UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

JÚLIA CATANI

**Uma leitura dos Transtornos Somatoformes e da Histeria segundo a CID, o
DSM e a obra freudiana: a identificação do sofrimento psíquico no campo
científico**

São Paulo
2014

JÚLIA CATANI

Uma leitura dos Transtornos Somatoformes e da Histeria segundo a CID, o DSM, e a obra freudiana: a identificação do sofrimento psíquico no campo científico

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Área de concentração:

Psicologia Clínica.

Orientadora: Profa. Maria Abigail de Souza

São Paulo
2014

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Catani, Júlia.

Uma leitura dos Transtornos Somatoformes e da Histeria segundo a CID, o DSM e a obra freudiana: a identificação do sofrimento psíquico no campo científico / Júlia Catani; orientadora Maria Abigail de Souza. -- São Paulo, 2014.

209 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Transtornos somatoformes 2. Histeria 3. Diagnóstico 4. Psiquiatria 5. Psicanálise I. Título.

S552.S66

Nome: Júlia Catani

Título: Uma leitura dos Transtornos Somatoformes e da Histeria segundo a CID, o DSM e a obra freudiana: a identificação do sofrimento psíquico no campo científico.

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Psicologia

Aprovado em:

Banca Examinadora:

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Aos meus avôs Mauro e Renato,
que apesar do pouco tempo em minha vida
continuam presentes no meu dia-dia,
na minha escrita e nos meus cafés da manhã

(In memorian)

AGRADECIMENTOS

À Profª. Dra. Maria Abigail de Souza que, desde o início ao me acolher como orientanda, se dispôs a compartilhar o seu conhecimento e a contribuir de forma intensa e produtiva na elaboração da dissertação.

À Profª. Dra. Maria Helena Fernandes pelos momentos divididos desde que nos conhecemos, pelo carinho e claro, pela generosidade em aceitar avaliar o meu trabalho.

À Prof. Dra. Maria Livia Tourinho Moretto que acompanha há muito o meu percurso profissional oferecendo reflexões sobre o trabalho e as atitudes de um analista em instituições hospitalares e pelos questionamentos e reformulações constantes também em meu trabalho clínico.

Ao Prof. Dr. Christian Ingo Lenz Dunker pela sugestão da orientadora, pela escuta e paciência nos momentos aflitivos, por proporcionar a experiência de monitoria no Programa de Aperfeiçoamento de Ensino (PAE) e pelo convite para o Laboratório de Teoria Social, Filosofia e Psicanálise (Latesfip).

À colega Fernanda Torres Apollonio pela leitura e pelas sugestões finais em um dos momentos mais importantes de sua vida.

Aos membros do Latesfip da USP, pelas ricas discussões que, certamente, contribuíram para o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos meus colegas do Instituto Sedes Sapientiae pela paciência nestes anos em ler os meus trabalhos, quase sempre sobre este tema, com a mesma disposição e entusiasmo. Em especial às amigas Evelyse S. Freitas Clausse e Flávia Steuer

Ao Grupo D'Artagnan – Davi Berciano Flores, Eugênio Canesin Dal Molin, Isabella Silva Borghesi – um espaço de criação, partilha e valiosos “pitacos”.

Aos colegas do Ambulatório de Transtornos Somatoformes (SOMA) pela possibilidade de dividir as dúvidas, angústias e inquietações frente ao sofrimento humano e ao indizível.

Agradecimento especial à Dra. Bruna Bartorelli por acreditar, desde o início, em meu potencial clínico: pelo incentivo de seguir em frente, mesmo que muitos, por vezes, não acreditem no nosso trabalho, você ainda continua lutando por nós no SOMA.

Ao Prof. Dr. Eduardo Genaro Mutarelli (“Muta”) pela atenção a cada semana no ambulatório, pelo carinho e paciência em explicar cada exame, hipótese, diagnóstico de modo tão compreensível aos mais leigos no assunto. Bem como pela importância e preciosidade do seu trabalho nos diagnósticos diferenciais.

À Abigail Betbedé, uma das mais novas integrantes do corpo clínico do SOMA, que neste tempo fez uma enorme diferença e mostrou a importância de uma escuta psiquiátrica à moda antiga e para muito além da psicanálise.

À colega Danuta Medeiros que com um “nada simples” número de telefone viabilizou o desenvolvimento de uma das partes mais significativas do meu trabalho.

Ao Prof. Dr. Ruy Laurenti pelas explicações esclarecedoras a respeito da CID, pelo enorme aprendizado nos breves contatos que tivemos e por me apresentar à Dra. Heloisa Brunow Ventura Di Nubila.

À mesma Dra. Heloisa pela receptividade e oferta de seu tempo ao me apresentar o Centro Brasileiro de Classificações de Doenças – (CBCD), permitir a consulta de cada uma das edições da CID e esclarecer todas as minhas dúvidas ao longo deste processo.

Ao Bernardo Tanis pelas indagações semanais que me proporcionaram também maior aproximação entre a academia e a clínica.

Ao Prof. Dr. Niraldo Oliveira dos Santos e ao Prof. Nelson Ernesto Coelho Junior pelo acolhimento e dedicação em me ensinar a ser psicanalista respeitando e oferecendo a possibilidade de criar o meu próprio estilo.

À Lily Grego pelos esforços em ajudar nas empreitadas para que eu apresentasse trabalhos decorrentes da dissertação, na língua francesa, e pelo interesse em querer saber mais e mais sobre o tema para que pudéssemos fazer traduções fidedignas.

À Cynthia Nunes de Freitas Faria pela incursão na obra freudiana durante cinco anos e claro, por uma introdutória aventura em Lacan.

Às minhas grandes amigas e de amizade de longa data que não poderia deixar de mencionar, Isabel Cristina de C. Moura, Mônica da C. Souza, Ana Carolina Pupo, Tallyta Cardoso, Fabiana F. Alves, Carolina de G. P. Zambotto, Ana Regina C. de Sica, Renata N. R. Anastácio e Giovanna Roberta M. Campos.

À Denice Barbara Catani pelo primeiro modelo do que significa ser pesquisadora e pelos infinitos investimentos diários, no sentido mais amplo do termo.

À minha irmã Barbara Catani pela alegria, descontração, constante amizade e companherismo.

Ao Afrânio Mendes Catani e a minha pequena irmã Bertha Hey Catani que apesar da distância, maior do que eu gostaria, estão sempre perto de mim.

Ao Thiago Robles Juhas pela compreensão e amor nos instantes mais difíceis deste percurso e por escutar cada uma das minhas ideias e “pirações” com a maior paciência do mundo oferecendo sempre alguma sugestão para melhorar ou complementar o trabalho.

A todos os que, de algum modo, também foram importantes para o desenvolvimento do mestrado. Seria impossível citar cada um, mas registro meu muito obrigada.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela possibilidade de me dedicar de modo exclusivo à dissertação.

Há sempre algo de ausente que me
atormenta.

Camille Claudel

RESUMO

Catani, J. (2014). *Uma leitura dos Transtornos Somatoformes e da Histeria segundo a CID, o DSM e a obra freudiana: a identificação do sofrimento psíquico no campo científico*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

O presente trabalho tem o objetivo de descrever e discutir os conceitos de Transtornos Somatoformes (TS) na perspectiva psiquiátrica e psicanalítica. A pesquisa pauta-se no estudo do “estado da arte” relativo aos TS, mediante revisão bibliográfica semi-dirigida, tendo como meta mapear e discutir a temática historicamente e em diferentes campos de conhecimento. Pretende-se compreender, descrever e analisar o conceito de TS nos manuais de psiquiatria, a saber, no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e na Classificação Internacional de Doenças (CID-10). O estudo explora o conceito de histeria na obra freudiana, buscando investigar que proximidade haveria entre o conceito psiquiátrico de TS e o de Histeria em Freud. Além dos manuais e da obra freudiana, foram utilizados textos psiquiátricos e psicanalíticos que contribuíram para o entendimento das questões. A partir da reconstrução histórica observa-se que, nas primeiras edições dos manuais psiquiátricos, os TS remetiam ao que a ciência psiquiátrica até aquele momento tinha dificuldade em classificar. Reconhecia-se também a influência dos conflitos psíquicos na manifestação dos sintomas, e o conceito de histeria estava atrelado a esta categoria diagnóstica. Após 1980 a categoria diagnóstica de histeria foi retirada do DSM. Tais aspectos explicitam a necessidade de uma maior compreensão acerca do processo histórico e da interlocução entre o campo da Psiquiatria e da Psicanálise, levando-se em conta o modo como é feito o diagnóstico deste transtorno, que ocorre, na maior parte das vezes por exclusões. Ressalta-se que a alteração da nomenclatura de TS produziu uma significativa mudança no entendimento deste tipo de sofrimento mental. Conclui-se que o conceito de histeria e o diagnóstico de TS se aproximam no que se refere ao aspecto fenomenológico e descritivo, mas se distanciam no que se refere à construção da compreensão clínica e ao tratamento tal como se processa atualmente.

Palavras-Chave: Transtornos Somatoformes. Histeria. Diagnóstico. Psiquiatria. Psicanálise.

ABSTRACT

Catani, J. (2014). *A reading of somatoform disorders according to the ICD, the DSM and the Freudian works: the identification of psychological distress in the scientific field*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

The present work aims to describe and discuss the concepts of Somatoform Disorders (SD) in the psychiatric and psychoanalytic perspective. The research presents a study on the “state of the art” related to SD, through a semi-directed literature review, with the target to map and discuss the topic historically and across different fields of knowledge. It is intended to comprehend, describe and analyse the concept of SD in the psychiatric manuals, namely: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) and the *International Classification of Diseases* (ICD-10). This study explores the concept of hysteria in the Freudian works, seeking to investigate the proximity between the psychiatric concept of SD and that of hysteria in Freud. In addition to the manuals and the Freudian works, the research refers to other psychiatric and psychoanalytical texts that contributed to the understanding of these issues. From the historical reconstruction is observed that, in the first editions of psychiatric manuals, the SD remitted to what the psychiatric science had difficult to classify. It was also recognized the influence of psychic conflict in the manifestation of the symptoms, and the concept of hysteria was linked to this diagnostic category. After 1980s, the diagnostic category of hysteria was removed from DSM. These aspects make explicit the need for greater understanding of the historical process and the dialogue between the fields of psychiatry and psychoanalysis, taking into account how this disorder is diagnosed, which occurs in most cases by exclusions. It is noteworthy that the change in the nomenclature of SD produced a significant shift in the understanding of this type of mental suffering. It follows that the term hysteria approaches SD diagnostic with regard to phenomenological aspects and description, but it differs from this disorder with respect to the construction of clinical understanding and treatment as it is currently handled.

Palavras-Chave: Somatoform Disorders. Hysteria. Diagnosis. Psychiatry. Psychoanalysis.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E GRÁFICOS

Gráfico 1 - Número de citações entre 1833 e 2014 que contavam com o descritor “hysteria”	199
Gráfico 2 - Número de citações entre 1966 e 2014que contavam com o descritor “somatoform”	199

LISTAS DE SIGLAS

APA	Associação Psiquiátrica Americana
CID	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - ICD)
CSSD	Transtorno Complexo do Sintoma Somático
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
DSM-TR	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – Tradução Revisada
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HC	Hospital das Clínicas da FMUSP
IPq	Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP
LATESFIP	Laboratório de Teoria Social, Filosofia e Psicanálise da USP
NE	Não Especificado
OMS	Organização Mundial da Saúde
PFAMC	Fatores Psicológicos que Afetam Condições Médicas em Geral (Psychological Factors Affecting Medical Condition)
SOMA	Ambulatório de Transtornos Somatoformes do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HCFMUSP)
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo
TS	Transtornos Somatoformes
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo

SUMÁRIO:

1. INTRODUÇÃO: ELEMENTOS DE UM MAPA DO SOFRIMENTO PSÍQUICO NOS SÉCULOS XX e XXI	17
1.1. As leituras possíveis dos Transtornos Somatoformes e da Histeria.....	17
1.2. O diagnóstico em Saúde Mental numa perspectiva psiquiátrica.....	22
1.3. A Histeria em Freud: uma breve apresentação.....	25
1.4. Os Transtornos Somatoformes e a Psiquiatria.....	26
1.5. Modos de produção do estudo: método e história da questão.....	32
 2. O DIAGNÓSTICO EM PSICANÁLISE: IDENTIFICAÇÃO E NOMEAÇÃO DO SOFRIMENTO.....	42
2.1. A invenção da histeria: um pouco da história do conceito.....	42
2.2. O percurso histórico da histeria na obra freudiana. O papel da sedução e da fantasia no reconhecimento da “bela indiferença”	49
2.3. A histeria freudiana e a configuração do trauma	53
 3. O DIAGNÓSTICO EM PSIQUIATRIA: CLASSIFICAÇÃO E CONTROLE DO SOFRIMENTO.....	62
3.1. A configuração de um diagnóstico psiquiátrico: a preservação das fronteiras entre o normal e o patológico.....	62
3.2. A CID, as listagens e classificações. O DSM, as descrições e a inclusão de explicações ampliadas.....	66
 4. OS TRANSTORNOS SOMATOFORMES NA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID).....	70
4.1. Primeiros passos para uma classificação internacional.....	70

4.2. Período anterior à responsabilidade de produção e revisão do manual pela OMS: a classificação das causas de morte de Bertillon e sua integração na elaboração da CID-1 a CID-5 (1900 - 1938).....	71
4.3. CID-6: A classificação internacional das doenças e transtornos mentais sob responsabilidade da OMS (1948).....	74
4.4. CID-7: A incidência das patologias, a definição de classificação e as suas especificidades (1955).....	77
4.5. CID-8: A colaboração internacional e as atribuições específicas para elaboração da CID (1965).....	81
4.6. CID-9: A expansão, a melhoria e as descrições das classificações para utilização dos profissionais de saúde mental (1975).....	84
4.7. CID-10: As diretrizes diagnósticas e as diretrizes clínicas dos Transtornos Mentais (1993).....	88
4.8. CID-11: Novas perspectivas para o futuro (previsão de lançamento - 2016).....	97

5. OS TRANSTORNOS SOMATOFORMES NO MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS (DSM).....99

5.1. DSM-I: A tentativa inicial de padronização e as classificações precursoras relativas aos diagnósticos de Transtornos Somatoformes (1952).....	99
5.2. DSM-II: A busca de aperfeiçoamento, as atualizações e as influências psicanalíticas para o termo neurose (1968).....	104
5.3. DSM-III: Uma concepção ateórica? Uma visão global do funcionamento do sujeito e a supressão do termo neurose (1980).....	108
5.4. DSM-III-R: A ruptura decorrente da tentativa de independência (1987).....	114
5.5. DSM-IV: A precisão no estabelecimento do diagnóstico e a acessibilidade aos profissionais de saúde mental (1994).....	117
5.6. DSM-IV-R: A procura de estabilidade dos dados e maior confiança no campo da saúde mental (2000).....	124
5.7. DSM-V: A exacerbação do sofrimento para o diagnóstico de Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados (2013).....	126
5.8. Algumas divergências na concepção dos transtornos somatoformes segundo a CID e o DMS	133

6. A IDENTIFICAÇÃO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO NO CAMPO CIENTÍFICO.....137

- 6.1. Como nomear a doença ou o sofrimento psíquico do indivíduo?139
- 6.2. A quantificação da doença ou sofrimento nos manuais psiquiátricos: entre o normal e o patológico141
- 6.3. O que depreender da crítica aos manuais?145
- 6.4. Da reflexão à crítica ... e da crítica à reflexão149

7. A HISTERIA E OS TRANSTORNOS SOMATOFORMES: NOMES DIVERSOS PARA A COMPREENSÃO DO MESMO SOFRIMENTO PSÍQUICO?.....156

- 7.1. A desconstrução da histeria nos manuais psiquiátricos, artigos e dados epidemiológicos.....159
 - 7.1.1. Publicações Científicas159
 - 7.1.2. Prevalências do transtorno no Brasil e no mundo161
- 7.2. A histeria em Freud e os Transtornos Somatoformes nos manuais: aproximações.....167
- 7.3. Ilustrações clínicas168
- 7.4. A concepção de corpo e suas manifestações169
- 7.5. Distinção entre somatização e conversão? Breves considerações171
- 7.6. O que fazer com os que sofrem?173

8. CONCLUSÃO.....180

REFERÊNCIAS.....184

ANEXOS.....199

- Anexo A - Gráficos SCOPUS: Publicações Científicas199
- Apêndice A - Edições da CID e do DSM e seus anos de publicação.....200
- Apêndice B – A CID e suas Alterações quanto aos Transtornos Somatoformes201
- Apêndice C – O DSM e suas Alterações quanto aos Transtornos Somatoformes203

Apêndice D - Divergências acerca dos Transtornos Somatoformes na CID-10 e no DSM-IV-R	207
Apêndice E - Divergências acerca dos Transtornos Somatoformes no DSM-IV-R e no DSM-V	208
Apêndice F - Produção Existente acerca dos Transtornos Somatoformes e da Histeria.....	209

(...) quanto menos alguém sabe do seu passado e do presente tanto mais inseguro será o seu juízo sobre o seu futuro.

Sigmund Freud

1. INTRODUÇÃO: ELEMENTOS DE UM MAPA DO SOFRIMENTO PSÍQUICO NOS SÉCULOS XX e XXI

1.1. As leituras possíveis dos Transtornos Somatoformes e da Histeria

A presente pesquisa, ainda que tenha sofrido diversas reformulações ao longo do processo desde seu início, envolveu uma investigação acerca do diagnóstico em pacientes com Transtornos Somatoformes (TS). A opção por este público decorre da atuação da pesquisadora junto ao Ambulatório de Transtornos Somatoformes do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP). Atrelada à experiência surgiram demandas da equipe no intuito de conhecer melhor estes pacientes e o sofrimento psíquico por eles apresentado. É importante destacar que embora o trabalho seja de natureza teórica, tal como se observa, ele decorre da clínica e de articulações com a experiência da autora. Cabe ressaltar também que este é um dos poucos serviços disponíveis na capital para atender especificamente este tipo de demanda¹.

O Ambulatório de Transtornos Somatoformes (SOMA) foi fundado no primeiro semestre de 2009 a partir de uma demanda da própria Instituição (IPq). Decorreu de uma necessidade, vivida por alguns membros do grupo, de obter conhecimento acerca destes pacientes, identificá-los, compreender o funcionamento psíquico dos mesmos e suas necessidades para o tratamento. O grupo interdisciplinar tem quatro anos de existência e a constituição da equipe bem como o seu formato vem se construindo progressivamente. Todas estas etapas foram essenciais porque os diagnósticos de TS não contam com um número extensivo de pesquisas, uma vez que se trata de uma nomenclatura relativamente nova para a psiquiatria.

Inicialmente os pacientes que hoje são assistidos no SOMA eram até então atendidos em um grupo já existente chamado *Interconsultas*. Este serviço ainda funciona e oferece assistência psiquiátrica a pacientes oriundos da internação, do pronto-socorro ou de qualquer ambulatório do complexo HC. Em 2009, chegavam ao *Serviço de Interconsultas* pedidos de investigações de quadros nebulosos e não explicados completamente por queixas físicas,

¹ Até onde se obteve acesso existe apenas esse e um outro serviço semelhante na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

embora estas queixas estivessem presentes. Tendo em vista que a necessidade destas avaliações e do tratamento para este tipo de transtorno foram se intensificando, sugeriu-se a criação de um ambulatório especializado de modo a oferecer um atendimento mais preciso e adequado.

Os pacientes, hoje, encaminhados ao SOMA, de modo geral, caracterizam-se pela presença de queixas físicas não totalmente explicadas por uma condição médica geral ou qualquer outro transtorno psiquiátrico. Trata-se de um público bastante heterogêneo do ponto de vista psicopatológico e etiológico, uma vez que o critério básico para o agrupamento dos casos no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM) (2000) é a presença das queixas físicas como principal sintoma. O aparecimento destes transtornos causa sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida dos sujeitos.

De acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, conhecida mundialmente por CID (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) - (1992), os TS consistem em repetições de sintomas físicos associados à busca incessante de cuidados médicos e uma preocupação excessiva com o corpo. Os transtornos incluídos neste grupo são os seguintes: Transtorno de Somatização, Transtorno Somatoforme Indiferenciado, Transtorno Conversivo, Transtorno Doloroso, Transtorno Dismórfico Corporal e Transtorno Somatoforme sem outra especificação.

Para o tratamento desta patologia ainda não existe uma terapêutica específica. A literatura científica e as experiências clínicas demonstram que o trabalho médico restringe-se basicamente aos cuidados relativos às queixas e aos sintomas colaterais, tais como depressão e ansiedade que costumam ser bastante frequentes. Os estudos mostram, também, a importância de um trabalho mais próximo do paciente (Omalley, et al, 1999). Isto é, os atendimentos psiquiátricos devem ocorrer com menor intervalo de tempo e de preferência com a mesma equipe. É necessário ainda que estes profissionais tenham uma boa interlocução e comunicação entre eles e que sejam oferecidos trabalhos corporais e psicoterapia de modo a auxiliar no alívio dos sintomas.

A partir desta breve descrição a respeito de tal transtorno, vale a pena descrever como está constituído este ambulatório no IPq. Atualmente, o grupo é composto por quatro psiquiatras, um neurologista, doze psicólogos, uma fisioterapeuta, um residente em neurologia

e cerca de vinte residentes² em psiquiatria. Estes alunos são divididos em dois grupos, que se alternam entre o grupo do SOMA e o de *Interconsultas* – pois ambos ocorrem no mesmo dia e horário.

Os pacientes que frequentam o ambulatório são atendidos às quartas-feiras em consultas psiquiátricas. Além dos pacientes que já pertencem a esta clínica, a cada semana chega para avaliação ao menos um caso novo encaminhado por algum grupo ambulatorial do próprio instituto ou por algum outro grupo do Hospital das Clínicas. Os novos casos são atendidos para verificar se devem ser admitidos, isto é, se fecham o diagnóstico para tal. Por este motivo é essencial a presença do neurologista. Caso existam dúvidas acerca do diagnóstico, sempre que necessário, os pacientes passam por uma avaliação neurológica com o profissional da equipe para o esclarecimento quanto à natureza dos sintomas neurológicos, ou seja, se eles são de origem orgânica ou psicogênica. Considera-se importante sublinhar a existência desta avaliação, pois os Transtornos Somatoformes pertencem a uma classificação diagnóstica que, embora seja composta por uma lista de critérios para sua confirmação, esta só pode se dar a partir da exclusão de outros quadros psiquiátricos ou médicos, tal como mencionado até o DSM-IV-R.

É fundamental ressaltar a necessidade de um diagnóstico diferencial, pois embora as edições atuais dos manuais psiquiátricos³ se preocupem em minimizar as eventuais falhas que possam ocorrer quanto ao diagnóstico do transtorno, este processo ainda é complexo e a sua determinação é por vezes delicada, até pela sobreposição ou pela alusão a alguma outra doença. De acordo com Bombana (2006), tais justificativas podem ser compreendidas, pois: a) as classificações e diagnósticos deste tipo de doença são difíceis, complexos, inconclusivos e de modo geral demoram a acontecer, dada a necessidade de exclusão de outros tipos de doenças; b) estes pacientes passam por diversas especialidades médicas; c) de maneira geral, apresentam pouco sucesso de cura ou a eficácia do tratamento pode demorar anos até dar resultados.

A título de exemplo, temos os sintomas de quadros epilépticos sem origem orgânica, para os quais a definição do diagnóstico só é feita a partir de um exame específico chamado vídeo EEG (videoeletroencefalograma), no qual o paciente fica acoplado a um aparelho sendo monitorado constantemente por um período que poderá ser de algumas horas ou vários dias até que seja descartada ou confirmada a crise. Assim sendo, não são raros os casos

² Este número é variável a cada ano, pois depende do número de candidatos aprovados no processo seletivo para o Programa de Residência em Psiquiatria, mas as vagas ofertadas, geralmente, são 20 (vinte).

³ Tais alterações serão melhor detalhadas ao longo do trabalho.

encaminhados ao ambulatório, nos quais ao longo da avaliação se constata que o quadro é de cunho orgânico (portanto, sem interferência psicológica) e que necessita de um acompanhamento neurológico ou de outros tipos que não os do SOMA. Talvez um dos casos mais ilustrativos seja o de um paciente que vinha apresentando vômitos recorrentes com perda significativa de peso, que geraram cerca de dez internações, no período de dois anos. Diversos exames gástricos foram feitos até que ele fosse encaminhado ao ambulatório com uma suspeita de transtorno de somatização. Ao longo do processo de investigação – já no ambulatório de transtornos somatoformes – o paciente queixou-se de um incômodo na visão e, ao serem feitos exames neurológicos, o médico da equipe constatou que se tratava de um carcinoma cerebral que, devido à sua localização, ocasionava vômitos excessivos⁴.

Um outro caso a ser mencionado é o de uma jovem paciente encaminhada ao ambulatório com o diagnóstico de um provável quadro conversivo. Ela fazia acompanhamento na fisioterapia em decorrência de uma dificuldade cada vez mais acentuada, principalmente no último ano, nos membros inferiores e que praticamente a incapacitava por completo. Com isto, recebia ajuda constante para caminhar, trocar de roupa, tomar banho, comer etc. Vale dizer que o quadro se iniciou após a paciente ter visto a sua irmã falecer na sua frente em decorrência de uma atrofia, quadro bastante semelhante ao que M. (chamaremos assim) passou a apresentar desde esse dia. Associado a isso, ela era casada, vivia com a família do marido, mas com o seu problema de saúde viu-se depois de um tempo obrigada a mudar para a casa de seus pais para receber cuidados e com isto o seu marido passou a viver com uma outra companheira. Todos estes fatos abalam muito a paciente que se diz “sensível ao que acontece ao meu redor e acabo por vezes, a ter sintomas semelhantes aos que eu observava em outras pessoas” (sic). Na anamnese, M. relatou que para além da sua dificuldade motora e de sua dependência 24h, experimentava sensações estranhas em sua boca, “como se fossem bolhas estourando e estas tinham um cheiro bastante desagradável” (sic), além disso, preocupava-se, pois “o meu cérebro estava derretendo e meu rosto já não tinha mais carne” (sic). Durante as suas três gestações apresentou trombose nas pernas. Também teve meningite quando adolescente.

Frente as questões todas suscitadas neste caso, a pesquisadora e uma colega psiquiatra optaram por pedir a avaliação do neurologista. Não havia uma justificativa para a solicitação, além de um estranhamento em relação à história, mas algo parecia estranho na história desta

⁴ Vale ressaltar que antes deste paciente chegar ao SOMA ele já havia passado por um oftalmologista, mas tendo sido feita uma breve avaliação foi descartado qualquer problema nesta região.

paciente que não tinha o mesmo tipo de comportamento que os pacientes do ambulatório (por exemplo, ela não se inquietava quando se dizia que seu quadro podia ser de ordem psíquica e não parecia ter nenhuma resistência em ajudar os médicos a fazer exames). Na avaliação neurológica foram feitos exames clínicos e o neurologista concluiu que pelo olhar da paciente, um tanto paralisado, pela rigidez muscular, pela falta de coordenação motora, devia se tratar de um quadro orgânico com o nome de Joseph Machado, uma doença degenerativa do cerebelo. De acordo com o médico, o desencadeamento desta patologia, de etiologia genética, deve ter se dado em decorrência do estresse vivido pela paciente. Segundo ele, é comum que um evento traumático precipite o desencadear dessas doenças. É provável que este tenha sido o entendimento dos médicos quando encaminharam a jovem para o SOMA, esta havia passado por uma sequência de fatos difíceis e isso poderia ter provocado, no entendimento dos profissionais, um quadro conversivo e, portanto, um transtorno somatoforme. Talvez, o quadro psicótico e a sensação das bolhas, das espumas em sua boca assim como do cérebro se desfazendo sejam decorrentes da doença, mas é preciso investigar mais⁵.

A dificuldade em estabelecer o diagnóstico preciso para determinados casos, por exemplo o referido acima, foi a motivação necessária para estudar melhor a nomenclatura de transtornos somatoformes. Tal reconhecimento culminou numa pesquisa extensivamente teórica com a investigação detalhada sobre o surgimento e a configuração do transtorno. Isto porque, em uma breve busca acerca deste sofrimento constatou-se que ele era derivado da histeria e fortaleceu-se a intenção de uma melhor apuração acerca do mal estar e a possibilidade de um trabalho que articulasse a Psicologia e a Psiquiatria. Vale ressaltar que o término da investigação não transformou a pesquisadora em uma psicóloga especialista em psiquiatria e nem em neurologia, mas sim, permitiu ressaltar a importância da parceria entre os profissionais de saúde mental, seja no consultório ou, principalmente, na instituição. Com isto, considera-se que a pesquisa pormenorizada possibilita uma maior compreensão do diagnóstico e eventualmente uma colaboração para tratamentos e acompanhamentos futuros a serem oferecidos aos pacientes. Questões dessa natureza orientaram as incursões da pesquisa e motivaram os investimentos de análise e escrita.

A dissertação organiza-se da seguinte forma: a) a Histeria para a Psicanálise freudiana: a ideia é mostrar como o conceito surge na obra de Freud e quais os seus desdobramentos no

⁵ Aqui cabe a explicação feita pelo neurologista, Eduardo Mutarelli, segundo a qual os casos em que o paciente refere sensações ou experiências psicóticas com sintomas sinestésicos, visuais ou táteis, de modo geral, estão ligados a quadros orgânicos. Já os quadros acompanhados de desorganização psíquica manifestam-se por meio do aparelho auditivo e por vezes visual, embora isso seja menos frequente.

primeiro período da obra, portanto, anterior a primeira tópica; b) um percurso histórico na CID localizando o que é hoje nomeado de TS com a exposição das versões já publicadas da classificação; c) uma terceira parte, com um percurso semelhante no DSM; d) uma discussão com considerações a respeito de como se encontram atualmente os TS e a Histeria, de acordo com os seus campos de saber correspondentes; e) a inclusão de um anexo contendo gráficos que indicam as produções de transtornos somatoformes e de histeria no campo científico; f) a inclusão de sete apêndices com: os anos de publicações do DSM e da CID, tabela que indica as alterações diagnósticas desde o surgimento até a atual edição do DSM e da CID, divergências entre o DSM-IV-R e a CID-10, divergências entre o DSM-IV-R e o DSM-V e número de trabalhos sobre histeria e transtornos somatoformes no campo científico e tabelas que indicam estas produções. No que tange aos manuais psiquiátricos, optou-se por uma apresentação descritiva de maneira a privilegiar as informações elaboradas pelos responsáveis da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Associação Psiquiátrica Americana (APA). As reflexões, as interpretações e os questionamentos da pesquisadora estão concentrados numa parte posterior, isto é, nos capítulos finais e na conclusão. É relevante destacar que o texto inicia-se pela apresentação do percurso histórico do conceito de histeria em Freud e procura-se realçar a influência que a psicanálise exerceu na elaboração dos primeiros manuais.

1.2. O diagnóstico em Saúde Mental numa perspectiva psiquiátrica

Certamente o percurso histórico da psiquiatria no que tange aos diagnósticos em saúde mental é longo e envolve uma gama bem diferenciada de tentativas de identificação, classificação e proposição de tratamentos. Apoiando-se em concepções diversas das relações entre saúde e doença surgiram no século XVIII e XIX tentativas importantes de estabelecer referências para a questão. Mesmo sem que se aprofunde o exame da problemática, vale a pena retomar alguns pontos que permitem melhor entendimento da questão das classificações e dos diagnósticos. Segundo Mayes e Horwitz (2005), as classificações utilizadas hoje servem como instrumento para que pesquisadores e clínicos em qualquer país possam estabelecer diálogos e interlocuções sobre o tema.

De acordo com Foucault (1994) as classificações nosológicas e a concepção de doença mental foram criadas e modificadas segundo parâmetros sociais, políticos e de poder presentes na Modernidade. Posteriormente à Revolução Francesa, a questão dos valores e da razão humana ganhou força e a vida recebeu um novo estatuto, desenvolvendo-se, assim, um

paradigma de doença mental atrelado à irracionalidade e novas maneiras de tratar tais pacientes foram propostas a partir de uma dimensão moral. Com Philippe Pinel (1745-1826) surgiram as primeiras classificações nosográficas, propugnando que o louco deveria ser distinguido de outros indivíduos, uma vez que não se adequava aos modelos de racionalidade (Foucault, 1994).

Já no século XIX, a concepção de doença mental determinada pelo campo científico se estabeleceu com base num método dualístico: saúde *versus* doença. Daí a oposição expressa pela bipolaridade entre normal e patológico. Foram as influências oriundas desta época que permitiram a compreensão do que hoje pode ser localizado na clínica médica como transtornos. Foram estes elementos que possibilitaram identificar e estabelecer diagnósticos de alienação, invalidez para o trabalho, desajustamento social, entre outros (Foucault, 1994). Décadas depois, no século XX, correntes teóricas psiquiátricas, psicológicas e psicanalíticas foram criadas como tentativa de explicar os transtornos mentais. Talvez uma das mais conhecidas seja a de Emil Kraepelin (1856-1926), que articulou explicações alienistas com organicistas e descreveu as sintomatologias presentes em cada quadro diagnóstico, sua evolução e os possíveis prognósticos. Tais ideias permitiram que o diagnóstico em saúde mental servisse como instrumento de identificação de sintomas, descrição de doenças e indicação dos desdobramentos do transtorno oferecendo com isto um caminho para o tratamento. Todos estes elementos podem ser observados nas constantes atualizações dos manuais de classificação de doenças.

A psiquiatria, assim como outras especialidades da saúde mental, propõe-se dentre as suas tarefas desenvolver sistemas de classificação com o intuito de facilitar o diagnóstico e a terapêutica de transtornos mentais, além de promover a comunicação sobre esta clínica entre os profissionais da área. Atualmente, as principais referências que categorizam as afecções de ordem psiquiátrica são a Classificação Internacional de Doenças (CID), que está em sua décima edição e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), em sua quinta edição. A primeira é mais utilizada em diagnósticos clínicos e serve de referência estatística mundial para o registro de morbidade e mortalidade e para a questão das relações saúde – doença e trabalho (licenças, seguros, afastamentos etc). A segunda, com frequência, é utilizada como instrumento que auxilia as pesquisas clínicas e teóricas no campo da saúde mental. Estes compêndios psiquiátricos atualizaram-se e modificaram-se ao longo de suas edições, tendo em vista as reformulações nas entidades clínicas, tais como: inclusões, exclusões, alterações e/ou adaptações, tal como se mostra nos apêndices A, B e C.

Busca-se aqui também descrever o panorama histórico em que se desenvolveram as mudanças nestes compêndios. No entanto, faz-se necessário mencionar que o objetivo principal deste estudo é deter-se no exame dos Transtornos Somatoformes, desde seus primórdios até sua conceituação atual, além de considerar os estudos psicanalíticos freudianos que influenciaram no estabelecimento conceitual destes transtornos.

O campo da psiquiatria fundamentado por Pinel é caracterizado tanto pela produção de saberes quanto por diversas práticas. A psicanálise, embora apresente uma lógica diversa de produção de saberes, não se caracteriza como oposição à psiquiatria. Mas, diferentemente desta última, a psicanálise propõe a observação da loucura a partir de uma forma peculiar do sujeito exprimir o seu sofrimento psíquico e dizer a sua verdade. Os fundamentos psiquiátricos baseiam-se no diagnóstico sindrômico, no qual se privilegia o conjunto de sintomas e sinais, e no diagnóstico nosológico, que tem a pretensão de descrever e evidenciar a patologia, a moléstia principal (Dunker & Kyrillos, 2011). No caso de um diagnóstico sindrômico (mais praticado hoje em dia e fomentado pelos manuais psiquiátricos – CID e DSM), o objetivo para a orientação clínica é emergencial, visando à sistematização dos sintomas e um tratamento imediatista. Já no que tange ao diagnóstico nosológico, o tratamento e a intervenção ocorrem a longo prazo, denotando possivelmente uma maior cautela, o que pode promover resultados mais substanciais. Supõe-se que as alterações e tendências atuais levam tanto a uma substituição de grandes categorias (neurose ou psicose; ansiedade ou depressão e alucinações ou delírios) quanto a uma descrição pormenorizada e pautada em fenômenos objetivos e mais verificáveis do ponto de vista clínico (Figueiredo & Tenório, 2002).

Atualmente a psiquiatria tem apresentado uma prática biologizante que se distancia cada vez mais da clínica psiquiátrica tradicional, em prol de validar um diagnóstico somente pela presença de sintomas, observação e determinação de um sistema classificatório. Ao mesmo tempo não se pode deixar de reconhecer os avanços e amadurecimentos da clínica psiquiátrica atual (Figueiredo & Tenório, 2002). Dessa maneira, o presente trabalho não pretende criticar os manuais ou defender a psicanálise, mas acompanhar as alterações que se configuram nos dois campos do conhecimento e tentar percebê-las em articulação com as condições sócio-históricas dos diferentes momentos.

1.3. A Histeria em Freud: uma breve apresentação

O conceito e a definição de histeria modificaram-se muito ao longo da história, inclusive em período anterior às construções freudianas, conforme se mostrará nas páginas seguintes.

Freud, em 1885, mudou-se para Paris para estudar com Charcot no *Hospice de la Salpêtrière*, onde pode observar casos de histeria e a utilização da hipnose. No retorno a Viena, nomeou a histeria como *la belle indifférence*, pois as mulheres relatavam seus sintomas desprovidas de qualquer emoção (Freud, 1886a/1987).

Nesta época, a histeria era entendida como um quadro sem definições claras. Com Charcot os estudos promoveram avanços e modificações, possibilitando confirmações tanto em mulheres quanto em homens. Nas pesquisas ele observou sinais como: convulsões, paralisias, contraturas e distúrbios sensoriais. A partir de seus achados clínicos, a histeria passou a estabelecer-se por indicações positivas, não se tratando de simulação como se acreditava anteriormente. Influenciado por Charcot, que confirmou a possibilidade de ocorrência da histeria em ambos os sexos, Freud descreveu, em detalhes, a história de vida de um paciente para argumentar que se tratava de um caso de histeria, ainda que este homem apresentasse algumas doenças orgânicas (Freud, 1886b/1987).

Apesar dos progressos obtidos pela medicina, a histeria continua sendo uma doença que não apresenta alterações evidentes no sistema nervoso. Nota-se nas regiões afetadas, onde os sintomas se expressam, uma excitabilidade diferente de outras partes do corpo. Segundo Freud, os sintomas histéricos se modificam e se deslocam, mas não criam nada de diferente, apenas mimetizam reações fisiológicas e doenças de modo dramático e exagerado. Nos homens, a manifestação costuma ser grave, impossibilitando o paciente de desempenhar suas atividades. Contudo, apesar da intensidade dos sintomas histéricos, estes não oferecem risco de morte e as funções intelectuais se mantêm preservadas (Freud, 1888/1987).

Geralmente, os pacientes não identificam o evento que desencadeou a histeria, pois os sintomas demoram a irromper. Quando isto ocorre, a ideia contrária aflitiva é mantida afastada da consciência, de maneira que se produz uma dissociação entre a intenção e a ideia, mas esta não deixa de existir, apenas mantém-se inconsciente. Assim, o desejo é levado em conta, mesmo que o sujeito não tenha consciência disso, sendo revivido e atualizado no corpo, que acaba reagindo de modo oposto, para descarregar o desejo da “contra vontade” (Freud, 1892-1893/1987).

A gênese dos sintomas histéricos é fruto do trauma que transforma a excitação psíquica em conversão histérica, o órgão é atingido sem respeitar a anatomia. Para que se torne uma situação patogênica, as associações são reprimidas pela incompatibilidade entre o desejo e a censura, justamente porque o conteúdo conflitivo é, na maior parte das vezes, de ordem sexual. Mas, tal como postulou Freud, a histeria origina-se de causas sobredeterminadas. A cada ataque, o paciente revive a mesma situação e experiência da primeira vez (Breuer & Freud, 1893/1987).

Todo e qualquer sintoma histérico é determinado psiquicamente, visto que não possui um significado em si mesmo, mas se utiliza de um órgão para expressar uma ideia reprimida. De início, um sintoma surge como um incômodo, mas com o tempo o sujeito encontra na situação algum tipo de benefício. Desvendar um sintoma torna-se ainda mais complexo pela gama de significados e pelas alterações que este sofre com o tempo para representar o processo mental inconsciente (Freud, 1905/1987).

Em meio às questões somáticas e psíquicas, Freud critica os médicos que pouco se dispõem a escutar seus pacientes neuróticos, não recolhendo assim dados valiosos para a compreensão do caso. A medicina acredita – diferentemente dos leigos – que o desaparecimento de um sintoma não equivale à cura de uma determinada patologia, pois uma vez eliminados, verifica-se que novas formas são produzidas (Freud, 1917/1987).

1.4. Os Transtornos Somatoformes na Psiquiatria

As observações que se seguem procuram mostrar como novas configurações científicas na área da Psiquiatria incorporam a caracterização freudiana da histeria, associando-a a novos aspectos dos sofrimentos físicos e mentais e gerando, assim, novos modos de nomear, compreender e tratar os transtornos modernos.

