, podendo refletir a expressão do inconsciente, por mecanismos como o deslocamento e a conversão. Na maior parte das vezes, esses mecanismos produzem sintomas que expressam o sofrimento subjetivo e promovem alívio para o paciente. Para o DSM-II, as neuroses, ao contrário das psicoses, não produzem uma distorção ou uma má interpretação da realidade externa, embora o manual deixe explícito que uma eventual exceção a isto pode ocorrer na “neurose histérica”, na qual podem ocorrer alucinações ou outros sintomas semelhantes aos da psicose. A “neurose histérica” substitui o que estava nomeado de “reação conversiva” e “reação dissociativa”. Os sintomas irrompem frente a situações emocionais e conflitos latentes importantes. A alteração também aconteceu na terminologia “personalidade emocionalmente instável”, nomeada agora como “personalidade histérica”. Na “neurose histérica tipo conversão”, os sentidos especiais ou voluntários do sistema nervoso são afetados provocando cegueira, surdez, anestias, parestesias, paralisias e discinesias. Por vezes, esses pacientes demonstram indiferença e inadequada preocupação frente aos seus sintomas, citados como *belle indifférence*. Os “transtornos psicofisiológicos (distúrbios físicos de possível origem psicogênica)” substituem o que antes era nomeado no DSM-I por “transtornos psicofisiológicos autônomos e viscerais”. São um grupo de classificações composto por sintomas físicos decorrentes de fatores emocionais envolvendo um único órgão, afetando a vida vegetativa, isto é, a respiração, a circulação do sangue, o controle de temperatura ou a digestão. Nessa edição, a

presença da psiquiatria psicodinâmica poderia ser identificada, sendo os sintomas resultados de conflitos não manifestos (APA, 1968).

A terceira versão do manual (1980) trouxe uma ampla descrição nosográfica justificada por uma maior precisão quanto ao uso diagnóstico e por facilitar as pesquisas na área da saúde mental. Os responsáveis evitam o conceito de histeria em favor de um modelo com maior precisão na distinção entre o normal e o patológico. A visão psicodinâmica é abandonada, e a histeria, substituída por novas categorias. O termo “neurose”, sendo entendido como vago pelos responsáveis, foi mantido entre parênteses por receio da versão não ser aprovada pela APA. Segundo o DSM-III, a classificação “psiconeurose” utilizada por Freud indicava um sintoma doloroso e um conflito. Tratava-se de um emprego tanto descritivo quanto etiológico. O processo psiconeurótico geraria no indivíduo ansiedade e má adaptação, e, na tentativa de lidar com tais questões, o sujeito procuraria se defender do sofrimento produzindo um sintoma. Embora toda a descrição esteja contemplada no manual, afirma-se que ainda não foi encontrado um consenso quanto à definição de “neurose”. Assim, o conceito foi utilizado apenas de modo descritivo, não como classificação diagnóstica. Sugere-se ao clínico utilizar o termo “processo neurótico” frente a conflitos inconscientes (desejos opostos) ou desejos e proibições, de modo que tais elementos produzam perigos antecipados, sintomas ou perturbações da personalidade. O “distúrbio neurótico”, termo recomendado e usado na edição, refere-se a uma perturbação mental de um único sintoma ou um grupo de sintomas que perturbam o indivíduo, sendo reconhecidos por ele como estranhos ou inaceitáveis. Para a terceira versão do manual, os “transtornos neuróticos” – que reúnem tanto o processo quanto o distúrbio neurótico – podem ser localizados nas categorias “ansiedade afetiva, transtornos somatoformes, transtornos dissociativos e transtornos psicosssexuais”.

Os “transtornos somatoformes” são sintomas físicos sugestivos de alterações fisiopatológicas, embora sem causas orgânicas demonstráveis ou mecanismos funcionais conhecidos, e neles observam-se disfunções psíquicas e mentais que extrapolam o campo da intenção ou simulação. Outra categoria destacada são os “fatores psicológicos que afetam a condição física”. Nesse caso os fatores psicológicos interferem e prejudicam a saúde de tal forma que produzem transtornos físicos. A categoria é usada ao descrever o que nos manuais anteriores aparecia como “psicossomático” ou “psicofisiológico”. Em 1987, uma edição de revisão do DSM-III surge com poucas reformulações nas categorias em estudo, mas exclui por completo as menções de histeria ou de neurose antes presentes entre parênteses ao lado das novas categorias, reconhecendo a sua similaridade.