A elaboração da CID decorreu de tentativas anteriores de construção de classificações internacionais, que tiveram êxito limitado. Dentre estas, pode-se citar o estudo estatístico feito por John Graunt (século XVII) e o de William Farr (século XIX), ambos de suma relevância para o modelo de uma padronização mundial. A expectativa era apresentar uma linguagem comum a toda comunidade médica, que proporcionasse conhecimento e maior interlocução entre os profissionais, contribuindo no diagnóstico, no tratamento e na prevenção de doenças. As informações sobre a trajetória histórica da formulação de classificações podem ser

reconstituídas com base nas Introduções contidas nas CIDs (6, 7, 8, 9 e 10) que foram as fontes principais desta parte da exposição que aqui se faz.

Em 1891, um comitê dedicou-se a criar uma nova classificação e o resultado deste trabalho, publicado em 1893, ficou conhecido como *Classificação das Causas de Morte de Bertillon*, sob a responsabilidade de Jacques Bertillon. Esta lista referia-se às causas de morte na cidade de Paris, contendo 14 capítulos e 161 categorias. Esta elaboração sistemática permitiu a adoção da classificação em muitos países.

A primeira revisão aconteceu em 1900 e resultou em 179 rubricas e uma classificação de 35 grupos; a segunda sucedeu-se em 1909 e a terceira em 1920, tendo esta última o envolvimento de 27 países. A quarta versão foi revista em 1929 e a quinta e última edição, que mantém este nome *Classificação das Causas de Morte de Bertillon*, foi publicada em 1938 com 200 rubricas. A partir da edição seguinte passou-se a nomear o trabalho como Classificação Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Morte (CID), nome que perdurou até a nona revisão, sendo na décima denominada Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde. Apesar da expansão das nomenclaturas, os responsáveis pela edição de 1938 decidiram por alterações mínimas no manual, revendo apenas informações incorretas, incompreensíveis ou confusas. Entretanto, tendo o objetivo de esclarecer os profissionais para tornar as descrições mais precisas, o aparecimento de novas nomenclaturas tornou-se inevitável. O que se pode dizer é que dentre estas criações, nenhuma nova surpresa ou um diagnóstico muito distinto ocorreu (Organização Mundial da Saúde - OMS, 1955/1969).

No ano de 1948 a OMS assume a responsabilidade da classificação e publica em 1950 a 6ª revisão, com várias transformações: 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 passa de 164 para 769 (Laurenti, 1991). Na CID-6, há um capítulo sobre *Perturbações Mentais, Psiconeuroses e Modificações da Personalidade*, com diversas classificações, incluindo *reação histérica sem menção de ansiedade e psiconeuroses com sintomas somático*. (OMS, 1952/1948).

A CID-7 tem uma maior uniformidade de dados, não sendo encontrados diagnósticos pouco frequentes. O capítulo *Perturbações Mentais, Psiconeuroses e Modificações da Personalidade* manteve-se semelhante, contudo, os termos neurose e psicose foram suprimidos ao longo do texto (OMS, 1955/1969).

A CID-8, publicada em 1965, teve a participação de 36 países. Nela, questões relativas aos quadros histéricos ou somatoformes receberam uma classificação própria: *Transtornos de Personalidade*. As doenças somáticas são excluídas para a criação da categoria de *Transtornos Somáticos de Origem Psíquica Presumível* e surge também uma classificação de *Neurose* que inclui neurose de *ansiedade, fóbica, histérica, obsessivo-compulsiva, depressiva e hipocondríaca* (OMS, 1965/1969).

Na CID-9, no capítulo de *Transtornos Mentais*, há definições para auxiliar os profissionais nos diagnósticos, uma vez que apenas a menção da categoria levou a classificações errôneas. Nesta edição, tem-se uma lista com 55 mortalidades e 275 categorias de morbidades coletadas em países variados. O capítulo *Perturbações Mentais, Psiconeuroses e Modificações da Personalidade* foi alterado para *Transtornos Neuróticos, Transtornos da Personalidade e Outros Transtornos Mentais Não-Psicóticos*. Os *transtornos neuróticos* comportam quadros que não apresentam base orgânica evidente e de acordo com a classificação explicitam a dificuldade em se diferenciar a psicose da neurose. Neste diagnóstico as principais manifestações são ansiedade excessiva, sintomas histéricos ou obsessivos, compulsão, fobias e depressão (Organização Mundial da Saúde 1975/1978).

Na *Histeria* se produz limitação da consciência, distúrbios motores ou sensoriais, fenômenos de dissociação e de conversão. No quadro dissociativo, tem-se o estreitamento da consciência, segundo o manual, em prol do inconsciente e que, geralmente, acompanha ou segue-se a uma amnésia seletiva. No quadro conversivo, os sintomas corporais podem consistir de paralisia, tremor, cegueira, surdez ou convulsões (OMS, 1975/1978).

Na *Neurastenia*, o transtorno neurótico indica quadro de fadiga, irritabilidade, cefaléia, depressão, insônia, dificuldade de concentração e ausência de prazer, decorrentes de uma sobrecarga emocional. Na *Hipocondria* observa-se uma preocupação excessiva com a saúde, associada à ansiedade e depressão. Ainda existem as classificações *Disfunções Fisiológicas Originadas em Fatores Mentais* e *Fatores Psíquicos Associados a Doenças Não Classificadas em Outra Parte* (OMS, 1975/1978).

Na CID-10, ocorreram revisões substanciais, com a criação de um volume específico acerca dos transtornos mentais. Foram incluídas, nesta classificação, as diretrizes clínicas e diagnósticas, sem observações sobre implicações teóricas, apenas com a descrição de um conjunto de sintomas. Como exemplo desta imparcialidade, observa-se a divisão tradicional entre neurose e psicose, sem pressupostos psicodinâmicos. O termo psicótico se manteve, mas aludindo à presença de alucinações, delírios ou outros comportamentos. A neurose é citada de

maneira ocasional, por exemplo, no grupo dos *Transtornos Neuróticos, Relacionados ao Estresse e Somatoformes* (OMS, 1993).

Os termos *psicogênico* e *psicossomático* não foram utilizados, pois remetem a significados distintos em diferentes regiões. Os autores destacam, entretanto, que o transtorno psicossomático pode ser encontrado nos diagnósticos: F45 (transtornos somatoformes), F50 (transtornos alimentares), F52 (disfunção sexual), F54 (fatores psicológicos ou comportamentos associados a transtornos ou doenças classificados em outros blocos). A *histeria*, em decorrência de suas diversas gradações e significados foi substituída e em seu lugar optou-se pelo termo *dissociativo*. (OMS, 1993)

Quanto ao emprego do termo *somatoforme* este contempla casos físicos ou somáticos, de modo a respeitar a interferência do psicológico para o desencadeamento ou agravamento do transtorno. Os sintomas físicos não justificam sua origem, sua extensão, nem a angústia e a preocupação despertadas no paciente. Ainda que a sintomatologia possua forte relação com conflitos e eventos angustiantes, o paciente não costuma reconhecer tal conexão.

Para 2016 está anunciado o lançamento da nova CID. Embora se especule quais serão as mudanças para a classificação, estes dados ainda não se encontram acessíveis ao público em geral. Sabe-se apenas que há pelo menos um ano (2013), os responsáveis solicitaram a colaboração dos profissionais do campo da saúde mental para contribuir com a elaboração da décima primeira revisão. Entretanto, o que ocorrerá com os diagnósticos, e principalmente com a categoria de transtornos somatoformes continua sendo um mistério.

Com o intuito de uma categorização dos transtornos mentais e uma uniformização das doenças psiquiátricas mais frequentes nos hospitais criou-se, em 1952, o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – DSM. Antes mesmo desta publicação, desde 1932, os responsáveis pela saúde mental da população norte-americana já se preocupavam em elaborar um sistema classificatório que pudesse ser utilizado mundialmente. A criação deste manual baseou-se na sexta edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID (tal como é nomeada nos dias de hoje, isto é a partir da décima revisão), subsidiada pela OMS e já utilizada, principalmente, por países europeus. A partir de uma pesquisa histórica é possível constatar que a definição dos Transtornos Somatoformes (diagnóstico incorporado no manual em 1980), presentes até o DSM-IV-R, provém do conceito de Histeria. Mas é necessário sublinhar também, que neste processo de substituição de categorias, o que corresponderia ao TS na nova edição, portanto, no DSM-V (2013), é o diagnóstico de Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados.

A primeira versão do DSM publicada pela APA ainda não apresentava a Histeria como sendo uma entidade nosográfica, isto é, como descrição de doença. O manual trazia explicações semiológicas com a finalidade de relacionar as desordens e as patologias descritas aos fatores psicológicos que poderiam contribuir para o aparecimento dos sintomas. A conversão histérica aparecia como sendo o mesmo que “reação conversiva” e estava localizada no eixo dos “transtornos psiconeuróticos”, tendo a “reação dissociativa” como mecanismo de funcionamento (APA, 1952).

O ano de publicação da segunda versão do DSM foi 1968, tendo sido descritos 182 tipos de doenças mentais. Nesta época, o raciocínio psiquiátrico e os seus fundamentos conduziam a determinação dos diagnósticos por meio da distinção entre o campo da neurose e da psicose. A “neurose histérica” surgiu para substituir o que na versão anterior estava nomeado como “reação conversiva”. O mesmo aconteceu na terminologia da “personalidade emocionalmente instável” que passou a ser nomeada como “personalidade histérica” (APA, 1968). Portanto a histeria, ainda nesta perspectiva de separação entre neurose e psicose, apareceu como a grande representante do campo da neurose. Nesta edição, a presença da psiquiatria psicodinâmica pode ser identificada e os sintomas compreendidos como resultado de conflitos não manifestos ou de dificuldades com problemas cotidianos que geram más adaptações. O que se observa ainda no DSM-II é a preocupação dos editores em integrar os conhecimentos biológicos e sociológicos. No que tange ao biológico, foi feita a admissão de especificidades que compõem um determinado quadro, por exemplo, a expansão e um maior detalhamento do que se caracteriza como uma psicose endócrina, com todas as suas doenças referentes aos distúrbios do metabolismo. No que se refere ao sociológico, a inclusão de possíveis conflitos encontrados no meio ambiente que podem interferir no sujeito e que culminam no surgimento de uma determinada doença – por exemplo, o aparecimento da neurose fóbica no paciente ao se deparar com uma determinada situação que lhe cause angústia; ou mesmo o estado paranóico que emerge a partir de uma desilusão experimentada pelo paciente ao longo de sua vida.

A criação da terceira versão do DSM, publicada em 1980, trouxe uma ampla descrição nosográfica, passando a incorporar 265 novas categorias, sendo que a justificativa para esta expansão consistia em uma maior precisão quanto ao uso diagnóstico, bem como numa tentativa de facilitar as pesquisas na área de saúde mental, com o intuito de que mais profissionais (além dos psiquiatras) fizessem uso deste instrumento. Com a edição do DSM-III, os responsáveis optaram por evitar o conceito de histeria, na tentativa de um modelo que oferecesse maior precisão na distinção entre o normal e patológico. Em consequência, a visão

psicodinâmica foi abandonada. Seguindo este panorama, a histeria foi substituída por novas categorias, os distúrbios somatoformes e os transtornos dissociativos (APA, 1980). No que diz respeito ao termo neurose, sendo ele entendido como vago pelos responsáveis, estes optaram por manter a palavra entre parênteses, por receio de que a nova versão não fosse aprovada pela Associação Americana de Psiquiatria (APA). Em 1987, uma edição de revisão do DSM-III surgiu com algumas reformulações.

Em 1994 publica-se o DSM-IV, em uma versão extremamente ampliada, que apresenta 297 transtornos listados em mais de 800 páginas. Aqui, o termo neurose é abolido completamente do manual e a histeria diluída entre os chamados transtornos somatoformes, transtornos factícios e transtorno de personalidade histriônica. Os então chamados Transtornos Somatoformes, de acordo com os manuais psiquiátricos, abrangem transtornos como conversivo, somatização, hipocondríaco, dismórfico corporal, doloroso, somatoforme indiferenciado e somatoforme sem outra especificação⁶. A descrição detalhada de cada um destes transtornos será explicitada no decorrer deste trabalho. Em 2000, o manual ainda sofreu uma reformulação, na tentativa de ampliar as informações acerca de cada diagnóstico e com o intuito de manter-se mais fidedigno à CID, uma vez que, esta já era bastante respeitada mundialmente e os responsáveis da APA e da OMS tinham um acordo anterior segundo o qual as nomenclaturas e os diagnósticos seriam elaborados em colaboração. Esta edição foi uma tentativa dos autores da APA de retomar a parceria (APA, 2000).

Em 2013 tivemos o lançamento do DSM-V com alterações significativas no que tange aos Transtornos Somatoformes, que passaram a ser denominados *Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados*. A justificativa para esta alteração estaria na terminologia confusa decorrente da difícil separação⁷ entre corpo e mente, a qual gerava falta de fidedignidade nas avaliações de sintomas inexplicáveis por causas orgânicas, bem como dificuldades para a estratégia de tratamento. Assim, os critérios são agora mais diretivos e privilegiam o modo como o paciente lida com o seu sintoma, possibilitando incluir casos de cunho orgânico que sofrem interferência de questões psíquicas, tais como os casos psicossomáticos. Segundo os

⁶ Há aqui um destaque a ser mencionado, embora possa passar despercebido pelo leitor que recorra à tradução da língua portuguesa. A saber: no início do capítulo de transtornos somatoformes no DSM-IV-TR, quando há uma apresentação preliminar do que caracteriza os TS, constam as seguintes categorias: transtorno de somatização, transtornos somatoformes indiferenciados, transtorno conversivo, transtorno doloroso, hipocondria, transtorno dismórfico corporal, transtorno de somatização sem outra especificação. Entretanto, no decorrer do capítulo, quando estes são explicados de modo mais detalhado, a categoria antes nomeada de transtorno de somatização sem outra especificação surge como transtorno somatoforme sem outra explicação. Esta diferença não ocorre na versão original, em inglês.

⁷ Os autores, para justificar a alteração desta categoria optaram, inclusive, pelo termo *dualismo* entre mente e corpo. Este debate já antigo, por vezes, torna o campo da psicossomática alvo de muitas críticas, dentre elas, as que incidem sobre as relações de interferência mútua ou de predominância da interferência entre os dois planos, físico e mental. É a mente que está em conflito e produz um determinado tipo de doença ou o corpo está doente e por isto a mente padece?

autores, 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, de modo a abranger as modificações presentes nos avanços científicos, mas garantindo também uma maior compreensão no campo da psiquiatria (Laila, 2011).

1.5. Os Modos de Produção do Estudo: Método e História da Questão

O presente trabalho tem como objetivo discutir os conceitos de Transtornos Somatoformes a partir de seu percurso histórico e de uma interlocução entre estudos dos campos da Psiquiatria e da Psicanálise freudiana. O fato dos TS terem sofrido variações de nomenclaturas no interior dos manuais psiquiátricos tornou necessária uma extensa revisão nas edições já publicadas. Tendo em vista que o conceito de TS se vale inicialmente das explicações sobre a histeria para o estabelecimento do diagnóstico, recorreu-se a esta definição num momento circunscrito da obra freudiana, isto é, nos escritos do período entre 1888 e 1910. Esta retomada permitiu que se tivessem elementos para uma análise comparativa entre os TS para o âmbito psiquiátrico e a histeria para o domínio psicanalítico, além de favorecer a compreensão dos elos entre esses dois modos de entendimento. Por fim, mas não menos importante, analisam-se também algumas das implicações dos Transtornos Somatoformes para a prática clínica na atualidade.

A experiência da pesquisadora junto ao Ambulatório de Transtornos Somatoformes do IPq permitiu constatar mediante observações e atendimentos que os pacientes diagnosticados com este transtorno apresentam similaridades quanto às histórias de vida, expressas em vivências repetidas de maus tratos, desamparo, abuso sexual, separações, em síntese, privações de afeto. Na grande maioria, são pessoas que vivem em função do Hospital das Clínicas, passando por consultas quase que diariamente e por múltiplas especialidades, sempre acompanhadas por alguém que desempenha o papel de cuidador e que também chega a viver a rotina médica. Nesta instituição, os pacientes com Transtornos Somatoformes (TS) costumam circular pelo hospital geral e dificilmente são admitidos em um serviço de saúde mental no início do quadro, quando uma intervenção poderia ser mais efetiva. Esta é uma questão de saúde pública, uma vez que os recursos gastos na investigação e no tratamento são consideráveis.

Como possibilidades para o tratamento destes pacientes, uma primeira estratégia considerada é o investimento em pesquisa e no treinamento dos profissionais de saúde para evitar a peregrinação destes pacientes por várias especialidades. Tal circunstância é também justificada, pois para este tipo de doença (TS) não há uma terapêutica específica, o que se faz é a prescrição e manutenção medicamentosa para alívio dos sintomas associados. Outro recurso fundamental consiste no vínculo profissional-paciente, bem como encaminhamentos a atendimentos psicológicos e a outras especialidades necessárias. Por meio das observações, das discussões clínicas e dos atendimentos a estes pacientes, constroem-se hipóteses sobre o fato de que eles apresentem dificuldades em comunicar o seu sofrimento por meio de palavras, situação na qual o corpo tenta traduzir sentimentos e emoções vivenciadas pelo sujeito.

A partir da teoria e das questões aqui expostas, percebe-se que nos pacientes com o diagnóstico de transtornos somatoformes, o corpo serve como meio de se comunicar com o mundo e de expressar sua subjetividade. No entanto, como esta manifestação é apresentada por meio de uma linguagem e de uma fala muito particular, é preciso compreender estes pacientes e perceber a relação que eles estabelecem com a sua doença. Vale ressaltar que a expressão de um sofrimento por meio de um ou mais sintomas não configura um quadro de TS, ou seja, esta é apenas uma das características dos pacientes que recebem este diagnóstico, mas outros sintomas e comportamentos devem estar presentes necessariamente tal como indicado nos manuais psiquiátricos.

A necessidade de se estudar este tema está pautada nos seguintes problemas: tratando-se de um diagnóstico em que diversos fenômenos clínicos estão relacionados, autores questionam a fidedignidade da identificação da doença, visto que os sintomas não podem ser confirmados somente por procedimentos e exames laboratoriais. Para alguns teóricos, o fato do diagnóstico deste transtorno ocorrer por exclusão torna possível pensar que o fenômeno somático é duvidoso quanto à sua realidade. Há, ainda, outros aspectos que geram controvérsias, entre os quais este não ser um transtorno aceito em todas as culturas; as dificuldades existentes quanto a seguros e licenças frente a um diagnóstico impreciso; e, por fim, a confusão que se observa nas sobreposições dos diagnósticos psiquiátricos associados à depressão e ansiedade. Todas estas imprecisões fortalecem a importância do estudo, uma vez que se trata de pessoas que demandam alto dispêndio de verbas públicas nos hospitais e para a previdência social.

Assim sendo, a análise das produções teóricas aqui proposta pretende ampliar a compreensão a respeito destes pacientes e, possivelmente, ajudar nos questionamentos e

conhecimentos acerca dos transtornos somatoformes, caracterizando melhor este tipo de sofrimento. Julga-se que uma investigação voltada para o conceito de histeria e da própria nomenclatura de transtornos somatoformes pode auxiliar neste entendimento. A aproximação entre estes dois campos do saber diz respeito justamente ao modo como a psiquiatria construiu seu diagnóstico a partir da contribuição do conceito de neurose e de histeria, ou seja, com um importante embasamento psicanalítico. Ainda que, no momento, isto não seja quase mencionado, parece ser um fato presente no percurso da questão. A justificativa para o desenvolvimento do estudo também se encontra na restrição de trabalhos e pesquisas voltados para a análise dos aspectos psicológicos relacionados a estes transtornos. São encontradas diversas pesquisas, mas circunscritas quase que exclusivamente ao âmbito médico. Isto é, há pouca preocupação dos psicólogos e psicanalistas em deter-se sobre este tipo de categoria mas, na realidade, ela tem muito mais aproximação com tais campos do saber do que se pode supor *a priori*.

Cabe assinalar aqui o fato de ter se encontrado grandes dificuldades para a localização de todas as edições dos manuais. Fica indicado, para eventuais interessados, o percurso feito e a disponibilidade de cada exemplar em sua respectiva biblioteca. No que se refere ao campo da Psiquiatria, fez-se um levantamento para obter as versões originais do DSM, tarefa nada fácil. A dificuldade de acesso à CID foi enorme, fosse na língua original ou em português. As versões da Classificação, anteriores à décima, inicialmente não foram encontradas em nenhum dos recursos utilizados, sendo possível apenas, e com dificuldades, localizar-se a nona edição em inglês. Para a consulta deste material, na Faculdade de Medicina da USP, fazia-se necessário esperar durante uma semana, pois os livros da década de 70 são guardados no Pólo Pacaembu. Já na biblioteca da Faculdade de Saúde Pública havia a nona edição disponível no acervo para retirada imediata e em português. Além desta não havia nenhuma outra. Em meio a estas investigações, finalmente obteve-se contato com o Prof. Dr. Ruy Laurenti (1991), que publicou um artigo intitulado *Análise da informação em saúde: 1893-1993, Cem anos da Classificação Internacional de Doenças*. Neste momento, descobriu-se que na Faculdade de Saúde Pública há o Centro Brasileiro de Classificação das Doenças, que é o departamento responsável pelas traduções da CID no Brasil. Trata-se do Centro Colaborador da OMS para a Família de Classificações Internacionais⁸. Constatou-se que nas edições anteriores à sexta, a classificação preocupava-se só com a Taxa de Mortalidade de Doenças, não havendo

⁸ É importante destacar que o acesso à CID restringiu-se às versões em português que são de inteira responsabilidade do Centro Brasileiro de Classificação das Doenças. As versões originais foram solicitadas, mas o Centro não tem mais este material disponível para consulta.

referências aos transtornos mentais. Tal aspecto será retomado mais adiante, na discussão.

A respeito das edições do DSM a tarefa foi um pouco menos árdua. Existem hoje cinco edições, sendo a última recém-publicada, em maio de 2013. É importante mencionar que o acesso às três primeiras versões do DSM só foi possível na língua original - o inglês. O DSM-III-R, bem como o DSM-IV e o DSM-IV-R já se encontravam traduzidos. No entanto, o recurso a essas edições apresentou ressalvas como o uso da nomenclatura de *Transtornos Somatoformes*, que aparece alterada de uma edição para outra, sem quaisquer explicações a respeito. Passa-se do uso de *Transtornos Somatiformes*⁹ para *Transtornos Somatoformes* e em discrepância com o inglês que referiu este diagnóstico, desde o seu aparecimento, como *Transtornos Somatoformes*. Dessa maneira, dada a insegurança e os questionamentos suscitados a partir da tradução, a reconstituição do percurso histórico foi feita com base nos textos originais. A versão original (das três primeiras publicações) também não foi tão simples de localizar.

Julga-se que as dificuldades de acesso enfrentadas, conforme mencionado, não apenas pela pesquisadora, mas por outros envolvidos na área, corroboram a suposição de que o presente trabalho poderá contribuir para o conhecimento do percurso histórico destes manuais e, também, para o uso dos mesmos por parte dos profissionais e, mais especificamente, no que diz respeito aos que se interessam pelos Transtornos Somatoformes e pela Histeria.

Para o desenvolvimento do trabalho optou-se por retomar o percurso histórico da nomenclatura de Transtornos Somatoformes tal como comparece nos manuais de psiquiatria, na CID e no DSM, uma vez que estes são os mais utilizados e reconhecidos mundialmente. No que tange à revisão histórica, esta é considerada importante para o campo da Psiquiatria e da Psicanálise, tendo em vista que a nomenclatura TS surgiu a partir do conceito de histeria, ou seja, no quadro de uma leitura psicanalítica.

A pesquisa baseia-se em uma revisão bibliográfica privilegiando as temáticas “transtornos somatoformes e histeria”. Busca-se responder às seguintes questões: Qual o processo histórico da nomenclatura de transtornos somatoformes no DSM e na CID? Em que momento esta nomenclatura aparece nos manuais psiquiátricos? Quando a histeria passa a não ser mais referida pela psiquiatria nestes manuais? Seria possível admitir uma equivalência entre os transtornos somatoformes e a histeria tal como definida por Freud?

Para a realização deste trabalho e na tentativa de sanar tais questionamentos no que tange à Psicanálise, optou-se por estudar o conceito de histeria na obra freudiana. Inicialmente

⁹ O uso desta terminologia aproxima-se da tradução espanhola.

foi possível fazer o levantamento em cada volume da obra de Sigmund Freud onde aparece a palavra *Histeria*, sendo que, em alguns textos, há um maior desenvolvimento do tema e, em outros, apenas uma breve passagem a respeito. Vale destacar que dos 23 volumes da obra (o índice não está sendo considerado para contagem), apenas nos dois últimos, ao que tudo indica, não há menção direta à histeria. O que aponta novamente para a relevância do tema. No entanto, é importante ressaltar que apesar desta extensão da presença do conceito ao longo da obra, foram trabalhados apenas os textos iniciais. A justificativa para tal escolha reside no objetivo do trabalho, isto é, a articulação entre a histeria e os transtornos somatoformes. A atenção se concentrou em seus primeiros textos uma vez que é neles que se encontra maior aproximação com o que aparece, depois, nas definições do DSM e da CID. Assim, embora se tenha lido todos os textos de Freud em busca da questão, optou-se por concentrar a atenção nos iniciais, pois as sucessivas reformulações da obra distanciam-se do modo como o conceito é retomado nos manuais.

É provável que algumas das informações que se encontram mencionadas, principalmente no que tange ao percurso histórico relativo à histeria, pareçam reiterativas ao leitor, uma vez que diversos autores interessados no tema (e o próprio Freud) já se detiveram longamente sobre esta questão. Entretanto, considerou-se essencial tal abordagem para compreender a nomenclatura de Transtornos Somatoformes como conceitualmente oriunda da histeria, bem como para refletir acerca das interlocuções entre o campo da Psiquiatria e o da Psicanálise. Recorrer aos autores que já escreveram a respeito da histeria poderia ser uma opção, mas implicaria em apoiar-se em uma visão e compreensão daqueles pesquisadores, correndo o risco de deixar de lado informações e passagens significativas dos textos de Freud para o estudo.

Conforme o mencionado, fez-se uma descrição detalhada das classificações, tal como aparecem na CID. Nas cinco primeiras publicações, pelo fato da Classificação não se preocupar com os transtornos mentais, mas apenas com índices de mortalidade, as tabelas apresentadas estavam pouco sistematizadas e as informações mostradas eram bastante restritas. Desta maneira foi preciso considerar também os artigos já publicados pelo Prof. Dr. Ruy Laurenti a respeito da CID para a interpretação dos dados. Por fim, foi realizado um detalhamento das edições já publicadas do DSM: o DSM-I, DSM-II, DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV, DSM-IV-R e DSM-V.

Para concretizar a investigação das categorias e conceitos metodologicamente aplicáveis à compreensão do percurso histórico das noções de histeria e de transtornos somatoformes tal como aparecem nos sistemas classificatórios recorreu-se a uma estratégia de

revisão bibliográfica que se diferencia das habituais (sistemática e meta-análise), que são utilizadas quando se trata de conhecer as evidências, por meio de buscas exaustivas. O método aqui utilizado busca o estado da arte em relação ao tema central, com o intuito do alargamento dos campos teóricos e clínicos da Psiquiatria e da Psicanálise. Uma pesquisa pautada no estado da arte apresenta um objetivo delimitado e, desse modo, não busca critérios e evidências estabelecidas, mas a apreciação de determinado tema a partir de uma procura intencional para responder à questão estudada (Ferreira, 2002).

Segundo Ferreira (2002), as pesquisas de estado da arte ou também conhecidas como pesquisas do estado do conhecimento, podem ser definidas como revisão bibliográfica dirigida, tendo em comum o desafio de mapear e discutir determinada temática em diferentes campos do conhecimento. Estes estudos buscam compor o quadro dos aspectos das dimensões destacadas e privilegiadas em diferentes épocas ou lugares, de modo a investigar de que forma e em que condições estes elementos têm sido produzidos. Tais trabalhos são reconhecidos por uma metodologia descritiva sobre o tema que visam analisar, interpretando as diferentes abordagens ou composições teóricas das obras referenciadas.

As investigações que se valem do estado da arte são também conhecidas como revisão narrativa da literatura. Esta técnica permite uma temática mais aberta, de modo que não exige um protocolo rígido para sua confecção e as buscas para as fontes não são nem pré-determinadas e nem específicas. A seleção dos textos é arbitrária. Este tipo de escolha proporciona ao autor informações acerca da percepção subjetiva de uma determinada abordagem teórica (Cordeiro, Oliveira, Rentería, & Guimarães, 2007; Green, Johnson, & Adams, 2006; Rother, 2007; Cronin, Ryan, & Coughlan, 2008).

Tendo esclarecido o percurso decidiu-se que para a análise dos dados nas fontes já mencionadas (a obra de Freud – CID – DSM) serão utilizados textos e autores que se detenham nos temas psiquiátricos e psicanalíticos atuais e que possam, deste modo, contribuir para a discussão das questões nucleares do trabalho. Dentre eles, os textos incluem-se alguns dicionários de psicanálise, que trazem a definição de histeria, bem como autores que apontam de alguma maneira o percurso histórico do conceito.

A partir da necessidade de investigar quais são os tipos de produções relacionadas ao tema no âmbito científico, fez-se uma busca nos principais bancos de dados, isto é, SciVerse Scopus (<http://www.scopus.com>), Scientific Electronic Library Online - SciELO (<http://www.scielo.org/php/index.php>), National Institutes of Health's National Library of Medicine - PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>), Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde - Lilacs (<http://regional.bvsalud.org/php/index.php>), Biblioteca Virtual em

Saúde - BVS (<http://regional.bvsalud.org/php/index.php>), Portal de Periódicos Eletrônicos de Psicologia – PePSIC (<http://pepsic.bvsalud.org/>), assim como no Banco de Dados Bibliográficos da USP - Dedalus (<http://200.144.190.234/F>), Domínio Público (<http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/PesquisaObraForm.jsp>), Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade de São Paulo - SIBiUSP (<http://www.sibi.usp.br/>) e Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações - BDTD (<http://bdtd.ibict.br/>). Para tal foram utilizados os seguintes descritores: “Histeria”, “*Hysteria*”, “Transtornos Somatoformes”, “*Somatoforms Disorder*”s, “Histeria & Transtornos Somatoformes” e “*Hysteria and Somatoforms Disorders*”. O resultado desta busca pode ser encontrado no Apêndice F. Deve-se destacar que o levantamento havia sido realizado pela primeira vez em setembro de 2010. Dada a rapidez pela qual se dão as publicações foi necessário retomar o mesmo levantamento em fevereiro de 2014. A pretensão foi selecionar os textos que pudessem dialogar com a temática da dissertação. Sabe-se que muitos outros descritores poderiam ser utilizados para esta busca, assim como, reconhece-se que diversas publicações, infelizmente, não puderam ser aqui incluídas. A escolha do material incidiu sobre artigos, dissertações, teses e alguns livros que contribuíssem de modo direto para a história do conceito de transtornos somatoformes, de histeria e como estas duas terminologias são hoje entendidas pela ciência.

Dentre os autores aos quais se recorreu para a elaboração da análise pode-se mencionar: Israël (1976), que retrata a situação do médico diante dos pacientes histéricos; Rocca (1981) define três tipos de manifestações de histeria enquanto Trillat (1991) oferece um generoso trabalho histórico acerca deste sofrimento. Berlinck (1997), por sua vez, problematiza a formação dos médicos na atualidade. Kaufmann (1996) apresenta no verbete histeria, de modo sucinto e preciso, as mudanças neste conceito até os dias atuais; Ford (1997) circunscreve e define os diagnósticos de dor e fibromialgia; Showalter (1997) discute a palavra histeria para mostrar relações entre história, histeria e sintomas; Bombana, Leite e Miranda (2000) afirmam que os pacientes somatizam para exprimir suas angústias não ditas em palavras; Fernandes (2003) propõe um alargamento da concepção de corpo tendo como base a sociologia, a antropologia, a psicanálise e a medicina.

Ainda como apoio para a compreensão do objeto da pesquisa sublinham-se outros trabalhos como Alonso e Fuks (2004) que utilizam a histeria como objeto de estudo e conceito fundador da psicanálise; Quinet (2005) diz que ser histérico é um modo de posição subjetiva, tal como já proposto por Lacan, e que neste tipo de funcionamento o paciente busca no outro, formas de nomeação de seu próprio mal estar; Dunker (2006) traz a noção de corporeidade para discutir os diferentes usos que o paciente pode fazer para expressar a sua

subjetividade; Chemama e Vandermersch (2007) apoiam-se na teoria psicanalítica para explicar como os sintomas histéricos aparecem; Perissinotti (2007) revela a importância e o significado que a psicanálise dá ao sofrimento experimentado pelo sujeito, enquanto Gallucci Neto e Marchetti (2008) refazem a história das nomenclaturas de somatização, conversão e dissociação à luz da histeria. Antoine (2010) vai deter-se nas mudanças sociais e psiquiátricas da histeria até a fragmentação do termo; Moreira (2010) propõe uma reflexão minuciosa a respeito do modo como o DSM discute a noção de sujeito e quais as interferências desta decisão para a prática clínica.

A preocupação com estes pacientes e as condutas utilizadas pelos profissionais do campo de saúde mental podem ser localizadas por trabalhos como Moretto (2001) discute o papel dos profissionais que cuidam da saúde mental, suas divergências e similaridades; De Luccia e De Luccia (2011) ressaltam a importância do comprometimento dos profissionais com o paciente, independentemente da origem dos sintomas; Wang, Loch e Andrade, (2011) interrogam-se sobre a necessidade de tantas mudanças estruturais dos manuais, quando isto talvez só produza taxas elevadas de prescrições medicamentosas, Hacking (2011) vai colocar em discussão os nomes criados para compreender o indivíduo; Tófoli, Andrade e Fortes (2011) oferecem possíveis justificativas para o alto índice de somatização nos países latino-americanos; Zorzanelli (2011) destaca as possibilidades de tratamento oferecido a população que sofre de sintomas inexplicáveis; Kurcgant (2012) faz um extenso levantamento das produções nos últimos 100 anos sobre a histeria e a neurologia, Silva Jr. (2012) propõe questões sobre a existência da histeria e o entendimento deste sofrimento para o campo científico e social; Bazan (2013) realiza um paralelo entre a anatomia da fragmentação das classificações para falar de sofrimento psíquico; Dunker (2013) refaz o percurso da neurose no DSM até a quinta edição, privilegiando as interferências da época com base em Lacan; Iannini e Teixeira (2013) interrogam-se sobre o futuro das classificações caso persistam os modos atuais de constituí-las; Borch-Jacobsen (2013) questiona as possibilidades da ciência na ajuda a pessoas que adoecem psiquicamente; Pereira (2013) fala sobre o mau uso dos manuais psiquiátricos, principalmente o DSM nos dias atuais e as suas implicações para a psiquiatria.

Engel (1970); Smith, Rost e Kashner (1995); Martinez, Rico, Hernández e Jiménez (1997) e Thomassen, van Hemert, Huyse, van der Mast, e Hengeveld (2003), Mai (2004) apontam dados alarmantes dos gastos que pacientes com queixas inexplicáveis representam para os cofres públicos, assim como índices epidemiológicos de pessoas afetadas por estes diagnósticos. Trabalhos como os de Pereira (2000), Dunker e Kyrillos Neto (2011),

Jerusalinsky e Fendrike (2011) criticam a maneira como o diagnóstico e os manuais têm sido empregados nos dias de hoje. Os dois artigos de Schmelling-Kludas, Frfschlin e Boll-Klatt (2003) e Nickel, Cangoez, Bachler, Muehlbacher, Lojewski, Mueller-Rabe, et al. (2006), ilustram o alto índice do sofrimento psíquico que afeta fisicamente a população turca associado às questões culturais. Delgado (2008); Moreira (2010); Ávila e Terra (2010); Dunker e Kyrillos Neto, (2011); Kurcgant (2012) desconfiam dos argumentos elaborados pelos autores do DSM ao sustentarem o seu caráter ateu. Cupello, (2011); Ávila e Terra (2012) apresentam documentos importantes que sugerem a dificuldade de se tratar os pacientes histéricos.

Além disso, foram utilizados também trabalhos realizados pela pesquisadora sobre o tema para além da dissertação (Catani, 2013; 2014), bem como do Laboratório de Teoria Social, Filosofia e Psicanálise (Latesfip) da USP (2014), no qual se desenvolveram estudos sobre o sofrimento psíquico nos últimos 30 anos no mundo (Ambra, Castro, Catani, Conceição, Moreira, Porchat, et al., 2014). O conjunto das obras aqui mencionadas deu suporte à compreensão de questões importantes para o estudo realizado. Sua enumeração neste momento explicita uma espécie de roteiro das leituras feitas para a constituição da dissertação.

O certo é que, se um analista não descobre, em cada um de seus pacientes, uma nova doença da alma, é porque não os escuta em sua verdadeira singularidade

Julia Kristeva

2. O DIAGNÓSTICO DA HISTERIA EM PSICANÁLISE: IDENTIFICAÇÃO E NOMEAÇÃO DO SOFRIMENTO

2.1. A invenção da histeria: um pouco da história do conceito

Antes de adentrar às definições de Freud a respeito da histeria, julgou-se relevante fazer uma breve apresentação do tema a partir de um panorama histórico com o objetivo de explicitar como este autor concentrou grande parte de sua obra na teoria das neuroses e na questão da histeria em especial. A apresentação recorre a textos e alguns dicionários psicanalíticos. Falar aqui da invenção da histeria é um modo de lembrar o caráter progressivo da acumulação e das transformações que foram construídas para nomear e compreender o fenômeno. E também para dar conta do processo de manifestação do próprio conceito. A expressão invenção da histeria foi emprestada do título do livro de Didi-Huberman (1982/2012) em que o autor justifica a sua escolha a partir da possibilidade de imaginar, criar, recriar, empregar um sentido para si mesmo para que a partir destas considerações seja possível revelar algo do que ainda se desconhece.

Na origem, o termo histeria era usado para referir-se ao útero, pois era decorrente de *hysteria*¹⁰. Fenômenos que, posteriormente, serão entendidos como histeria, no Egito Antigo eram vistos como manifestações no corpo.

Para Hipócrates (460 a.C. – 377 a.C.), na Antiguidade, a histeria era concebida como sendo uma doença orgânica e, tendo em vista a origem do termo, provinda do útero, atingia apenas a população feminina. No período da Idade Média, este conceito foi percebido como uma ação demoníaca na qual o diabo se aproveitava do corpo das mulheres através de simulações – e tais mulheres eram consideradas feiticeiras. Muitas destas mulheres classificadas como histéricas foram queimadas nas fogueiras da Inquisição e, no Renascimento, ideias similares à da época da Idade Média perduraram. Por exemplo,

¹⁰ Somente a título de curiosidade, Dubois (1833) em seu trabalho apresenta a palavra histeria em cinco idiomas diferentes, **Grego:** η πνιζ υστεριχη, η πνιε τη ευ γαστρι, υπερχυσις etc. **Latim:** hysteria, hystericismus, hysteriasis, hysteris, malum hystericum, morbus hystericus, adfectio hysterica, uteri adscensus, morbus strangulatorius, suffocatio uterina, hysteralgia, passio hysterica, uteri dolor, hysterergia medica, vapores uterini, dyspnœa hysterica, strangulatio vulvæ, strangulatio hysterica, asthma uteri etc., etc. **Francês:** hystérie, hystéralgie, mal de mère, vapeurs utérines, névroses utérines etc. **Alemão:** die hysteric, mutterbeschwerde, mutterkrankheit, mutterweh, hysterisches webel, mutterkrämpfe, etc., etc. **Inglês:** hysterical fits, hysterick passion, rising of the mother etc (Dubois, 1933).

continuou-se pensando que se tratava de uma doença derivada de causas internas e naturais (Kaufmann, 1996; Roudinesco & Plon, 1998).

Nesta época, o surgimento da histeria estava relacionado a um déficit no funcionamento do órgão sexual e restrito às mulheres. Observa-se ainda que, mesmo com a maior visibilidade dos textos de Hipócrates, a medicina egípcia já descrevia a histeria de modo similar. Tendo em vista que um dos sintomas era a sufocação, deduziu-se que se tratava de uma ação migratória do útero que subia provocando as sensações de “nós”, “engasgos”, “sufocamentos”. A partir de tais considerações, Platão concluiu que o útero apresentava-se irritado, após longo período de esterilidade e ausência de relações sexuais. Assim, o órgão manifestava-se de modo a provocar fortes sensações de angústia e descontentamento, demonstrando o seu poder e habilidade de deslocamento. Diante disso, o tratamento consistia em conseguir que o útero retornasse ao seu devido lugar e, para tanto, havia necessidade de relações sexuais, trabalhos manuais, gravidez (Roudinesco & Plon, 1998).

Com a forte autoridade do cristianismo na Idade Média, Santo Agostinho supunha que os sintomas eram decorrentes de influências malignas, resultado de uma luta entre Deus e Satã. Nem todos eram afetados, apenas as feiticeiras e bruxas que estabeleciam pactos com o demônio, mas a questão sexual continuava a ser a responsável. Como não havia qualquer possibilidade de converter o espírito e a alma contaminados, a única solução era a morte como punição e exemplo para prevenção de casos futuros (Kaufmann, 1996).

Após a Idade Média na Europa Ocidental e no fim do século XVII a histeria retornou à cena com o entendimento de que se relacionava a manifestações de caráter somático. A preocupação da época era investigar se a histeria seria ou não uma doença como as outras, se obedeceria às mesmas leis naturais. Concluiu-se que a histeria apresentava uma posição ambígua: ‘uma doença que não o é, embora o seja’ (Trillat, 1991, p.60). Isto quer dizer que não é possível compreendê-la a partir das noções de doenças já disponíveis e conhecidas até aquele momento, mas ainda assim, reconhece-se que ela é algum tipo de patologia. Embora, ainda não se saiba qual. Diversas hipóteses foram sendo construídas, dentre elas a de que a histeria que antes se localizava no útero migrava para o cérebro, ainda que muitos teóricos continuassem a defender até o início do século XIX que o útero de fato era sede da histeria. Neste cenário era possível encontrar autores que compartilhavam a teoria uterina. Eram eles, ginecologistas e parteiros ou partidários da teoria cerebral, os neurologistas. Embora a localização entre estes estudiosos fosse diferente para o entendimento da histeria, a teoria humoral prevalecia. Considerava-se que a histeria referia-se ao genital feminino e que o

tratamento e a extinção dos sintomas entre os mais conservadores e moralistas era o casamento (Trillat, 1991).

A teoria uterina baseava-se em compreensões vaporosas, isto é, nas primeiras pesquisas da química e da física dos gases, mas ainda com fundamento também nos espíritos animais. A passagem dos gases e dos vapores, localizados nas artérias, para os nervos resultaria de efervescências viciosas e a histeria de uma predominância dos elementos ácidos sobre os alcalinos. Já no que se refere à teoria cerebral sustentava-se que os vapores propagavam-se de cima para baixo e a sua localização sendo cerebral permitia que se reconhecesse que homens também poderiam ser histéricos. Neste momento e de acordo com as explicações, a hipocondria e a histeria se encontravam alojadas sob a mesma insígnia, constituíam uma mesma classe de doença, histeria mais feminina e hipocondria mais masculina. Um autor que serviu como referência para o desenvolvimento desta teoria foi Sydenham (1624-1689), ele criou um sistema nosográfico que dividia as doenças em crônicas e agudas. Para ele, a histeria e a hipocondria seriam doenças crônicas. De acordo com Sydenham a histeria não é uma doença como as outras, ela imita todas e oferece com isto uma imagem falsa. A relação com os espíritos animais que transitavam pelo corpo é abandonada a partir dos avanços no estudo das artérias e dos nervos, porém vale ressaltar que a dimensão nosográfica proposta por Sydenham se estenderá até o começo do século XIX (Trillat, 1991).

No século XIX, o que todas as correntes concordam era que a histeria constituía uma doença feminina. O Romantismo, também congregava um retorno à velha teoria uterina e este paradigma era ainda mais incentivado por alguns médicos que faziam, nesta época, idolatria às mulheres. Nesta mesma época os fisiologistas constataam a ovulação e concluem que a mulher não ocupa um papel passivo na geração. As menstruações não eram mais indício das orgias e das bruxas, mas a marca de uma ferida de um ser frágil e com isto a medicina passou a considerar uma organização mais complexa da vida feminina. Uma outra mudança significativa reside no fato do termo histeria ser empregado como ‘linguagem técnica’ e a expressão do conceito utilizada no masculino, por exemplo, pacientes histéricos e não apenas mais pacientes históricas, como até então. Apesar desta modificação a histeria continuava a ser predominantemente uma doença de mulheres (Trillat, 1991).

Ainda no século XIX é criada por James Braid a técnica da hipnose que retoma as ideias de Mesmer acerca do magnetismo animal e do ‘sono magnético’. Braid residia na Inglaterra (Manchester) e intuiu que o sono magnético se dava pela fixação do olhar a um objeto. Após algumas experiências lançou um estudo e inventou a palavra ‘hipnose’. Na França (Bordeaux) Azam trata um caso de uma histérica e recorre ao método de Braid, leva

sua paciente a Paris e apresenta o caso ao dr. Broca (cirurgião) que se interessa muito pela técnica, utilizando-a em seus pacientes e fazendo um relato dos casos. O nome de Braid desaparece rapidamente, pois fica sempre associado ao magnetismo animal. A histeria era concebida por alguns como magnetismo, espiritismo, possessão e dupla ou múltipla personalidade (Trillat, 1991).

Entre os séculos XVII e XIX pelo menos três correntes dedicaram-se ao estudo da histeria. A primeira era uma corrente organicista liderada por Jorden, Burton e Cullen na Grã-Bretanha, cuja compreensão era que a histeria decorria de um distúrbio nervoso no cérebro. Um segundo grupo, com Sydenham na Grã-Bretanha (séc. XVII) e Pinel na França (séc. XIX) atribuía à histeria um aspecto psíquico passível de cura sustentando que a doença era decorrente de paixões que ocasionavam desordens somáticas. Para estes estudiosos era necessário um tratamento moral ou psíquico. Um terceiro grupo foi representado por Mesmer, na Inglaterra, Charcot na França e Braid na Grã-Bretanha valeu-se dos conceitos de magnetismo e sugestão e do uso da hipnose. Estes estudiosos compreenderam a histeria como um sinal que só tem razão de existir a partir da presença de um outro. Para eles, embora a histeria tivesse causas hereditárias, ela poderia irromper após ocorrências externas, tais como uma queda, palavras grosseiras, a voz de um hipnotizador, acidentes etc. Foi com Mesmer que a histeria desvinculou-se de uma concepção demoníaca para alcançar uma concepção científica cabendo então ao médico, com o seu conhecimento, reestabelecer o equilíbrio do fluido que, em sua desordem, provoca crises convulsivas nos pacientes (Roudinesco, 1998).

A partir do século XVII, Thomas Sydenham apresentou uma nova definição contrariando a ideia de que a doença se fazia presente em mulheres cujo útero estava afetado e passou a afirmar que se tratavam de simuladoras e, por isso, era tão difícil conseguir identificar com precisão os sintomas componentes deste tipo de doença. Segundo ele, as histéricas eram mulheres que observavam as doenças comuns na época e tomavam de empréstimo a sua sintomatologia para comunicar seus sofrimentos. Com o médico francês Charles Lepois em 1618, este tipo de funcionamento foi explicado de forma dessexualizada e pôde ser observado também em pessoas do sexo masculino, não se restringindo, assim, mais a uma questão uterina e à concepção da animalidade feminina. Entretanto, como a teoria dos humores ainda se fazia muito presente na explicação das emoções, por diversas vezes, surgiram perspectivas que apontavam a histeria associada à melancolia (Kaufmann, 1996).

Até o século XVIII acreditava-se que a histeria era decorrente de uma energia sexual excessiva que se espalhava por todo corpo, promovendo prejuízo ao paciente. Nessa época, estas mulheres eram submetidas a tratamentos muito invasivos, chegando inclusive a serem

acorrentadas. As condutas são modificadas com Pinel, que consegue libertar tais mulheres. No entanto, no que concerne a sintomatologia, pouco se avançou, pois se continuou a acreditar que o útero era o responsável pela doença. Em 1859, Pierre Briquet associou a histeria a fenômenos sociológicos, ao tipo de vida que o paciente possuía, ao trabalho, aos aspectos da natureza, bem como ao movimento dos astros que também poderiam estar relacionados ao desenvolvimento da doença (Quinet, 2005).

Jean-Martin Charcot, no fim do século XIX, como neurologista, buscou justificar a histeria como possível lesão. Entretanto, não obteve êxito, apesar de ter oferecido importantes contribuições acerca da compreensão dos mecanismos de defesa implicados nos sintomas histéricos e de ter descoberto a possibilidade de reproduzir uma paralisia histérica sob estado hipnótico. Com o emprego da hipnose como método catártico, Breuer estimulou Freud a desenvolver maiores estudos relativos à etiologia da histeria (Quinet, 2005).

No desenvolvimento da teoria de Paul Briquet, no século XIX, o médico afirmou que esta era uma doença séria, e apostou que se tratava de uma doença de amor, como ele mesmo nomeou. Considerava que estas mulheres experimentavam sentimentos dos quais não conseguiam dar conta e vivenciavam isto no corpo e em suas ações. Mais tarde, a histeria será também conhecida por médicos como Síndrome de Briquet, em homenagem a ele. Apenas com Charcot (1882) a histeria começou a ser valorizada clinicamente. Ele apresentou uma descrição detalhada deste quadro clínico e apostou que a histeria estaria relacionada a possíveis lesões no cérebro. Entretanto, como encontrou dificuldade em localizar algum transtorno cerebral, defendeu uma causalidade hereditária para a histeria. Ainda com o intuito de provar a real origem da doença, começou a submeter os pacientes à hipnose, e chegou à conclusão de que a histeria estava relacionada a eventos traumáticos, que podiam ser compreendidos e visualizados por meio da sugestão. Com isso, apontou a possibilidade da histeria acometer tanto homens quanto mulheres. No entanto, como descobriu os sintomas por meio da hipnose, recebeu críticas e acusações de Bernheim e Babinski de que estaria forjando e criando possíveis explicações para o conceito da patologia. No entender dos críticos, ele fabricava os sintomas experimentalmente para depois suprimi-los, atentando assim contra a própria saúde do paciente (Roudinesco & Plon, 1998).

Jacqueline Carroy (1993) delineia um percurso histórico (desde o século XVIII até os dias de hoje) a respeito das personalidades duplas e múltiplas, reconhecendo a presença da histeria neste tipo de funcionamento psíquico. O traço distintivo do seu trabalho consiste em acompanhar a constituição dos conhecimentos científicos e as formulações presentes na literatura para dar conta da dimensão ficcional dessas construções. Do mesmo modo que essa

dimensão também se identifica na constituição dos relatos e nas experiências dos sujeitos histéricos, duplos, múltiplos ou normais. Apresenta também uma análise das formas pelas quais a histeria e a hipnose participam como elementos fundamentais no desenvolvimento das teorias atuais orgânicas e psicológicas. A ideia do desdobramento do sujeito (característico dos duplos e múltiplos) aparece, por exemplo, no século XVIII nas obras de Diderot quando este representa os seus heróis em diálogos com uma espécie de *alter-ego*. O comediante que aparece como ator e espectador crítico de um personagem é o modelo mais utilizado (Carroy, 1993).

Kraepelin, considerado o pai da psiquiatria científica moderna, propõe que os sintomas psíquicos estejam relacionados a causas orgânicas. A partir deste postulado, classifica o transtorno psiquiátrico em dois tipos: adquiridos – de origem exógena (ligados, por exemplo, a uma intoxicação), ou congênitos – de origem endógena (ligados a fatores hereditários e degenerativos). A histeria aparece em seu trabalho *Compêndio de psiquiatria* tanto sob a rubrica de “reações psicogênicas” (histerismo de desenvolvimento, alcoólico, traumático) como sob a rubrica de “psicopatias” (personalidades histéricas). Já na obra de Eugen Bleuler (1857-1939), os conceitos classificatórios da época cedem terreno a conceitos psicodinâmicos. A busca do “terreno doentio”, da “predisposição doentia” ou do “fundo patológico de base” leva agora em consideração a motivação inconsciente. Bleuler inclui as “síndromes histéricas” no grupo das “reações patológicas” (Ambra et al., 2014).

Após 1870, a histeria recebe um maior destaque na ciência e na literatura definindo-se uma histérica como uma pessoa moral, mas que tem dentro de si, uma outra pessoa escondida e que se apresenta de modo teatral, mas isto não está no seu consciente. Trata-se de um desdobramento involuntário e inconsciente de si mesmo. Há uma nova concepção acerca do funcionamento psíquico: o sonho e a alucinação constituem um modelo, no qual estão presentes um sujeito que cria as ilusões e um outro que busca corrigi-las, surgindo portanto, um conflito. Esta nova teoria acerca do psiquismo provoca uma revolução na psicologia clássica e na descrição de fenômenos que se definiriam como personalidades duplas e múltiplas, proporcionando um conhecimento maior e mais específico acerca do sujeito e dos modos de tratá-lo. No *inconsciente* há uma contribuição do sujeito e do que deveria ser esquecido, enquanto que na *amnésia* o evento orgânico é o que provoca o esquecimento. Na França, para a compreensão da amnésia histérica e da personalidade múltipla optou-se por um modelo de reaplicação da hipnose que se apoiava na cultura local, nos medos, e nas fobias existentes (Carroy, 1993).

Pierre Janet (1859-1947) psicólogo, psiquiatra e neurologista, foi convidado por Charcot para trabalhar no *Hôpital de la Salpêtrière*. Janet no que diz respeito à histeria teria sido um dos primeiros “a sustentar que os fenômenos mentais inconscientes estariam à base dos estranhos sintomas de clivagem da personalidade observados na histeria” (Pereira, 2008, p.302). Para ele, nos casos histéricos ocorreria uma dissociação da consciência e, com isso, o funcionamento mental passaria a operar de modo mais primitivo, impossibilitando assim a integração de uma personalidade unificada e dominada pelo ‘eu’, característica fundamental da consciência. O aparecimento de um trauma psíquico, presente na histeria resultaria, portanto, na divisão primária e em um estreitamento da consciência (Pereira, 2008).

A noção de histeria evoluiu muito desde as descrições feitas por todos estes estudiosos e pouco a pouco recebeu a conotação de neurose, cujas manifestações clínicas são variadas e cujos sintomas físicos não estão ligados a uma causa orgânica. Entretanto, atualmente, a psicanálise modificou um pouco a compreensão do que foi definido pelos estudiosos no início do século XX, muito embora este seja ainda um conceito chave na psicanálise (Antoine, 2010).

Dentre as prováveis manifestações de histeria pode-se encontrar referidas no verbete do Dicionário de Kaufmann (1996) o seguinte:

(....) no tocante ao humor: risos e choros, depressão e euforia, frieza de sentimentos e veemência da linguagem. No tocante à memória: amnésias e recordações detalhadas. No tocante aos sinais sensoriais: hiperestesia e anestesia (segundo um recorte que não acompanha a anatomia nervosa), afasia e volubilidade, mutismo e atração pelos rumores, cegueira e alucinação, anorexia e bulimia, amenorreia e hipermenorreia. No tocante aos distúrbios motores: tique, bufonaria, convulsão epileptoide e paralisia, contratura (p.254).

Apesar de todas as descrições presentes aqui ou em outros textos que abordam o tema, este tipo de funcionamento e sintoma não deixam de surpreender e de criar novas configurações. É importante mencionar que essas manifestações não são produzidas ao acaso, possuem relação com a história do sujeito, com o ambiente e o contexto no qual ele está inserido (Kaufmann, 1996).

2.2. O percurso histórico da histeria na obra freudiana. O papel da sedução e da fantasia no reconhecimento da “bela indiferença”

A ida de Freud a Paris (1885) será uma oportunidade de entrar em contato com mulheres tidas como histéricas e, também, aprender o processo de hipnose. Ao retornar a Viena, utilizou a expressão *la belle indifférence* para referir-se ao fato de que estas mulheres ao relatarem seus sintomas e suas queixas faziam isto desprovidas de qualquer emoção. Percebeu ainda que os sintomas apresentados pelas pacientes não podiam ser explicados organicamente. Os estudos sobre a histeria realizados por Freud, com o auxílio de Josef Breuer, apontavam para o desenvolvimento e criação do axioma da teoria psicanalítica: o Inconsciente (Freud, 1886a/1987).

Freud descreve como a histeria era entendida na época. Tratava-se de uma palavra sem definições claras e que era cientificamente caracterizada por sinais negativos. Até aquele momento, os estudos acerca desta temática não eram tão extensos e a sua compreensão era permeada de preconceitos. Com Charcot os estudos promoveram avanços e modificações a partir de sua separação entre a neurose e o sistema genital, possibilitando assim que os casos pudessem ser confirmados em homens e mulheres. Nas histerias traumáticas, Charcot localizou sinais como a natureza do ataque, anestésias, distúrbios da visão, entre outros. Assim, a histeria sai de um diagnóstico de sinais negativos para estabelecer-se por indicações positivas. Portanto, ele assume a responsabilidade de que os sintomas histéricos são de fato reais e não se tratam de simulação como se acreditava até o momento (Freud, 1886b/1987).

Freud, influenciado por Charcot, pouco depois das afirmações feitas por seu professor de que a histeria não estaria necessariamente relacionada ao órgão genital e que poderia acometer ambos os gêneros, descreveu em detalhes a história de vida e os sintomas de um de seus pacientes para argumentar que suas manifestações corporais eram suficientes para concluir que se tratava de um caso de histeria. Um dado que merece destaque e possibilitará reflexões posteriores neste trabalho é que este homem possuía algumas doenças orgânicas. Entretanto, isto não excluía a possibilidade de se tratar de um paciente histérico e deste sujeito apresentar sintomas inexplicáveis anatomicamente ou por exames laboratoriais. Haver algum tipo de doença orgânica não impossibilitaria, para Freud, o fato de outras áreas do corpo serem afetadas em decorrência de um conflito psíquico, gerando, por exemplo, algum sintoma conversivo (Freud, 1886b/1987).

Em 1888 (Freud, 1888/1987) assinalou que, apesar dos progressos obtidos pela medicina, com o decorrer do tempo a histeria continuava sendo uma doença que, sem evidenciar alterações significativas no sistema nervoso, deixava ver nos pacientes nestas regiões em que os sintomas se manifestavam uma excitabilidade diferente de outras partes do corpo. Os sintomas desenvolvidos por um paciente histérico eram bastante diversificados. Dentre eles:

Ataques convulsivos: os movimentos observados mostram-se coordenados e há uma preocupação em evitar ferimentos ou machucados, o que se distingue bastante de casos orgânicos.

Zonas erógenas: áreas do corpo que apresentam enorme sensibilidade, podendo atingir a pele, os ossos, membranas mucosas e até mesmo os órgãos dos sentidos.

Distúrbios de sensibilidade: existem dois tipos, as *anestésias* e as *hiperestésias*. No caso da anestesia, diferentemente do que seria na doença orgânica, o distúrbio de sensibilidade histérico não prejudica a atividade motora. As doenças orgânicas raramente possuem este tipo de sinal.

Distúrbios da atividade sensorial: qualquer órgão do sentido pode ser acometido, gerando perda da visão de modo total ou parcial; surdez em um dos ouvidos – raramente há uma perda de audição completa – paladar e olfato.

Paralisias: a anatomia não é considerada, por exemplo, é possível ter perda de movimento do braço esquerdo, mas a perna esquerda continuar funcionando normalmente. Tal sintoma recebe o nome de hemiplegia. No caso de uma hemiplegia histérica, a perna que perde o movimento é arrastada assemelhando-se a uma extensão morta. Não são raras as manifestações de afasia histérica e com isto, além das paralisias dos membros observa-se a perda total da fala e uma incapacidade completa de produzir sons. Na maioria destes casos, o que se constata é uma intensa habilidade na escrita, sendo a comunicação por este meio mais investida.

Contraturas: manifestações presentes nos casos mais graves de histeria nos quais o aparelho muscular reage aos menores estímulos.

Para Freud (1888/1987), a histeria era conhecida por seu exagero, pois os sintomas exibiam proporções muito maiores do que provavelmente possuíam. Outra característica muito comum era a de que os sintomas se modificavam e/ou se deslocavam. Por exemplo, a anestesia de uma perna podia se deslocar e se instalar nos braços e no momento seguinte, os membros inferiores podiam estar completamente normalizados. A histeria, na verdade, não

criava nada de diferente, ela apenas imitava e mimetizava relações fisiológicas e possíveis doenças, mas o fazia de modo ainda mais dramático e exagerado.

Mesmo tendo feito estas considerações, Freud (1888/1987) ainda se deparava com intensas resistências dos profissionais da época e tinha grande receio de que as suas observações e as suas teorias fossem descartadas. Ele ainda considerava como justificável que os histéricos desta época apresentassem a doença em decorrência de uma pré-disposição genética, principalmente se existisse na família deste paciente alguém que era epilético ou possuía algum transtorno mental. Em geral, a histeria se manifestava após alguns eventos mais graves, como por exemplo, um acidente, uma criança que recebera muitos cuidados de seus pais por ser filho único, episódios de violência, nascimento prematuro, trauma, intoxicação por chumbo ou álcool, enfim, qualquer circunstância que pudesse gerar algum prejuízo para o indivíduo. Associado a isto, nas explicações freudianas, não se descartava a importância dos aspectos sexuais na histeria acreditando-se que a vida sexual tivesse o seu papel para o desenvolvimento de sintomas histéricos, assim como em qualquer neurose. Ele admitia ainda que uma carga de excitação e uma intensa quantidade de estímulos no cérebro fossem responsáveis por este tipo de crise. O excesso poderia ocorrer tanto por ideias conscientes quanto inconscientes. No que se refere à manifestação histérica esta costuma ocorrer em um período próximo à puberdade, de modo geral, um pouco antes ou um pouco depois. Nos homens, a aparência da histeria costuma ser de doença grave e dada a sua intensidade, na maior parte das vezes, o paciente se sente incapaz de trabalhar e se vê obrigado a interromper as suas atividades.

Apesar dos prejuízos e interferências que podem resultar dos sintomas histéricos, estes nunca se constituem, segundo ele, como um risco de morte, além do que as funções intelectuais dos pacientes e sua capacidade se mantêm preservadas, embora ele não especifique exatamente qual seria esta competência que se mantém sem qualquer prejuízo. Na grande maioria dos casos, ao serem questionados, os pacientes não sabem identificar qual foi o problema ou o evento que fez com que a histeria se desencadeasse. Isto porque, até os sintomas se manifestarem, eles passam por um período de latência, não aparecendo logo após alguma situação traumática, existindo um período de incubação (Freud, 1888/1987).

No contato com Charcot, Freud aprende a técnica da hipnose e, com este método, observa que a pessoa consegue recordar-se de fatos dos quais não se lembraria com tanta facilidade em estado consciente. Esta dificuldade em resgatar eventos da infância na memória opera-se com as chamadas lembranças encobridoras. No entanto, com o passar dos anos, Freud começa a perceber que a técnica da hipnose não é completamente eficaz, pois os

sintomas que desapareceriam por meio da sugestão, retornavam tempos depois. Segundo ele, a justificativa era o fato do paciente estar desprovido da razão e não se responsabilizar pelo que foi verbalizado no estado hipnóide. Ele se vê obrigado a buscar explicações para este reaparecimento (Freud, 1891/1987).

Na histeria, as ideias contrárias aflitivas são mantidas afastadas da consciência, de maneira que se produz uma dissociação, entre a intenção e a ideia, mas estes pensamentos não deixam de existir, apenas mantêm-se inconscientes, inacessíveis aos pacientes. Uma outra característica frequente para estes sujeitos liga-se ao fato de que quando aparecem as intenções, as ideias que possuem conteúdos aflitivos são atualizadas e revividas no corpo (Freud, 1891/1987). Aqui cabe uma observação de que quando Freud muda-se para Paris para realizar o estágio, conhece também Janet, e ao elaborar suas ideias a respeito da histeria reconheceu que as hipóteses e teorias de Janet já antecipavam, há anos, alguns dos resultados obtidos por Freud e Breuer quanto ao uso do método catártico em pacientes histéricos. Entretanto, ainda que reconhecesse a importância de Janet, em sua explicação Freud defendia que a divisão da consciência é algo adquirido e, assim, secundário, pois o eu se depara com uma ideia, sentimento ou afeto tão aflitivo e intenso que opta por afastá-lo da consciência, esquecê-lo, mas para tal, “monta” uma defesa e com isto demonstra uma atitude ativa e não o contrário, como pensava Janet, opondo-se a esta condição mental que lhe seria insuportável (Pereira, 2008). De acordo com o pai da psicanálise, os desejos são levados em conta mesmo que o sujeito não tenha consciência disso, como por exemplo, no caso da paciente que não tinha qualquer intenção de amamentar, mas por receio isto não era manifestado. Ela acabou por desenvolver sintomas que a impossibilitavam de nutrir o bebê, produzindo aversão pela comida, dores, perda de apetite e vômito. Ou seja, o corpo oferecia sinais de que não era possível levar em conta o próprio desejo, produzindo evidências muito mais significativas e perceptíveis do que seria de se esperar no caso de uma simulação. Freud observa que nos casos em que a moral e a boa educação estão presentes, de modo muito rígido, é comum o aparecimento deste tipo de sintoma e o paciente acaba sendo vítima das ideias recalcadas (Freud, 1891/1987).

A partir da experiência clínica no contato com os pacientes, o autor constata ainda que não há uma explicação médica e anatômica para justificar as observações clínicas, o órgão na histeria não funciona como em um caso orgânico em que as paralisias se dão a partir das distribuições dos nervos. No quadro histérico o órgão é tomado (num sentido popular ou leigo) diferentemente do que seria considerado pelos técnicos e profissionais, para os quais a região da perna, por exemplo, não se restringe ao quadril somente, mas inclui o abdômen, em

termos de distribuição dos nervos e sensibilidade. Vale mencionar que o mesmo acontece com o braço, de acordo com os técnicos. Isto é, não se entende o braço somente do ombro até as mãos, mas quando uma paralisia se manifesta, no caso de uma lesão cerebral / orgânica, por exemplo, o sintoma afeta também a face o que não ocorre nos casos histéricos. Tais hipóteses e constatações de Freud são compartilhadas por Janet. Para Freud, este membro ou órgão só está paralisado porque existe uma grande carga de afeto, da qual o sujeito não se dá conta, mas que impede qualquer associação que poderia ser a maneira de reverter o quadro da paralisia, da lesão dinâmica (Freud, 1893/1987).

2.3. A histeria freudiana e a configuração do trauma

O ataque histérico consiste em uma alucinação que convoca o sujeito a deparar-se com o fenômeno traumático. Ou seja, a cada ataque o paciente revive a mesma situação e experiência do que se passou na primeira vez. Vale dizer que a frequência e a intensidade com que estes sintomas são vividos no corpo dependem de cada um, podendo ser mais ou menos grave, mais breve ou mais duradouro. Existe, assim, uma classificação em que são contemplados os sintomas histéricos clássicos, isto é, hemianestesia, contração do campo visual, convulsões epileptiformes etc. Há as neuroses traumáticas, em que o mais importante e significativo para o sujeito não é tanto o sintoma, mas sim o afeto, o trauma que este desencadeou no paciente. Vale ressaltar que, para que um evento seja traumático, ele depende da condição da pessoa, do que o indivíduo é capaz de tolerar, pois as circunstâncias podem envolver um susto, uma dor física, um evento que despertou vergonha. Já as chamadas histerias comuns, diferentemente da histeria traumática, apresentam diversas ocorrências, não há um trauma isolado e responsável pelo sofrimento, mas sim diversos traumas parciais que se configuram como causas desencadeadoras (Breuer & Freud, 1893/1987).

A lembrança do trauma psíquico caracteriza-se como um evento principal que se manifesta no corpo do indivíduo. Entretanto, este elemento é percebido pelo paciente como estranho desde o primeiro momento e, posteriormente, continua provocando ações e gerando sintomas. Breuer e Freud observaram que os sintomas histéricos poderiam ser eliminados na medida que o paciente fosse capaz de recordar, nomear e descrever com a maior riqueza de detalhes o evento traumático. Para que a rememoração seja completa e o desaparecimento dos sintomas ocorra, de maneira efetiva, faz-se necessário que o paciente repita muitas vezes a

mesma história. Todavia, os autores advertem que antes da extinção completa dos sintomas, estes retornam, de modo ainda mais intenso, uma última vez. É aqui que surge a célebre frase: “Os histéricos sofrem principalmente de reminiscências” (Breuer & Freud, 1893/1987, p.45).

No caso da histeria, algum tipo de ação ou vontade indesejada teve que ser reprimida e a partir desta repressão o afeto manteve-se vinculado à lembrança e não pôde ser descarregado. O efeito catártico e de cura só acontece quando a pessoa que padece deste trauma acessa esta lembrança de maneira adequada, isto é, pode retornar ao ponto crucial, responsável pelo elemento traumático e “ab-reagir” os afetos vinculados ao trauma. O trauma psíquico e a lembrança a ele vinculada não se encontram acessíveis ao sujeito, mas ainda que não estejam disponíveis na memória normal, estas recordações continuam a produzir efeitos (Breuer & Freud, 1893/1987).

Na análise do caso de uma paciente de Breuer, ele e Freud discutem a proposta da própria paciente nomeada por ela como *talking cure* (cura pela fala), que consistia em falar livremente a respeito do que lhe viesse à cabeça. Posteriormente, ela mesma, Anna Ö (que recebeu esse pseudônimo), chamou isto de limpeza da chaminé. Foi a partir deste relato que Freud iniciou o desenvolvimento da teoria do inconsciente e passou a pedir aos seus pacientes que associassem de forma livre, de modo que pudessem se responsabilizar pelo que era dito. Vale ressaltar que não foi apenas a partir do contato com este caso, mas também com diversos outros, tais como Emmy von. N., Lucy R., Katharina, Elisabeth von R., Dora que ele pôde sustentar suas ideias (Breuer & Freud, 1893/1987).

Freud (1893/1987) afirma algo, já observado por ele noutros casos clínicos: para o quadro de histeria, faz-se necessário que uma representação seja intencionalmente recalçada e com isto excluída da cadeia associativa. Para ele, o recalçamento proposital é a origem da conversão, seja ela completa ou parcial de uma soma de excitação. Em suas palavras (Freud & Breuer, 1893, p.135):

A soma de excitação, estando isolada da associação psíquica, encontra ainda com mais facilidade seu caminho pela trilha errada, para a inervação somática. A base do próprio recalçamento só pode ser uma sensação de desprazer, uma incompatibilidade entre a representação isolada a ser recalçada e a massa dominante de representações que constituem o ego. A representação recalçada vinga-se, contudo, tornando-se patogênica.

A gênese dos sintomas histéricos é constituída por frutos do trauma que transforma a excitação psíquica em conversão histérica. Para tornar-se uma situação patogênica, as associações devem ser reprimidas devido ao conteúdo incompatível e conflitante para o paciente. Na maior parte das vezes este conteúdo é de cunho sexual e, de todo modo, é menos frequente que as circunstâncias sejam oriundas de um único afeto (Breuer & Freud, 1893).

A todo instante uma pessoa, não necessariamente um paciente histérico, vive uma experiência psíquica que resulta num aumento de excitação em seu corpo mas, subsequente a isto, o seu organismo deve eliminar esta excitação para que o corpo não sofra consequências. Este processo é nomeado de princípio da constância. Ou seja, a soma de excitação é um processo sensorial e a sua descarga decorre de uma reação motora. Uma das possibilidades de descarregar este excesso é por meio das palavras (estas substituem a ação). Quando este recurso e nenhum outro é possível forma-se o trauma psíquico, ou seja, a lembrança preserva o afeto desfavorável. Assim sendo, “os pacientes histéricos sofrem de traumas psíquicos incompletamente ab-reagidos” (Freud, 1893/1987, p.48).

Ele associa também uma carga hereditária que serve como algo a mais para o desencadeamento da neurose¹¹, embora a hereditariedade não seja determinante para o tipo de neurose que será desenvolvida.

O rumo tomado pela doença nas neuroses de recalçamento é, em geral, sempre o mesmo: (1) a experiência sexual (ou a série de experiências), que é traumática e prematura e deve ser recalçada. (2) Seu recalçamento em alguma ocasião posterior, que desperta a lembrança correspondente; ao mesmo tempo, a formação de um sintoma primário. (3) Um estágio de defesa bem sucedida, que é equivalente à saúde, exceto quanto à existência do sintoma primário. (4) O estágio em que as ideias recalçadas retornam e que, durante a luta entre elas e o ego, formam-se novos sintomas, que são os da doença propriamente dita: isto é uma fase de ajustamento, de ser subjugado, ou de recuperação com uma má-formação (Freud, 1896/1987, p. 246).

¹¹ A referência feita aqui à neurose exige que se sublinhe o fato de que esta é compreendida atualmente como, segundo, Laplanche e Pontalis (2001, p.296) desdobrando-se em “formas clínicas que podem ser ligadas à neurose obsessiva, à histeria e à neurose fóbica”. Para os psicanalistas, a neurose é entendida como transtornos psíquicos nos quais não são localizados elementos anatômicos e a sua origem decorre de conflitos psíquicos. De acordo com Francis Drossat (2005, p.1243: “A medicina do século XIX utilizava indiferentemente os termos ‘neurose’ e ‘psicastenia’ como sinônimos de distúrbios nervosos de origem funcional. Era admitido então que sua repercussão sobre os aparelhos (digestivo, cardiorrespiratório, urogenital etc) não correspondia a nenhum substrato anatomoclínico e que não existia, por outra parte, qualquer alteração importante do contato com a realidade”.

Freud se vale de suas hipóteses para justificar o desencadeamento da histeria e para tanto, recorre a três formas: na primeira a divisão da consciência é produzida a partir de um ato voluntário do paciente. Esta dissociação significa que o indivíduo produz uma separação da consciência, evitando contato com que lhe é intolerável. A maneira como esta separação foi realizada deve ser esclarecida com cada paciente, mas o resultado é sempre a cisão. A segunda forma é nomeada por Freud como *histeria de defesa*¹². Trata-se, em suas palavras, de uma histeria adquirida em cuja história houve uma incompatibilidade entre a representação e uma determinada experiência – tal circunstância foi bastante traumática e o indivíduo optou por não lembrar. Na terceira forma, observa-se que a divisão psíquica da consciência é quase irrelevante para o paciente – diferentemente do primeiro caso. Tal constatação é feita por meio da análise e apresenta êxito de cura com a descarga. À primeira e à terceira histeria ele deu o nome de *histeria de retenção*¹³ pura. Freud afirma que, no caso das mulheres, na maior parte das vezes, tal incompatibilidade relaciona-se a alguma experiência ou sensação da ordem do sexual (Freud, 1894/1987).

Conclui Freud (1894/1987, p.57):

(...) o fator característico da histeria não é a divisão da consciência, mas a *capacidade de conversão* e, podemos aduzir, como parte importante da predisposição para a histeria – predisposição ainda desconhecida em outros aspectos -, uma aptidão psicofísica para transpor enormes somas de excitação para a enervação somática.

A origem das fantasias histéricas, reconhece Freud, consiste na reconstrução de cenas, fatos, experiências vividas na tenra infância, a partir dos seis ou sete meses de idade, as quais a criança só pode compreender mais tarde (Freud, 1896/1987, carta 59). Na concepção de fantasia, que aparece em 1897 (texto nomeado como *Rascunho L*), definem-se como “fachadas psíquicas” as representações e os referenciais que são construídos com a finalidade de obstruir o caminho às lembranças infantis. De forma que a fantasia é um modo de lembrança atualizado, que tem como principal função enfrentar uma realidade. A maneira pela qual cada sujeito vive as suas fantasias e as suas experiências de vida produz significados diferentes, que são importantes de serem conhecidos, pois a partir destes pode-se saber os recursos de cada sujeito para lidar com as mais diversas situações.

¹² Destaque do autor.

¹³ Destaque do autor.

Dentre os textos de Freud, no período que abrange 1892 a 1899, há um artigo especial conhecido como a Carta 69. Neste trabalho uma mudança significativa é anunciada em relação ao que vinha sendo construído até aquele momento. A partir dos seus achados clínicos, Freud depara-se com casos nos quais não existe um abuso ou violência sexual propriamente dito e, com isso, ele se vê obrigado a reformular parte do que vinha afirmando em sua teoria. As repercussões podem ser observadas na seguinte frase: “Não acredito mais em minha neurótica” (Freud, 1892-1899, p.279). Na medida que ele investiga as suas pacientes se dá conta de que elas não tinham sido abusadas ou seduzidas e, por isso, mostra-se bastante frustrado, pois depara-se num primeiro momento com uma ausência de explicação para o que vinha postulando até aquela data. Anos mais tarde, quando Freud constata a existência das pulsões sexuais presentes desde a infância, ele consegue justificar que, mesmo sem a ocorrência, de fato, do abuso ou da sedução, as fantasias vividas na mente dos pacientes são tomadas por estes como reais e produzem o mesmo efeito que teriam caso elas¹⁴ tivessem passado pela experiência no período de vigília. Conclui, assim, que as fantasias têm cunhos extremamente significativos que possibilitam a compreensão do aparecimento da neurose e ainda que a sedução não tenha de fato acontecido, tais devaneios devem ser levados a sério.

As lembranças recalçadas só o foram porque apresentavam componentes traumáticos com os quais o sujeito não tinha condições de lidar, naquele instante. No entanto, a reativação desta lembrança ocorre de modo tardio e a partir da puberdade quando o adolescente se depara com as questões sexuais. O fato destas recordações serem reativadas por diversas vezes, a partir de situações colaterais, permite uma liberação do desprazer de maneira menos intensa e aos poucos se torna mais aceitável ao ego (Freud, 1895/1987).

A partir da experiência clínica, Freud considera que todo e qualquer sintoma histérico é determinado psiquicamente. Deste modo, afirma que o sintoma por si mesmo não possui significado único, mas se utiliza de um órgão e de uma via de descarga para poder exprimir algo que corresponda a algum pensamento reprimido. Ou seja, ele se vale de um órgão como forma de obter algum tipo de significado psíquico. Assim, o sintoma surge para o paciente como algo que, a princípio, produz incômodo e sentimento de estranheza, mas que com o passar do tempo consegue encontrar benefício, passa a ter uma função secundária o que se evidencia na dificuldade do paciente em persistir e continuar o tratamento. Este processo é nomeado de resistência. O obstáculo torna-se ainda maior porque um sintoma tem muito mais

¹⁴ Apesar de Freud constatar a presença da histeria em homens, quando ele oferece explicações a respeito deste tipo de funcionamento psíquico refere-se quase sempre às mulheres, pois considera muito mais comum observar a histeria no sexo feminino.

do que um único significado, ele diz respeito ao processo mental inconsciente e, com o passar dos anos, tende a alterar o seu significado (Freud, 1905/1987).

Os ataques histéricos consistem em uma representação da fantasia no aparelho motor. Em certo sentido, as fantasias envolvidas em uma crise, os devaneios e os sonhos são semelhantes e a investigação do que envolveria estes elementos associados ao quadro histérico deve ser feita do mesmo modo que a dos sonhos. O fato de um ataque histérico envolver diversas representações e aludir a várias fantasias, simultaneamente, torna a análise deste material bastante complexa. Este processo de diversidade é nomeado de condensação e pode ocorrer como uma forma de descarregar e reativar uma característica infantil ou um desejo recente (Freud, 1909/1987).

Freud (1910/1987) discute, em 1910, um quadro psicogênico relacionado à visão, falando acerca das diferenças entre o ver e o olhar, entre o enxergar e o dar-se conta do que é visto. O autor tenta comprovar que a emoção vivenciada no órgão desenvolve uma perturbação histérica não percebida pelo próprio sujeito. Ainda que o paciente observe que algo dificulta a sua visão ou a prejudica por completo, esta constatação ocorre no plano consciente. Ou seja, mesmo com um prejuízo em enxergar, uma vez que o órgão do sentido apresenta-se alterado, o paciente não se percebe desta maneira. A alteração provocada no órgão dependerá da oposição e da intensidade das ideias ali implicadas e estas divergências decorrem da luta expressa entre várias pulsões.

Para a irrupção e o aparecimento de um sintoma o ego se percebe frente às ameaças e exigências dos instintos sexuais, e para se desvencilhar destas, produz a repressão – mas este caminho nem sempre se mostra muito eficaz, produzindo outros incômodos colaterais e relacionados ao conteúdo recalcado. Portanto, sabe-se que um órgão sempre atende a duas exigências, ao ego e à sexualidade reprimida. Associado a este percurso, o olho, tal como no exemplo de Freud, observa o mundo e suas alterações, que são fundamentais para sua sobrevivência, mas também este mesmo órgão serve como forma de relacionar-se com o seu objeto de amor. Porém, servir ao papel sensorial e libidinal a todo momento torna-se impossível, pois tal como afirmou Freud, é inviável que um servo sirva ao mesmo tempo a dois senhores. Também um determinado órgão é passível de apresentar alterações influenciadas por elementos presentes no ambiente ou em decorrência de um processo constitucional. No caso da histeria, Freud (1910/1987) nomeia este processo provisoriamente de submissão somática. Pode-se, então, considerar a histeria como um tipo de funcionamento psíquico em que, por excelência, a separação entre o que seria do corpo orgânico e do corpo erógeno não é tão evidente.

Cabe aqui apenas uma observação acerca do que Laplanche e Pontalis (2001) escrevem, a histeria seria um tipo de funcionamento acompanhado por uma característica bastante determinada e trata-se de um “mecanismo psíquico [ligado] a toda uma corrente que considera a histeria uma ‘doença por representação’” (p.212).

Freud, preocupado com as censuras dirigidas à sua teoria e acusado de não se dedicar às questões mais legítimas da medicina, e sim aos aspectos psicológicos, faz uma apresentação acerca das diferenças e semelhanças entre a Psiquiatria e a Psicanálise como tentativa inclusive de ressaltar a importância e a necessidade do seu trabalho interdisciplinar. Com isso, oferece críticas aos médicos que se dispõem a ouvir pouco a seus pacientes neuróticos, não recolhendo dados que poderiam ser valiosos para a compreensão do caso, uma vez que não estão preocupados em escutar estes sujeitos. O que vale a pena destacar desta conferência a respeito destes dois campos do conhecimento são as palavras de Freud (1917/1987, p.301-302) na seguinte passagem:

Os senhores asseguraram não existir nada na natureza do trabalho psiquiátrico que possa opor-se à investigação psicanalítica. O que se opõe à psicanálise não é a psiquiatria, mas os psiquiatras. A psicanálise relaciona-se com a psiquiatria aproximadamente como a histologia se relaciona com a anatomia: uma estuda as formas externas dos órgãos, a outra estuda sua estruturação em tecidos e células. Não é fácil imaginar uma contradição entre essas duas espécies de estudo, sendo um a continuação do outro. Atualmente, como sabem, a anatomia é considerada por nós como fundamento da medicina científica. Houve, todavia, época em que era tão proibido dissecar um cadáver humano, a fim de descobrir a estrutura interna do corpo, como hoje parece ser o exercício da psicanálise, esclarecer acerca do mecanismo interno da mente. É de se esperar que, em futuro não muito distante, perceber-se-á que uma psiquiatria cientificamente fundamentada não será possível sem um sólido conhecimento dos processos inconscientes profundos da vida mental.