Em 1994, surge o DSM-IV, no qual o termo neurose foi abolido e a histeria foi diluída entre os chamados transtornos somatoformes que abrangem transtornos conversivos, somatização e somatização sem outra especificação, hipocondríaco, dismórfico corporal, doloroso e somatoforme indiferenciado. O transtorno de personalidade histriônica é caracterizado por excitabilidade

emocional, instabilidade, formação reativa e autodramatização. O paciente busca de modo excessivo a atenção do outro num processo que é muitas vezes acompanhado de atitudes sedutoras. No ano de 2000, o manual sofreu uma nova reformulação (DSM-IV-R), que amplia as informações acerca de cada diagnóstico e mantém-se mais próximo da nomenclatura utilizada pela CID.

O DSM-V foi lançado em 2013 e trouxe alterações significativas. Os transtornos somatoformes foram denominados “sintomas somáticos e transtornos relacionados”. Consta no manual que a alteração decorre da terminologia confusa associada ao dualismo entre corpo e mente, o qual gerava falta de fidedignidade nas avaliações de sintomas inexplicáveis por causas orgânicas e dificuldades na estratégia de tratamento. Assim, os critérios são agora mais diretivos e privilegiam o modo como o paciente lida com o sintoma, possibilitando incluir casos de cunho orgânico que sofrem interferência de questões psíquicas, tais como os quadros psicossomáticos. Para os autores do DSM, o intuito era estabelecer uma concepção pluridimensional dos transtornos mentais e relacioná-la à genética, à neurociência, à epidemiologia, à investigação clínica e às culturas, abrangendo as modificações e avanços científicos e garantindo maior compreensão psiquiátrica (APA, 2013).

Histeria e agora?

Hoje é possível dizer que a histeria não pode mais ser localizada nos manuais psiquiátricos de maneira explícita. Como se mostrou aqui, a categoria foi aos poucos se apagando das classificações desde a década de 1980. A justificativa dos responsáveis, principalmente o DSM, era a da conveniência de se dividir a histeria em outros modos de nomeação para favorecer o emprego do instrumento por múltiplos profissionais do campo da saúde mental. Devia-se garantir que os sistemas classificatórios possuísem neutralidade teórica. Por isto, certos termos como neurose e histeria deveriam ser evitados pelos problemas quanto à sua definição, o que remetia a uma concepção mais psicodinâmica. É preciso destacar que, apesar da supressão dos termos, a ideia continua a existir. Por exemplo, quando na definição do DSM localiza-se “conflito inconsciente descarregado no corpo sob a forma de sintoma”. Cabe aqui observar também a presença do termo inconsciente que remete, sem dúvida, à psicanálise. O esclarecimento dos termos conversão e transtornos somatoformes indica tratar-se de um conflito que é extravasado no corpo por meio de um determinado sintoma. Novamente isto nos sugere uma forte proximidade com a concepção teórica psicanalítica, ainda que não explicitamente referida. Destaca-se que menções a termos e explicações vinculadas de modo mais direto à histeria e aos conflitos inconscientes se encontram mais evidentes no final do DSM, nos apêndices, talvez a parte do manual menos consultada pelos profissionais.

A história se passa mais ou menos da seguinte forma: até os anos 1980, o paradigma que vigorava era o da compreensão de sofrimento psíquico baseada na lógica do sujeito, e, portanto, a psiquiatria clássica contava com o apoio da psicanálise. No entanto, esse entendimento foi alterado conforme os modelos mais biomédicos e mais cognitivistas foram sendo aperfeiçoados, produzindo uma necessidade de estabelecer modelos e justificativas a partir de pesquisas empíricas, o que conseqüentemente não pôde mais permitir espaço para as teorias psicodinâmicas. A transformação passa da noção de sujeito para a noção de objeto. Os comportamentos e as descrições sintomatológicas conduzem às novas edições do manual. O modelo de interpretação e as questões de cunho psíquico são, em sua maioria, abolidos pelo DSM em prol de um paradigma psicométrico e estatístico (Demazeux, 2013).