Ele faz questão também de ressaltar as diferenças entre os sintomas e a doença, uma vez que para os leigos a cura de uma doença só ocorreria na extinção completa dos sintomas. Já para a medicina acredita-se que o desaparecimento de um sintoma não equivale à cura de uma determinada patologia, pois uma vez que os sintomas são eliminados o que se verifica pode ser a produção de novos. No que se refere ao psiquismo, os seus sintomas se configuram

como algo prejudicial à vida daquele indivíduo, ocasionando desprazer ou sofrimento. O que diferencia se um sujeito irá ou não produzir um sintoma é o nível de energia despendido, a carga de excitação no corpo e a sua incapacidade de descarregar de modo satisfatório. Será isto que se configurará para o indivíduo o estar doente (Freud, 1917/1987).

Os pacientes adoecidos pelos processos neuróticos configuram este mal-estar em decorrência de um conflito, uma forma do ego satisfazer a libido. Tendo em vista que esta maneira se configura como uma possibilidade de satisfação, é também por este motivo que o desaparecimento de um determinado sintoma não é tão fácil. Em sua formação, a libido regride a um ponto que torna possível produzir descarga de energia, transformando este processo em algo menos penoso para o ego quando comparado a uma etapa posterior do desenvolvimento do sintoma. É exatamente esta ação que sucede na neurose de histeria. Neste quadro, as experiências sexuais infantis tiveram que ser abandonadas em um determinado momento, mas uma vez que a satisfação configura-se como um processo inato, a pulsão sexual deverá ser satisfeita. As experiências sexuais da infância traduzem-se como essenciais para a vida adulta e seu modo de apreender o mundo depende dos elementos experimentados anteriormente. Aquilo que, no passado, apresentava-se como satisfação e produção de prazer, hoje pode ser interpretado como repugnante e desprazeroso e, de algum modo, este tipo de experiência repercute ainda que o sujeito o desconsidere. A partir do processo analítico é possível conhecer os pontos de fixação da libido e as cenas a ela associadas. Todavia, Freud destaca, o fato destas cenas remeterem a um passado remoto, não significa que sejam verdadeiras, elas podem ser produções de fantasias que ofertam uma realidade psíquica de suma importância e funcionam para o sujeito de modo similar à realidade. “As fantasias possuem realidade *psíquica*, em contraste com a realidade material, e gradualmente aprendemos a entender que, no mundo das *neuroses*, a realidade *psíquica* é a realidade decisiva¹⁵” (Freud, 1917/1987, p.430).

Tendo acompanhado o percurso das explicações sobre a histeria em Freud e as repercussões deste funcionamento psíquico na vida cotidiana do sujeito, considera-se relevante, agora, observar como se configurou a nomenclatura de Transtornos Somatoformes no campo da psiquiatria. A partir das referências estabelecidas pode-se tentar analisar as aproximações entre essas duas modalidades de explicação, ou seja, entre a Psicanálise e a Psiquiatria. O fato é importante, ainda mais se se considerar que a proposição inicial para o diagnóstico de TS baseou-se nas fundamentações psicanalíticas.

¹⁵ O destaque foi feito pelo próprio Freud.

Ao persistir o médico consulte seu sintoma.

Antônio Quinet

3. O DIAGNÓSTICO EM PSIQUIATRIA: CLASSIFICAÇÃO E CONTROLE DO SOFRIMENTO

3.1. A configuração de um diagnóstico psiquiátrico: a preservação das fronteiras entre o normal e o patológico

A história da psiquiatria e a sua compreensão pode se dar de diversas maneiras, como um campo do saber que decorre da medicina, como a compreensão dos termos utilizados pela psiquiatria e a sua evolução, em suas relações com o desenvolvimento da psicofarmacologia e das correntes de tratamentos empregadas para a cura etc (Cordás, Seixas, Aratangy & Mota, 2011). O conceito de diagnóstico é derivado da terminologia grega *dia* – separar uma parte da outra – e *gnosis* – conhecimento, percepção. Trata-se de um modo de operar e conhecer as especificidades a partir de um modelo e produzir explicações acerca das observações e alterações do meio. A construção de um diagnóstico é feita com base em um conjunto de sintomas e investigações clínicas para indicar o tipo de tratamento adequado, mas também, por pesquisas teóricas, entrevistas, hipóteses e pelos avanços constatados com cada paciente (Alvarenga & Andrade, 2008). A consolidação do diagnóstico em psiquiatria só foi ocorrer de maneira mais efetiva por volta do século XIX, pois até então, não havia uma separação evidente entre a medicina geral e a psiquiatria. Com isto, muitas das análises eram feitas através da intuição e de pensamentos lógicos de modo que a crença proporcionasse alternativas e elementos para interferir e tratar das patologias. No entanto, aos poucos observou-se que isto não era o suficiente (Rodrigues, Souza, & Pedroso, 2008).

Na antiguidade e até onde se tem conhecimento, as manifestações que, são hoje, entendidas como psíquicas, eram narradas pelos assírios, egípcios e babilônios como um comportamento punitivo que foi determinado por deus, um modo deste demonstrar ira e insatisfação. Com o passar dos anos, os gregos começaram a questionar os motivos pelos quais deus poderia estar tão insatisfeito para empregar este tipo de punição e a partir daí, formularam hipóteses que saíam do castigo divino, para a busca de uma explicação física no órgão acometido (Cordás et al., 2011). Com Hipócrates, também conhecido como pai da medicina, foram se criando padrões para uma estrutura lógica e funcional. Tais considerações foram possíveis, pois foi com ele e os seus seguidores que o cérebro recebeu destaque e foi responsabilizado pelas funções mentais. Hipócrates ganhou importância também por

conseguir descrever outros quadros que não epilepsia e histeria tão correntes na época e por detalhar quadros de *delirium*, psicoses puerperais, fobias e outros (Rodrigues et al., 2008). O modo de pensar e explicar as doenças incorporou questões anatômicas, fisiológicas e temperamentais. A sua teoria foi necessária para entender a histeria porque foi ela que pela primeira vez colocou em relevo uma articulação entre os sintomas e a vida sexual das mulheres (Cordás et al., 2011).

A noção de saúde e doença era representada, na idade média, por um duelo entre Deus, anjos, santos e arcanjos contra Satanás e suas hostes. Quando a doença se manifestava era sinal de que os elementos maléficos haviam vencido a batalha e se valiam do corpo humano para demonstrar suas forças, sendo o homem um ser frágil logo sofria e para que a saúde fosse recuperada faziam-se necessários rezas e rituais. Os séculos XVII e XVIII são reconhecidos pela superação do pensamento religioso e pelo destaque do racionalismo. Iniciava-se agora uma época de tecnologia e controle das ciências naturais e uma tentativa de tratar o homem e ao menos garantir uma vida mais longa. Para que tudo isso fosse sustentado foram feitos experimentos e as autópsias tornaram-se fundamentais. Thomas Willis (1621-1675), por exemplo, descobriu em seus experimentos que os pacientes diagnosticados com quadros orgânicos apresentavam algum tipo de alteração no cérebro em comparação com pessoas acometidas por algum tipo de transtorno mental. Thomas Sydenham foi uma figura importante que buscou incorporar conhecimentos fisiológicos e psicológicos para a compreensão e classificação dos quadros mentais (Cordás et al., 2011).

Antes mesmo que se criasse a Psiquiatria, os diagnósticos eram estabelecidos por insanidade ou loucura e doenças nervosas, também conhecidas como doenças dos nervos. O primeiro grupo era constituído pelos que hoje são conhecidos como maníacos, esquizofrênicos, delirantes, categorias para as quais está presente a perda do contato com a realidade. Já no segundo grupo acolhiam-se as categorias como histeria, distúrbios de ansiedade, depressão e somatoformes. O que tornou viável o surgimento da psiquiatria foi o desenvolvimento do conceito de mente, que permitiu a elaboração de paradigmas que tratassem de tais especificidades. Mas, reconhece-se ainda que o movimento iluminista com os seus questionamentos acerca do poder e da humanidade foi igualmente fundamental para a criação da psiquiatria. A Psiquiatria nasce em meio ao conflito e as controversas discussões entre explicações do chamado biologismo e do psicologismo (Wang, Loch & Andrade, 2011).

(...) A primeira representa uma reação monista, pois enfatiza a mente como uma substância orgânica e fortalece a união mente-corpo. Os psicologistas, por

sua vez, legitimam a posição dualista cartesiana de autonomia da mente sobre o corpo. Embora pouco explícitas, essas duas filiações são presentes ainda nos dias de hoje (Wang, Loch & Andrade, 2011, p.25).

Na Idade Média, as concepções doutrinárias fizeram com que o diagnóstico médico envolvesse muitas crenças e os pacientes psiquiátricos foram os que mais sofreram com as consequências. Impuseram-se a estes doentes castigos, torturas e fogueiras para lidar com o sofrimento (mal) que se supunha ser de origem diabólica. O Renascimento surgiu como possibilidade de avanços em diversas áreas do campo científico e com estas descobertas nosografias psiquiátricas foram criadas proporcionando novas compreensões para a medicina, a psicologia e a filosofia (Berrios, 2008).

A psiquiatria surge a partir da necessidade de proteger, cuidar, investigar, diagnosticar e tratar o homem e a patologia que o acometia. Com Pinel foi possível o estabelecimento de um caráter clínico para a discussão psicopatológica, em que as doenças mentais seriam justificáveis por causas naturais, proporcionando aos pacientes um tratamento mais humanizado. Tais alterações promoveram uma mudança bastante significativa para o diagnóstico psiquiátrico. O pragmatismo proposto por Pinel foi incorporado no campo da medicina, possibilitando as classificações etiológicas, reconhecidas como monomania, mania e demência. Apesar disso, as expectativas por um diagnóstico etiológico logo deixaram de ser satisfeitas e com isto, psiquiatras do século XIX recorreram aos critérios clínicos para o entendimento e a determinação das classificações. Este caminho foi feito principalmente por influência de Emil Kraepelin (Berrios, 2008 & Rodrigues et al., 2008).

Foi no século XIX que a ciência pode se estabelecer como o entendimento modelar de compreensão e estudo do que existe no mundo. A medicina também passou a fazer parte deste novo paradigma. A ciência visa a observar um fenômeno a partir de um modelo ou uma hipótese preestabelecida para verificar se esta se sustenta ou não e diante da negativa, deve-se propor novas concepções. Valores e teorias oferecem explicações provisórias e no entendimento da ciência devem ser aprimorados todo o tempo. O diagnóstico em psiquiatria se vale da mesma ideia, tal como sabemos, novos modos de compreender e verificar os sintomas aparecem. Sistemas classificatórios surgem como tentativa de aperfeiçoamento dos diagnósticos (Câmara, 2007).

Ainda no século XIX e início do XX, com as contribuições de Sigmund Freud acerca da metapsicologia psicanalítica oferecida entre o período de 1889-1905, o diagnóstico em psiquiatria recebeu uma dimensão dinâmica, tais influências permitiram uma separação menos

evidente entre o normal e o patológico, diferentemente do proposto pela nosologia kraepeliniana. Assim, os grupos clínicos foram divididos em psicoses, neuroses e perversões (Rodrigues et al., 2008).

Em psiquiatria, o diagnóstico serve para identificar as patologias e morbidades que acometem o paciente, possibilitando compreender as suas circunstâncias, as particularidades e o seu adoecimento, baseando-se essencialmente na observação clínica dos fenômenos e dos comportamentos (Banzato, Mezzich & Berganza 2005).

Destaca-se que para o estabelecimento de um diagnóstico psiquiátrico faz-se necessário saber diferenciar o que são sinais e sintomas. Nas palavras dos autores (Alvarenga & Andrade, 2008, p.16):

Os sinais são os achados objetivos observados pelo médico (...). Os sintomas são experiências subjetivas, descritas pelo próprio paciente (...). Um conjunto de sinais e sintomas que ocorrem simultaneamente de maneira estereotipada em determinados indivíduos e, portanto, podem ser reconhecidos clinicamente, constitui uma síndrome.

Para outros autores Wang, Loch e Andrade, 2011, p.26

(...) no conceito moderno, a doença mental é pensada como tendo etiologia orgânica, a qual é identificada por meio de um sistema classificatório baseado na observação empírica, passível de intervenção terapêutica. O reflexo atual da modernidade na maneira de elaborar conceitos na psiquiatria são os manuais diagnósticos, como aqueles do sistema DSM e CID.

No que tange à classificação, esta serve para facilitar a determinação de um diagnóstico e auxiliar nas eventuais necessidades de tratamento do paciente. Este tipo de sistema classificatório oferece subsídios para pesquisas, estudos, ensaios clínicos e também para a transmissão do conhecimento (Banzato et al., 2005). A psiquiatria assim como outras especialidades da medicina deve desenvolver um raciocínio clínico acerca do que está sendo observado pelo médico para tentar identificar o problema e solucionar ou reduzir o que foi detectado. A psicopatologia é definida por meio de uma prática clínica e de um discurso de se vale fundamentalmente da patologia. Para esta determinação fazem-se necessários desde o final do século XIX, principalmente na França e Alemanha, elementos semiológicos presentes na psicologia, psiquiatria e psicanálise. Na ciência, o entendimento de uma doença é retirado

do particular para ampliar sua aplicabilidade e fazer valer a noção do universal, possibilitando com isto a generalização, a identificação e o tratamento. A psiquiatria consiste em um conjunto de narrativas desenvolvidas para explicar e tratar os fenômenos comportamentais desviados do que foi definido pelos critérios sociais (Dunker & Kyrillos Neto, 2011).

Diferente de outras especialidades médicas que ordenam as etiologias das doenças infecciosas, neoplásticas, vascular autoimune e genética-hereditária, a Psiquiatria não possui o privilégio de ter a etiologia da maioria dos seus quadros mentais suficientemente elucidada. Para tanto, reformulações periódicas das classificações provisórias são propostas, sem que a sua utilidade tenha um evidente benefício na realidade clínica (Wang & Andrade, 2011, p.291).

3.2. A CID, as listagens e as classificações. O DSM, as descrições e a inclusão de explicações ampliadas

A ideia de classificar e catalogar as doenças já existe há muitos e muitos anos, e surgiu com o intuito de que esta prática facilitasse a identificação da patologia e o tratamento que deveria ser empregado. Em 1822, Bayle foi aclamado por utilizar-se do modelo médico para identificar e criar um modelo de classificação etiológica que unisse à paralisia geral progressiva e as síndromes clássicas descritas por Pinel, monomania, mania e demência. Esta descoberta fez com que os alienistas franceses e os neuropsiquiatras alemães se dedicassem ao cérebro para descobrir a origem da doença mental. Diante dos diversos fracassos encontrados para a determinação da patologia mental, os psiquiatras se viram obrigados a estabelecerem critérios diagnósticos para determinar este tipo de acometimento. A mais difundida foi a proposta de Kraepelin empregada por muitos até hoje e que defende que as doenças psiquiátricas são causadas por alterações genéticas e biológicas e que, além disto, vale-se de observações para determinar o curso clínico e o prognóstico de um transtorno. Foi com base nesta fundamentação que Kraepelin foi capaz de distinguir as psicoses, antes classificadas como únicas. Assim, ele descreveu e nomeou a psicose em dois tipos: a psicose maniaco-depressiva e a demência precoce. Isto só foi possível porque ele foi capaz de identificar os diferentes sinais e apresentações dentro do que parecia ser uma mesma patologia, mas que

possuía gradações e tipos de manifestações mais ou menos graves. Com isto a sua metodologia era baseada não nos agrupamentos de sintomas, mas sim, no reconhecimento de padrões, presentes até hoje nos manuais de psiquiatria (Wang & Andrade, 2011).

Tendo em vista que utilizaremos neste trabalho tanto o DSM quanto a CID, é importante que fique clara a distinção entre eles, pois ainda que ambos sirvam para a prática clínica, suas finalidades são diferentes. O DSM é um manual que possibilita (a partir de uma lista de categorias de transtornos mentais e alguns critérios por ele estipulados) definir um diagnóstico e, a partir disso, traçar possíveis estratégias de tratamento. A CID caracteriza-se como um sistema classificatório de doenças que se apoia em observações de sinais e sintomas baseados em determinados códigos. Em função da descrição de um estado de saúde torna-se viável encontrar um código correspondente (OMS, 1975/1978). Com a classificação busca-se uniformidade dos dados quanto às doenças e aos traumatismos, de modo a contemplar qualquer afecção patológica e os seus dados permitem a análise e a compreensão global. O diagnóstico (correspondente ao DSM) consiste em um trabalho de discriminação de entidades clínicas. Já a classificação (referente à CID) tem como meta a ordenação de grupos específicos ou categorias. Esses grupos podem ter suas relações compartilhadas, isto é, sintomas que são comuns a mais de um grupo. Podem também diferenciar-se como grupos significativamente, sem exibir sintomas partilhados (Jablensky, 1999).

A CID e o DSM são modos de coletar e analisar dados de morbidades (embora nem sempre tenha sido assim com a CID, que durante anos, serviu apenas para identificar índices de mortalidade). Ainda no que se refere a mapear e a diagnosticar a patologia da qual sofre o indivíduo – portanto, das morbidades – eles continuam sendo diferentes. A primeira (CID) serve, principalmente, para laudos e relatórios clínicos e ainda que possua também uma extensa especificidade acerca dos transtornos mentais, a classificação é um instrumento médico. Do ponto de vista prático e cotidiano, o DSM serve como recurso fundamental aos profissionais da saúde mental, até porque ele foi criado com esta finalidade e se determina somente a auxiliar na identificação dos tipos de adoecimento mental. A CID volta-se também para outras patologias em geral. Hoje, o que fundamenta o DSM e a CID, é o modelo kraepeliniano, pois a diferenciação qualitativa das classes oferecidas é estipulada a partir de critérios evidentes de inclusão e exclusão (Wang, Loch & Andrade, 2011).

Até o DSM-IV-R o sistema era organizado em dezesseis capítulos, enquanto a CID-10, possuía dez capítulos, mas ambos tentando manter uma harmonia entre os sintomas que compunham a base de cada seção. Vale ressaltar que, a cada edição, os sistemas classificatórios obtiveram uma expansão das categorias e foram tornando-se cada vez

maiores. A explicação para este dado, segundo os responsáveis, decorre do desenvolvimento das pesquisas e dos avanços tecnológicos que permitiram identificar com maior precisão os transtornos e dividi-los de modo mais didático e preciso. Um exemplo das diferenças localizadas entre os sistemas é que o DSM-IV-R descreve os diagnósticos e coloca depressão, transtornos de ansiedade e somatoformes em três capítulos diferentes, já a CID-10, os distribui em apenas dois. A escolha destas formas de descrição e inclusão até o momento não é evidente, mas de acordo com os profissionais essa indistinção e sobreposição dos capítulos produz uma dificuldade em avaliar os sintomas depressivos e ansiosos quando associados a outros sintomas psicológicos ou a sintomas somáticos inexplicáveis (Goldberg, 2010).

Ainda que os profissionais da saúde mental passem a aderir à CID e ao DSM cada vez mais, diversas são as críticas quanto ao uso destes instrumentos. Questiona-se a respeito de sua validade, sua segurança, seu alcance e sua utilidade no tratamento dos pacientes psiquiátricos. Talvez uma das questões relativas aos sistemas de classificação diga respeito não apenas ao modo como eles propõem o estabelecimento do transtorno, mas também ao uso cada vez mais superficial que é feito deles nos exames clínicos e nas pesquisas. Isto é, apesar do auxílio e da significativa contribuição dos manuais, não se pode ignorar a subjetividade e a aliança terapêutica estabelecida para a definição diagnóstica (Rodrigues et al., 2008). Para além das preocupações quanto à subjetividade e à aliança terapêutica, expressas pelos autores, é também de significativa importância compreender a finalidade dos dois manuais psiquiátricos aqui já referidos. Para isso optou-se, na exposição feita, por respeitar a cronologia de elaboração e suas publicações, uma vez que a CID surgiu em 1893 e o DSM em 1952.

Apenas um último e relevante apontamento acerca das publicações feitas pela CID consiste no fato de que estas são referidas sempre por *revisões*; enquanto que o DSM nomeia cada nova publicação de *edição*. Segundo os autores da OMS, o emprego da palavra revisão diz respeito às melhorias e às pequenas alterações, mas no caso mantém-se o essencial do que vinha sendo discutido anteriormente. Já os responsáveis da APA preferem o uso de edição, pois consideram as alterações importantes e estas merecem ênfase¹⁶.

¹⁶ Cabe uma observação, pois se os manuais, a CID e o DSM são aqui apresentados por outras palavras que não revisão e edição, respectivamente, o uso é de completa responsabilidade da pesquisadora.

A uniformidade das definições e dos sistemas de classificação constitui, assim, requisito indispensável ao progresso do conhecimento científico.

Organização Mundial da Saúde

4. OS TRANSTORNOS SOMATOFORMES NA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID)

4.1. Primeiros passos para uma classificação internacional

A CID decorre de tentativas de classificações internacionais que já vinham sendo elaboradas há muitos anos, mas com pequenos êxitos. Dentre as tentativas anteriores, é possível citar tanto o estudo estatístico feito por John Graunt (século XVII) quanto o de William Farr (século XIX), ambos de suma relevância para aquilo que viria a ser o modelo de uma padronização mundial. A expectativa era de que uma linguagem comum a todos proporcionasse conhecimento e fomentasse maior interlocução entre os profissionais, de maneira a contribuir no diagnóstico, no tratamento e na prevenção de doenças (Laurenti, 1991; OMS, 1965/1969).

A pesquisa desenvolvida por John Graunt, em 1662, analisou os índices de mortalidade na cidade de Londres. Os dados foram coletados a partir de registros encontrados nas paróquias, contendo sexo, idade, origem e causa. Foi apresentada uma lista com 83 enfermidades que provocaram a morte das pessoas, os sintomas que antecederam ou as circunstâncias em que isto ocorreu. Dentre os motivos de ocorrência de morte, as informações variavam bastante – desgosto, envenenamento, excesso de ingestão de bebida alcoólica, vômitos, inanição, depressão, paralisia, loucura, sarna, convulsão, queimadura, velhice, entre tantos outros (Laurenti, 1991; OMS, 1965/1969).

Já na descrição realizada por William Farr (entre 1849 e 1854) e nos seus trabalhos posteriores, nota-se uma preocupação com a melhoria das classificações de doenças, bem como uma ampliação e maior divulgação dos dados de modo a permitir a análise estatística de mortalidades e a elaboração de um sistema de análise das morbidades. Apesar de não chegar a concretizar esta última tarefa, ele já reconhecia a sua importância. A partir dos reconhecimentos obtidos nas padronizações ao longo do tempo, no primeiro Congresso Internacional de Estatística realizado em Bruxelas no ano de 1853, foi solicitado a William Farr e Marc d'Espine que elaborassem uma nomenclatura das causas de morte que pudesse ser empregada em todos os países. Dois anos depois, em Paris, os responsáveis ofereceram duas listas diferentes, com princípios bastante distintos. A primeira apresentava uma divisão em cinco grupos e continha doenças epidêmicas, doenças constitucionais, doenças

identificadas a partir da localização anatômica, doenças do desenvolvimento e, por fim, doenças decorrentes de algum traumatismo. Já a segunda, de d'Espine, optou por uma classificação que considerasse a natureza da doença. A partir destas duas apresentações a Assembléia preferiu uma lista que considerava as duas propostas – o resultado disto foi um produto final composto por 139 rubricas, revisto algumas vezes, em 1864, 1874, 1880 e 1886. Tanto quanto parece, grande parte do que ficou definido como critério pautou-se na escolha feita por W. Farr, isto é, a classificação das doenças de acordo com a localização anatômica, o que persistiu e serviu como base para elaboração da Lista Internacional de Causas de Óbito (referência também utilizada para nomear as primeiras edições da CID, quando esta ainda era chamada de Classificação das Causas de Morte de Bertillon), embora a lista de Farr não tenha sido adotada mundialmente (Laurenti, 1991; OMS, 1965/1969).

Vale sublinhar que apesar destas listas terem maior destaque na história das classificações, muitas outras foram elaboradas, dentre elas: a Sauvages de François Bassier de Lacroix, ano de 1768, publicada sob o título *Nosologia Methodica*; Mc Bride em 1772, Crichton em 1804, Parr em 1810, Young em 1813 e Mason Good em 1817 (Laurenti, 1991; OMS, 1965/1969).

4.2. Período anterior à responsabilidade de produção e a revisão do manual pela OMS: a classificação das causas de morte de Bertillon e sua integração na elaboração da CID- 1 a CID-5 (1900 – 1938)

Em 1891 formou-se um comitê empenhado em criar uma nova classificação, que esteve durante anos sob responsabilidade do francês Jacques Bertillon. O resultado deste trabalho realizado na *Nomenclatura Internacional das Causas de Óbitos e Causas de morte Intra-Uterinas* foi publicado em 1893 e ficou conhecido como *Classificação das Causas de Morte de Bertillon*. Esta lista referia-se às causas de morte na cidade de Paris, mas fazia alusão a proposta de Farr, para quem a localização anatômica e as doenças gerais serviam como princípio. A classificação, publicada com 14 capítulos e 161 categorias ou causas de morte, obteve um sucesso maior do que as tentativas anteriores, sendo recomendada internacionalmente e adotada em muitos países, isto é, em todas as administrações estatísticas da América do Norte e em parte da América do Sul e dos países europeus. A título de informação, segundo Laurenti (1991; p.412),

A Classificação de Bertillon foi usada pela primeira vez nas Américas na elaboração das estatísticas de mortalidade de São Luiz de Potosi, México, pelo médico Jesus E. Monjarás e, em 1898, a Associação Americana de Saúde Pública, recomendou a adoção da mesma pelos oficiais de registro do Canadá, Estados Unidos e México, bem como sugeriu sua revisão a cada dez anos. No Brasil não foi ainda recuperada a informação quanto ao início do uso sendo que, no Estado de São Paulo, o órgão que elaborava as estatísticas de mortalidade usava a Classificação de Bertillon na primeira década do século XX.

Tendo em vista o alcance adquirido, considerou-se adequado fazer uma revisão periódica, a cada dez anos mais ou menos, que pudesse incluir as novas informações obtidas no decorrer deste período e manter a população clínica atualizada. A primeira aconteceu em 1900 e a atualização resultou em 179 rubricas e uma classificação de 35 grupos; a segunda revisão ocorreu em 1909. Estas revisões foram promovidas pelo governo francês e a série de eventos nos quais estas eram geradas chamava-se Conferência Internacional de Revisão da Classificação de Bertillon, tendo o envolvimento de vinte e sete países. A direção destas atualizações continuou a ser de responsabilidade de Bertillon até 1920, portanto até a terceira edição, tendo sido necessária a criação de uma nova diretoria após o seu falecimento, em 1922. No ano de 1923, em uma sessão no Instituto Internacional de Estatística, o sucessor de Bertillon, Michel Huber, reconheceu a fragilidade vivida neste momento, após a morte do responsável, Jacques Bertillon, que assumiu esta função de diretor e coordenador durante tanto tempo. Assim, Huber sugeriu que fosse retomada a proposta de 1893 (período em que se celebrou a adoção da primeira edição do que viria a ser a CID no futuro) para padronização internacional e solicitou o apoio e colaboração de organizações internacionais para as revisões posteriores (OMS, 1955/1969).

A quarta versão foi revista em 1929 e a quinta e última edição, que mantém este nome (*Classificação das Causas de Morte de Bertillon*), foi publicada em 1938, ainda com um número de códigos restrito. As duas últimas revisões mencionadas contaram com a participação de membros do Instituto Internacional de Estatística, bem como da Organização de Higiene da Liga das Nações. Na quinta versão, ainda que não tenha sido incluída a lista de morbidades, os autores responsáveis reconheceram que a sua criação poderia oferecer contribuições em diferentes instituições, tal como, por exemplo, nas organizações de seguros

de doenças hospitalares, nos serviços médicos do exército, nas administrações de saúde e em outros serviços semelhantes. A incorporação para satisfazer tal necessidade pode ser verificada na edição seguinte (Gusso, 2009). A quinta revisão foi publicada com 200 rubricas, mas apesar da expansão de nomenclaturas e algumas alterações quanto às doenças infecciosas e parasitárias, bem como as sutis modificações nas afecções puerperais e dos acidentes e a inclusão da lista de causas de natimortalidade, a Conferência decidiu por alterar o mínimo possível o manual (OMS, 1955/1969).

Ainda que os transtornos mentais não estivessem presentes nas primeiras classificações, uma vez que o objetivo era quantificar o índice de óbitos e suas causas, é possível localizar neste material indícios do que posteriormente seria entendido como *histeria* e *transtornos somatoformes*. Tanto na segunda quanto na terceira revisão da *Classificação de Bertillon* (Gazeta Clínica, 1915; Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, 1920) nota-se que há, na categoria de afecções do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos, duas classes descritas como *outras formas de alienação mental* e *paralisias sem causa indicada*. Apesar da importância que sugerem estas categorias, não há nenhuma descrição de como elas se caracterizam.

Tal como já havia sido apontado, poucas informações estão disponíveis no campo científico acerca das primeiras edições do que seria futuramente a CID. O que se pode supor é que o interesse nestas primeiras publicações não é tão extenso, pois referem-se apenas as causas de mortes em determinadas regiões. No entanto, não se pode negar a importância do que foi este percurso inicial, uma vez que estes primeiros passos possibilitaram construir as referências do que hoje são as classificações, usadas fundamentalmente para o diagnóstico e tratamento das patologias e das doenças mentais. Tendo este início bem estabelecido, os responsáveis notaram que seriam necessários maiores investimentos para que a classificação obtivesse um alcance mundial. Neste momento a OMS assume a função e consegue mobilizar diversos pesquisadores e clínicos para contribuírem no que seria a edição seguinte, portanto, a sexta revisão.

4.3. CID-6: A classificação internacional das doenças e os transtornos mentais sob responsabilidade da OMS (1948)

Em 1946, em Nova York, foi realizada a Conferência Internacional de Saúde, ficando determinado que a Comissão Interina da Organização Mundial da Saúde se responsabilizaria pela revisão dos trabalhos e preparação da próxima edição – para tanto, foi estipulado um Comitê que contava com peritos para a realização da tarefa. Ao longo deste período os especialistas coletaram opiniões e publicações acerca da mortalidade e morbidade, bem como realizaram uma revisão detalhada do projeto de classificação elaborado pelo Comitê dos Estados Unidos a respeito das causas de mortes comuns, conhecido como *United States Committee on Joint Causes of Death*¹⁷.

Dois anos depois, em 1948, ocorreu novamente a Conferência Internacional de Saúde em Paris, conforme já havia se definido dez anos antes, tendo como resolução final a aprovação da CID-6. Nessa assembléia ocorreu a fundação da OMS, que assumiu a responsabilidade por este trabalho, publicando em 1950 a sexta revisão, que passou por algumas transformações envolvendo desde a substituição do nome *Classificação Internacional de Doenças, lesões e causas de morte (CID)* até a decisão de incluir não apenas a lista de mortalidade, tal como já acontecia desde a sua criação, mas também uma lista de morbidades. Outra determinação adotada foi que, a partir daquele momento, seriam criadas comissões nacionais especializadas em cada uma das áreas que acometeram os sujeitos e os levaram a óbito, na tentativa de tornar os dados estatísticos mais fidedignos. As mudanças com a entrada da OMS são evidentes, inclusive na expansão de categorias que passam de 164 para 769 (Laurenti, 1991).

No que diz respeito à CID-6, muito embora exista uma preocupação da OMS em contemplar um número maior de dados e poder atender a um público mais abrangente, não existe muita informação para o leitor. A introdução é feita de modo sucinto, já pressupondo que quem for utilizar o manual conhece os diagnósticos e suas definições.

A organização do manual está composta agora por dois volumes, o primeiro com uma lista tabular de classificação, isto é, referências de mortalidades e morbidades e o segundo com um índice em ordem alfabética e os termos diagnósticos correspondentes às categorias. A tabulação dos dados referentes às patologias e aos transtornos mentais, no primeiro volume,

¹⁷ Estes dados referentes a sexta revisão foram retirados da introdução da CID-7, na qual se faz uma retomada histórica que relata tais informações.

foi feita através de uma divisão em três listas que compreendem: “Lista A – Lista intermediária de 150 rubricas para a tabulação das causas de morbidade e mortalidade. Lista B – Lista abreviada de 50 rubricas para a tabulação das causas de mortalidade. Lista C – Lista especial de 50 rubricas para a tabulação das causas de morbidade para efeitos de seguro social” (OMS, 1948/1952, p. XXXVI). Com o intuito de recuperar o que se refere à temática da pesquisa, vale a pena mencionar o quinto capítulo da CID-6, acerca das *perturbações mentais, psiconeuroses e modificações da personalidade*, que merece destaque e inclui os seguintes códigos:

Perturbações Mentais, Psiconeuroses e Modificações da Personalidade

310 - Reação de ansiedade sem menção de sintomas somáticos: nesta classe estão presentes situações inespecíficas de estado, neurose e reação, referidos pela sigla (NE), não especificado. São incluídas também manifestações de ansiedade com alguma condição citada no código 311, mas que não apresentem sintomas somáticos.

311 - Reação histérica sem menção de ansiedade: há neste grupo três principais categorias, anorexia nervosa, neurose de compensação histérica e histeria. Nesta última categoria de histeria, existe uma extensa lista de possibilidades em que tal quadro pode se manifestar desde que não apareça ansiedade, por exemplo: NE, afonia, amnesia, anorexia, anosmia, catalepsia, cegueira, conversão, convulsões, discinesia, fuga, mutismo, paralisia, sonambulismo, tique, tremor, outras manifestações, histerepilepsia, reação dissociativa qualquer (todos qualificados como histéricos(as)).

315 - Psiconeuroses com sintomas somáticos (reação de somatização) afetando o aparelho circulatório: ainda que não existam transtornos somatoformes com relação direta a este tipo de manifestação, nesta categoria o coração e similares são afetados em decorrência da somatização. Não são pertencentes a este grupo as doenças funcionais do coração de modo geral – a exceção a isto ocorre na hipótese de haver uma natureza psicogênica especificada. Fazem parte deste grupo:

315.0 – Astenia neurocirculatória: astenia cardíaca, astenia neurocirculatória, “coração de soldado¹⁸”, distúrbios cardíacos especificados como psicogênicos, síndrome de Da Costa¹⁹, síndrome do esforço.

¹⁸ Também conhecido por Transtorno de Estresse Pós-Traumático e fadiga de combate (Giovanni Abrahão Salum, Carolina Blaya, Gisele Gus Manfro (2009). Transtorno do Pânico (Artigo Especial). In: *Rev Psiquiatr RS.*; 31(2):86-94.).

315.1 – Outras manifestações cardíacas especificadas como de natureza psicogênica são aqui classificadas: os transtornos do aparelho cardiovascular, embora psicogênicos, não são satisfatórios para a categoria 315.0.

315.2 – Outras manifestações circulatórias de natureza psicogênica: distúrbio do aparelho cardiovascular que apresenta especificação psicogênica, mas não classificável na categoria 315.0 e 315.1.

316 - Psiconeuroses com sintomas somáticos (reação de somatização) afetando o aparelho digestivo. São excluídas as úlceras de estômago e do duodeno, os distúrbios funcionais do esôfago, estômago e intestino, exceto se houver uma natureza psicogênica. Pertencem a este grupo:

316.0 – Colite mucosa especificada como de natureza psicogênica. São incluídas também algumas condições referidas em Colite Mucosa (573.1) que sejam de ordem psicogênica.

316.1 – Irritação do cólon especificada como de natureza psicogênica: aqui podem ser incluídas as diarreias funcionais desde que de origem psicogênica. O mesmo vale para as irritabilidades do cólon (573.2) que envolvem: enterospasmo, cólon espástico, irritabilidade do cólon.

316.2 – Neuroses gástricas envolvem: dispepsia²⁰ funcional psicogênica, neurose gástrica, vômitos cíclicos. Ficam incluídas também as perturbações funcionais do estômago especificadas como psicogênicas (544).

316.3 – Outras manifestações digestivas especificadas como de natureza psicogênica podendo ser: aerofagia ou algum distúrbio do aparelho digestivo de cunho psicogênico desde que não tenha sido classificado nas categorias de 316.0 a 316.2

317 - Psiconeuroses com sintomas somáticos (reação de somatização) afetando outros aparelhos

317.0 – Reações psicogênicas afetando o aparelho respiratório: são mencionados nesta categoria tanto a asma quanto os distúrbios do aparelho respiratório, desde que ambos sejam de cunho psicogênico.

317.1 – Reações psicogênicas afetando o aparelho genitourinário pertencem a esta classe, sendo identificadas como psicogênicas as perturbações do aparelho Genitourinário, a função sexual e a micção.

¹⁹ Trata-se de um transtorno cardíaco funcional descrito na época da Guerra Civil Americana (Giovanni Abrahão Salum, Carolina Blaya, Gisele Gus Manfro (2009). Transtorno do Pânico (Artigo Especial). In: *Rev Psiquiatr RS*; 31(2):86-94.).

²⁰ Significa dificuldade de digestão (Ramires, J.A.F. and Vianna, C.B.. Dor torácica em pacientes com cinecoronariografia normal (síndrome X): novos conceitos. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [online]. 1998, vol.44, n.3)

317.2 – Prurido de natureza psicogênica

317.3 – Outras neuroses cutâneas sendo reconhecida como perturbações cutâneas, com exceção do prurido.

317.4 – Reações psicogênicas afetando o aparelho locomotor, bem como as articulações, os membros e os músculos resultando em paralisias.

317.5 – Reações psicogênicas afetando outros aparelhos ou sistemas que prejudicam partes do corpo, mas que não são classificáveis por outros códigos, isto é, nem entre os códigos 315 e 317-4. De todo modo, para esta classe tem-se sempre a necessidade destes serem de natureza psicogênica.

318 – Perturbações psiconeuróticas de outros tipos, mistas ou não especificadas

318.0 – Reação hipocondríaca ou também hipocondríase

318.1 – Despersonalização

318.2 – Neurose profissional e nistagmo dos mineiros²¹

318.3 – Reação astênica: nela são referidas as seguintes classes: a) nervoso: debilidade, esgotamento, prostração, b) neurastenia psicogênica: astenia, fadiga geral, c) reação astênica

318.4 – Forma mista: são as perturbações psiconeuróticas, desde que não envolvam ansiedade mista nem reações histéricas (310).

318.5 – Outras e de tipos não especificados – aqui menciona-se: colapso nervoso, neurose não especificada, psicastenia, psiconeurose não especificada ou não classificáveis entre 310 e 318-4.

4.4. CID-7: A incidência das patologias, a definição de classificação e as suas especificidades (1955)

Conforme se pretendia, o reconhecimento foi alcançado com as formulações da CID-6 (OMS, 1948/1952). No entanto, justamente por essa repercussão as revisões fizeram-se depois necessárias. Assim, os autores optaram por especificar as patologias citadas de modo que tal

²¹ Trata-se de um tremor no globo ocular que, neste caso, foi assim nomeado por ser encontrável entre os trabalhadores que permaneciam muito tempo em minas carentes de iluminação, segundo Marone, S. A. M. Tratado de Otologia, São Paulo: Edusp, 1998.

ação garantisse uma compreensão universal e condizente com a expansão da CID; foi quando, portanto, surgiu a sétima revisão.

Nesta revisão, os autores explicam o conceito adotado e o que se entende por uma classificação: "... estudo quantitativo de todo fenômeno; é reconhecida como base de toda generalização científica e representa, portanto, um elemento de caráter essencial do ponto de vista da metodologia estatística" (Organização Mundial da Saúde, 1955, p. VII). A intenção de seu uso é favorecer uma maior uniformidade dos dados no que se refere às doenças e aos traumatismos, de modo que seja possível contemplar qualquer afecção patológica e que tais dados permitam a análise e a compreensão de determinados grupos e não, principalmente, o estudo de casos individuais.

Na tentativa de facilitar as adaptações e sugestões a serem enviadas aos comitês específicos, os responsáveis estipularam que as revisões decenais ocorreriam nos anos com finais 5, conforme já ocorria desde a CID-6, e que alguma necessidade de melhoria e ajuste deveriam ser enviadas até os anos com finais 8 de modo que pudessem ser adotadas na versão subsequente. A OMS determinou que os órgãos e comitês de cada país participante da Classificação recolhessem informações referentes à mortalidade de modo que posteriormente, de posse destes dados, fosse possível fazer as melhorias necessárias a partir dos estudos realizados sempre com a intenção de tornar a padronização a mais fiel e mais viável mundialmente.