Parece que, conforme apontam os autores Pedinielli e Bertagne, o fato de não mais classificar os pacientes como histéricos ou como neuróticos não faz com que o sofrimento dos mesmos deixe de existir. Em suas palavras: “A batalha da histeria é momentaneamente interrompida por uma dispersão da categoria em inúmeros grupos. Mas os problemas clínicos, antropológicos e éticos trazidos pela histeria permanecem inteiros qualquer que seja o nome dado.” (Pedinielli & Bertagne, 2010, p. 44).

Deve-se reconhecer que os sistemas classificatórios ajudaram e muito os profissionais no entendimento das patologias, no estabelecimento do diagnóstico e na cura. E a grande contribuição no campo da saúde mental foi que eles facilitaram inclusive uma maior articulação entre os profissionais. Mas o que se coloca em questão é se o tipo de transformação realizado pelos sistemas classificatórios, cada vez mais fragmentadores, não leva a produzir profissionais cada vez menos reflexivos e mais preocupados em oferecer um nome ou um medicamento para a angústia do paciente ao invés de avaliar a sua real necessidade. As classificações facilitam a prática clínica, mas não devem ser recursos únicos para a determinação de um diagnóstico. Faz-se necessário também que a escuta, a experiência do profissional e o contato com o paciente sejam considerados. “A humanidade médica ... é transmitida pela personalidade médica, imperceptível em cada momento na sabedoria do trato, no falar, no espírito de uma clínica, na atmosfera calma e silenciosamente presente do que é pertinente no plano médico.” (Jaspers, 1986, pp. 7-8).

Hoje os autores sugerem que a psiquiatria, preocupada com uma orientação emergencial e um tratamento imediatista, tem cada vez mais se distanciado da psiquiatria tradicional, pautada na observação e na preocupação com fenômenos objetivos e mais verificáveis do ponto de vista clínico. Afirmar isto não significa deixar de admitir os progressos obtidos pela psiquiatria nas últimas décadas (Figueiredo & Tenório, 2002).

A psicanálise, diferentemente da psiquiatria, possui um entendimento que prioriza o particular ao universal, valoriza os mecanismos de defesa e a

maneira como o sujeito lida com o sofrimento. Para essa clínica, a identificação dos conflitos, presentes desde a infância, é fundamental para compreender o sujeito e poder tratá-lo. Além disto, enquanto para a medicina o que importa é a abolição dos sintomas que incomodam o paciente garantindo a cura, para a psicanálise é preciso que o sujeito fale de suas angústias e conheça com mais propriedade o que o aflige. Segundo a psicanálise, o diagnóstico não é feito por exclusões de outros critérios, mas por inclusões; em vez de silenciar o sujeito, solicita-se que este fale para entendê-lo melhor. Estimula-se que o paciente rememore o que lhe perturba, de modo que com isto ele possa observar e adquirir novos pontos de vista ou novas percepções, diminuindo o que lhe parecia anteriormente tão aflitivo. Apesar dessas diferenças, a psicanálise não se caracteriza como oposição à psiquiatria. Mas propõe-se a observar a loucura a partir da óptica particular do sujeito exprimir o seu sofrimento psíquico (Lepastier, 2013).

Apesar das distinções entre a psicanálise e a psiquiatria, sabe-se que hoje a necessidade de aplacar o sofrimento faz com que as pessoas recorram a diversos tipos de tratamentos imediatistas empregados, principalmente, pelo médico. Este profissional, por sua vez, sente-se pressionado a solucionar as queixas do paciente e a agir para eliminar todo e qualquer mal-estar. As pessoas vão aos médicos, muitas vezes, à procura de um nome para o seu incômodo, isto porque não são raros os momentos em que o acometimento psíquico se vale do corpo para exprimir angústias que o próprio sujeito desconhece. Na figura do médico encontram um reconhecimento e um lugar onde o seu sintoma é admitido. No entanto, por vezes, o custo disto pode representar um risco:

o doente vai ao médico porque quer, a todo preço, ser tratado. A consulta termina, em todo o caso, com instruções, de acordo com sua expectativa. A necessidade de um tratamento permanente, a angústia dos que querem ser curados de qualquer coisa, a exigência feita ao médico através de demandas que são irrealizáveis forçam ao desenvolvimento de métodos que não são racionalmente eficazes. (Jaspers, 1986, p. 9)

No decorrer da história psicopatológica, diversos foram os esforços para entender o que se passa com tais sujeitos, e com isto a ciência possibilitou inclusive a multiplicação de nomes e de classificações. Ao examinar a primeira edição do DSM, é possível notar que ela apresenta 182 categorias diagnósticas distribuídas em 130 páginas; já a última edição conta hoje com cerca de 300 transtornos descritos em 947 páginas.

Borch-Jacobsen (2013) faz uma importante reconstrução acerca da história da loucura, a origem dessa concepção e as suas categorizações no campo da psiquiatria e da psicanálise para discutir o que é feito hoje com o sofrimento psíquico, quais os tratamentos oferecidos e até onde a ciência alcança. A

terminologia “loucura” é ampla e pode incluir diversos quadros clínicos e funcionamentos psíquicos, entre eles histeria, perversão, psicose, neurose obsessiva, depressão, esquizofrenia, anorexia, personalidade múltipla, *borderlines* etc. Para o autor, a compreensão do acometimento psíquico filia-se aos interesses profissionais, culturais, políticos e sociais produzidos em novos tratamentos que se transformam para atender às manifestações clínicas vigentes naquele período. Ainda que se localizem alterações nas nomeações dos diagnósticos, parece que isto não altera o sofrimento psíquico do homem.

Os estudos e os sistemas classificatórios indicadores dos quadros orgânicos parecem não ter proporcionado grandes dificuldades aos cientistas da área. Criaram-se novas doenças, mas a maneira de nomear parece não ter sofrido tantas alterações, tanto que a própria CID para identificar doenças neurológicas, por exemplo, não se expande tanto se comparada à classificação de transtornos mentais. Ao que tudo indica, na medicina e na saúde mental, quando o diagnóstico se refere a quadros orgânicos bem delimitados – como a epilepsia, a paralisia geral progressiva, o mal de Alzheimer – e que podem facilmente ser comprovados por meio de exames, isto provoca poucos questionamentos entre os pesquisadores. Mas as coisas não ocorrem do mesmo modo quando existem quadros mais nebulosos e subjetivos. Criar novas categorias, novos diagnósticos como tentativa de entender e circunscrever esse tipo de mal-estar ajuda ou atrapalha os profissionais do campo da saúde mental? Como fazer com que os profissionais se comuniquem de modo mais articulado quando, na realidade, são encontradas variações significativas entre historiadores, médicos, antropólogos, sociólogos, psicanalistas e psicólogos para explicar a angústia e o sofrimento psíquico? Até que ponto novos medicamentos, novas pesquisas e novas terapêuticas são capazes de apreender o cerne do sofrimento psíquico ou esses progressos apenas se distanciam do paciente, fazendo-o silenciar e/ou produzindo ainda outras manifestações? (Borch-Jacobsen, 2013)

Os médicos e profissionais continuam a se interessar pelos pacientes histéricos, tanto que a cada edição novas tentativas de entender esse tipo de sofrimento aparecem expressas por novos nomes, novas condutas, outras terapêuticas. Isto pode corroborar a proposição feita por Israel (1995) de que antes essas pessoas eram queimadas por serem consideradas bruxas, e os médicos que nada podiam fazer para impedir esse movimento, sentiram-se impotentes diante do poder e da dominação da Igreja. De modo a evitar que elas sejam classificadas ou comparadas aos enigmas indecifráveis exemplificados pelas bruxas de outros tempos, hoje os médicos recorrem a diversos artifícios e exames numa busca incessante por algo que conduza a um nome, evitando, assim, que alguma provável patologia grave e orgânica acometa esses pacientes sem terem sido diagnosticados.