Nesta edição, a classificação foi organizada do seguinte modo: em primeiro lugar, por doenças cujas causas são precisas e decorrentes de agentes infecciosos; em segundo, as categorias que dizem respeito aos tumores, alergias, doenças endócrinas e nutricionais; em terceiro, as doenças segundo a sua localização anatômica. Criou-se uma seção especial para as doenças mentais – apesar de não mencionado, supõe-se que neste caso a localização utilizada pelos responsáveis seja o cérebro – complicações decorrentes do parto, doenças da primeira infância e condições mal definidas que incluem os sintomas apresentados em cada caso que esteja em questão. Diante disso é possível indagar quais seriam as condições mal definidas referidas pelos autores. Seriam algo próximo ou equivalente aos quadros histéricos ou aos transtornos somatoformes, cuja explicação e condições mostram-se sempre nebulosas para as classificações e para os registros médicos? Por fim, há ainda uma última parte em que são contemplados os traumatismos originados de duas fontes, isto é, por causa externa da lesão e da natureza da lesão, tais como feridas abertas, queimaduras, punção etc.

Na classificação não é possível encontrar referência a diagnósticos pouco frequentes, pois a proposta é atender às necessidades de alcance mundial. Assim, os dados raros e

específicos de uma determinada região ou cultura não constam na CID. No que tange às morbidades, segundo o comitê de padronização, isto promove questionamentos e reflexões, pois estas consistem em um fenômeno dinâmico quanto aos graus de variações, as intensidades, ao tempo de manifestação da doença etc., diferentemente do que acontece quando se decide classificar as mortalidades. Ou seja, ao elaborar uma classificação quanto aos índices de morbidades é possível que, na conclusão deste material, os dados tenham sofrido algum tipo de mudança dada a sua intensa oscilação.

Ainda com a preocupação de identificar o que se refere à temática da pesquisa, observa-se que foi mantido o quinto capítulo acerca das *perturbações mentais, psiconeuroses e modificações da personalidade* com diversos códigos. Vale mencionar aqui as psiconeuroses, pois estas integram uma das classes que produziu mais divergência entre os autores se comparadas a outras. Com isto, optou-se por não fazer nenhuma alteração substancial até que os responsáveis chegassem a um consenso. No entanto, apesar destas informações, não há detalhes de quais seriam as divergências, tem-se apenas a notícia de que o entendimento do termo psiconeuroses é bastante distinto entre os países. Ao contrário do que muitos supõem, para a classificação as psiconeuroses não significam situações de dificuldades de adaptação do adulto, nervosismo ou debilidade. Destacam-se as nomenclaturas contidas neste diagnóstico:

310 - Reação de ansiedade sem menção de sintomas somáticos: nesta classe estão presentes quaisquer reações de ansiedade que envolvam um estado patológico contido na classificação posterior (311), mas que não contenham sintomas somáticos. Diferentemente da revisão anterior, são retirados desta classe, quadros que contemplem: estado, neurose e reação em que não haja a presença de ansiedade.

311 - Reação histérica sem menção de ansiedade: trata-se de um grupo que, do ponto de vista da CID anterior, apresenta-se bastante modificado. São excluídas as seguintes classes: anorexia nervosa, neurose de compensação histérica e a histeria que inclui - afonia, amnésia, anestesia, anorexia, anosmia, catalepsia, cegueira, conversão, histeroepilepsia, neurose de compensação. A partir deste momento passam, assim, a vigorar as categorias histeria e histérica(o), com quadros em que não apareça ansiedade, por exemplo: convulsões, discinesia, fuga, mutismo, paralisia, postura, sonambulismo, tique, tremor, outras manifestações, reação dissociativa qualquer.

315 - Psiconeuroses com sintomas somáticos (reação de somatização) afetando o aparelho circulatório: ainda que não existam transtornos somatoformes com relação direta para este tipo de manifestação, nesta categoria o coração e similares são afetados em decorrência da somatização. Como existem algumas nomenclaturas que não sofrem modificações, estas serão aqui apenas indicadas, uma vez que a sua explicação está na edição anterior da CID. Fazem parte deste grupo:

315.0 – Astenia neurocirculatória: não há alteração nesta categoria.

315.1 – Outras manifestações cardíacas especificadas como de natureza psicogênica: não há alteração nesta categoria.

315.2 – Outras manifestações circulatórias de natureza psicogênica: não há alteração nesta categoria.

316 - Psiconeuroses com sintomas somáticos (reação de somatização) afetando o aparelho digestivo. Não há qualquer alteração nesta classificação e em suas especificidades, continuam pertencendo a ela:

316.0 – Colite mucosa especificada como de natureza psicogênica;

316.1 – Irritação do cólon especificada como de natureza psicogênica;

316.2 – Neuroses gástricas;

316.3 – Outras manifestações digestivas especificadas como de natureza psicogênica.

317 - Psiconeuroses com sintomas somáticos (reação de somatização) afetando outros aparelhos: nesta classificação, a única alteração ocorre nas reações psicogênicas que afetam o aparelho psicomotor.

317.0 – Reações psicogênicas afetando o aparelho respiratório

317.1 – Reações psicogênicas afetando o aparelho genitourinário

317.2 – Prurido de natureza psicogênica

317.3 – Outras neuroses cutâneas

317.4 – Reações psicogênicas afetando o aparelho locomotor

317.5 – Reações psicogênicas afetando outros aparelhos ou sistemas

318 - Perturbações psiconeuróticas de outros tipos, mistas ou não especificadas.

318.0 – Reação hipocondríaca ou também hipocondríase

318.1 – Despersonalização

318.2 – Neurose profissional e nistagmo dos mineiros

318.3 – Reação astênica

318.4 – Forma mista

318.5 – Outras (reações) e de tipos não especificados, mencionam-se aqui: colapso nervoso, psicastenia, psiconeurose não especificada ou não classificáveis entre 310 e 318-4, todas estas se mantêm. Entretanto, o termo neurose e psiconeurose são suprimidos; ao lado de cada uma destas palavras observa-se escrito em letra maiúscula: SAI, sem qualquer outra explicação do por quê. Decisões semelhantes ocorrem em outras classes ao longo da CID, mas não são aqui mencionadas, pois não se relacionam com a nomenclatura de transtornos somatoformes, objeto principal do estudo desenvolvido.

A elaboração da CID-7 foi bastante importante para o setor de classificação e doenças. Como já havia sido antecipado no título desta revisão, houve neste momento a tentativa de investigar e determinar a incidência das patologias e tornar os diagnósticos mais fidedignos e padronizados mundialmente. Não interessava mais, portanto, a menção de quadros raros e isolados. A ideia agora é que a CID possa abranger o maior número de países – foi com base nesta expectativa que ocorreu a publicação da oitava revisão, com a participação de várias culturas e regiões diferentes em prol de uma saúde mental mais homogênea. A proposta de tornar os diagnósticos os mais uniformes possíveis se sustenta na premissa de que com isto a comunidade científica possa trocar experiências acerca dos avanços e das dificuldades, bem como possibilitar um mesmo tipo de tratamento para as pessoas em qualquer lugar do mundo (OMS, 1955/1969).

4.5. CID-8: A colaboração internacional e as atribuições específicas para a elaboração da CID (1965)

A nova versão da CID publicada em 1965 contou com a participação de 36 países. Para que a tarefa fosse feita de modo organizado e o trabalho pudesse ser publicado em 1965 como se pretendia, os países receberam algumas atribuições específicas. Por exemplo, o Reino Unido responsabilizou-se pela classificação das más-formações e transtornos congênitos, das doenças cardiovasculares e dos transtornos mentais; os Estados Unidos examinaram as causas múltiplas, assim como um modo de viabilizar o diagnóstico, ainda que houvesse várias comorbidades. A tarefa era criar uma categoria que combinasse uma série de doenças. De todo modo, todos os países se responsabilizaram pela revisão geral das

nomenclaturas e pela maneira como estava estruturada a classificação, observando se haveria a necessidade de eventuais mudanças (OMS, 1965/169).

Como na revisão anterior, observa-se um quinto capítulo acerca das *perturbações mentais, psiconeuroses e modificações da personalidade*. Trata-se de informações recolhidas de pacientes em clínicas e hospitais psiquiátricos com o intuito de atentar para as questões de saúde mental. Há a decisão de incluir casos que englobem transtornos mentais, sejam eles secundários ou associados a quadros orgânicos. Entretanto, as mudanças em relação às edições anteriores já começam a ser significativas e serão apresentadas, tal como constam na classificação. Vale sublinhar que os transtornos de personalidade em que são contempladas características dos quadros histéricos ou do que viria a ser chamado de somatoformes, na CID-10, recebem agora uma classificação própria.

300 – NEUROSES

Há observação de que doenças somáticas ficam excluídas a partir de agora.

300.0 – Neurose de ansiedade: incluem-se nesta categoria as seguintes classificações referentes a quadros de ansiedade ou de angústia: depressão, estado (neurótico), histeria, reação, estado de pânico.

300.1 – Neurose histérica: nesta edição passam a pertencer a esta classe o termo histeria ou histerismo, paraplegia funcional, qualquer manifestação histérica, reação de dissociação, síndrome de Ganser (transtorno dissociativo com sintomas psiquiátricos severos, exuberantes e inusitados, também entendido como factício). São suprimidos: conversão, epileptiformes e neurose de compensação.

300.2 – Neurose fóbica: no lugar de fobia entra reação de medo ou de temor.

300.3 – Neurose obsessivo-compulsiva: criam-se aqui algumas classificações tais como estado, fobia e síndrome referentes ao obsessivo. A respeito da neurose são incluídas as seguintes classificações: anancástica, compulsiva, obsessiva.

300.4 – Neurose depressiva: pertence a esta classificação: a depressão neurótica e o estado depressivo neurótico.

300.5 – Neurastenia: contemplada por astenia nervosa ou psicogênica, cansaço geral psicogênico, debilidade nervosa, neurose de fadiga e reação astênica.

300.6 – Síndrome de despersonalização: citam-se aqui os quadros de despersonalização, “desrealização” e o estado neurótico com episódio de despersonalização.

300.7 – Neurose hipocondríaca: hipocondria.

300.8 – *Outras*: São incluídas câimbras dos escritores, neurose ocupacional e outras neuroses especificadas.

300.9 – *Neurose não especificada*: o esgotamento nervoso substituiu o que antes era classificado como neurose e psiconeurose.

301 – **Transtornos de Personalidade**: são excluídas doenças somáticas, estas agora também possuem uma classificação própria. Será aqui citada apenas a classificação que se relaciona diretamente com o tema da dissertação, razão pela qual os outros números não serão expostos.

301.5 – *Personalidade histérica*: composto por personalidade histriônica e personalidade instável.

305 – **Transtornos Somáticos de Origem Psíquica Presumível**

305.0 – *Cutâneos*

305.1 – *Osteomusculares*

305.2 – *Respiratórios*

305.3 – *Cardiovasculares*

305.4 – *Hemáticos e linfáticos*

305.5 – *Gastrointestinais*

305.6 – *Genitourinários*

305.7 – *Endócrinos*

305.8 – *Órgãos dos sentidos*

305.9 – *Outros*: são excluídos os transtornos psicofisiológicos e psicossomáticos sendo incluídos agora os transtornos psicogênicos de outras partes do corpo ou não especificados.

Conforme já se mencionou a pretensão da CID é a utilização mundial e para tanto se designaram tarefas específicas para cada um dos países que decidiu colaborar com a elaboração do manual. Com isto os responsáveis poderiam dedicar-se a questões circunscritas ao tema que lhes foi determinado. E os colaboradores deveriam avaliar o uso de cada nomenclatura dos transtornos e a sua viabilidade. O fato da classificação ter se tornado cada vez mais plausível mundialmente fez com que cada vez mais países participassem, assim como representantes de diversas instituições. Estes dados podem ser constatados pela revisão seguinte, a CID-9 (OMS, 1965/1965; OMS, 1975/1978).

4.6. CID-9: A expansão, a melhoria e as descrições das classificações para a utilização dos profissionais de saúde mental (1975)

Participaram da Conferência para a elaboração do material da nona edição, publicada em 1975, 46 estados membros. Além dos representantes dos diversos países, estiveram também representantes de alguns organismos, como Nações Unidas, Organização para Cooperação Econômica e Desenvolvimento, Organização Internacional do Trabalho e a Agência Internacional para Investigação do Câncer, bem como o Conselho para as Organizações Internacionais de Ciências Médicas além de outras dez organizações não estatais relacionadas à odontologia, dermatologia, ginecologia e obstetrícia, saúde mental, neurocirurgia, oftalmologia, pediatria, patologia, radiologia e reabilitação (OMS, 1975/1978).

Retomando o que se diz no manual, cabe ressaltar que quando a OMS assumiu a responsabilidade pelas publicações, como já mencionado algumas vezes, foi incluída uma lista de afecções não letais, em 1948, com a publicação da CID-6. Nas edições seguintes observou-se uma necessidade para além destes casos, pois o manual poderia servir como catalogação hospitalar e sistema para as auditorias médicas, entre outras funções. A ideia era que para as edições futuras, a CID pudesse ser empregada em estatísticas de seguros de saúde e para pagamento de equipes do serviço médico. Nesse sentido, o que se almejava na realidade, segundo os responsáveis, era uma melhoria considerável no campo de assistência à saúde, bem como no controle de doenças.

Já nesta edição, no que tange ao capítulo de Transtornos Mentais, optou-se por incluir descrições nas classificações do setor, na tentativa de superar eventuais dificuldades localizadas neste campo. O objetivo não é auxiliar os leigos a partir destas breves definições, mas ofertar elementos úteis para os profissionais na elaboração de diagnósticos mais precisos. Isto porque, na realização de consultas às classificações anteriores, de acordo com os responsáveis, produziram-se julgamentos errôneos na atribuição do diagnóstico. Uma das razões para tanto pode ter sido o fato das palavras utilizadas poderem ser empregadas em determinadas culturas e países com outro sentido. A ausência de explicações, para os especialistas, ocasionaria tais falhas.

Observa-se ainda que algumas adaptações nas áreas de oncologia, odontologia, estomatologia e oftalmologia fizeram-se necessárias. Foram estipulados alguns outros pontos fundamentais para publicação desta CID. Dentre eles: a) estender as coletas estatísticas não apenas aos médicos, mas aos paramédicos e aos leigos; b) reunir as comissões regionais mais

participativas, de modo a possibilitar que os membros responsáveis dos países integrantes possam trocar experiências, mencionando principalmente as dificuldades e diferenças de terminologias entre países; c) oferecer assistência aos países de modo a garantir que o uso do manual possa ser feito por diversas pessoas do modo mais adequado e fidedigno possível. Para tal decidiu-se oferecer curso aos responsáveis regionais da OMS; d) definir uma lista para o diagnóstico em 3 algarismos, podendo o quarto ser utilizado em casos específicos; e) reconhecer a necessidade de mais uma revisão da Classificação Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Morte (este item, segundo consta na classificação já havia sido cumprido antes da publicação desta nova edição, CID-9).

No que se refere aos registros das doenças em prontuários, solicitou-se dar prioridade a uma única causa que indica e determina o motivo pelo qual o paciente foi internado no hospital ou teve que receber cuidados médicos etc. A título de pesquisa e análise dos dados é relevante que as outras causas também sejam consideradas. A partir desta edição tem-se uma lista com 55 mortalidades e 275 categorias de morbidades que foram coletadas nos mais variados países. Foi incluído também o volume dois, com o Índice Alfabético, que só foi publicado dois anos após o aparecimento da nona revisão, portanto, em 1977.

Transtornos Mentais

A pretensão do manual é definir títulos para evitar erros. Pois, além do uso da mesma palavra para diferentes empregos, o diagnóstico de transtornos mentais é feito a partir de experiências subjetivas, isto é, o relato das sensações experimentadas pelo paciente e as impressões do clínico que realiza as entrevistas sem a contribuição de qualquer resultado de exames e pela constatação de comportamentos alterados.

Transtornos Neuróticos, Transtornos da Personalidade e Outros Transtornos Mentais Não-Psicóticos:

300. Transtornos Neuróticos²²:

Este tipo de classificação acarreta dificuldades na diferenciação entre a neurose e a psicose mas, ainda assim, os autores optaram por mantê-la, dada a possibilidade de

²² Vale dizer que algumas das categorias aqui serão suprimidas, pois não se referem exatamente ao que depois será definido como Transtornos Somatoformes pelos manuais psiquiátricos. Seriam elas: estado fóbico, transtornos obsessivo-compulsivos, depressão neurótica e síndrome de despersonalização.

generalização deste termo e o seu amplo alcance. No caso dos transtornos neuróticos, estes são reconhecidos como transtornos que não possuem base orgânica evidente e os pacientes acometidos por este tipo de funcionamento possuem compreensão da realidade, o que permite que eles não confundam experiências subjetivas e fantasias, como seria o caso dos pacientes psicóticos. Além destas características, é importante observar que o comportamento descrito, mesmo que esteja alterado, não apresenta bizarrices e nem desorganização da personalidade. Neste diagnóstico, as principais manifestações são ansiedade excessiva, sintomas histéricos ou obsessivos, compulsão, fobias e depressão.

300.0 Estados de ansiedad

Trata-se de uma combinação de manifestações físicas e mentais permeada de ansiedade, sem a presença de um perigo real e o aparecimento do quadro pode ser breve ou persistente. Este tipo de sintoma costuma apresentar-se como difuso, mas pode mostrar-se com maior gravidade, configurando-se como pânico. São possíveis características histéricas ou obsessivas, mas estas não podem predominar no quadro clínico. Estão presentes, portanto, estado (neurótico) ansioso, neurose de ansiedade, reação ansiosa, bem como ataque, estado e transtorno de pânico.

300.1 Histeria

Transtorno mental que produz uma limitação da consciência e distúrbios motores ou sensoriais e que, embora o paciente não consiga dar-se conta, pode engendrar ganhos psicológicos ou valores simbólicos. Estão presentes, neste quadro, fenômenos de dissociação e de conversão. No quadro dissociativo observa-se um estreitamento da consciência que, segundo o manual, surge favorável à manifestação do inconsciente e, geralmente, vem acompanhado ou é subsequente a uma amnésia seletiva. É possível constatar aqui alguma alteração da personalidade, por exemplo, fugas errantes. Nos quadros conversivos os sintomas corporais consistem em paralisia, tremor, cegueira, surdez ou convulsões. No caso de uma manifestação histérica, pode-se localizar um mimetismo psicótico. Pertencem a este grupo: astasia-abasia histérica (dificuldade ou impossibilidade de ficar em pé ou marchar), histeria sem outra especificação (SOE), histeria de conversão, neurose de renda (histeria traumática), personalidade múltipla, reação de conversão, reação ou estado dissociativo, síndrome de Ganser (histérica).

300.5 Neurastenia

O transtorno neurótico indica quadro de fadiga, irritabilidade, cefaléia, depressão, insônia, dificuldade de concentração e ausência de prazer [anedonia]. Neste tipo de classificação é possível a presença de infecções e de esgotamentos que podem ser decorrentes

de uma sobrecarga emocional. Trata-se, portanto, de uma debilidade nervosa. Se houver associado ao diagnóstico de neurastenia um transtorno físico, este também deve ser codificado.

300.7 Hipocondria

Este quadro compreende uma preocupação excessiva com a saúde. É comum a quadros associados de ansiedade e depressão. Não pertencem a este grupo: esquizofrenia, neurastenia, histeria, psicose maníaco-depressiva (tipo depressivo) e transtorno obsessivo.

300.8 Outros transtornos neuróticos

São agrupados aqui os transtornos neuróticos que não puderam ser classificados em outras partes, como é o caso da neurose ocupacional, neurose psicastênica, psicastenia, transtorno de Briquet. É importante ressaltar que, no caso de uma neurose mista, esta não deve ser diagnosticada neste grupo, mas naquele onde o quadro apresentar maior predominância.

300.9 Não especificada

Esta classificação deve ser utilizada como último recurso. Inclui-se aqui: neurose SOE e psiconeurose SOE.

301. Transtornos de Personalidade

Além do diagnóstico de transtornos neuróticos, vale a pena citar os transtornos de personalidade. Embora eles possuam diversas especificações, aqui interessa retomar a questão do *transtorno histérico de personalidade* com as seguintes características: afetividade superficial e lábil, dependência, necessidade de atenção e reconhecimento, sugestionabilidade e teatralidade. É comum observar pacientes com este tipo de funcionamento que exibem imaturidade sexual e frigidez. Eventualmente, sintomas histéricos podem compor este diagnóstico. Incluem-se aqui: personalidade histriônica e personalidade psicoinfantil, mas fica excluída a neurose histérica.

306. Disfunções fisiológicas originadas em fatores mentais

Neste grupo há uma variedade de sintomas orgânicos que foram originados a partir do psíquico, podendo ser manifestados por meio de reações físicas ou disfunções fisiológicas.

306.0 Osteomusculares: torcicolo psicogenético

306.1 Respiratórias: bocejo, falta de ar, hiperventilação, soluço (psicogenético), tosse psicogenética

306.2 Cardiovasculares

306.3 *Cutâneas*

306.4 *Gastrointestinais*

306.5 *Geniturinárias*

306.6 *Endócrinas*

306.7 *Dos órgãos dos sentidos*

306.8 *Outras: ranger de dentes*

306.9 *Não especificadas: transtorno psicofisiológico SOE e transtorno psicossomático SOE*

316 - Fatores psíquicos associados a doenças classificadas em outra parte

Nesta categoria devem constar transtornos mentais ou fatores psíquicos que influenciem significativamente na etiologia das doenças físicas. A questão mental, em geral, apresenta-se como moderada e vem acompanhada de componentes como aflição, medo, conflito.

Ainda para aumentar o alcance e a utilização da CID, como já antecipado no título que alude a nona edição, os encarregados optaram também por providenciar maiores esclarecimentos acerca das informações disponíveis no instrumento. Isto porque concluíram que muito mais do que referência somente para os médicos, a classificação servia também como norte a outros profissionais da saúde mental. Assim, as adaptações passaram a oferecer conhecimentos mais abrangentes, de modo que não se fazia necessário ser médico para compreender e identificar as nomenclaturas. Esta decisão se valeu do fato de que, por vezes, quem mais permanece próximo e acompanhando a rotina dos pacientes são os profissionais da equipe de saúde mental, além dos médicos. Tais alterações possibilitaram o que seria incluído na edição seguinte (a décima) ou seja, os elementos norteadores de diretrizes diagnósticas e de diretrizes clínicas.

4.7. CID-10: As diretrizes diagnósticas e as diretrizes clínicas dos Transtornos Mentais (1993)

Com base no que diz o manual, nesta publicação também foram feitas revisões significativas, de modo que, pela primeira vez, foi possível obter um volume específico acerca dos transtornos mentais. De maneira similar à psiquiatria, outras especialidades investigadas na classificação receberam um volume próprio. A justificativa para tal fato é que desde a

criação da CID estas áreas do conhecimento tiveram alterações substanciais e novas categorias foram incorporadas, o que produziu uma expansão do instrumento. Dentre as áreas que sofreram maiores alterações estão os Transtornos Mentais e Comportamentais, Lesões, Envenenamento e algumas outras consequências de Causas Externas, bem como Causas externas de Mortalidade e Morbidade.

Para a elaboração da CID contou-se com 43 países membros, três países a menos do que na revisão anterior, e houve uma modificação significativa dos países representantes. Os órgãos envolvidos para tal elaboração foram representantes da Organização das Nações Unidas, da Organização Internacional do Trabalho e dos Escritórios Regionais da OMS, bem como representantes do Conselho das Organizações das Ciências Médicas e outras doze organizações não-governamentais (ONGs) ligadas às seguintes áreas e registros: cancerologia, surdez, epidemiologia, medicina da saúde da família, ginecologia e obstetrícia, hipertensão, documentação médica, medicina preventiva e social, neurologia, psiquiatria, reabilitação e doenças sexualmente transmissíveis. O avanço destas parcerias pode ser notado com a incorporação das descrições clínicas e diretrizes diagnósticas presentes neste trabalho de revisão. Mas, ainda que os progressos sejam notórios, os autores da CID reconhecem que logo novos ajustes serão necessários. Estima-se que isso deva ser feito em dez anos, de vez que a classificação tem características temporais muito demarcadas pelos achados clínicos.

A decisão de incluir na classificação as diretrizes clínicas e as diretrizes diagnósticas possibilitou que este instrumento pudesse ser utilizado, no âmbito clínico, educacional e assistencial de modo muito mais amplo. É importante ressaltar que a ampliação das categorias possibilitou maior precisão no momento de estabelecer o diagnóstico. No entanto, isto não impediu que o paciente pudesse vir a ter o diagnóstico de mais de um transtorno associado. Pelo contrário, muitas vezes isto será passível de ocorrer. Todavia, ainda que exista mais de um diagnóstico, é necessário que se determine o predominante, o transtorno de base.

No que diz respeito às descrições e diretrizes de cada transtorno apontado pela CID, os autores fazem questão de deixar claro que a menção destes não apresenta implicações teóricas e sim apenas um conjunto de sintomas localizado por diversos profissionais, em vários lugares do mundo. Como exemplo desta imparcialidade, os responsáveis trazem a divisão tradicional da neurose e da psicose, mas sublinhando que não há pressupostos de mecanismos psicodinâmicos para estas especificidades. É assim o caso do termo psicótico, que se manteve, mas aludindo à presença de alucinações, delírios ou outros comportamentos, dentre eles evidente excitação e hiperatividade, retardo psicomotor e comportamentos catatônicos. No

caso da neurose, o termo ainda foi mantido, mas de maneira ocasional, por exemplo, na classe dos *Transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes*.

Nas palavras dos autores da décima versão, os termos *psicogênico* e *psicossomático*, por motivos semelhantes, não são utilizados, uma vez que remetem a significados distintos em diferentes culturas e localidades e, tendo em vista o alcance da classificação, isto poderia representar um risco e levar a uma compreensão errônea. A exclusão do termo psicossomático justifica-se, ainda, pelo julgamento equivocado produzido entre os especialistas. Acredita-se que o seu uso produziu um estigma, isto é, os profissionais sempre que se deparavam com a interferência dos fatores psicológicos no quadro orgânico atribuíam imediatamente o diagnóstico de psicossomático e encaminhavam o paciente a outros especialistas ou não prestavam o atendimento necessário, pois compreendiam que não havia nada a ser feito, uma vez que os sintomas eram determinados somente pelo adoecimento psicológico. Entretanto, os autores destacam que este 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).

A mesma decisão foi tomada quanto à *histeria*. O termo, segundo os autores, não foi empregado em nenhum transtorno, em decorrência de suas diversas gradações e de seus significados. Em seu lugar, optou-se pelo pela terminologia *dissociativo*, que contempla tanto o tipo dissociativo em si quanto os casos conversivos. Quanto ao emprego do termo *somatoforme*, este abriga casos predominantemente físicos ou somáticos, de modo a respeitar a interferência do psicológico para o desencadeamento ou agravamento do transtorno. E, apesar de ainda questionável, o transtorno de personalidade múltipla incluiu-se no grupo dissociativo. Desse modo, como se assinalou, os diagnósticos que contemplam o quadro de histeria na forma anteriormente conhecida ainda se destacam.

Transtornos neuróticos, estresse e somatoformes

F44 – Transtornos Dissociativos (ou conversivos)

Este grupo se caracteriza pela constatação da perda completa ou parcial da memória, da consciência de identidade, do aparelho sensitivo e do controle dos movimentos corporais. No caso dos transtornos dissociativos, a faculdade consciente e seletiva encontra-se prejudicada e o seu grau é bastante variável, a depender de cada caso. Este quadro dissociativo, na maior parte das vezes, é psicogênico, estando relacionado a eventos

traumáticos, problemas sem resolução ou intoleráveis para o paciente. Os quadros presentes nesta classificação eram anteriormente nomeados de *histeria de conversão*. O termo conversão é perfeitamente aplicável a estes transtornos, a presença de afetos desprazerosos produz problemas ou conflitos os quais o paciente se percebe incapaz de solucionar, resultando com isto a produção de sintomas. A maioria dos casos com este tipo de sintoma tem curta duração, mas quando este processo perdura por cerca de um ou dois anos, o quadro mostra-se bastante resistente ao tratamento.

Para o diagnóstico devem constar os seguintes critérios:

- a) Os aspectos clínicos aqui descritos.
- b) A não justificação por outro transtorno físico.
- c) A participação de fatores psicológicos interferindo no desencadeamento dos sintomas e dificultando a solução de problemas.

Inclui: histeria de conversão, reação de conversão, histeria e psicose histérica.

Nesta classificação existem as subcategorias que levam a diagnósticos específicos, tais como amnésia dissociativa (F 44.0), fuga dissociativa (F 44.1), estupor dissociativo (F 44.2), transtornos de transe e possessão (F 44.3), transtornos dissociativos de movimento e sensação (F 44.4 – F 44.7), que incluem transtornos motores dissociativos (F 44.4), convulsões dissociativas (F 44.5), anestesia e perda sensorial dissociativas (F 44.6), transtornos dissociativos (ou conversivos) mistos (F 44.7), outros transtornos dissociativos (ou conversivos) (F 44.8), transtornos dissociativos (ou conversivos) não especificados (F 44.9). Como cada subcategoria apresenta muitos dados e o que interessa aqui são os critérios gerais desta classificação, para esta pesquisa optou-se por suprimir a descrição de tais critérios e diretrizes para o diagnóstico.

F 45 – Transtornos Somatoformes

Para este diagnóstico, o fundamental é a presença de sintomas físicos associados aos incessantes pedidos de investigações médicas, mesmo frente aos exames negativos. A sintomatologia não justifica sua origem, sua extensão, nem a angústia e a preocupação despertada no paciente. Ainda que os sintomas possuam forte relação com os eventos angustiantes e os conflitos, o paciente não é capaz de reconhecer que estes podem ser a origem de seu transtorno. São comuns atitudes dos pacientes para obterem atenção (do tipo histriônico), principalmente como tentativa de convencer os médicos do seu sofrimento ou para obter novos exames.

F45.0 Transtorno de somatização

Caracteriza-se pela presença de diversas manifestações físicas, recorrentes e dinâmicas e que, de um modo geral, estão presentes há muito tempo até o sujeito iniciar um tratamento psiquiátrico. É comum que estes pacientes tenham problemas com serviços especializados ou de atenção primária, pois diante de seu quadro os profissionais os submetem a diversos exames e procedimentos sem sucesso. Acerca da sintomatologia, esta pode ser desencadeada em qualquer parte do corpo, mas as mais frequentes são sensações gastrointestinais (dor, eructação, regurgitação, vômito, náusea etc.), sensações cutâneas anormais (coceiras, queimação, formigamento, dormência, sensibilidade etc.) e erupções ou manchas. As interferências sexuais e menstruais também fazem parte das queixas.

O transtorno de somatização apresenta um curso crônico e variabilidade ao longo do processo – e isto ocasiona rompimentos sociais, familiares e interpessoais. A prevalência demonstra que é mais comum em mulheres e que os sintomas tendem a se desenvolver no início da vida adulta. Não raro, os pacientes tornam-se dependentes de sedativos e analgésicos.

Para o diagnóstico devem constar os seguintes critérios:

- a) Ao menos dois anos de sintomas físicos diversos e variados sem explicações e justificativas médicas;
- b) Recusa do paciente em acatar que os seus sintomas não apresentam justificativas físicas plausíveis;
- c) Comprometimento social e familiar em decorrência dos sintomas.

Inclui transtorno psicossomático múltiplo e síndromes de queixas múltiplas.

F 45.1 Transtorno somatoforme indiferenciado

As queixas dos sintomas físicos são inúmeras e persistentes, mas o diagnóstico de somatização não pode ser preenchido. Existem os sintomas necessários, mas há alguma característica que não está presente e impede a confirmação do transtorno, como por exemplo, há falta de dramaticidade no quadro ou não se constata prejuízo no funcionamento social e familiar, sendo que estas razões impedem a determinação do diagnóstico específico de somatização. Deste modo, estes casos são classificados sob a rubrica de transtorno somatoforme indiferenciado.

Inclui: transtorno psicossomático indiferenciado

F 45.2 Transtorno hipocondríaco

O principal é uma preocupação persistente em vir a ter um transtorno físico sério e progressivo, manifestando, a todo momento, uma preocupação significativa com a aparência física. Características que, para outras pessoas, passariam despercebidas, para estes pacientes transformam-se em transtornos. A presença de depressão e ansiedade muitas vezes justifica um quadro adicional. Quanto à prevalência, esta é semelhante tanto em homens quanto em mulheres. O prejuízo que este transtorno pode acarretar é muito variável, mas geralmente estes pacientes não chegam a receber um tratamento adequado.

Para o diagnóstico devem constar os seguintes critérios:

- a) Crença persistente de ter uma doença física grave, sendo que esta convicção não cessa nem com os resultados dos exames sendo negativos;
- b) Recusa e dificuldade em acreditar nos médicos e aceitar que não há nenhum tipo de doença ou anormalidade.

Inclui: transtorno dismórfico corporal, dismorfofobia (não delirante), neurose hipocondríaca, hipocondria e nosofobia

F 45.3 – Disfunção autonômica somatoforme

Os sintomas apresentados interferem na inervação e no controle autonômico que aludem a um transtorno físico ou a um órgão. Os sistemas atingidos são o cardiovascular, o e o respiratório. As manifestações mais comuns são neurose cardíaca, hiperventilação e solução psicogênico, neurose gástrica e diarreia nervosa. Os sintomas se dividem em dois tipos: primeiro, queixas de sinais evidentes de excitação autonômica como palpitações, sudorese, rubor e tremor e o segundo, sinais menos explícitos, mais inespecíficos e subjetivos, como sensações de dores repentinas, peso, aperto e sensação de inchaço ou distensão. É a compilação destes dois tipos que garante o diagnóstico deste quadro clínico.

Ainda que não seja condição para este transtorno, é frequente que este quadro venha acompanhado de estresse psíquico, dificuldades ou problemas atuais. Há em alguns casos, também, a possibilidade de outras perturbações fisiológicas associadas em menor grau.

Para o diagnóstico devem constar os seguintes critérios:

- a) Sintoma de excitação autonômica, isto é, palpitação, sudorese, tremor, rubor, incômodos;
- b) Sintomas psicológicos associados a algum órgão ou a um determinado sistema;
- c) Inquietação e medo quanto à possibilidade de um transtorno sério e que não são sanados pelas explicações médicas;

- d) Nenhuma justificativa para uma perturbação significativa da estrutura ou do funcionamento do órgão referido.

Para o estabelecimento do diagnóstico deve-se considerar o local de origem do sintoma. As classificações a seguir ilustram a localização do sintoma:

F 45.30 - Coração e sistema cardiovascular

F 45.31 - Trato gastrointestinal superior

F 45.32 - Trato gastrointestinal inferior

F 45.33 – Sistema respiratório

F 45.34 – Sistema geniturinário

F 45.35 – Outro órgão ou sistema

F 45.4 - Transtorno doloroso somatoforme persistente

Como o próprio nome indica, este transtorno se caracteriza por uma dor predominante que não pode ser explicada por nenhum componente fisiológico despertando no paciente muita angústia. As dores apresentadas decorrem de um conflito emocional ou de problemas psicossociais e as soluções para tais circunstâncias não são encontradas. Tendo em vista estes fatores, os pacientes procuram nos médicos suporte e atenção de modo constante.

Se houver uma dor de origem psicogênica no transtorno depressivo ou esquizofrênico esta não deve ser contemplada no transtorno doloroso. No caso de tensões musculares ou enxaquecas oriundas de um mecanismo psicofisiológico, em que existe a hipótese de tratar-se de causa orgânica, deve ser codificada no diagnóstico F 54 (Fatores psicológicos e de comportamento associados a transtornos ou doenças classificadas em outros locais) associado a outro diagnóstico da classificação, por exemplo, enxaqueca (G43.--)²³.

F 45.8 – Outros transtornos somatoformes

Aqui estão presentes queixas distintas daquelas classificadas no sistema nervoso autonômico e que se referem a uma parte específica do corpo. Estes transtornos diferem de queixas múltiplas e mutáveis, frequentes nos transtornos de somatização e nos transtornos somatoformes indiferenciados. Lesões no tecido não estão envolvidas.

²³ Este modo de mencionar o diagnóstico pretende referir-se à classe da enxaqueca incluindo suas diversas especificações. Por exemplo: G43.0 Enxaqueca sem aura (enxaqueca comum); G43.1 Enxaqueca com aura (enxaqueca clássica); G43.2 Estado de mal enxaquecoso; G43.3 Enxaqueca complicada; G43.8 Outras formas de enxaqueca; G43.9 Enxaqueca, sem especificação. Assim, os autores optaram por citar apenas os traços depois da categoria (G43--), indicando que qualquer um destes diagnósticos pode, assim, ser contemplado.

Devem ser contempladas, aqui, interferências psicológicas que afetem o somático. Sensações de inchaço, parestesias, formigamentos e dormências são comuns. É possível observar também, transtornos como:

- a) *globus hystericus* (sensação de caroço na garganta que ocasiona dificuldade na deglutição);
- b) torcicolo psicogênico ou outros transtornos do movimento espasmódicos (exclui síndrome de Gilles de la Tourette²⁴);
- c) prurido psicogênico (excluem-se aqui lesões cutâneas tais como alopecia, dermatite, eczema ou urticária de origem psicogênica [F54]);
- d) dismenorréia psicogênica [inclui aqui dispareunia²⁵ e frigidez (F 52.0)];
- e) ranger dos dentes.

F 45.9 Transtorno somatoforme não especificado

Inclui: transtorno psicofisiológico ou psicossomático não especificado.

F 50 – Transtornos Alimentares

Existem dois transtornos alimentares bastante importantes e definidos: anorexia nervosa e bulimia nervosa. Transtornos bulímicos menos evidentes, como a hiperfagia, sempre são associados a causas psicológicas. Do mesmo modo que os outros transtornos, que não os transtornos somatoformes, estes serão para esta pesquisa apenas mencionados de modo sucinto. Pertencem a esta classificação: anorexia nervosa (F 50.0), anorexia nervosa atípica (F 50.1), bulimia nervosa (F 50.2), bulimia nervosa atípica (F 50.3), hiperfagia associada a outras perturbações psicológicas (F 50.4), vômitos associados a outras perturbações psicológicas²⁶ (F 50.5), outros transtornos alimentares (F 50.8) e transtorno alimentar não especificado (F 50.9).

F 52 – Disfunção sexual não causada por transtorno ou doença orgânica

Este tipo de diagnóstico contempla uma incapacidade do paciente em participar de relação sexual do modo como desejaria. Podendo apresentar falta de interesse, falta de prazer ou ausência de resposta fisiológica, incapacidade ou falta de controle para obter orgasmo.

²⁴ Trata-se de um transtorno que é desenvolvido na infância e caracteriza-se pela presença de tiques motores e vocais (CHIEN, Hsin Fen; BARBOSA, Egberto Reis e MIGUEL, Eurípedes Constantino. Síndrome de Gilles de la Tourette: estudo clínico de 58 casos. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* [online]. 2001, vol.59, n.3B).

²⁵ Dor durante a relação sexual, mais frequente em mulheres.

²⁶ Além da bulimia em que o paciente induz os vômitos, é possível que estes sintomas também estejam presentes nos quadros de transtornos dissociativos, hipocondríacos, na gravidez em que náusea e vômitos podem ser recorrentes. Esta parece ter sido a hipótese dos médicos quando encaminharam um paciente ao ambulatório de Transtornos Somatoformes do IPq (Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP), quando este vomitava frequentemente, tendo os profissionais concluído que se tratava de um transtorno de somatização, após os exames de sangue e os exames gástricos não apresentarem quaisquer anormalidade. Na realidade, tal como foi citado na introdução, tratava-se de um carcinoma cerebral localizado no tronco encefálico o que ocasionava perda de apetite e vômito devida à pressão exercida pelo tumor nesta região do cérebro.

Trata-se nesta classificação de um processo psicossomático, em que o orgânico e o psicológico estão em interação e são os responsáveis pelo prejuízo do ato sexual. É possível que tanto homens quanto mulheres desenvolvam tal transtorno, mas no caso das mulheres as queixas geralmente são de natureza mais subjetiva, isto é, um componente psíquico (ansiedade, preocupação, medo) que as impede de ter relação sexual, enquanto nos homens é mais frequente a falha de uma resposta específica, o evento é mais direto e evidente para ocasionar o sintoma.

Pertencem a esta classificação falta ou perda de desejo sexual (F 52.0), aversão sexual e falta de prazer sexual (F 52.1), falha de resposta genital (F 52.2), disfunção orgásmica (F 52.3), ejaculação precoce (F 52.4), vaginismo não-orgânico (F 52.5), dispareunia não-orgânica (F 52.6), impulso sexual excessivo (F 52.7), outras disfunções sexuais não causadas por transtornos ou doença orgânica (F 52.8), disfunção sexual não causada por transtornos ou doença orgânica não especificada (F 52.9).

F54 – Fatores psicológicos e de comportamento associados a transtornos ou doenças classificadas em outros locais

Nesta categoria, podem ser incluídas as influências psicológicas que favoreceram o desencadeamento de um transtorno físico, mas que não se referem a um transtorno mental. De todo modo, um outro código deve ser adicionado junto a este diagnóstico. Por exemplo: asma (F 54 mais J45.-----); dermatite e eczema (F 54 mais L23-L25); úlcera gástrica (F 54 mais K25.-----); colite mucosa (F 54 mais K58.-----); colite ulcerativa (F 54 mais K51.-----) e urticária (F 54 mais L50.-----);

Inclui fatores psicológicos afetando condições físicas

Quanto ao emprego do termo *somatoforme*, este contempla casos físicos ou somáticos, de modo a respeitar a interferência do psicológico para o desencadeamento ou agravamento do transtorno. Os sintomas físicos não justificam sua origem, sua extensão, nem a angústia e a preocupação despertada no paciente. Ainda que a sintomatologia possua forte relação com conflitos e eventos angustiantes, o paciente não costuma reconhecer tal conexão.

4.8. CID-11: Novas perspectivas para o futuro (previsão de lançamento 2016)

Ainda atendendo aos avanços da época e às novas formas de se estabelecerem os diagnósticos, está prevista para 2016 a décima primeira revisão da classificação. Desde 2013 os responsáveis pela OMS buscam colaboradores de diversos países com o intuito de que estes possam discutir ideias, sugestões e possíveis alterações pretendidas para a nova edição. Tendo em vista o trabalho exigido e o tempo dispendido para testar na população as informações a serem incluídas na CID é que os responsáveis convidaram pessoas que pudessem contribuir com esta tarefa. O convite se estende para além dos médicos e tal como já vinha sendo feito anteriormente, dirige-se a todos os profissionais da saúde mental que possuam algum tipo de experiência clínica. A finalidade é verificar se existem categorias e descrições a serem incorporadas no texto, já previamente redigido pelos autores, que participaram das revisões anteriores. A intenção é que ao longo deste período, nestes dois anos mais ou menos, os profissionais do campo da saúde que decidirem contribuir no processo da criação da CID-11 recebam as propostas e as nomenclaturas a serem incorporadas na nova CID e verifiquem em sua experiência clínica se há ou não a presença das nomenclaturas sugeridas, se as manifestações descritas na classificação correspondem às localizadas nos pacientes, se existem alterações, novas características ou descrições que mereçam ser mencionadas. Ao final da coleta, os dados serão reunidos e comparados entre si de forma que isto permita uma maior abrangência e aplicabilidade em qualquer região. Este sempre foi o objetivo da classificação, servir a todos os profissionais de saúde mental.

Si, comme nous le pensons, l'hystérie épouse son époque et ses médecins, l'évolution de son symptôme majeur, la conversion vers plus de somatique jusqu'au biologique, la rend encore plus insaisissable.

Maurice Corcos

5. OS TRANSTORNOS SOMATOFORMES NO MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS (DSM)

5.1. DSM- I: A tentativa inicial de padronização e as classificações precursoras relativas ao diagnóstico de Transtornos Somatoformes (1952)

Ao dar início à apresentação das questões relativas à configuração dos Transtornos Somatoformes no DSM convém sublinhar o caráter descritivo que marca o capítulo. Optou-se aqui, como no caso da retomada da CID, por transcrever as categorizações e a descrição de sintomas tal como aparecem nas obras: A decisão de preservar a descrição e os termos utilizados confere maior precisão às análises e comparações elaboradas nos capítulos finais.

De acordo com Rosas (2010), já no século V antes de Cristo, Hipócrates buscou estabelecer um sistema que pudesse categorizar as doenças mentais. Nos séculos seguintes diversos termos foram sendo incorporados ao jargão médico. Um dos primeiros sistemas de classificação psiquiátrica surgiu com os estudos de Kraepelin, que reuniu diversos distúrbios mentais em diferentes denominações e quadros clínicos. No século XX, é possível observar avanços tanto no campo da psiquiatria quanto no campo da psicopatologia, principalmente no que se refere ao período da Primeira Guerra Mundial. Estes progressos foram feitos nesta época de tumulto e trauma que exigiram urgência devido aos sofrimentos psíquicos enfrentados pelos civis e militares. Diversos quadros clínicos e sintomas foram sendo produzidos e precisavam obter nome, classificação, conduta e tratamento.

Desde 1840 os Estados Unidos buscaram desenvolver um censo oficial; o primeiro deles restringiu-se à idiotice e à insanidade. Décadas mais tarde, elaborou-se um novo censo envolvendo as seguintes categorias: mania, melancolia, monomania, paralisia, demência e alcoolismo. Todos estes esforços contribuíram para o que seria desenvolvido posteriormente, na primeira edição do DSM, sob a influência do sistema diagnóstico de Meyer (1866-1950), que privilegiava categorias psicodinâmicas, tais como a neurose e a psicose. Além destes elementos, a proposição de Meyer era estabelecer uma estratégia diagnóstica centrada na história de vida do paciente e na reunião das doenças mentais (Dunker & Neto, 2011).

Na medicina atual, utilizam-se expressões como “transtornos” ou “distúrbios mentais” para referir-se a problemas psicopatológicos. Ou seja, os problemas psicopatológicos expressam-se em conceitos que buscam definir e circunscrever diagnósticos pela presença de sintomas. Os transtornos consistem em um agrupamento pragmático de manifestações de

sintomas e devem ser analisados singularmente. As classificações usadas atualmente têm objetivos diversos, tais como facilitar a comunicação entre pesquisadores e clínicos em nível nacional e internacional, e nelas são utilizadas linguagens comuns ou pelo menos uma nomenclatura que tenha clareza e precisão (Mayes & Horwitz, 2005).

Nos Estados Unidos, até as duas primeiras décadas do século passado, a falta de padronização observada em cada instituição de saúde mental resultava em constantes confusões quanto ao diagnóstico e ao tratamento. Isto porque, a partir do momento em que o profissional de saúde mudava de instituição, levava consigo tais classificações. Na tentativa de superar as dificuldades frente a tal diversidade, a comunidade americana de psiquiatras estudou a criação de um sistema único que pudesse garantir a possibilidade de que todos os integrantes da Associação Psiquiátrica Americana (APA) estivessem se referindo a um mesmo quadro clínico, à mesma descrição de sintomas e à mesma enfermidade, o que poderia evitar falhas (APA, 1952).

A necessidade de uma padronização precisa mostrou-se ainda mais importante no início da Segunda Guerra Mundial, diante da situação vivida na época, com mobilizações psiquiátricas muito intensas. Neste período, somente 10% dos soldados podiam ser enquadrados em alguma categoria diagnóstica estabelecida nos hospitais públicos. Desta forma, psiquiatras militares, equipes de saúde mental e a Administração de Psiquiatras Veteranos de guerra atuavam sem saber qual doença estavam tratando, uma vez que 90% dos casos atendidos não possuíam diagnóstico esclarecido nem padronizado. Nesse momento, o sistema de nomenclaturas não conseguia mais responder às necessidades dos militares, que apresentavam reações psicológicas decorrentes das situações de combate. Em 1944 houve tentativas de reformulação das nomenclaturas na intenção de que os conceitos relativos aos distúrbios mentais expressassem os sintomas e tentassem abarcar as possíveis situações vividas por soldados que retornaram da guerra. Em 1946 as Forças Armadas conseguiram a aprovação do conselho responsável para utilizar as terminologias elaboradas para esta circunstância especial. Entretanto, outras instâncias não adotaram um padrão, ou seja, na prática, três manuais estiveram em vigor: o publicado pela Editora *Standard*, o das Forças Armadas e o utilizado pela Administração de Psiquiatras Veteranos (APA, 1952).

Em 1948, diante de terminologias tão variadas, a Comissão de Nomenclatura e Estatística da APA comprometeu-se a verificar com psiquiatras e médicos as falhas dos sistemas utilizados. A partir das pesquisas realizadas, houve um consenso, entre a maioria dos profissionais, que reiterava a necessidade de criação de uma nomenclatura passível de ser utilizada em todo país. Era preciso dar atenção especial às áreas da personalidade com

distúrbios transitórios e reações de *stress*, transtornos mais prevalentes em soldados que retornavam da guerra, pois os psiquiatras do exército americano deparavam-se com realidades diferentes da encontrada na psiquiatria hospitalar civil. Neste contexto hospitalar predominavam as perturbações mentais, acompanhadas de doenças cerebrais orgânicas. E na população em geral, os transtornos mentais relacionavam-se mais a questões de humor (APA, 1952).

A ideia era que se elaborasse um manual capaz de abarcar todos os problemas enfrentados pela população americana na época, quer do contexto de guerra, quer do contexto civil, pois desta maneira seria possível que todos estivessem se referindo a um diagnóstico provindo de uma única padronização (APA, 1952).

Com a intenção de evitar falhas e criar algo mais fidedigno à realidade dos profissionais que atuavam com transtornos mentais, a Comissão de Nomenclatura e Estatística da APA, em 1950, distribuiu cópias da última revisão das nomenclaturas psiquiátricas a 10% de membros desta instituição, tanto nos Estados Unidos quanto no Canadá. A partir do material recolhido, a Comissão fez as devidas mudanças, considerando as informações obtidas nos questionários e apresentou ao Conselho da Associação da APA, que as incluiu na edição do ano seguinte para a publicação oficial e mais adaptada à realidade do país. Este trabalho resultou na primeira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o DSM-I publicado em 1952. Este primeiro manual busca revisar as nomenclaturas psiquiátricas já existentes, mas de modo a fornecer um sistema de classificação consistente com os conceitos tanto da Psiquiatria moderna quanto da Neurologia (APA, 1952).

Para a classificação dos diagnósticos constantes do DSM-I, publicado em 1952, foi apresentada uma vasta nomenclatura, mas dado o objetivo do trabalho, será mencionado aqui apenas aquilo que inclui o que será nomeado, posteriormente, como Transtornos Somatoformes. A categoria geral dos *transtornos psicossomáticos* no DSM-I aparece apenas citada e nas edições seguintes é que aparecerá uma definição explícita da mesma. Pertencentes a este grupo foram incluídos os termos *transtornos psicofisiológicos autônomos e viscerais*, sendo uma forma de se referir à interação dos fatores psíquicos e somáticos, também presentes nos *transtornos psiconeuróticos*.

00 – 580: Transtornos Psicofisiológicos Autônomos e Viscerais

Os *transtornos psicofisiológicos autônomos e viscerais* remetem-se aos distúrbios psicossomáticos, mas este termo não é muito utilizado, pois se refere a uma questão mais geral da medicina e não faz tanta alusão à psiquiatria como era o objetivo dos responsáveis

pelo manual, neste momento. Na nomenclatura, o uso de *reações de somatização* (uma subcategoria) foi preferível para transtornos que dizem respeito a outro tipo de *reação psiconeurótica*, e como um modo de diferenciá-la de agrupamentos relacionados à psicose. Os *transtornos psicofisiológicos autônomos e viscerais* são reações decorrentes de um estado crônico e excessivo da emoção que teve de ser reprimida. Devido a esta exagerada expressão fisiológica, em que conteúdos subjetivos necessitaram ser afastados da consciência, a irrupção de estados viscerais promove pequenas mudanças estruturais. Neste grupo estão presentes: a *neurose de órgãos*, os *estados de ansiedade*, as *neuroses cardíacas*, as *neuroses gástricas*, *cutâneas e respiratórias*, entre outros.

Para o estabelecimento deste diagnóstico, os critérios diferenciais são feitos a partir das reações de conversão, ou seja, a) pelo nível de comprometimento do órgão e das vísceras do sistema nervoso autônomo, sem intenção; b) pela tentativa frustrada de aliviar a ansiedade; c) origem fisiológica do sintoma e não por aspectos simbólicos; d) alterações estruturais que podem ameaçar a vida do paciente. É necessário que haja também níveis significativos de ansiedade e o envolvimento persistente de um órgão que seja mais afetado.

000-X: Transtornos Psiconeuróticos

Os *transtornos psiconeuróticos* apresentam como principal característica intensos sentimentos de ansiedade experimentados de modo direto ou expressos por defesas. Estas defesas, também chamadas de *reações psiconeuróticas*, são lutas internas ou externas que o paciente estabelece como forma de lidar com a sua ansiedade. As possibilidades de mecanismos de defesa são: conversão, depressão, dissociação, deslocamento, formação fóbica, pensamentos e/ou atos repetitivos. Ao contrário dos pacientes psicóticos, estes não apresentam delírios, alucinações e nem uma intensa desorganização da personalidade. Entretanto, os pacientes com transtornos psiconeuróticos costumam apresentar desajustes periódicos ou constantes no decorrer da vida, de acordo com o grau e a intensidade, que dificultam o convívio social, o desempenho de atividades cotidianas etc.

000-X01 – Reação de Ansiedade

Para esta categoria a ansiedade é vivida como difusa, não se restringindo a uma determinada situação ou objeto, tal como nas reações fóbicas. Neste caso, a reação de ansiedade não é controlada por um mecanismo de defesa específico, como em outras categorias da reação psiconeurótica. Existe uma expectativa ansiosa e geralmente associada a sintomas somáticos. Esta seria também conhecida como *estado de ansiedade*.

000-X02 – Reação Dissociativa

Há uma significativa desorganização da personalidade, que pode resultar em funcionamentos psíquicos identificados em pessoas desorientadas e sem rumo, ou aquelas que aparentam catatonia ou estado de congelamento. Ainda que ocorra ocasionalmente este quadro em pacientes psicóticos, trata-se de um distúrbio neurótico. Deve ser diferenciado de personalidade esquizoide. No caso desta categoria – *reação dissociativa*, conhecida anteriormente como *histeria de conversão* – o impulso reprimido reaparece sob a forma de ansiedade e pode adquirir diversas expressões sintomáticas para descarregar tal excitação, tais como despersonalização, personalidade dissociada, estupor, fuga, amnésia, estado de sonho, sonambulismo etc.

000-X03 – *Reação de Conversão*

Neste tipo de categoria a ansiedade é transformada e aparece em partes do corpo ou em determinados órgãos. De maneira geral, as partes mais atingidas são aquelas que possuem o controle voluntário. O aparecimento do sintoma serve como tentativa de diminuir a ansiedade experimentada que é oriunda de um conflito mental subjacente. As manifestações mais frequentes neste grupo são anestesia (anosmia, surdez, cegueira), paralisia (paralisia, afonia, monoplegia ou hemiplegia), discinesia, tremor (tic, postura, catalepsia). Este tipo de sintoma geralmente aparece para atender a alguma necessidade mais imediata, portanto há quase sempre “ganhos secundários”. A reação de conversão deve ser diferenciada dos transtornos psicofisiológicos autônomos e viscerais. Do mesmo modo que a categoria anterior – reação dissociativa – a *reação de conversão* é um sinônimo para *histeria de conversão*.

Embora a palavra histeria apareça 16 (dezesesseis) vezes ao longo do manual, sendo citada apenas como uma possibilidade de classificação ou tal como era referida anteriormente, não vem acompanhada de maiores explicações. Convém observar, pois têm-se os seguintes usos: *paralisia histérica da laringe* (tosse, chiado...), *espasmo histérico da laringe*, *paralisia histérica da úvula* (engasgos, regurgitação, vômitos), *ptialismo histérico* (excesso de saliva), *incontinência histérica*, *ambliopia histérica* (obscurecimento da visão), *astenopia histérica* (esgotamento, debilidade ou cansaço visual), *amaurose histérica* (cegueira), *paralisia histérica de alojamento*, *surdez histérica*, *histeria de angústia*.

A histeria de conversão (*código 000-X03*) já foi classificada em diversos tipos: *anestésico*, *paralisante*, *hipercinético*, *parestésico*, psiconeurose histérica mista e reação histérica sem menção de reação de ansiedade.

Em relação a **transtornos mentais psicobiológicos**, ou seja, afecções que se manifestam por meio de sintomatologia orgânica, mas sem etiologia esclarecida, os psiquiatras e membros associados à APA consideraram, durante muito tempo, que as

nomenclaturas disponíveis nesta época da elaboração da primeira edição do manual, eram insuficientes. A palavra “desordem” que aparece na primeira edição do manual é utilizada para referir-se a um grupo de condições que afetam a unidade psicobiológica. Para cada unidade psicobiológica existe uma síndrome psiquiátrica ou reações que perturbam o funcionamento mental.

No DSM-I, classificava-se como doenças do sistema nervoso os casos em que o funcionamento mental não se apresentasse prejudicado de maneira significativa.

Os transtornos psiquiátricos de origem psicogênica ou sem lesão no tecido cerebral são agora transferidos para a nomenclatura padronizada do DSM-I, levando em consideração o envolvimento de fatores psíquicos e somáticos.

Como forma de transformar as experiências observadas em uma padronização que possibilitasse o diagnóstico e o prognóstico das doenças, a APA recorreu a OMS. Pois, nesta época, o reconhecimento da classificação já era significativo e seguro, ainda que eles tivessem, no que tange aos transtornos mentais em um processo bastante recente, pois quando é publicado o DSM-I, a CID estava em sua sexta revisão, momento este em que foram incorporadas as morbidades para além das mortalidades. O que se observa é que apesar de ser a primeira edição e ainda haver pouca experiência dos autores da APA com a padronização, o êxito é notório. A partir deste resultado, que supera inicialmente a expectativa dos responsáveis, partiu-se para segunda edição.

5.2. DSM-II: A busca de aperfeiçoamento, as atualizações e as influências psicanalíticas para o termo neurose (1968)

Em 1968, a APA publicou a segunda versão do DSM, a qual tornou-se viável em função do alcance obtido pela primeira e de ter sido utilizada por outros países, além dos Estados Unidos. Tal êxito permitiu que o manual alcançasse, de forma plena, hospitais e clínicas psiquiátricas, consultórios particulares, centros de serviços comunitários, entre outros. O DSM-I foi útil como instrumento para estudo estatístico, para a codificação de registros de casos psiquiátricos, para a padronização de livros didáticos e na literatura profissional. Por consequência, não foram necessárias diversas publicações neste campo por mais de uma década, proporcionando maior estabilidade na área. Entretanto, tendo em vista as pesquisas e

os estudos teóricos publicados neste período, algumas melhorias e atualizações do conhecimento foram necessárias, culminando com a publicação do DSM-II (APA, 1968).

Buscando manter estes importantes resultados mundialmente, os autores do DSM-II solicitaram o apoio de psiquiatras da OMS para elaborar esta versão. Este convite foi feito em decorrência do prestígio já obtido pela OMS no campo da promoção de saúde e pela organização do manual europeu denominado CID, que já estava na oitava edição.

As modificações do DSM-II seguiram um caminho semelhante à elaboração do DSM-I, ou seja, foram distribuídas 120 cópias a psiquiatras com o pedido de sugestões específicas para eliminar erros e melhorar a qualidade das instruções que indicariam o uso adequado dos termos descritos (APA, 1968).

O DSM-II apresenta um dado digno de nota, isto é, o termo *histeria* não é mais citado, embora seja possível encontrar o adjetivo *histérica* (19 vezes nesta edição). Tal mudança não está justificada textualmente, no manual. O que se observa é a expressiva presença do termo *neurose* (citado 57 vezes), que surge com descrições ainda mais detalhadas, com a intenção de explicar quais seriam as suas implicações para o uso psiquiátrico. Segundo o manual, a ansiedade é a principal característica das *neuroses*, podendo refletir a expressão do inconsciente, por mecanismos tais como o deslocamento e a conversão, dentre outros. Na maior parte das vezes, estes mecanismos produzem sintomas, como forma de expressar o sofrimento subjetivo e promover alívio ao paciente. Para o DSM-II, as neuroses, ao contrário das psicoses, não produzem uma distorção ou uma má interpretação da realidade externa²⁷. Embora o manual deixe explícito que uma eventual exceção a isso pode ocorrer na *neurose histérica* – em que podem ser encontradas alucinações ou outros sintomas semelhantes aos da psicose –, os pacientes neuróticos, ainda que severamente prejudicados, estariam conscientes de sua perturbação mental. Talvez seja importante salientar que a presença de parte destas explicações pode ser atribuída à participação de psiquiatras e editores associados a instituições psicanalíticas.

300 - Neuroses

300.0 - *Neurose de ansiedade*: a explicação encontrada para esta classificação é semelhante a que, na categoria de transtornos psiconeuróticos do DSM-I, era considerada

²⁷ É importante ressaltar que esta é uma definição do próprio manual, pois para Freud, no texto *A perda da realidade na neurose e na psicose* (1924), o aparecimento da neurose já acarreta algum tipo de perturbação com relação à realidade.

como *reação de ansiedade*. Ou seja, não há uma ideia ou um objeto que provoque medo ou ansiedade, esta sensação é generalizada, ainda que não exista, de fato, um perigo real.

300.1 - *Neurose histérica*: caracterizada por uma perda involuntária psicogênica ou disfuncional de determinada ação ou manifestação somática. Os sintomas apresentados podem se iniciar ou irromperem rapidamente em situações emocionais significativas decorrentes de conflitos latentes. Este novo diagnóstico abrange nomenclaturas identificadas no DSM-I como: “reação conversiva” e “reação dissociativa”.

300.013 - *Neurose histérica tipo conversão*: nesta perturbação, os sentidos especiais ou voluntários do sistema nervoso são afetados. Em consequência, são provocados sintomas como cegueira, surdez, anestésias, parestesias, paralisias e discinesias. Por vezes, estes pacientes demonstram indiferença e inadequada preocupação frente aos seus sintomas (*belle indifférence*). A sintomatologia gerada na *neurose histérica tipo conversão* pode proporcionar ganhos secundários, tais como a atenção e/ou a possibilidade do paciente não assumir certas responsabilidades.

300.014 - *Neurose histérica dissociativa*: as alterações podem provocar diferentes estados de consciência ou de identidade, de modo a produzir sonambulismo, amnésia, fuga e personalidade múltipla.

300.5 - *Neurose neurastênica (neurastenia)*: caracterizado por queixas de fraqueza crônica, cansaço fácil e às vezes de exaustão. Neste tipo de manifestação, não existem provas de ganho secundário, ao contrário da *neurose histérica*. No DSM-I esta categoria foi nomeada de *reação psicofisiológica do sistema nervoso*.

300.6 - *Neurose de Despersonalização (síndrome de despersonalização)*: sentimento de estranhamento ou irrealidade quanto a si mesmo, quanto ao seu próprio corpo e também quanto à realidade ao seu redor. Este diagnóstico não deve ser feito caso exista qualquer outro transtorno mental associado.

300.7 - *Neurose hipocondríaca*: preocupação excessiva com o corpo e com medo de doenças em vários órgãos. Estas apreensões, mesmo que sem fundamentos, persistem e quase se configuram como delirantes.

300.8 - *Outras neuroses*: há explicações sobre os tipos de diagnósticos que não devem ser introduzidos, mas sem uma definição positiva. A única recomendação é não incluir distúrbios psiconeuróticos específicos, já mencionados em outras partes.

300.9 - *Neurose não especificada*: serve de auxílio para pesquisadores e estatísticos que ainda não tenham o diagnóstico exato.

Nesta edição, aparece o adjetivo *histérico* para descrever a nomenclatura de *personalidade histérica (301)*, também conhecida como *transtorno de personalidade histriônica (301.5)*. Este tipo de funcionamento mental exhibe padrões de comportamento caracterizados por excitabilidade emocional, instabilidade, formação reativa e auto-dramatização. Ainda que este indivíduo não esteja consciente de suas atitudes, ele busca de modo excessivo a atenção do outro e muitas vezes isto vem acompanhado de sedução. Outras informações fornecidas acerca deste tipo de personalidade dizem respeito à sua imaturidade, vaidade, egocentrismo; sendo que todas estas características fazem com que a pessoa seja ainda mais dependente do outro.

305 - *Transtornos Psicofisiológicos (distúrbios físicos de possível origem psicogênica)*

No DSM-II, estes transtornos substituem o que antes era nomeado como *Transtornos Psicofisiológicos Autônomos e Viscerais* no DSM-I. Os transtornos psicofisiológicos constituem um grupo de classificações composto por sintomas físicos decorrentes de fatores emocionais, mas tais sintomas envolvem um único órgão. Geralmente localizam-se sob a inervação do sistema nervoso autônomo, afetando a vida vegetativa, isto é, a respiração, a circulação do sangue, o controle de temperatura ou a digestão. É possível que o paciente não tenha consciência de seu estado emocional. Tendo em vista que praticamente nada se altera nesta categoria quanto ao que se inclui em cada diagnóstico, vale a pena lembrar que somente aquilo que antes era chamado de reação, passa agora a ser denominado de transtorno. Tem-se, portanto: (305.0) *Transtorno Psicofisiológico da Pele*, (305.1) *Transtorno Psicofisiológico do Músculo-esquelético*, (305.2) *Transtorno Psicofisiológico Respiratório*, (305.3) *Transtorno Psicofisiológico Cardiovascular*, (305.4), *Transtorno Psicofisiológico Hematogênico e Linfático*, (305.5) *Transtorno Psicofisiológico Gastrointestinal*, (305.6) *Transtorno Psicofisiológico Genitourinário*, (305.7) *Transtorno Psicofisiológico Endócrino*, (305.8) *Transtorno Psicofisiológico de órgão do sentido especial*, (305.9) *Transtorno Psicofisiológico de outro tipo*.

A partir do sucesso obtido, a repercussão do DSM-II não foi diferente e visou atualizar conceitos e aperfeiçoar cada vez mais o diagnóstico. Apesar da influência de psicanalistas para elaboração da segunda edição do manual, os autores decidiram não mais utilizar termos que pudessem provocar nos profissionais dúvidas dada a sua abrangência ou falta de clareza. Isto foi justamente o que ocorreu com o termo *histeria*. Ainda que tenha ocorrido a supressão da palavra, o conceito e a forma de explicar as manifestações dos sintomas continuam a apresentar embasamento psicanalítico. O mesmo não ocorre na edição seguinte, na qual,

qualquer termo de origem psicanalítica deixa de vigorar e cria-se uma modalidade distinta do que vinha sendo feito até o momento para se estabelecer o diagnóstico.

5.3. DSM-III: Uma concepção ateórica? Uma visão global do funcionamento do sujeito e a supressão do termo neurose (1980)

O DSM-III, lançado em 1980 tem como diretriz classificar o transtorno mental como uma síndrome comportamental ou psicológica que afete o sujeito de maneira individual, promovendo um prejuízo ou invalidez (a depender do grau) nas áreas do funcionamento, a partir da irrupção de um sintoma. Para isto, o manual compreende que esta perturbação não se limita apenas à relação entre o indivíduo e a sociedade, mas também a fatores ambientais e familiares, por exemplo. Há, nesta edição, o entendimento de que um problema, seja ele comportamental ou psicológico, deve ser foco de tratamento e atenção do profissional, ainda que não apresente intensidade ou exiba o critério compatível com a configuração de um transtorno mental.

Existem três características nesta versão: uma concepção pretensamente ateórica, uma visão global do sujeito e a supressão do termo neurose. Para os editores a principal característica está na abordagem ateórica que permite sua utilização por todo e qualquer profissional da área da saúde.

Pela primeira vez recomenda-se aos profissionais a utilização de um sistema multiaxial baseado em cinco eixos, de modo a auxiliar no estabelecimento de um diagnóstico e no planejamento da conduta de tratamento. Dentre as especificidades e contribuições oferecidas pelo sistema multiaxial estaria a possibilidade de se obter a partir do exame de cada eixo uma visão ampliada do funcionamento do sujeito. De acordo com o manual, os eixos são:

Eixo I: Transtornos psiquiátricos clínicos, que incluem os transtornos do desenvolvimento e de aprendizado.

Eixo II: Transtornos de personalidade ou transtornos específicos do desenvolvimento.

Eixo III: Utilizado para condições e perturbações físicas.

Eixo IV: Níveis de gravidade provocados pelos fatores estressores psicossociais.

Eixo V: Avaliação global do funcionamento (AGF).

No que tange aos eixos I e II, estes referem-se aos transtornos mentais ou a alguma outra manifestação clínica que necessite de atenção e/ou cuidados médicos. Sua função é separar os aspectos comportamentais dos psicológicos, isto é, o orgânico do mental. A união do eixo I, II e III possibilita uma previsão acerca dos tratamentos oferecidos. O eixo V é utilizado, segundo o manual, apenas em situações clínicas especiais (sem especificar quais seriam estas) ou com finalidade de pesquisa. Este eixo V consiste em uma escala que deve ser aplicada nas entrevistas iniciais ou assim que o diagnóstico do paciente é estabelecido.

No que tange à supressão do termo *neurose* houve muita controvérsia entre os responsáveis para se chegar a esta decisão, uma vez que este é um dos conceitos primordiais da teoria psicanalítica. Apesar das divergências, tal conceito foi retirado do DSM. Para os reformadores do DSM-III, a noção de neurose tornara-se vaga e não científica, gerando tamanha discordância entre os colaboradores e o Conselho de Administração da APA, correndo-se o risco de não se chegar a um acordo com os psicanalistas para finalizar a edição. Um compromisso político de reutilização do termo foi assumido, inserindo-se o termo neurose entre parênteses, em alguns casos, depois da palavra desordem. Esta versão admite, pela última vez, o emprego da neurose como categoria clínica. Uma extensa justificativa é apresentada pelos editores, e vale a pena mencioná-la. O termo *psiconeurose* utilizado por Freud referia-se a quatro tipos: *neurose de angústia*, *histeria de angústia (fobia)*, *transtorno obsessivo compulsivo (TOC)* e *neurose histérica*. Segundo o DSM-III, a classificação *psiconeurose* utilizada por Freud indicava tanto um sintoma doloroso quanto um conflito – portanto, tratava-se de um emprego tanto descritivo quanto etiológico. Este processo psiconeurótico geraria no indivíduo ansiedade e, má adaptação e na tentativa de lidar com estas questões, o sujeito procuraria se defender deste sofrimento, tendo como resultado a formação de um sintoma. Embora toda a descrição esteja contemplada no manual, afirma-se ali que ainda não se encontrou um consenso quanto à definição de *neurose*. Desta maneira, decidiu-se que este conceito fosse utilizado apenas de modo descritivo, mas não como classificação diagnóstica.

Em contrapartida, os editores sugerem que o clínico deverá utilizar o termo *processo neurótico* ao se referir a um processo em que existam 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 empregado pelo DSM-III, diz respeito a uma perturbação mental de um único sintoma ou um grupo de sintomas que perturbam o indivíduo, sendo estes reconhecidos por ele como estranhos ou inaceitáveis. Para os editores, este tipo de perturbação ainda não apresenta

tratamento específico, já se tem conhecimento de que este não se refere ao estresse ou a uma etiologia orgânica. Para esta versão do manual, os *transtornos neuróticos* – que reúnem tanto o processo quanto o distúrbio neurótico – podem ser localizados nas seguintes categorias: na *ansiedade afetiva*, nos *transtornos somatoformes*, nos *transtornos dissociativos* e nos *transtornos psicosssexuais*.

No DSM-III aparece a nomenclatura de *transtornos somatoformes* que consistem em sintomas físicos sugestivos de alterações fisiopatológicas. Embora não existam causas orgânicas demonstráveis ou mecanismos funcionais conhecidos, observam-se claramente disfunções psíquicas e mentais que extrapolam o campo da intenção ou simulação. A seguir, serão dadas explicações de como se caracterizam estes distúrbios, devendo se observar que alguns deles apresentam o termo que foi utilizado no DSM-II, entre parênteses, como por exemplo, *distúrbio de conversão* (antes – no DSM-II – nomeado por *neurose histérica tipo conversivo*), *hipocondria* (antes – no DSM-II – nomeado por *neurose hipocondríaca*) e assim sucessivamente.

Transtornos Somatoformes

300.81 – Transtorno de Somatização: Este distúrbio foi mencionado diversas vezes, na literatura como *histeria* ou *síndrome de Briquet*. Este diagnóstico é composto principalmente por queixas somáticas diversas que são recorrentes e perduram por um longo tempo, embora as manifestações sejam bastante flutuantes. No período em que as manifestações somáticas surgem, é frequente que o paciente recorra a inúmeros médicos e solicite atenção. No que se refere à prevalência, este é um distúrbio que atinge mais mulheres, sendo os homens poucas vezes afetados. Nas mulheres, é preciso que elas apresentem uma lista de 14 sintomas, enquanto que para os homens bastam 12. Tal listagem já se encontra pré-estabelecida e contém 37 sintomas no total²⁸. Duas informações aqui merecem destaque: a primeira delas é que para a contagem dos sintomas e a confirmação do diagnóstico de somatização, não se faz necessário que o médico confirme a queixa, basta apenas o relato do paciente. O segundo ponto sublinhado é que, no manual, não há qualquer referência aos motivos pelos quais para a população masculina o diagnóstico é confirmado com 12 sintomas

²⁸ *Conversão ou sintomas pseudoneurológicos:* dificuldade em engolir, perda da voz, surdez, visão dupla, visão turva, cegueira, desmaio ou perda de consciência, perda de memória, ataques repentinos ou convulsões, dificuldade em andar, paralisia ou fraqueza muscular, retenção urinária ou dificuldade para urinar. *Sintomas gastrointestinais:* dor abdominal, náuseas, vômitos (exceto durante a gravidez), inchaço (gasoso), intolerância a uma variedade de alimentos e diarreia. *Sintomas reprodutivos femininos:* menstruação dolorosa, irregularidade menstrual, sangramento excessivo, vômitos severos durante a gravidez ou que causam a hospitalização durante a gravidez (sintomas mais severos do que comparados a outras mulheres). *Sintomas psicosssexuais:* na maior parte da vida dos indivíduos após o início da vida sexual: indiferença sexual, falta de prazer durante a relação sexual, dores durante a relação sexual. *Dor:* nas costas, nas articulações, nas extremidades, na área genital (exceto durante a relação sexual), dor ao urinar ou qualquer outro tipo de dor que não seja dor de cabeça. *Sintomas cardiopulmonares:* falta de ar, palpitações, dor no peito, tontura.

enquanto que para a população feminina são necessários 14. Talvez o que se possa imaginar é que as mulheres, de uma maneira geral, são mais queixosas e costumam ir aos médicos com mais frequência quando comparadas aos homens. Deste modo, o fato de um paciente do sexo masculino procurar ajuda já constituiria um indicativo importante.

300.11²⁹ - Distúrbio de Conversão (Neurose Histérica tipo Conversivo): Este se caracteriza como perda completa ou considerável do funcionamento físico, mas a sua etiologia é originária de um conflito psicológico. Os sintomas são aqueles clássicos e sugerem uma doença de cunho neurológico como, por exemplo, paralisias, afonias, convulsões, anestésias, parestesias, entre outras. Mas é possível também, ainda que menos provável, que os sintomas se manifestem no sistema nervoso autônomo ou no sistema endócrino.

Os sintomas conversivos surgem em situações de forte stress psicológico e acontecem de modo abrupto, tanto na sua irrupção quanto no seu desaparecimento. A sintomatologia sugere dois tipos de mecanismos: o “ganho primário”, em que há uma relação entre o estímulo ambiental e o conflito psíquico que adquire um valor simbólico. Mas há também o “ganho secundário”, em que a partir do sintoma conversivo o paciente torna-se impedido de realizar uma determinada atividade.

307.80 - Transtorno de dor psicogênica: Caracteriza-se por uma preocupação significativa com a dor, mesmo que os exames clínicos não comprovem qualquer achado físico ou intensidade para este sintoma. De acordo com o DSM, de maneira geral, há duas possibilidades de compreender o aparecimento da sintomatologia, em alguns casos encontram-se fatores psicológicos diretos que justificam a etiologia do sintoma. Num segundo grupo a dor auxilia e contribui para que o paciente não tenha que retomar atividades, as quais ele não considera possível realizar ou que lhes são prejudiciais. O distúrbio, a depender do sintoma associado, pode provocar alguma alteração funcional, de tipo motor ou sensorial.

300.70³⁰ - Hipocondria (Neurose hipocondríaca): medo que a pessoa ou os seus entes queridos apresentem uma grave doença, estes sinais são baseados em sua própria interpretação. Trata-se de uma preocupação injustificável e mesmo diante da confirmação médica de que se trata de um julgamento errôneo, aquilo não é suficiente para acalmar o paciente. De maneira geral, acreditam que não estão recebendo o tratamento adequado ou que determinado exame não foi realizado e que é por este motivo que a doença não foi detectada.

²⁹ Pode parecer estranho o modo como a numeração dos transtornos é apresentada, uma vez que foge da ordem numérica. No entanto, optou-se por respeitar a maneira como estes estão referidos no manual.

³⁰ Destaca-se que o código utilizado para a categoria de *Hipocondria* e de *Transtorno Somatoforme Atípico* nesta edição é o mesmo sem que exista qualquer explicação, o mesmo ocorre nas edições subsequentes até o DSM-IV-R.

300.70 – Transtorno Somatoforme Atípico: Esta classificação deve ser considerada como residual e utilizada para pacientes em que a perturbação dos sintomas físicos ou das queixas não explicáveis estejam relacionadas aos fatores psicológicos, embora não seja possível encontrar uma confirmação nas categorias anteriores. Dentre os exemplos, pode-se citar os pacientes preocupados com algum tipo de defeito imaginário na constituição da imagem corporal, o que é comumente chamado de “*dismorfofobia*”.

Transtornos Dissociativos (ou Neuroses Histéricas, tipo Dissociativo): o essencial para pessoas com o distúrbio é a alteração nas funções de identidade, memória ou consciência.

300.12 - Amnésia Psicogênica: um distúrbio no qual a pessoa perde a capacidade de recordar-se de informações importantes. Existem quatro tipos: a) amnésia localizada (ou circunscrita): o esquecimento é de todas as informações que ocorreram em um determinado período ou certa circunstância; b) amnésia seletiva: há uma falha na memória, mas alguns acontecimentos são passíveis de recordação; c) amnésia generalizada: a falta de lembrança acontece em todas as esferas na vida do paciente; d) amnésia contínua: o paciente se percebe impossibilitado de lembrar tanto dos acontecimentos passados como dos acontecimentos presentes no que se refere a algum setor da sua vida. É comum encontrar pacientes com este diagnóstico que foram classificados também com distúrbio de stress pós-traumático.

300.13 - Fuga Psicogênica: o primordial aqui é uma saída inesperada de casa, do trabalho, por vezes, com a adoção de uma nova identidade, apresentando dificuldade de recordar sua identidade prévia. É possível que, nestes momentos, aconteçam desorientações. Mas o episódio tende a ser curto e ter uma rápida recuperação.

300.14 - Transtorno de Personalidade Múltipla: trata-se da existência de uma ou mais personalidades, dentro da mesma pessoa. O aparecimento de outra identidade quando assumida ocorre de maneira bastante repentina. Sua prevalência é muito maior em pessoas do sexo feminino do que no sexo masculino, sendo que o surgimento deste transtorno, segundo o manual, deve ter ocorrido na infância para que se efetive o diagnóstico.

300.60 - Transtorno de Despersonalização (ou Neurose de Despersonalização): perda da consciência e uma alteração na percepção de si e da realidade. Estes costumam ser episódios rápidos. É comum a presença de vertigem, depressão e preocupações somáticas.

316.00 - Fatores Psicológicos que Afetam a Condição Física

É uma categoria que considera os fatores psicológicos como elementos que interferem e prejudicam a saúde do paciente. A consequência é o aparecimento de transtornos físicos, sendo possível, também, aparecer um único sintoma. A interferência do psicológico decorre de algum estímulo do meio ambiente percebido pelo paciente. A título de exemplo, é possível citar a morte de um ente querido, pois ainda que o indivíduo não tenha ciência e não estabeleça relação direta, pode haver um início ou exacerbação de sua condição física. A categoria é utilizada para descrever o que nos manuais anteriores era nomeado como *psicossomático* ou *psicofisiológico*.

É primordial que a categoria não seja confundida com o *transtorno conversivo*, pois no caso deste último, as alterações não são passíveis de serem comprovadas por exames clínicos e laboratoriais. Para o diagnóstico de *fatores psicológicos que afetam a condição física* o comprometimento existe e é demonstrável, há uma lógica anatômica ou endócrina, por exemplo.

Transtornos de Personalidade

301.50 - Transtorno de Personalidade Histriônica

A característica para este tipo de diagnóstico é a dramaticidade expressa pelo paciente nos relacionamentos interpessoais. Essas são pessoas que atraem a atenção para si e se colocam nas situações como vítimas ou como melhores que os outros. Nas edições anteriores, estes pacientes eram nomeados de *personalidade histérica*.

Pela primeira vez, aparece um glossário com alguns termos e explicações que, segundo os autores, são relevantes. Aqui, serão priorizados os que possam apresentar correlação com os transtornos somatoformes e as interferências psicológicas.

Sintoma de conversão: perda ou alteração física indicando uma doença, mas que diz respeito à expressão de conflito psíquico. A manifestação deste sintoma é involuntária, ele não é produzido conscientemente. Esta sintomatologia ainda que possa aparecer na esquizofrenia é típica do *transtorno de conversão*.

Transtorno neurótico: presença de um sintoma ou um grupo de sintomas vividos pelo indivíduo como estranhos e inaceitáveis, mas sem perda de contato com a realidade. Este transtorno costuma ser duradouro ou recorrente quando não tratado. Não se limita apenas a uma resposta de estresse; entretanto, não existe fator orgânico ou etiologia conhecida.

Processo neurótico: no processo neurótico já está implicada uma sequência etiológica, isto é, são apresentados elementos que sustentam o seu aparecimento. Os conflitos

inconscientes entre desejos contrários ou proibições produzem uma percepção da mesma natureza a respeito de um eventual perigo desencadeando o sintoma. Para que o sujeito se defenda deste risco é utilizado mecanismo de defesa que, como consequência, faz emergir sintomas, transtornos de personalidade ou ambos.

No que concerne ao tema do estudo aqui exposto ocorreram alterações do DSM-II para o DSM-III. As informações sobre modificações estão reunidas no Apêndice C contido no manual. A principal mudança, no que tange os TS, refere-se ao modo como aparece a classificação das neuroses:

Neuroses: sua fundamental característica, de acordo com o DSM-II, era a presença da ansiedade configurada de modo evidente, controlada inconscientemente pela conversão ou por outros mecanismos de defesa que estivessem referidos à neurose. Já no DSM-III, a ansiedade, se observada de modo mais explícito, deve ser diagnosticada como um transtorno, um tipo de distúrbio psiquiátrico e não apenas um sintoma isolado.