Pode-se ainda indagar em que medida os pacientes somáticos de hoje, assim nomeados pela psiquiatria e até popularmente conhecidos, em função do

DSM-IV-R, como pacientes com transtornos somatoformes, reeditam as bruxas e as histéricas justamente porque continuam desafiando a hipótese da plena adequação à classificação e produzindo mal-estares e impotência naqueles que desejam curá-los. O paciente, quando se dirige a um profissional da saúde mental, geralmente, vem para dizer as suas angústias e as repercussões que esse problema gera em sua vida. O médico, a partir da escuta do paciente e de seus conhecimentos, busca oferecer um nome para o mal-estar daquele que está diante dele. Essa nomeação conduzirá, então, a doença, a evolução, o prognóstico e a cura. Tanto na história dos manuais quanto em Freud, notam-se esforços para circunscrever o sofrimento psíquico. O expurgo da histeria como classificação não atenua a questão: as hipóteses de categorias que a substituem esbarram sempre no limite da inexistência da causalidade orgânica. As demandas da época e da sociedade fornecem o colorido das manifestações sintomáticas. Pensar na histeria como sendo uma patologia contemporânea obriga a uma reflexão inclusive acerca da manifestação dos sintomas. Não é possível querer universalizar o sofrimento dos pacientes histéricos. Eles parecem querer mostrar aos profissionais que os assistem que precisam expressar as suas angústias e os seus conflitos por meio do corpo, utilizando-se desse recurso para apelar por uma escuta diferente das objetiváveis encontradas nos manuais. Para se compreender e se fazer compreendido o sujeito histérico se vale de inúmeros meios e, com isto, custos psíquicos, corporais e econômicos são postos em pauta, isto é, acarretam prejuízos somáticos pela manifestação constante dos sintomas; pagam com o físico pelas descargas que dão vazão à angústia, obrigando os pacientes a frequentarem inúmeros especialistas e realizarem diversos exames. Pagam com o social, pois recebem um lugar de cuidados médicos e familiares, mas têm que se afastar de atividades e contatos ao se submeterem à rotina necessária para a investigação diagnóstica. Assim, constata-se a complexidade desses casos que, nos dias de hoje, mais do que noutros, precisam ser vistos e ouvidos para serem reconhecidos. A não compreensão de um sintoma para os médicos conduz a um diagnóstico – ausência de comprometimento físico que possa atuar causalmente. A histeria faz aflorar os limites das teorias, contribuindo para que se prossiga numa escrita (sem fim) não só da doença, mas também de um fenômeno social que mobiliza práticas de leitura (observação), investimentos de classificação e luta pela legitimidade de dar a explicação mais plausível do problema (Catani, no prelo).

Foi com base no pensamento classificatório como modalidade de entendimento do que se passa com o homem que surgiram os manuais psiquiátricos, a CID e o DSM. Apesar das críticas a esses dois modelos de nomeação do sofrimento psíquico, até o momento não foi elaborado outro instrumento de tanto alcance no campo médico científico e que fosse empregado por diversos profissionais. As nomenclaturas foram elaboradas e modificadas nas diversas edições do DSM e da CID. Nota-se que a preocupação com as interferências psíquicas não deixa de ser uma questão, ainda que os nomes variem. Apesar do não reconhecimento