A partir desta edição o manual torna-se ateuórico, segundo os autores, e vê-se com isto uma possibilidade de favorecer o uso por todo e qualquer profissional, independentemente da linha teórica que ele partilhe. As alterações transformaram bastante o DSM, sendo esta considerada a versão mais radical da série. Apesar das transformações que tornaram o instrumento isento de teorias e da proposição de se determinar o diagnóstico por meio da descrição de uma lista de sintomas, ainda é possível notar que a maneira como se descrevem os transtornos está pautada em conceitos teóricos. Estes conceitos podem ser localizados por meio da presença das palavras inconsciente, simbólico, conflito psicológico etc. De acordo com o que será explicado no DSM-IV, o seu antecessor (DSM-III-R) foi publicado sem comunicar a OMS, órgão que vinha trabalhando em parceria com a APA. As consequências disto são contadas a seguir.

5.4. DSM-III-R: A ruptura decorrente da tentativa de independência (1987)

Segundo consta na introdução da terceira edição do DSM revisado (1987), por volta de 1983 a APA foi convidada novamente a colaborar na elaboração das Classificações Internacionais de Doenças (CID) com o objetivo de lançar sua 10^a revisão, que deveria entrar em vigor em 1992. Inicialmente, a ideia era que os dois manuais fossem publicados no mesmo momento, tal como aconteceu com o CID-9 e o DSM-III. No entanto, antes mesmo

que fosse feito o DSM-IV previsto para a década de noventa (assim como a CID), os autores norte-americanos sentiram a necessidade de realizar algumas revisões. Buscava-se alcançar os seguintes objetivos: a) estabelecer e descrever a utilidade clínica do manual de forma clara e expositiva, b) demonstrar a confiabilidade das categorias diagnósticas, c) compreender o grau de aceitação dos clínicos nas diversas orientações teóricas frente às novas categorias, d) estar compatível e em consonância com a nona edição da CID, e) evitar a criação de novas categorias que rompessem com as tradicionais, f) oferecer consistência aos estudos e pesquisas clínicas, entre outros. Vale lembrar que esta foi a primeira vez que a APA fez uma revisão antes de uma próxima edição. Com isto o DSM-IV teve que ser adiado para a criação do DSM-III-R (revisado) publicado em 1987. Tal decisão gerou desavenças e insatisfações entre a APA (o órgão americano) e a OMS (órgão europeu).

Tendo em vista que muitas das informações relativas aos *Transtornos Somatoformes* se repetem (como mencionado anteriormente), serão retomadas aqui apenas algumas categorias que sofreram alterações ou inclusões. No que diz respeito ao *Transtorno Dissociativo* esta categoria se mantém do mesmo modo, e por esta razão não será aqui apresentada.

Transtornos Somatoformes

*300.70 - Transtorno Dismórfico do Corpo (Dismorfofobia até o DSM-III)*³¹ foi alterado tendo em vista que, apesar da preocupação excessiva com a imagem corporal, não se tem uma recusa fóbica em relação ao próprio corpo. Este termo dismorfofobia também era utilizado para referir-se a casos nos quais a intensidade da preocupação com a aparência negativa configurava-se de forma delirante. Como antes se tratava de um componente definido como mais psicótico, ele não estava ainda classificado no diagnóstico de neurose no DSM-II.

300.11 - Transtorno de Conversão: nesta classificação foi acrescentada a possibilidade de um único episódio para a determinação do diagnóstico.

300.70 - Hipocondria: são necessários seis meses de manifestação do sintoma hipocondríaco de modo a distingui-lo de possíveis reações transitórias.

³¹ É importante ressaltar que as categorias: transtorno dismórfico do corpo (dismorfofobia), transtorno somatoforme indiferenciado e transtorno somatoforme sem outra especificação passam a pertencer aos transtornos somatoformes a partir do DSM-III-R.

300.81 - *Transtorno de Somatização*: a prevalência dos estudos no período entre o DSM-III e o DSM-III-R mostrou que tanto homens como mulheres evidenciam elevada probabilidade de desenvolver este transtorno.

307.80 - *Transtorno Somatoforme Doloroso*: substitui o que antes era chamado de transtorno psicogênico doloroso.

300.70 - *Transtorno Somatoforme Indiferenciado*: categoria na qual os quadros clínicos mais tradicionais não se encaixam ou não preenchem por completo a listagem de critérios para somatoforme. Assim como ocorre com o distúrbio de somatização as causas orgânicas não são confirmadas por exames.

300.70 - *Transtorno Somatoforme Sem Outra Especificação*: são pacientes com transtornos somatoformes, mas que não preenchem critérios para nenhuma outra classificação presente neste tipo de categoria nem mesmo para os transtornos de ajustamento³² com queixas físicas. A categoria somatoforme sem outra especificação surgiu para substituir o *transtorno somatoforme atípico*.

Para além das informações sobre como estabelecer o diagnóstico e os critérios necessários, destaca-se aqui a importância de um planejamento de avaliação. Isto é, considerar as variáveis implicadas no caso e notar de que maneira elas interferem no quadro em questão. Estas observações devem ser feitas com base na interação do médico com o paciente, privilegiando, nas entrevistas, as fantasias, atitudes e expectativas, tanto no que diz respeito à doença como à vida em geral. O fenômeno da transferência deve ser considerado, pois a partir dele torna-se possível prever comportamentos, inclusive no tratamento, que provém de conflitos atuais ou do desenvolvimento. Será a partir da construção deste relacionamento entre ambos (médico-paciente) que se poderá trabalhar o diagnóstico e sua evolução, ou seja, os sentimentos, fantasias e sensações vivenciadas em cada um dos envolvidos. Apesar de não constar estas palavras no manual, decidiu-se especificar deste modo, pois os autores do DSM apenas ressaltam a necessidade do planejamento para caracterizar o transtorno. No entanto, não mencionam quais devem ser os elementos para compor tal hipótese. Conclui-se que a ausência de tais recomendações pode derivar da exclusão de palavras que indiquem alguma relação com a psicanálise.

No que se refere ao glossário, o DSM-III-R basicamente manteve os termos gerais, mas ainda que não tenha acrescentado novas terminologias relacionadas aos transtornos

³² *Transtorno de ajustamento*: representa o aparecimento de sintoma de cunho emocional ou comportamental em resposta a eventos psicossociais estressores.

somatoformes, as descrições conceituais de *sintoma de conversão*, *hipocondria*, *transtorno neurótico*, *processo neurótico* foram suprimidas sem qualquer explicação.

Nesta edição do DSM poucas reformulações são feitas até porque a pretensão era de que fosse apenas uma revisão de modo a corrigir pequenas falhas apresentadas ou mesmo tornar algumas informações mais precisas. No entanto, esta publicação antecipada produz uma ruptura entre a OMS e a APA, pois os responsáveis pela CID sentiram-se desfavorecidos e não concordaram com a posição tomada pelos autores do DSM em não comunicar que eles se adiantariam, produzindo uma nova versão e, com isto, dado o trabalho, ficou inviável publicar a quarta edição no prazo combinado. Quando publicado o DSM-IV, sua principal preocupação era tornar o manual acessível ao maior número de profissionais. Apesar de não mencionado, as ideias e as adaptações foram elaboradas de modo similar a CID-9 de 1975.

5.5. DSM-IV: A precisão no estabelecimento do diagnóstico e a acessibilidade aos profissionais de saúde mental (1994)

Nesta edição, os responsáveis também consideram e enfatizam a necessidade de transformar o manual de modo a torná-lo mais acessível para outros profissionais, além dos clínicos gerais e psiquiatras. Apontam o fato de que este é utilizado também por psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, entre outros especialistas de saúde mental. A finalidade do DSM é utilizá-lo em contextos múltiplos para a classificação diagnóstica. Espera-se que ele continue tendo a capacidade de vigorar em enfermarias, ambulatórios, clínicas, hospitais-dia, populações comunitárias, entre outros, tal como era sua pretensão desde o início.

Para a confecção desta nova edição, um grupo de trabalho foi montado com a participação de diferentes especialistas e foram consideradas de 50 a 100 críticas de vários consultores divididos em treze grupos de trabalhos, presentes em pesquisas e em contextos clínicos. Apesar de não constar tal informação, supõe-se que esta variação ampla das críticas contempladas no manual deve-se ao fato de que se tratavam de vários grupos e, citá-los desta maneira, implica não mencionar particularmente o número de críticas presentes em cada grupo, apenas notificar esta margem de variação.

No breve percurso apresentado na introdução do DSM-IV, tem-se a informação de que o DSM-I foi o primeiro a preocupar-se com a questão clínica e a sua utilidade, contendo a

lista de descrições para os critérios diagnósticos. Tal versão continha a influência psicobiológica de Adolf Meyer, segundo a qual as personalidades eram moldadas a partir de contribuições dos fatores psicológicos, sociais e biológicos. Na segunda edição, embora seja apontado que, de modo geral, não houve mudanças significativas, o termo *reação* para referir-se aos distúrbios foi eliminado. O DSM-III foi lançado em coordenação com a nona versão da CID ocorrendo, segundo os próprios autores, importantes modificações metodológicas. Dentre elas, a incorporação do sistema multiaxial e da perspectiva descritiva acerca das teorias etiológicas. O manual foi criado com o intuito de proporcionar uma nomenclatura médica aos clínicos e pesquisadores. Apesar de todas as contribuições, ficou clara a necessidade de revisão teórica. Com a edição do DSM-III e o DSM-III-R, houve um avanço significativo nas classificações e nas pesquisas diagnósticas, beneficiando substancialmente a futura edição do DSM-IV.

Com a preocupação em dar continuidade ao intenso alcance mundial, foram feitas revisões sistemáticas nos textos já publicados e reanálises dos dados que teriam sido apresentados antes. Pesquisadores foram a campo verificar como estariam os critérios de classificação. Para tal, testaram-se 70 locais diferentes, de modo a contemplar inclusive mudanças e variáveis de regiões distintas, sendo avaliadas 6.000 pessoas. A partir destes contatos, surgiram solicitações e sugestões quanto a novas nomenclaturas diagnósticas que foram analisadas e optou-se por considerar apenas nomenclaturas já presentes na CID-10.

Pretendendo oferecer maior praticidade e segurança para os profissionais criaram-se novos níveis de gravidade dos transtornos, ou seja, a partir deste momento torna-se permitido que os pacientes sejam portadores de quadros leves, moderados, severos, em remissão parcial ou em remissão completa. O médico pode ainda, por exemplo, fazer um diagnóstico provisório e, com o decorrer do seguimento clínico, certificar-se se a sua hipótese procede, uma vez que, na maioria dos casos, ele dependerá exclusivamente do tempo de duração dos episódios. A partir desta edição, julgou-se necessário apresentar informações sobre a doença tais como a prevalência, o curso, as características culturais, a idade, o gênero etc.

Transtornos Somatoformes

Devem ter a presença de sintomas físicos que possam sugerir uma condição médica, ainda que esta não seja completamente explicada. Deve causar importante prejuízo no funcionamento social, ocupacional e/ou em outras áreas significativas, não sendo provocado intencionalmente. Trata-se de um diagnóstico só passível de ser feito por meio da exclusão de

outras doenças, ou seja, a conclusão é realizada a partir do que eles não são e fundamenta-se mais por aspectos clínicos do que etiológicos.

300.81 - Transtorno de Somatização: caracteriza-se por múltiplos sintomas somáticos, envolvendo queixas dolorosas, gastrointestinais, sexuais e pseudoneurológicas recorrentes.

De modo geral, estes são pacientes dramáticos e exagerados ao referirem-se à sua história de vida. Apresentam muitas queixas sem conexão entre elas, a história médica é reconhecida como imprecisa ou complicada, os exames não demonstram alteração e os tratamentos prescritos não apresentam resultados. No decorrer da investigação clínica, as hipóteses diagnósticas ampliam-se e é difícil chegar a uma determinada patologia, além do fato de serem pacientes que fazem uso de diversas medicações e tratamento com médicos e especialidades distintas. Trata-se de um curso crônico que raramente chega a apresentar uma remissão completa, embora tenha um quadro flutuante. O aparecimento dos sintomas sexuais, de modo geral, relaciona-se a problemas conjugais.

À prevalência deste transtorno mostra-se variável, apresentando nas mulheres índices entre 0,2% e 2% e entre os homens a amostra populacional não chega a 0,2%. A somatização segundo os dados é rara em homens que vivem nos Estados Unidos, mas mostra-se mais frequente em gregos e porto-riquenhos. Tais informações estão provavelmente relacionadas a aspectos culturais (não especificados), de acordo com o DSM-IV.

300.81: Transtorno Somatoforme Indiferenciado: classificado como residual para aqueles que apresentam sintomas somatoformes e não satisfazem todos os critérios para qualquer outra classificação. Ou seja, as queixas são múltiplas, persistentes e variáveis no tempo, mas não correspondem a um quadro clínico típico ou completo.

300.11 - Transtorno Conversivo: A característica essencial é a presença de sintomas ou déficits relacionados ao funcionamento motor ou sensorial voluntário, motivo pelo qual são chamados de pseudoneurológicos. Para este tipo de transtorno, os sintomas estão associados a um conflito psicológico ou a algum evento estressor.

De acordo com o DSM-IV, o termo *conversão* é oriundo de um sintoma somático que serviria como uma solução simbólica para resolver algum conflito psicológico inconsciente, de modo que o aparecimento desta conversão possibilitaria uma diminuição nos níveis de ansiedade e uma maneira de permitir que o conflito continue fora do campo da consciência (“ganho primário”). Embora este tipo de manifestação não tenha um aspecto intencional, muitas vezes o sintoma conversivo confere ao sujeito “ganhos secundários”, tais como benefícios ou a não responsabilização por uma determinada atividade.

O transtorno conversivo consiste em 1 a 3% dos tratamentos em ambulatórios de saúde mental. A prevalência é maior na população rural e em indivíduos que apresentam uma condição econômica menos favorecida. Nos países em desenvolvimento, os dados mostram declínio para tal perturbação. Os sintomas são mais frequentes em mulheres do que em homens. Em sua grande maioria, a manifestação no sexo feminino está presente no lado esquerdo do corpo.

*Transtorno Doloroso*³³: Tem como característica principal a presença de fatores psicológicos influenciando o início, a gravidade, a exacerbação ou a manutenção da dor. É bastante comum que estes pacientes ocupem a sua rotina com idas aos hospitais ou unidades básicas de saúde, pois o foco da dor ganha enorme importância em sua vida e o paciente acredita que existirá algum médico ou profissional capaz de eliminar o seu sofrimento. Para determinar se este tipo de transtorno é agudo ou crônico, o manual se fundamenta no tempo de duração da dor. Se o sintoma manifestar-se por um período inferior a seis meses será classificado pelos profissionais como agudo e crônico se os sintomas perdurarem por um período superior a seis meses.

Abuso de substâncias e grande prejuízo nos relacionamentos são frequentes em decorrência dos sintomas. Neste tipo de transtorno o que está em pauta é a presença de fatores psicológicos que interferem na dor, independentemente de haver ou não causas orgânicas associadas. O transtorno pode aparecer em qualquer faixa etária, sendo que as mulheres acabam tendo sintomas de dores mais evidentes quando comparadas aos homens. Não se trata de um tipo raro de manifestação, pelo contrário, nos Estados Unidos de 10 a 15% da população chega a desenvolver esta patologia.

O transtorno de dor somatoforme, tal como era conhecido no DSM-III, passou a ser chamado de transtorno doloroso no DSM-IV. Incluíram-se na categoria o transtorno doloroso associado a fatores psicológicos e o transtorno doloroso associado tanto a fatores psicológicos quanto a uma condição médica geral. Também puderam ser contemplados especificadores de nível de dor aguda e crônica. Uma hipótese clássica que propõe explicar o transtorno doloroso associa esta doença à histeria, sendo que até recentemente a dor somatoforme era considerada equivalente à dor na conversão histérica.

300.7 - Hipocondria: Caracteriza-se pela preocupação ou ideia de ter uma doença grave, com base na interpretação equivocada de um ou mais sintomas somáticos. No que se

³³ Nesta categoria não há nenhum código que identifique o transtorno. Há apenas a menção do nome, tanto nesta edição como na edição seguinte.

refere à proporção, a hipocondria é igualmente comum em homens e mulheres, sua incidência de modo geral é em pacientes jovens adultos. Embora a prática médica aponte que a prevalência deste transtorno é de 4 a 9% na população, não há embasamento nos dados de pesquisas. O curso desta doença costuma ser crônico, ainda que seja possível, em alguns casos, a remissão completa.

Hoje, o uso do termo hipocondria é evitado pelos clínicos, devido à conotação pejorativa e ao risco de que este estigma prive o paciente de receber uma avaliação médica adequada. Estes pacientes costumam queixar-se de não receberem os cuidados necessários, tendem a trocar de médico repetidamente e demandam muitos exames, nunca se mostrando satisfeitos com o resultado, pois acreditam que o seu sofrimento físico ainda não foi descoberto. Segundo o que pensam trata-se de uma questão de tempo e maior empenho dos profissionais.

300.7 - Transtorno Dismórfico Corporal: historicamente conhecido como dismorfofobia, caracteriza-se por uma preocupação excessiva com um defeito imaginário ou pequeno na aparência. De maneira geral, este tipo de fixação e apreensão restringe-se mais ao rosto e à cabeça, embora outras partes do corpo também possam ser referidas.

300.81 - Transtorno Somatoforme Sem Outra Especificação: agrupam quaisquer outros critérios que não satisfaçam algum dos Transtornos Somatoformes já descritos. Assim, é possível citar como pertencentes a estes transtornos os seguintes exemplos: a) Pseudociese: falsa crença de gravidez, redução do fluxo menstrual ou amenorréia, sensação subjetiva de movimento fetal, aumento de mama, náuseas; b) Sintomas hipocondríacos não psicóticos com duração inferior a seis meses; c) Transtornos que envolvam queixas somáticas inexplicáveis (duração inferior a seis meses), mas que não decorram de outro transtorno mental.

Transtorno Dissociativo

300.12 - Amnésia Dissociativa: para que este diagnóstico seja feito o principal é verificar uma confusão quanto à identidade pessoal, sendo este o sintoma predominante. Anteriormente conhecida como *Amnésia Psicogênica*.

300.13 - Transtorno Dissociativo de Identidade: surgiu para substituir o *transtorno de personalidade múltipla*, pois julga-se que a alteração deste nome possibilita tornar este diagnóstico mais descritivo. Uma característica que já estava presente no DSM-III e que foi suprimida no DSM-III-R seria a incapacidade do paciente de recordar-se de informações importantes a respeito de si.

No que se refere aos *Fatores Psicológicos que Afetam a Condição Física* (código 316) estes passaram, no DSM-IV, a pertencer à categoria *Outras Questões que Podem ser Sujeitas à Atenção Clínica*. Assim sendo são apresentados alguns aspectos que interferem no tratamento e se configuram como problemas de saúde para o sujeito. O comprometimento do estado físico pode variar bastante, por exemplo, influenciar o curso de uma condição médica (associação temporal entre os fatores e o prejuízo ou atraso na recuperação de uma condição médica), constituir um risco adicional para a saúde do indivíduo (por exemplo, sobrepor excesso de peso com diabetes), precipitar ou agravar os sintomas da doença causando respostas fisiológicas relacionadas com o stress (dor no peito em pessoas com doença cardíaca coronária ou broncoespasmo em pessoas com asma, em decorrência do stress).

No que tange ao glossário de termos técnicos, um dado que merece atenção é que tanto o termo *mecanismo de defesa* quanto o *sintoma conversivo* foram suprimidos do DSM-III-R, mas retornam nesta edição (DSM-IV). O motivo pelo qual estes conceitos deixaram de pertencer ao glossário por uma edição não é mencionado, mas as definições que eles recebem no DSM-IV são as seguintes:

Mecanismo de defesa: é um processo psíquico que protege o sujeito da ansiedade e de qualquer ameaça ou perigo, sendo ele externo ou interno. Dentre eles estão mecanismos como a projeção, “*acting-out*”, dicotomização etc.

Sintoma conversivo: trata-se de uma perda ou alteração motora voluntária ou do funcionamento sensorial que sugere uma patologia médica ou neurológica. Nestes casos, considera-se que os fatores psicológicos estão atrelados ao aparecimento dos sintomas. Apesar das semelhanças com as doenças médicas ou neurológicas, não são explicáveis e não decorrem do uso de substâncias, assim como estas produções não surgem de maneira intencional.

Para complementar, o DSM-IV oferece um glossário que diz respeito às síndromes ligadas à cultura e, dentre todas, algumas merecem ser destacadas, pois possuem algum tipo de relação (direta ou indireta) com os Transtornos Somatoformes e/ou com a histeria. São elas:

Ataques nervosos: é um sofrimento mais comum entre os caribenhos, embora muitos grupos latinos e latino-americanos também o reconheçam. Os ataques nervosos resultam em sintomas como gritos, choros, tremores, calores, agressões físicas e verbais. Podem estar presentes em episódios convulsivos e desmaios, observando-se sempre uma falta de controle de suas próprias emoções. Geralmente estes ataques se originam a partir de algum evento

traumático. Podem ser diagnosticados nos Transtornos de Ansiedade, do Humor, Dissociativos ou Somatoformes.

Bilis ou cólera: conhecido também por *muina* é ocasionado por sentimentos intensos de raiva. Nos países e grupos latinos, a raiva é tão poderosa que pode provocar efeitos no corpo ou intensificar sintomas já presentes. Tais sintomas podem resultar em dores de cabeça, tremores, perturbações estomacais e/ou perda da consciência.

Esgotamento mental: trata-se de uma resposta que os estudantes de segundo grau e universitários vivenciam frente aos desafios escolares; tal termo é utilizado na África Ocidental. É possível observar sintomas como dificuldade no que se refere à memória, à concentração e aos pensamentos, pois o cérebro encontra-se fatigado. Associados a isto estes alunos podem desenvolver sintomas somáticos, tais como dores, visões turvas, ardências, calores, entre outros. Estes quadros são similares a alguns Transtornos de Ansiedade, Depressivos e Somatoformes.

“Escurecimento” ou “apagamento”: tais episódios são comuns no sul dos Estados Unidos e no Caribe e são conhecidos por súbitos colapsos seguidos por vezes de sensações de tonturas. Nestes casos, as pessoas permanecem com os olhos abertos, mas se dizem impossibilitados de enxergar. São capazes, algumas vezes, de ouvir e saber o que se passa ao seu redor, mas não conseguem se comunicar. O “escurecimento ou apagamento” pode envolver quadro de Transtorno Conversivo ou Transtorno Dissociativo.

Nervos: termo comum empregado pelos latinos nos Estados Unidos e na América Latina. Refere-se tanto à vulnerabilidade com relação às experiências cotidianas quanto a uma síndrome devida a fatos difíceis experimentados no decorrer da vida. Esta terminologia abarca o sofrimento emocional, perturbações somáticas e incapacidade de desempenhar as atividades. Para estes casos, sintomas como dores de cabeça, irritabilidade, problemas estomacais, insônia, inquietude, choro fácil, falta de concentração, tremores, tonturas dentre outros, estão presentes. Tal síndrome pode incluir desde uma ausência de transtorno mental até quadros semelhantes mais estabelecidos como Transtorno de Ajustamento, Transtorno de Ansiedade, Transtorno de Personalidade Depressiva ou Dissociativa, Transtornos Somatoformes ou Transtornos Psicóticos. O diagnóstico é feito a partir dos níveis que os “nervos” chegam a apresentar e de sua evolução.

Shin-byung: trata-se de uma nomeação típica dos coreanos para se referirem às fases iniciais de ansiedade e queixas somáticas (fraqueza, tontura, medo, insônia, problemas gastrointestinais) com dissociação seguida de possessões por espíritos ancestrais.

Como já vinha sendo feito nesta edição, ou seja, transformar o DSM em obra acessível e instrumental para as práticas de todos os profissionais na clínica e na pesquisa, a versão seguinte do manual propõe-se a manter tais designios e fazer com isto apenas uma revisão para tornar as informações mais próximas da realidade – tal fato pode ser constatado a seguir.

5.6. DSM-IV-R: A procura de estabilidade dos dados e maior confiança no campo da saúde mental (2000)

Nesta edição, a pretensão era de que os dados apresentados se tornassem mais empíricos, mediante a participação de profissionais e especialistas de diferentes áreas. Os editores do DSM esperavam também que o compêndio passasse a ser publicado de modo menos frequente, o que permitiria maior estabilidade e confiança. Este intervalo de tempo entre uma publicação e outra já vinha ocorrendo nas edições anteriores, sete anos entre o DSM-III e o DSM-III-R e doze anos entre o DSM-IV e o DSM-IV-R.

Nesta edição, não houve qualquer alteração no *Transtorno de Personalidade Histriônica*, na categoria de *Transtornos Dissociativos* (*amnésia dissociativa* e *fuga dissociativa*), nem mesmo em *Outras Questões que Podem ser Sujeitas à Atenção Clínica*. No que diz respeito ao glossário para síndromes ligadas à cultura, não houve alteração importante e, em decorrência disto, sua retomada não será feita aqui. O mesmo acontece com o glossário de termos técnicos, que repete inclusive as definições do DSM-IV de *mecanismo de defesa* e *sintoma conversivo*. As mudanças que ocorreram foram as seguintes:

Transtornos Somatoformes

Antes de mais nada, é importante sublinhar que os transtornos somatoformes indiferenciados e sem outra especificação não sofreram nenhum tipo de alteração entre o DSM-IV e o DSM-IV-R.

300.81 - Transtorno de Somatização: Foram incluídos alguns achados clínicos de modo a esclarecer que, mesmo o paciente tendo sintomas físicos e sinais objetivos, tais dados não constituem uma condição médica geral. Ou seja, é possível ter outros sintomas e doenças complementares, mas sem que estes excluam o transtorno de somatização.

300.11 - Transtorno Conversivo: As taxas de prevalência mostraram-se mais alargadas e, com isso, os encaminhamentos ambulatoriais chegaram aos 3%, sendo que anteriormente, no DSM-IV, chegava-se a uma margem de 1 a 3% da população. Foram realizados também

estudos com pacientes internados para cirurgia ou outros procedimentos em que foi possível identificar uma taxa de 1 a 14% de sintomas conversivos, dentre os transtornos somatoformes.

*Transtorno Doloroso*³⁴ - Os dados mostraram que a dependência de substâncias iatrogênicas em função deste transtorno é muito menor. Entretanto, soube-se que o prejuízo e a interferência no sono são muito maiores do que o apresentado no DSM-IV, produzindo insônia ou um sono não reparador podendo ocorrer atraso para dormir e despertares frequentes.

300.7 - Hipocondria - Foi observado que apesar da preocupação excessiva e intensa com o envelhecimento e com a morte, estes indivíduos não procuram ter hábitos mais saudáveis na tentativa de diminuir tais riscos ou possibilidades como eles tanto temem. Portanto, não alteram a sua dieta, não deixam de fumar, não praticam exercícios regularmente. No que tange à prevalência, mesmo que não se saiba exatamente qual é o índice na população, em geral, a prática médica aponta para uma taxa de 1 a 5%, diferente do DSM-IV, que apresentava uma prevalência de 4 a 9%. Nos pacientes de cuidados primários tem-se uma estimativa que varia de 2 a 7%. Pacientes deste tipo são os que chegam, no Brasil, ao ambulatório para consulta rotineira em Unidade Básica de Saúde (UBS), Assistência Médica Ambulatorial (AMA), Institutos, Centros, Hospitais, entre outros.

300.7 - Transtorno Dismórfico Corporal: Passou a fazer parte da lista de preocupações o tamanho do corpo e de sua musculatura. Os indivíduos que apresentam este transtorno são de difícil *insight* quanto ao seu problema, costumam estar convictos e são dificilmente convencidos por alguém do contrário, chegando até a se tornarem delirantes a este respeito. A taxa de prevalência que antes não era apresentada, nem no contexto clínico, passa agora a fazer parte do manual. Ainda que não se tenham informações de pesquisa, os dados clínicos mostram que os pacientes com Transtornos Depressivos ou de Ansiedade possuem o transtorno dismórfico corporal associado ao caso, na proporção de 5 a 40%. No que se referem aos centros dermatológicos e cosméticos os índices variam de 6 a 15%.

Cabe observar que, nesta edição, há um glossário de 27 itens, incluindo mecanismos específicos de defesa e estilos de enfrentamento: aflição, agressividade passiva, altruísmo, anulação, antecipação, atuação (*acting-out*), auto-afirmação, auto-observação, cisão, deslocamento, desvalorização, dissociação, fantasia autista, formação reativa, humor, idealização, identificação projetiva, intelectualização, isolamento do afeto, negação, onipotência, projeção, queixa com rejeição de ajuda, racionalização, repressão, sublimação,

³⁴ Nesta categoria novamente não há nenhum código que a identifique, apenas o seu nome.

supressão. Para todos estes aqui citados, as explicações dadas são: “o indivíduo lida com o conflito emocional ou estressor...” (p. 757) como uma tentativa de resposta frente a uma situação difícil da realidade. Este glossário serve para que os profissionais possam verificar a adaptação do sujeito frente às suas respostas, de modo a compreender como é seu padrão de funcionamento.

A confiança na utilização do manual fica nítida, os objetivos foram alcançados e, com isso os autores puderam espaçar as publicações. Mas, se a preocupação era mantê-lo próximo à realidade e torná-lo um instrumento que oferecesse segurança aos profissionais que o utilizam, novamente fez-se necessária a elaboração de nova edição. A expectativa despertada nos profissionais de saúde mental e as especulações sobre o que vigoraria na nova versão foram intensas e o resultado deste trabalho pode ser verificado agora. Tal como foi dito, o DSM-V foi publicado em 2013.

5.7. DSM-V: A exacerbação do sofrimento para o diagnóstico de Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados (2013)

De acordo com o que está declarado na introdução do DSM-V (2013), este serve como um prático, funcional e organizado guia de informações que possibilita diagnóstico e tratamento cuidadosos. O instrumento pode ser utilizado por clínicos, estudantes e profissionais da saúde, bem como para transmissão de ensino e pesquisa. É possível utilizá-lo em diversos contextos e por inúmeras abordagens (biológica, psicodinâmica, cognitiva, comportamental, interpessoal e familiar / sistêmica) de modo que todos possam fazer uso de uma mesma linguagem para continuar a referir-se a determinado transtorno mental. Estas ponderações exprimem o escopo da publicação.

Antes de realizar a análise da categoria de TS, optou-se rapidamente por apresentar outros diagnósticos, como por exemplo, o de *transtorno dissociativo*, pois esta era uma das nomenclaturas que antes incluía o termo histeria. A fuga dissociativa que antes era considerada uma categoria passa agora a pertencer ao diagnóstico da amnésia dissociativa. O transtorno dissociativo de identidade pode atualmente aparecer referido a qualquer momento da vida do paciente e não mais tendo que ocorrer de forma apenas subsequente a algum evento traumático. Também experiências patológicas que ocorreram em determinadas culturas fazem agora parte da descrição do transtorno de identidade. No que tange aos

Transtornos de Personalidade não são localizadas alterações para critérios de diagnóstico no DSM-V, quando comparado ao manual anterior; ocorre apenas uma mudança quanto ao que se refere ao transtorno factício que será melhor explicado a seguir.

A substituição do nome de *Transtornos Somatoformes* para *Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados* pretende ilustrar a mudança substancial feita neste diagnóstico. O intuito é que esta edição do manual apresente outros tipos de posições de modo a expandir a cientificidade na classificação psiquiátrica e em seu diagnóstico, incluindo preocupações etiológicas, de saúde pública, de gênero, cultural e clínica. O DSM-V apresenta uma proposta holística, de modo a incentivar os médicos a apropriarem-se de avaliações clínicas no momento do diagnóstico e a localizarem sinais e sintomas positivos, levando em conta o indivíduo e a interação com o seu meio.

A principal razão da alteração no TS se deu pelo fato de que para os médicos não psiquiatras este diagnóstico, por vezes, era confuso e difícil de ser aplicado e, além disso, quando os pacientes o recebiam, mostravam-se indignados. Os profissionais apontaram e criticaram a fragilidade de um diagnóstico feito por critérios negativos e baseado no dualismo corpo-mente. O que foi solicitado aos autores é que as reformulações se pautassem nos diagnósticos positivos e considerassem características afetivas, cognitivas e comportamentais. Outro exemplo que levou em conta a necessidade de mudança foi o fato de que não existem claras distinções entre a hipocondria e o transtorno de somatização. Assim sendo, o número de transtornos e de subcategorias foi reduzido para que se pudesse evitar uma sobreposição entre os próprios diagnósticos. Com isso, transtorno de somatização, hipocondria, transtorno doloroso e transtorno somatoforme indiferenciado foram removidos. Das onze classificações contidas na edição anterior dos transtornos somatoformes, passam a vigorar apenas sete, pertencendo à categoria de *Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados* (300.82). São elas: 1. Transtorno Sintoma Somático - (300.83), 2. Transtorno Ansioso da Doença (300.7), 3. Transtorno Conversivo (Transtorno do Sintoma Neurológico Funcional)³⁵, 4. Fatores Psicológicos que Afetam Outras Condições Médicas - PFAMC (316), 5. Transtorno Factício (300.19), 6. Outro Sintoma Somático e Transtorno Relacionado Especificado (300.89), 7. Sintoma Somático e Transtorno Relacionado Não Especificado (300.82).

³⁵ A escolha do código que identifica cada diagnóstico não é explicada, aliás, nunca o foi na história dos manuais. A categoria de Transtorno Conversivo (Transtorno do Sintoma Neurológico Funcional) é a única que não apresenta nenhuma numeração e isto não é justificado pelos autores, mas chama a atenção. Outro dado que merece destaque é que, o diagnóstico geral dessa classe, portanto, Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados possuem o código 300.82 e esta numeração também se repete para o Sintoma Somático e Transtorno Relacionado Não Especificado.

Vale ressaltar que todos estes diagnósticos acarretam significativo sofrimento e prejuízo ao paciente. Ainda que as características de sofrimento permaneçam na nova edição, ocorre uma alteração substancial na categoria de transtornos somatoformes, pois agora o que predomina são os diagnósticos de doenças orgânicas que conferem ao paciente uma exacerbação do sintoma desproporcional num período determinado. Dessa maneira, serão raros os casos em que os diagnósticos ocorram na ausência de demonstração médica. Pelo contrário, o transtorno será confirmado por meio de exames, mas a partir de uma integração entre os aspectos cognitivos, afetivos e comportamentais. As informações de que as esferas comportamentais, afetivas e cognitivas devem estar associadas, vinculadas ao reconhecimento de que o psiquismo pode promover a exacerbação de um transtorno. Tal consideração configura-se como um avanço no campo da Psiquiatria e da Psicanálise. Pela primeira vez a configuração não se restringe apenas às condições psiquiátricas. Deste modo, a partir de tais definições evidencia-se maior articulação entre a psiquiatria e a medicina geral.

Para os *Transtornos de Sintomas Somáticos* (CSSD – 300.83) definiram-se a presença de alguma disfunção ou perigo importante, podendo ser desencadeado ou agravado por fatores psicossociais. Neste diagnóstico é preciso constatar: a) um ou mais sintomas somáticos que causem sofrimento e significativo comprometimento das atividades diárias, b) pensamentos, sentimentos ou comportamentos relacionados a sintomas somáticos ou associados a problemas de saúde manifestados a partir de um dos fatores a seguir: pensamentos persistentes e desproporcionais sobre ter um problema ou sintoma grave; elevado e persistente grau de ansiedade acerca da saúde ou sintomas; excessivo tempo ou energia dirigidos aos sintomas e à própria saúde; c) mesmo sem a presença exata do sintoma, o estado sintomático deve estar presente. É possível que a manifestação do sintoma produza um quadro específico, ou seja, predominantemente com dor (antigo transtorno doloroso) mas, além disto, para a confirmação diagnóstica o sintoma somático deve estar manifestado por um período superior a seis meses. O quadro pode ser variável entre brando, moderado ou severo.

A partir destas inquietações, é possível que os pacientes procurem, frequentemente, os serviços médicos e sintam que os cuidados dirigidos a ele e o esforço para o diagnóstico não sejam suficientes, podendo resultar em buscas por diversos especialistas na tentativa de compreender e sanar o mesmo sintoma. No que tange ao tratamento, ainda é controversa a opinião a respeito, alguns acreditam que as terapias e intervenções possibilitam respostas diferentes ao quadro clínico, já outros profissionais consideram que estas tentativas terapêuticas servem apenas para exacerbar os sintomas, fazendo emergir complicações e efeitos colaterais.

A classificação dos transtornos dos sintomas somáticos inclui as classes anteriores de somatização, somatoforme indiferenciado, hipocondria e doloroso. No que tange à prevalência dos transtornos de sintomas somáticos ainda não se sabe exatamente, mas estima-se que representem cerca de 5 a 7% na população mundial adulta, sendo mais frequente em mulheres, segundo o manual, uma vez que elas costumam queixar-se mais de seus sintomas e de seu mal-estar. Este tipo de transtorno é mais comum em pacientes de baixo poder aquisitivo, pouca escolaridade, histórico de abuso sexual, adversidades na infância e presença de outros transtornos psiquiátricos. Os sintomas somáticos tendem a ser manifestados após eventos traumáticos ou quando há algum tipo de ganho secundário para o desenvolvimento.

A respeito do diagnóstico de hipocondria, este foi suprimido enquanto categoria, pois segundo os autores era compreendido como pejorativo, havendo agora uma categoria de *Transtorno Ansioso da Doença* (300.7) que são casos de indivíduos com fortes sentimentos de ansiedade quanto à sua própria saúde, mas que não apresentam uma explicação ou possibilidade de melhor classificação como seria o caso no transtorno de ansiedade generalizada. Para a confirmação deste diagnóstico são necessários os seguintes critérios: a) preocupação por ter ou adquirir uma doença grave; b) sintomas somáticos não presentes ou apresentando leve intensidade. Caso exista outra condição médica associada ou risco de histórico familiar a preocupação em ter esta doença é ainda mais desproporcional; c) grau elevado de ansiedade em relação à saúde sendo o indivíduo incomodado por este estado; d) indivíduos que realizam comportamentos excessivos relacionados à saúde (por exemplo, diversos auto-exames no corpo em busca de alguma doença) ou exibem prevenções inadequadas (por exemplo, evitam sugestões dos médicos ou dos hospitais); e) preocupações com a doença devem existir por pelo menos 6 meses – entretanto, ao longo deste processo a razão do medo pode ser distinta; f) a preocupação não é melhor explicada por outros transtornos (transtorno do sintoma somático, transtorno dismórfico corporal – TDC, transtorno delirante, transtorno de tipo somático, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno do pânico).

Ainda no que tange ao *transtorno ansioso da doença*, há dois tipos: aquele que busca cuidados médicos, incluindo consultas ou realizações constantes de exames; segundo, há uma hesitação com relação aos cuidados médicos. O paciente reclama muito, mas não busca cuidados. A prevalência deste transtorno baseia-se nos estudos sobre hipocondria apresentado nas edições do DSM-III e DSM-IV. A incidência na população mundial é de cerca de 1 a 10%. Já no que tange à população ambulatorial, este índice gira em torno de 3 a 8%, tendo

repercussão semelhante em homens e mulheres, atingindo mais frequentemente jovens adultos ou pessoas com idade avançada.

No caso do *Transtorno de Conversão (Transtorno do Sintoma Neurológico Funcional)*, os sintomas médicos inexplicáveis continuam sendo uma característica para este diagnóstico, uma vez que não são consistentes com a fisiopatologia médica. Neste transtorno há um aumento no risco de morte, sofrimento e perda da capacidade funcional. Para o estabelecimento do diagnóstico são necessários os seguintes critérios: a) alteração de um ou mais sintomas no sistema motor ou na função sensorial; b) os achados clínicos, isto é, os sintomas e os aspectos neurológicos da condição médica demonstram incompatibilidade; c) o sintoma ou déficit não é melhor explicado por outra condição médica ou outro transtorno mental; d) o sintoma causa significativo comprometimento nos setores ocupacional e relacional ou em outras áreas importantes.

No que tange a este transtorno, muitos profissionais utilizam termos como psicogênico (falta de etiologia esclarecida) ou funcional (alterações anormais do sistema nervoso central) para descrever o quadro conversivo. No transtorno conversivo estão presentes fraquezas, paralisias, distonia, tremores, marcha e posturas anormais. Nos sintomas sensoriais são incluídas alterações, reduções ou insensibilidade tátil, visual ou auditiva. Episódios de tremor generalizado nos membros com prejuízo aparente ou perda da consciência podem representar convulsões epiléticas, também chamadas de psicogênicas ou pseudo conversões epiléticas. Estes casos, a depender do grau de manifestação, podem resultar em síncope ou coma. Outros sintomas são possíveis: afecção da fala, apraxias, alterações das articulações, sensação de nó na garganta e diplopia. O diagnóstico não pode ser feito simplesmente pela presença bizarra de alguma alteração, fazem-se necessários achados clínicos que evidenciem incompatibilidade neurológica. O transtorno conversivo deve basear-se em uma avaliação clínica global e não em um único achado, bem como deve relacionar-se ao stress, traumas e a questões de natureza psicológica ou física. O ponto principal pode estar relacionado a traumas que sugerem questões temporais.