explícito dos editores, identifica-se, na última revisão do DSM, um retorno às problemáticas psicológicas que passam a desempenhar um importante papel na configuração do transtorno. Uma pesquisa dos colaboradores da OMS (Reed, Correia, Esparza, Saxena & Maj, 2011) apontou que dos quase 5 mil psiquiatras entrevistados em 44 países diferentes, 83% admitiram utilizar frequentemente a CID e/ou o DSM. Apesar disto, quase 90% dos entrevistados consideraram o DSM complicado e acompanhado de uma lista interminável de critérios para a determinação diagnóstica. Os participantes recomendam uma classificação com apenas cem diagnósticos e com definições patológicas mais flexíveis. O que se especula é se a próxima edição da CID, tendo como base essa pesquisa, não oferecerá surpresa à comunidade científica. Os autores supõem igualmente que a próxima revisão, a décima primeira da CID, pode conter características similares às utilizadas no DSM-II, ou seja, transtornos mais precisos e com definições em cada uma das categorias e não somente uma lista descritiva de critérios (Vittorio, Minard & Gonon, 2013). Com isto talvez seja procedente perguntar: seria mesmo possível afastar-se da histeria e de suas manifestações? Parece que até mesmo os integrantes da APA e da OMS reconhecem essa dificuldade.

Histeria, trastornos somatoformes y síntomas somáticos: las múltiples configuraciones del sufrimiento psíquico en el interior de los sistemas clasificatorios
 Resumen: Este artículo retoma la historia de la histeria y de los intentos científicos de su estudio. Continúa las inversiones hechas a lo largo del tiempo para superar el sufrimiento histérico. Los éxitos parecen limitados y los síntomas siguen manifestándose, moldados por las diferentes condiciones socio-históricas. Las configuraciones de la histeria en el interior de los sistemas clasificatorios es el objeto central de este análisis. Se recurre a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), considerando también las primeras definiciones freudianas de la histeria. Las nuevas nomenclaturas como neurosis histérica, trastorno psicossomático, trastornos somatoformes y síntomas somáticos, expresan los esfuerzos para circunscribir la especificidad de este mal estar. Las definiciones tratan de atender la posibilidad de intervenciones más precisas en el tratamiento de los síntomas, pero indican asimismo una nueva fragmentación y dispersión de la percepción de modalidades de sufrimiento.
 Palabras clave: histeria, CIE, DSM, psicoanálisis, psiquiatría

Hysteria, somatoform disorders and somatic symptoms: the multiple settings of psychic suffering inside the classification systems
 Abstract: This article recovers the history of hysteria and the scientific attempts to study it. Thus follows the investments made over time to overcome hysterical suffering. The successes seem limited and the symptoms continue to manifest, shaped by different socio-historical conditions. The central object of this analysis is to explore the settings of hysteria within the classification systems. The text resorts to the International Classification of Diseases (ICD) and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health (DSM), also considering the first Freudian

definitions of hysteria. The new classifications, such as hysterical neurosis, psychosomatic disorder, somatoform disorders and somatic symptoms express the efforts to circumscribe the specificity of this malaise. The definitions try to cater to the possibility of more precise interventions for the treatment of the symptoms, but also indicate a new fragmentation and dispersion of perception of the modalities of suffering.

Keywords: hysteria, ICD, DSM, psychoanalysis, psychiatry

Referências

- Alonso, S. L. & Fuks, M. P. (2004). *Histeria*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- APA – American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- APA – American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2ª ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- APA – American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- APA – American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- APA – American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed. texto revisto). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- APA – American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Atmaca, M. (2012). Neuroimaging in Somatoform Disorders: a Review. *Turkish Journal of Psychiatry*.
- Azevedo, B. H. (2011). *Crise epiléptica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Borch-Jacobsen, M. (2013). *La fabrique des folies: de la psychanalyse au psychopharmarking*. Paris: Sciences Humaines Éditions.
- Breuer, J., & Freud, S. (1987). Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., vol. 2, pp. 41-53, 2ª ed.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1893)
- Catani, J. (no prelo). Ler, escrever e inscrever a histeria: os novos nomes, os novos sintomas e a velha neurose. In P. E. S. Ambra & N. Silva Jr. (Orgs.), *Histeria e Gênero – o sexo como desencontro*. São Paulo: Versus.
- Demazeux, S. (2013). *Qu'est-que c'est le DSM? Genèse et Transformations de la Bible Américaine de la Psychiatrie*. Paris: Ithaque.
- Figueiredo, A. C. & Tenório, F. (2002). O diagnóstico em psiquiatria e em psicanálise. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, V (1), 29-43.
- Freud, S. (1987a). Observação de um caso grave de hemianestesia em um homem histérico. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., vol. 1, pp. 51-57, 2ª ed.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1886)
- Freud, S. (1987b). Fragmentos de análise de um caso de histeria. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., vol. 7, pp. 1-119, 2ª ed.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905)
- Freud, S. (1987c). A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund* (J. Salomão, trad., vol. 11, pp. 193-203, 2ª ed.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1910)
- Gazeta Clínica. (1915, novembro). Nomenclatura internacional das causas de óbitos (Classificação de Bertillon) (2ª rev.). *Gazeta Clínica*, 13 (11).
- Israël, L. (1995). *A histérica, o sexo e o médico*. São Paulo: Escuta.

- Jaspers, K. (1986). *O médico na era da técnica* (J. T. Proença, trad.). Lisboa: Edições 70.
- Kehl, M. R. (2009). A psicanálise e o domínio das paixões. In A. Novaes (Org.), *Os sentidos da paixão*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Laurenti, R. (1991). Análise de informação em saúde: 1893-1993, cem anos da Classificação Internacional de Doenças. *Revista de Saúde pública*, 25 (6), 407-417.
- Lepastier, S. (2013). La classification des troubles psychiques en psychanalyse (encadré). *Classer, penser, contrôler*, 66, 102-103.
- OMS – Organização Mundial da Saúde. (1952). 6ª revisão das *Listas Internacionais de Doenças e Causas de Morte*. Washington, D.C.: Organização Panamericana de Saúde (OPAS) (Trabalho original publicado em 1948)
- OMS – Organização Mundial da Saúde. (1969a). 7ª revisão das *Listas Internacionais de Doenças e Causas de Morte*. Washington, D.C.: Organização Panamericana de Saúde (OPAS). (Trabalho original publicado em 1955)
- OMS – Organização Mundial da Saúde. (1969b). 8ª revisão das *Listas Internacionais de Doenças e Causas de Morte*. Washington, D.C.: Organização Panamericana de Saúde (OPAS). (Trabalho original publicado em 1965)
- OMS – Organização Mundial da Saúde. (1978). 9ª revisão das *Listas Internacionais de Doenças e Causas de Morte* (vol. 1). Genebra: Organização Mundial de Saúde (Trabalho original publicado em 1975)
- OMS – Organização Mundial da Saúde. (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições, clínicas e diretrizes diagnósticas* (D. Caetano, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- OMS – Organização Mundial da Saúde CID-10. (2008). *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde* (Centro Colaborador da OMS para a Família de Classificações Internacionais, trad., vol. 1, 10ª rev.). São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Pedinielli, J. L. & Bertagne, P. (2010). *Les névroses* (2ª ed.). Paris: Armand Colin.
- Pollo, V. (2003). *Mulheres históricas*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.
- Reed, G. M.; Correia, J. C.; Esparza, P.; Saxena, S. & Maj, M. (2011). The WPA-WHO Global Survey of Psychiatrists' Attitudes Towards Mental Disorders Classification. *World Psychiatry*, 10 (2), 118–131.
- Schoenfeld, M. A., Hassa, T., Hopf, J. M.; Eulitz, C. & Schmidt, R. (2011). Neural Correlates of Hysterical Blindness. *Cerebral Cortex* October, 2 (21), 2394-2398.
- Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. (1920). Seção de estatística demográfica-sanitária – *Nomenclatura Internacional das Causas de Óbitos e Causas de Morte Intra-uterinas (Classificação de Bertillon)* (3ª sessão). São Paulo.
- Trillat, E. (1991). *História da histeria* (P. Portchat, trad.). São Paulo: Escuta.
- Vittorio, P.; Minard, M.; Gonon, F. (2013). Les virages du DSM: enjeux scientifiques, économiques et politiques. *Classer, penser, contrôler*, 66, 85-92.

Júlia Catani
juliacatani@usp.br
juliacatani@yahoo.com.br

Recebido em: 8/7/2014

Aceito em: 5/8/2014