Os sintomas conversivos são transitórios e tal fato torna ainda mais difícil estipular a prevalência deste transtorno, sendo muito mais encontrado em serviços secundários nos quais são feitas avaliações neurológicas. Pessoas com personalidade mal adaptada, histórico de abuso sexual ou negligência na infância, presença de eventos estressantes, presença de doenças neurológicas com sintomas orgânicos, todos estes elementos potencializam o aparecimento de transtornos conversivos. Trata-se de um diagnóstico que atinge de duas a três vezes mais as mulheres.

Os *Fatores Psicológicos que Afetam a Condição Médica em Geral* (PFAMC - 316) até o DSM-IV-R constituíam uma categoria isolada mas, a partir desta edição, com as novas mudanças propostas, estabeleceu-se uma interface entre a psiquiatria e a medicina geral. Os pacientes que possuem alguma condição orgânica associada a um traço de personalidade ou apresentam questões psicológicas que interferem no agravamento da doença em questão, podem agora ser tratados e receber os cuidados médicos necessários. Com este tipo de diagnóstico, o maior risco é o paciente acreditar que se trata de uma questão psicológica somente e não procurar cuidados médicos quando, na realidade, há a presença de um quadro orgânico acentuado que deveria ser tratado.

Para a configuração do quadro *fatores psicológicos que afetam a condição médica em geral* são necessários os seguintes critérios: a) desenvolvimento de um sintoma médico ou determinada condição que não um transtorno mental; b) apresentação de fatores comportamentais e psicológicos que afetam as condições médicas de algum modo das seguintes formas: 1. influenciar no curso das condições médicas, o que é demonstrado por uma associação temporal entre os fatores psicológicos e o desenvolvimento ou produzir exacerbação ou atraso na descoberta de uma condição médica; 2. interferir no tratamento da condição médica; 3. constituir um risco a mais para que o indivíduo não estabeleça uma condição de saúde adequada; 4. agravar a questão fisiopatológica, precipitar ou exacerbar o sintoma, aumentar a necessidade de atenção médica; c) fatores comportamentais e psicológicos do item b não são completamente explicáveis por outra condição médica. Ainda no que tange aos critérios, estes podem ser divididos em leve (aumento do risco de problemas médicos), moderado (agravamento do controle da condição médica), severo (hospitalização ou constantes consultas emergenciais) e grave extremo (severos problemas de saúde). A prevalência ainda mostra-se incerta, mas sabe-se que se trata do diagnóstico mais comum dos sintomas somáticos. O quadro clínico é ainda mais significativo em crianças pequenas ou na idade adulta, mas o transtorno pode se manifestar ao longo de toda a vida.

A partir deste momento o *Transtorno Factício* (300.19) passa a pertencer a esta classe. O quadro envolve um problema relacionado à percepção e identidade do transtorno. É importante aqui a exclusão de crenças delirantes nestas circunstâncias e vale ressaltar que o comportamento apresentado não deve ser mais justificado por nenhuma outra razão. No caso do transtorno factício ou por procuração, o paciente produz os sintomas, mas sem saber quais seriam as vantagens. Não se trata de algo consciente. Estes elementos são necessários para que se diferencie da simulação, em que o paciente produz os seus sintomas para determinados fins. O *Transtorno factício* pode ser classificado de dois modos:

A) Transtorno factício imposto em si mesmo: a) falsificação de sintomas e sinais psicológicos, físicos ou indução de ferimentos ou doenças associados com um comportamento enganoso; b) o indivíduo apresenta-se a si mesmo e aos outros como doente, incapacitado ou machucado; c) o comportamento enganoso está presente mesmo quando é claro que a pessoa não está doente; d) o comportamento não é melhor explicado por outro transtorno mental, como por exemplo, transtorno delirante ou outro transtorno psicótico. O quadro pode ser explicado por um único episódio ou por episódios recorrentes.

B) Transtorno factício imposto ao outro: a) falsificação de sintomas e sinais psicológicos, físicos, indução de ferimentos ou doenças associados a comportamentos enganosos direcionados ao outro; b) o indivíduo apresenta outro sujeito (vítima) a um terceiro alegando que este está doente, incapacitado ou machucado (por exemplo, mãe que leva o filho ao médico); c) o comportamento enganoso está presente mesmo quando é claro que a pessoa não está doente; d) este comportamento não é melhor explicado por outro transtorno mental, por exemplo transtorno delirante ou outro transtorno psicótico. O quadro pode ser explicado por um único episódio ou por episódios recorrentes. Embora a prevalência deste tipo de transtorno não seja conhecida, estima-se que 1% na população hospitalar seja acometido por esta manifestação.

Outro Sintoma Somático Especificado e Transtorno Relacionado (300.89): esta categoria é direcionada aos sujeitos que apresentam características dos transtornos de sintomas somáticos e transtornos relacionados, pois causam impactos e prejuízos sociais, ocupacionais e a outras áreas funcionais na vida do sujeito. Entretanto, não satisfazem todos os critérios para o quadro de sintomas somáticos e transtornos relacionados. Alguns exemplos: transtornos dos sintomas somáticos breve (duração inferior a seis meses), transtorno de ansiedade da doença breve (duração inferior a seis meses), transtorno de ansiedade da doença sem excessivos comportamentos relacionados a saúde (quando não se encontra o critério) e pseudociese (crença de gravidez associado a sinais e sintomas de gravidez).

Por fim, o diagnóstico de *Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados Não Especificados (300.82)*, direcionado aos sujeitos que apresentem características dos sintomas somáticos e transtornos relacionados – a categoria geral – causa impactos e prejuízos sociais, ocupacionais e em outras áreas funcionais. Entretanto, não satisfazem todos os critérios. Este diagnóstico deve ser utilizado somente quando não há uma clareza do quadro ou falta de informações a respeito do mesmo.

Vale a pena observar o modo como as nomenclaturas foram elaboradas e modificadas nas edições do DSM. Verifica-se, inicialmente, que os diagnósticos foram construídos com base psicanalítica e com uma preocupação quanto às interferências psíquicas; mas, com o decorrer do tempo, este fundamento foi sendo excluído e optou-se por questões de natureza biológica. No entanto, ao que tudo indica, hoje há um retorno às origens; embora os editores não assumam essa tendência de modo tão explícito, os conflitos psicológicos voltam à cena e ganham uma dimensão importante para a configuração do transtorno.

5.8. Algumas Divergências na Definição do Conceito de Transtornos Somatoformes de acordo com a CID e o DSM

Do ponto de vista histórico, muitos diagnósticos, incoerentes e sobrepostos foram empregados para identificar ou diferenciar os transtornos somatoformes. Por exemplo, no DSM-I eles são localizados sob os termos “reações conversivas e transtornos psiconeuróticos”. Já no DSM-II era a “reação histérica conversiva” pertencente à categoria das “neuroses”. Nestas duas edições do manual a escolha foi por utilizar a categoria transtorno psicofisiológico que agrupava as patologias do sistema nervoso autonômico. O nome somatoformes demorou a ser incorporado à CID e foi incluído apenas na décima revisão, pois, nas versões anteriores a opção foi a de manter este tipo de acometimento identificado aos “transtornos neuróticos”. Quando a OMS decidiu substituir os “transtornos neuróticos” por “transtornos somatoformes” valeu-se de uma explicação similar à descrição do DSM-III onde este tipo de sofrimento apresenta-se como uma dificuldade de esclarecer os sintomas do ponto de vista físico (Yutzy & Parish, 2012).

De acordo com a CID, os principais elementos para definir os Transtornos Somatoformes consistem, também, na repetição de sintomas físicos associados à busca incessante de cuidados médicos. O exemplo mais evidente de tal característica parece aludir à hipocondria, mas além disso, neste caso, trata-se de uma necessidade de atenção e de cuidados, com um medo efetivo de estar doente. No diagnóstico de TS, o que os autores afirmam é que embora existam sintomas físicos com base orgânica, para a determinação destes transtornos os sintomas não devem justificar a extensão da sintomatologia, a preocupação do paciente ou o sofrimento implicado no quadro (Bartorelli, Catani, Werebe & Fraguas Jr., 2010).

Vale a pena mencionar, também, as categorias que compõem este diagnóstico em cada um dos instrumentos em questão. De acordo com o DSM-IV-R, os transtornos somatoformes, abrangem: 1. Transtorno de somatização; 2. Transtorno Somatoforme Indiferenciado; 3. Transtorno conversivo; 4. *Transtorno doloroso*; 5. *Hipocondria*; 6. *Transtorno Dismórfico Corporal*; 7. Transtorno somatoforme sem outra especificação. Já para a CID-10 o mesmo diagnóstico é entendido como: 1. Transtorno de somatização; 2. Transtorno Somatoforme Indiferenciado; 3. *Transtorno doloroso somatoforme persistente*; 4. *Transtorno hipocondríaco*; 5. *Outros transtornos somatoformes*; 6. Transtorno somatoforme, não especificado. As categorias aqui em itálico são as que apresentam diferenças mais evidentes entre um sistema classificatório e outro.

As divergências nos dois manuais consistem, principalmente, no fato de que, primeiro, a CID-10 coloca o transtorno conversivo como pertencente ao grupo de transtorno dissociativo (de conversão); em contrapartida, para o DSM, este (o transtorno conversivo) seria uma outra subcategoria contemplada nos Transtornos de Personalidade. Um segundo destaque: no que tange aos Transtornos Somatoformes não há menção ao transtorno dismórfico corporal, não existe esta subcategoria, passível de ser observada até o DSM-IV-R. A APA, preocupada em manter uma aliança com a OMS optou, na quinta edição do DSM, por deslocar o transtorno dismórfico corporal para o espectro da ansiedade. A terceira característica que, até então, distanciava os dois manuais era a descrição existente na CID-10 do transtorno neurovegetativo somatoforme, implicando em diversas alterações somáticas relacionadas aos órgãos inervados pelo sistema nervoso periférico. Entretanto, o DSM-V parece ter, de certo modo, considerado tais alterações somáticas a fim de contemplá-las no transtorno do sintoma neurológico funcional, também nomeado de transtorno conversivo.

Conforme já advertido, os dois manuais, CID e DSM possuem finalidades diferentes; embora eles sejam convergentes em muitos aspectos. Destacam-se quatro diferenças significativas para se estabelecer o diagnóstico de transtornos somatoformes – e isto merece ser assinalado. No que se refere, por exemplo, à CID-10 na categoria de Transtornos Somatoformes (F.45): a) não estão contemplados os transtornos conversivos, tal como pode ser verificado no DSM-IV-R. Na CID, esta secção de transtorno conversivo pertence ao diagnóstico transtornos dissociativos (de conversão); b) não há menção ao transtorno dismórfico corporal, como no DSM; c) há a descrição do transtorno somatoforme neurovegetativo, que implica em diversas alterações somáticas relacionadas aos órgãos inervados pelo sistema nervoso periférico; d) a característica essencial dos TS é a presença repetida de sintomas físicos com uma busca incessante de assistência médica. Há também –

na CID-10 – a menção de que estes pacientes não possuem insight e que a ausência desta característica também serve como critério diagnóstico (Bartorelli et al., 2011).

Deve-se sublinhar que as distinções mencionadas acima são mais evidentes até a décima versão da classificação e a quarta edição revisada do DSM. Isto porque, a APA, preocupada em manter uma aliança com a OMS – uma vez que isto proporcionaria maior alcance e legitimidade – optou, na quinta edição do DSM, por deslocar o transtorno dismórfico corporal para o espectro da ansiedade. Passou também a considerar as alterações somáticas que antes não pertenciam ao DSM, de modo a contemplá-las no transtorno do sintoma neurológico funcional. Estas comparações e discrepâncias talvez estejam melhor visualizadas no apêndice E.

(...) é árduo explicar de que maneira um quadro pode apresentar coisas e ao mesmo tempo sugerir um '*et cetera*', como quem admite que os limites da moldura o obrigam a calar um resto imenso (...)

Umberto Eco

6. A IDENTIFICAÇÃO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO NO CAMPO CIENTÍFICO

Já se disse que livros (e manuais) mudam com o decorrer do tempo mesmo quando continuam os mesmos. Ainda que estas obras não passem por mudanças, elas se alteram porque seus leitores são diferentes. Sabe-se que a compreensão dos livros se dá em função da configuração de cada época. Pode-se pensar que o mesmo chegue a ocorrer com determinadas formas de adoecimento, como as nomeadas por histeria e transtornos somatoformes. A intenção da presente pesquisa foi mostrar que, embora tais doenças recebam novas nomenclaturas pela CID, pelo DSM e por outros trabalhos, o cerne da definição freudiana de histeria continua prevalecendo com a sua verdade: o que não pode ser verbalizado por meio de palavras é investido no corpo. É preciso considerar que os sintomas são expressos na lógica da época e do momento vivido, na história de cada um, mas a descarga e a impossibilidade de pensar acerca de seu sofrimento continuam inalterados, na maneira descrita por Freud (Catani, 2014).

O objetivo dessa pesquisa foi o de desenvolver uma extensa revisão acerca da categoria de transtornos somatoformes para entendê-los do ponto de vista psiquiátrico e psicanalítico e, assim, reunir elementos que possam contribuir para uma prática clínica mais fértil. Nesse sentido, julga-se que esta investigação tornou-se importante para um trabalho multidisciplinar e que o resultado deste material pode apresentar articulações teórico-clínicas sobre diferentes campos de estudo, tornando-se útil aos profissionais da saúde envolvidos com esta categoria diagnóstica (psicólogos, psicanalistas, psiquiatras, neurologistas, enfermeiros e fisioterapeutas). Ao término da presente dissertação, reconhece-se que a familiaridade com a dimensão histórica das nomenclaturas que foram utilizadas nos manuais psiquiátricos é algo que poderia ser do conhecimento não apenas de médicos e psiquiatras, mas também dos psicólogos e outros profissionais do campo da saúde mental. Um tal conhecimento do que representam a CID e o DSM e suas transformações históricas pode facilitar o diálogo entre os membros de uma equipe até para que se possa fundamentar o tipo de decisão a ser tomada em relação a um paciente. Não se espera que uma única linguagem seja utilizada, mas seria desejável que todos os profissionais envolvidos em cada caso pudessem possuir esta base comum para escutar e respeitar o conhecimento uns dos outros.

Ainda que os manuais psiquiátricos (a CID a partir da sexta revisão e o DSM desde a sua criação) tenham sido reformulados ao longo de sua história, seus objetivos permaneceram, isto é, estabelecer um diagnóstico padrão e a partir daí torná-lo o mais fidedigno, claro e

disseminado possível; avaliar constantemente a sua aplicabilidade nas pesquisas e na prática clínica, bem como conseguir que os profissionais das diversas áreas os utilizem. De acordo com Iannini e Teixeira (2013, p.27):

Uma classificação diagnóstica deve ser suficientemente precisa e bem fundamentada para permitir uma estratégia de condução do tratamento, mas suficientemente aberta para pensar a maneira que cada sujeito encontra de ser inagrupável, i.e., de permanecer dessemelhante dos demais membros de sua própria classe. Toda verdadeira clínica nunca é mera técnica, mas também uma aposta ética e política.

As palavras de Bazan (2013, p.29), em suas ponderações críticas, definem o DSM como “(...) manual que retoma, como catálogo de uma flora, os diferentes transtornos mentais, propondo um recorte daquilo que foi vivido pelo sujeito com base somente em suas manifestações fenomenológicas”.

Ao longo da pesquisa verificou-se que a histeria, assim como os transtornos somatoformes, de acordo com a psicanálise e a psiquiatria, podem ser maneiras semelhantes de nomear determinada forma de adoecimento psíquico e que estas categorias estariam muito mais próximas do que os profissionais geralmente percebem e admitem. Mas, ao que tudo indica, tal observação só é viável na medida em que se faça uma retomada histórica da evolução dos conceitos. O que a experiência com estes profissionais do campo da saúde e o percurso da pesquisadora evidenciou é que pouco se conhece a respeito da elaboração desta nomenclatura de transtornos somatoformes, inclusive entre os próprios psiquiatras. O que nos remete à frase de Freud (1927/1987, p.35) que iniciou a introdução: “... *quanto menos alguém sabe do seu passado e do presente tanto mais inseguro será o seu juízo sobre o futuro*”.

É possível que, com o recém-lançado DSM-V, algumas informações antes ignoradas tenham recebido destaque e, por conseguinte, possam se tornar mais conhecidas. Entretanto, as suas particularidades e os detalhes a respeito de suas alterações ao longo da história, principalmente no que se refere às primeiras edições, isto certamente ainda continua sendo menos familiar para os profissionais. Diversos textos encontrados no campo científico fazem uma retrospectiva histórica do manual, mas quase sempre limitam-se a descrever as duas primeiras edições do DSM em não mais do que cinco linhas cada uma. E também, relativamente à CID, os trabalhos que a analisam tendem a concentrar-se, de modo mais detido, a partir da 6ª revisão (OMS, 1955/1948). No encerramento desta investigação, torna-se

claro que o desconhecimento do profissional do campo da saúde, sobre detalhes da história de um diagnóstico, pode resultar em perdas importantes.

6.1. Como nomear a doença ou o sofrimento psíquico do indivíduo?

Observa-se, a partir do estudo aqui apresentado, que não se pode ignorar o fato de especialistas se utilizarem de manuais psiquiátricos e de estudos psicanalíticos como tentativa de localizar algo que possa nomear e melhor circunscrever o que se passa com os pacientes histéricos e aqueles classificados como portadores de transtornos somatoformes, para compreender o motivo pelos quais eles adoecem. Encontrar nomes para entender o fenômeno parece ser o motor da ciência. O sofrimento deve ser pesquisado e ter um diagnóstico para que não se torne um (mal)dito. Talvez seja propício retomar a epígrafe escolhida para a dissertação: *“Há sempre algo de ausente que me atormenta”* (Camille Claudel, 1864-1943). No entanto, quanto mais os progressos científicos tornam-se nítidos, mais parecem não dar conta de dizer o que se passa com sujeitos que não melhoram diante dos diversos tratamentos ofertados, pelo contrário, produzem novas manifestações e maneiras de expressarem os seus conflitos.

Desde há muito que me interesso pelas classificações de pessoas, no modo como afetam as pessoas classificadas e na forma como os efeitos que têm sobre elas, por seu turno, transformam essas mesmas classificações. São vários os tipos de pessoas que pensamos como objeto de estudo científico. Por vezes para controlá-las, como as prostitutas; outras para ajudá-las, como os potenciais suicidas. Por vezes para organizar e ajudar, embora também para nos mantermos seguros, como no caso dos pobres ou dos sem-abrigo. Por vezes para transformá-las para o seu próprio bem e para o bem de todos, como os obesos. Por vezes apenas para admirá-las, compreendê-las, encorajá-las e talvez até para emulá-las, como (às vezes) sucede com os gênios. Concebemos estes tipos de pessoas como classes determinadas, definidas por propriedades determinadas. À medida que sabemos mais acerca destas propriedades, a nossa capacidade de controlar, ajudar, transformar ou emular aquelas pessoas aumenta. Mas na verdade não é bem assim. Elas são alvos em movimento,

porque as nossas investigações interagem com elas e transformam-nas. E, uma vez transformadas, já não são exatamente o mesmo tipo de pessoas. O alvo moveu-se. É aquilo a que chamo de ‘efeito de *looping*’. Por vezes, as nossas ciências criam tipos de pessoas que, num certo sentido, até então não existiam. A isto chamo ‘formar pessoas’ (Hacking, 2011, p.95).

Ao levar em conta as palavras de Hacking (2011) pode-se transpô-las tanto para as classificações dos manuais psiquiátricos quanto para a categoria estipulada como transtornos somatoformes. Correlacionar tais ideias é pertinente quando se refaz o percurso histórico das nomenclaturas e se observa que ao longo do tempo diversas modificações fizeram-se necessárias. Os autores da CID e do DSM justificam que as novas edições são sempre feitas para acompanhar os avanços obtidos no decorrer dos anos, o que pode ser ilustrado pelas alterações das classes, por exemplo do DSM: distúrbios psicofisiológicos - transtornos psiconeuróticos - neuroses - transtornos somatoformes - sintomas somáticos e transtornos relacionados. Consegue-se supor que as demandas e os períodos relacionados a estas categorias exigiram inclusões e/ou supressões e que as proposições de Hacking (2011) sobre a dificuldade em classificar e quantificar um fenômeno, uma doença, uma determinada situação ou um transtorno não pode ser ignorada. Com isso, talvez se possa dizer que é importante classificar e compreender o que se passa com o indivíduo, mas considerando-se que o homem é dinâmico e extremamente mutável, na maior parte das vezes, a proposta de classificação torna-se obsoleta. Assim, novas hipóteses, modelos e estudos serão necessários, uma vez que o sujeito está em constante interação com o meio e isto produz transformações, além daquelas que a própria nomeação pode engendrar.

A respeito destas nomeações, sabe-se que os transtornos psiquiátricos se configuram como um processo etiológico múltiplo que sofre influência de diversos níveis de interação com o meio, de tal modo que não seria possível identificar anteriormente um nível privilegiado para desenvolver um sistema nosológico (Vittorio, Minard & Gonon, 2013).

De acordo com a pesquisa realizada talvez se possa supor que o sofrimento psíquico e a produção de transtornos mentais só fazem sentido se houver um entendimento integrado das dimensões sociais e biológicas. A interação do homem com o meio coloca o indivíduo a todo momento em conflito, o que pode ser verificado no sujeito a partir de sua incapacidade de lidar com as contingências da vida. No meio cultural, o estabelecimento de padrões e de normas se mantém, ainda que o homem se mostre fragilizado ou apresente determinados comportamentos ditados por aquela população como insatisfatórios.

Sobre isto Safatle (2014) questiona: qual o tipo de órgão, região ou função do corpo que se fragiliza e como acolher este sofrimento e tratá-lo? Isto porque, ao mesmo tempo em que este meio oferece artifícios para tratar do sujeito, este indivíduo adoece justamente pelas normas que o ambiente impõe a ele. O paciente e o meio estão em contínua transformação e, com isso, também suas normas, de tal maneira que não faz sentido questionar se a experiência orgânica determina a sua história ou vice-versa. A ciência como discurso e a vida social não são experiências de subordinação, ou seja, não é somente a ciência que determina o sujeito e nem somente a vida social; trata-se de um processo que interfere no paciente de modo intenso e indiscriminado. Não se pode negar que uma influencia a outra a todo momento, pois elas estão em constante comunicação.

A nomeação do sofrimento psíquico para os indivíduos ajuda o homem a diminuir parte de sua angústia diante de um evento acerca do qual pouco se sabe e que é determinado subjetivamente. O fato de não existir um exame que comprove os transtornos mentais torna este processo mais complexo. É em decorrência disto que diversos estudos são produzidos, como forma de auxiliar os pacientes a lidarem com o seu mal estar, mas a dificuldade parece ser criar um padrão comum para um tipo de acometimento particular e condizente com o momento sócio-histórico. De todo modo, os esforços permanecem na expectativa de alívio, diminuição e extinção do mal estar.

6.2. A quantificação da doença ou sofrimento nos manuais psiquiátricos: entre o normal e o patológico

Safatle (2014) destaca que é a noção de quantidade que determinará o normal e o patológico. Não há noção de doença sem a questão da quantidade. Com os resultados obtidos nesta pesquisa, pode-se dizer que os manuais psiquiátricos ou a própria psicanálise não consegue oferecer determinantes favoráveis (ou não) sem estipular um “número” específico para determinar o patológico. O que é determinante na doença é justamente o que é quantificado, por exemplo, na CID e no DSM, quantas vezes aquele comportamento se repetiu, durante quanto tempo os sintomas se manifestaram e qual a sua intensidade, identificada por estados como leve, moderado e grave. Cada organismo é produtor de normatividade. Mas reconhece-se que existe um contínuo processo de desequilíbrio e são estas alterações que colocam em dúvida ou exigem mudança no padrão de normalidade.

Aquilo que ocorreu é reinscrito. E, com isso, novas formas de se pensar o normal e o patológico se produzem, desencadeando novas teorias, novas edições, novas revisões.

O ato de classificar é algo muito característico dos homens. A partir deste ato é possível comparar, reunir, organizar o meio e, assim, apreender e se apropriar da realidade externa. Para pensar é preciso classificar e para classificar é preciso pensar. Tal como já citado em outro trabalho (Catani, 2012), remetendo a Levi Strauss: qualquer classificação é preferível ao caos. Quando há uma organização e uma ordem é mais fácil para o indivíduo se adaptar (Régimbeau, 2013).

É com base no pensamento classificatório para entender o que se passa com o homem que surgiram os manuais psiquiátricos, a CID e o DSM. Apesar das críticas a estes dois modelos, parece que até o momento nenhum outro tipo de instrumento tão eficaz no campo científico foi empregado por diversos profissionais e em áreas distintas para identificar o sofrimento mental.

Segundo Vittorio, Minard e Gonon (2013), para que um tipo de classificação seja considerado confiável, ele deve possibilitar que diversos médicos cheguem a um mesmo diagnóstico. Uma classificação só será considerada válida, se as proposições oferecidas por ela forem capazes de distinguir as doenças do padrão de normalidade. Tendo tais argumentos como base é que estes pesquisadores discutem o uso atual da CID, mas principalmente o uso do DSM. Para eles há que se questionar a sua relevância: a) quando muitos pacientes apresentam uma série de comorbidades e de patologias associadas de acordo com o próprio modelo oferecido; b) quando a diferença entre o normal e o patológico não está bem justificada, localizam-se significativas discrepâncias epidemiológicas para um mesmo transtorno e c) quando uma mesma causa é associada para mais de um transtorno. Ainda que todos estes elementos tenham sido apontados como alvos de dúvidas, reconhece-se que os manuais psiquiátricos são utilizados mundialmente.

Pesquisa realizada por colaboradores da OMS (Reed, Correia, Esparza, Saxena & Maj, 2011) apontou que dos quase 5.000 psiquiatras entrevistados em 44 países diferentes, 83% admitiram utilizar frequentemente a CID e/ou o DSM. Apesar do uso, quase 90% dos entrevistados consideram o DSM um instrumento muito complicado e acompanhado de uma lista interminável de critérios para a determinação de um diagnóstico. Estes colaboradores recomendam uma classificação com não mais do que 100 diagnósticos e que cada um destes tenham definições patológicas mais flexíveis. O que se especula é se a próxima edição da CID, tendo como base esta pesquisa organizada pela própria OMS, não oferecerá surpresa à comunidade científica. E com isto, especula-se igualmente se a próxima revisão, a décima

primeira CID, não irá 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 de critérios (Vittorio, Minard & Gonon, 2013).

Cabe destacar aqui a existência de duas dissertações sobre o DSM: a primeira é a de Burkle (2009) e a segunda, de Moreira (2010), que guardam alguma relação com o presente trabalho.

Na primeira dissertação, posteriormente a uma reconstrução histórica do manual e à identificação dos elementos que interferiram na elaboração de cada edição, Burkle (2009) realiza uma reflexão crítica acerca dos diagnósticos, de sua validade e do emprego na prática médica. Segundo a autora, os diagnósticos feitos de acordo com influências culturais, políticas e históricas foram popularizados com a criação de medicamentos e a expansão dos vocabulários na mídia. Em suas palavras, a partir destes elementos, os diagnósticos, os transtornos e o próprio manual passaram a ser utilizados de modo leviano e produziu-se uma “psiquiatrização” da sociedade que passou a ser cada vez mais nomeada e reconhecida por esta ótica. As categorias diagnósticas se multiplicaram nos sistemas classificatórios (o DSM é um exemplo disto), podendo auxiliar o clínico, mas também produzir insegurança acerca do uso que os profissionais fazem do instrumento.

Na segunda dissertação, Moreira (2010) investiga o modo como a APA compreende o sujeito e como faz uso deste entendimento para a prática clínica no manual. O autor visa discutir a noção de sujeito no DSM, valendo-se da CID em raros momentos. Recorre à psicanálise freudiana e lacaniana para a definição de sujeito propondo uma comparação acerca da maneira como ambos os campos do conhecimento trabalham a noção de sujeito. Reconhece a exclusão e a opção dos responsáveis pelo DSM por não mencionar mais fundamentos psicanalíticos. A partir desta verificação, argumenta que, mesmo não havendo a admissão dos autores do DSM, os conceitos postulados por Freud ainda são utilizados até a quarta edição e exemplifica isto com a nomenclatura de *transtornos somatoformes*, associando-a à histeria.

No trabalho aqui desenvolvido, um dos temas centrais da pesquisa foi o percurso histórico da CID e do DSM para investigar se a classe de transtornos somatoformes teria derivado da histeria. Além disso, buscava-se identificar se existiriam aproximações entre ambos e como isto se manifestaria atualmente na clínica.

Assim sendo, é possível considerar que estas três dissertações evidenciam alguns objetivos similares. No entanto, neste estudo, não se buscou construir um trabalho que criticasse os modos da Psiquiatria ou da Psicanálise estabelecerem um diagnóstico e tratarem

seus pacientes. Buscava-se sim identificar elementos e base para uma reflexão a respeito de como estes dois campos do conhecimento podem ser importantes quando aproximados e detendo-se essencialmente nos transtornos somatoformes e na histeria. Se a Psiquiatria preocupa-se com a caracterização e a descrição do sintoma para identificar a etiologia, a Psicanálise se detém nos motivos que levaram ao seu aparecimento de modo detalhado, investigando o entorno e a história de vida do paciente (Freud, 1917).

Moretto (2001) destaca que o analista não surge para substituir e/ou tratar dos déficits e limitações encontrados no âmbito médico. Tal argumento alude ao que a própria teoria freudiana já apontava desde o início, ou seja, que a Psicanálise não foi criada em nenhum momento para substituir a Psiquiatria, até porque, os métodos de investigação e tratamento de ambas são essenciais à compreensão do indivíduo e uma não contradiz ou se opõe à outra.

Freud (1917) já dizia que o maior problema dos profissionais do campo da saúde mental seria uma preocupação ínfima com o que está sendo dito pelo paciente quando ele conta a respeito de seus sintomas e de seus problemas. Decorrendo daí as sugestões de Lévine & Touboul (2002): “um bom médico deve explorar os recursos do seu próprio corpo, seus sentidos para examinar o paciente, tornando a arte médica uma espécie de "combate" entre o paciente e o médico” (p.125). Ao que tudo indica, os especialistas, hoje, preocupam-se muito mais em coletar e anotar informações para constar no prontuário e medicar os seus pacientes do que apreender o que está sendo dito por eles. Para Freud (1917), frente a um sujeito com adoecimento de origem tão complexa, anotar os dados, geralmente, é o menos importante.

Berlinck (1997) acrescenta que os profissionais, hoje, se percebem pouco preparados para assistir a estes pacientes e recorrem aos manuais psiquiátricos como forma de aplacar parte de sua angústia e fundamentar as hipóteses do que observam na clínica. Crítica semelhante encontra-se nas formulações de Didi-Huberman (1982/2012) que nomeou um dos capítulos de sua obra *L'invention de l'hystérie*, como “A autópsia antecipada do sintoma”. Este tipo de atitude parece comum nos dias de hoje em consultórios médicos e em atendimentos ambulatoriais nos quais, infelizmente, antes mesmo dos profissionais saberem em que consiste o mal estar do paciente, este já recebe uma série de exames e prescrições para medicar suas angústias.

A título de ilustração para que se compreenda um pouco o uso atual que tem sido feito dos manuais, principalmente do DSM, de acordo com alguns autores, destaca-se:

(...) se o DSM permitiu um grande avanço no reconhecimento da psiquiatria como especialidade médica de pleno direito, seu procedimento comportava dialeticamente o gérmen de sua contradição.

Correlativamente, o uso maciço do DSM, como referente central para a prática psiquiátrica contemporânea, acabou por produzir um grave efeito colateral não-imanente ao manual, mas aparentemente incontornável: o empobrecimento radical da clínica psiquiátrica em favor de uma prática centrada no estabelecimento do diagnóstico formalizado pelo DSM (ou por algum outro sistema que obedece a princípios semelhantes, como a Classificação Internacional de Doenças, da OMS). Do diagnóstico, decorre um procedimento técnico, em geral de tipo medicamentoso, com marcado esvaziamento da importância atribuída à relação psiquiatra-paciente, à escuta da palavra singular do sujeito e à dimensão de experiência humana fundamental do sofrimento, da angústia, da loucura e da exclusão, reduzidos, assim, a questões técnicas e a efeitos periféricos de determinações biológicas absolutas (Pereira, 2013, p.40).

É evidente que as pesquisas auxiliam no tratamento e na compreensão dos transtornos mentais, no entanto, na medida em que as investigações aumentam e iniciam-se esforços de quantificar o fenômeno e o mal-estar, os profissionais parecem ficar cada vez menos dispostos a escutarem os pacientes e consequentemente isto produz um empobrecimento da escuta clínica. Tal como já mencionado, para o autor, não se trata de criticar os instrumentos ou o tipo de proposta, mas colocar em pauta uma reflexão acerca do uso que os profissionais do campo da saúde mental fazem com os dispositivos atuais. O que leva a pensar também nas características da formação que se oferece a estes especialistas.

6.3. O que depreender da crítica aos manuais?

Para além das críticas já feitas à CID e ao DSM, o presente estudo tornou possível elaborar algumas considerações acerca das características apresentadas nos manuais:

a) apesar da insistência dos responsáveis pelos manuais quanto ao treinamento necessário para utilização dos mesmos, estes não chegam a indicar ou disponibilizar elementos para isso. Talvez este fato possa ser um dos indicadores que resultam no

empobrecimento do que poderia ser o uso destes instrumentos, isto é, um norteador para o tratamento e a escuta do paciente;

b) apesar de não se localizarem referências à condução de treinamentos específicos para o uso destes manuais, nota-se uma mudança substancial no decorrer das edições, tanto da CID quanto do DSM. Pode-se dizer que o exemplo mais evidente de uma ausência de direcionamento aos profissionais é observado entre as seis primeiras edições do que é hoje nomeado como CID. Antes da sétima revisão, não eram oferecidas aos médicos informações a respeito do que seriam os diagnósticos, que apareciam apenas mencionados como se houvesse a suposição de que o profissional já tivesse adquirido previamente o conhecimento suficiente para tanto;

c) a realidade dos manuais mudou principalmente nas últimas versões. Há agora cada vez mais detalhes sobre a composição de um determinado diagnóstico e, tal como se observa, isto se deve, segundo os autores, ao fato de que mundialmente a ausência de explicações podia gerar erros, uma vez que certos termos tem diversos empregos em regiões distintas. Diante destas constatações cabem agora alguns questionamentos: a inclusão de detalhes é notória, mas será que estas incorporações atenderiam somente à diversidade cultural? Ou será que, ao longo do tempo, foi se produzindo o receio de que a formação adquirida pelos profissionais da saúde mental não esteja sendo suficiente para capacitar a elaboração de um diagnóstico e, por este motivo, os autores considerem necessário proporcionar explicações para garantir que os erros sejam diminuídos? Ao que tudo indica, ambas as questões podem se combinar.

Para ajudar a responder a tais questões, Zorzanelli (2011) sugere um retorno ao período entre 1850 e 1960, no qual se observam contribuições essenciais para o diagnóstico. O resultado das novas concepções produziu evidente expansão das categorias já existentes até a época a que se refere o início da investigação da autora, portanto 1850 e também a separação entre a neurologia e a psiquiatria, conseqüentemente, uma diferenciação entre os transtornos mentais e as doenças do cérebro. Deste modo, tal dissociação produziu uma organização na qual, de um lado, mantiveram-se pacientes neurológicos com os sintomas referentes ao sistema nervoso e, de outro, pacientes psiquiátricos, psicanalíticos, psicopatológicos que se caracterizavam pela produção de um sintoma particular. Em meio a esta produção de sintoma único foram criadas as psicoterapias e a cura pela palavra.

É provável que a constatação das manifestações sintomáticas justifique os dados de produção no campo científico localizados por Kurcgant (2012, p.59), no período abaixo assinalado:

Entre 1730 e 1820, mais de cinquenta publicações médicas francesas tinham a histeria como tema principal. No mesmo período, foram publicados na Inglaterra cerca de trinta tratados sobre a histeria que também circularam na França, traduzidos ou não. Muitos destes tratados foram, rapidamente, reeditados e traduzidos para o espanhol e italiano, o que sugere uma expansão dos conhecimentos médicos por toda a Europa, inclusive com a disseminação através das academias médicas, sociedades de medicina e periódicos.

Até 1930, várias pesquisas foram desenvolvidas no campo da medicina, mas os diagnósticos de histeria e epilepsia parecem ter perdido força no decorrer deste período. Tais dados podem ser verificados no texto de Kurcgant (2012), no qual consta a investigação em seis revistas especializadas de Neurologia e Psiquiatria entre os anos de 1910 e 2005. As variações nos periódicos analisados para estes dois termos – crises histéricas e epilépticas – são notórias ao longo deste período, ora com mais pesquisas ora sem nenhuma menção aos termos. De todo modo, as pesquisas a este respeito quase não são importantes, se comparadas com o momento em que elas foram constatadas e passaram a pertencer ao jargão médico – por exemplo, quando Freud iniciou suas investigações a respeito da histeria. Sobre os motivos pelos quais ocorreram tais mudanças, até hoje ainda pouco se sabe. Mas, talvez seja possível supor que este tipo de paciente que, de modo geral, não responde de maneira satisfatória aos tratamentos oferecidos e com relação ao qual pouco se sabe da etiologia dos seus sintomas, tenha acabado por se tornar cada vez menos relevante para o campo da ciência (Kurcgant, 2012).

A Primeira Guerra Mundial fez ressurgir doenças mentais e neurológicas que se supunha terem sido superadas. De acordo com a psicanálise, sintomas desta natureza se justificam em decorrência dos traumas e inseguranças provocados na circunstância de vulnerabilidade representada pela guerra (Trillat, 1991). Se recorrermos à história do DSM, as coisas não se passam de modo tão diferente, tanto que as investigações americanas para a criação de nomenclatura mais uniforme iniciam-se neste período e o manual é justamente publicado pela primeira vez logo após a Segunda Guerra Mundial.

Com Charcot e os histéricos, o inconsciente começa a ser teorizado. Com Freud e os outros pesquisadores da psique humana em que essa virada de século é crescentemente rica, assume papel-chave no entendimento da loucura

e do comportamento comum do dia a dia. A histeria, no entanto, como um conjunto exuberante de expressões na forma corporal de problemas mentais – histeria de defesa, como Freud a chamou – deixou de ser uma doença importante entre as mulheres ocidentais. Como diagnóstico, migrou com a Primeira Guerra Mundial para as “neuroses de guerra”, da qual tantos soldados sofreram – a cegueira, mudez ou paralisias como expressões do trauma da batalha. Desde então, a histeria de defesa desapareceu quase completamente (Appignanesi, 2011, p.150).

Silva Jr.(2012), valendo-se das muitas manifestações observadas, também no período pós-guerra e da presença de quadros histéricos tão intensos, coloca em debate a existência da histeria, já que ela se configura como um mimetismo, uma cópia de outras doenças. Pode-se dizer que ela não existe e nunca existiu? Se admitirmos que tal afirmação é verdadeira pode-se supor que esta denominação de sofrimento foi inventada pelo homem para responder a determinadas necessidades, por exemplo, aos tratamentos e às pesquisas. No entanto, esta pode não ser a única saída para compreender o porquê de a histeria ser hoje evitada no campo da medicina. Segundo Silva Jr. (2012), tal como outras doenças que não são mais localizadas, como a peste negra ou a varíola, praticamente erradicadas no mundo em função dos progressos de higiene e medicamentos eficientes, esta poderia ter sido uma possibilidade para o que aconteceu com a histeria e, portanto, não se tem porque estudá-la ou investigar mais. O que sabemos não ser verdade. Mas talvez se possa colocar a questão da seguinte forma, ainda que ela seja localizável de outras maneiras; talvez se deixássemos de falar a respeito da histeria ou modificássemos o seu nome, a configuração da histeria, nos moldes propostos por Freud, poderia ser esquecida? Ou enquanto os profissionais não encontram condições para tratar de tal sofrimento, talvez seja possível pensar em outras formas e produções de remédios ou alternativas até que ela seja extinta tal como foram outras doenças. Tais são hipóteses aventadas pelo autor (Silva Jr., 2012).

A prática parece demonstrar que as alternativas medicamentosas e classificatórias atuais não têm sido alternativas completamente eficientes tal como se esperava, isto é comprovado nas várias consultas, internações e procedimentos realizados com pacientes dos quais não se compreendem ao certo os seus sintomas. Estes recursos tanto não impedem que os sintomas se manifestem que logo são descobertos novos nomes, novos transtornos. Segundo Hacking (2011) pode-se colocar duas indagações: estas novas manifestações não

existiam anteriormente ou passaram a ser diagnosticadas e, com isto, se encontram diversos casos deste gênero? O que teria ocorrido com a histeria?

Para além dos questionamentos aqui sugeridos, cabe retomar que a urgência em encontrar nomeações que deem conta do sofrimento psíquico dos pacientes é tão presente para os cientistas que estes parecem minimizar a exigência de se investir em treinamentos que garantam o uso adequado dos instrumentos. E é possível pensar que as limitações não digam respeito somente aos sistemas classificatórios, mas sim aos profissionais do campo de saúde mental que, se sentindo inseguros com os novos tipos de manifestações clínicas trazidas pelos pacientes se restringem ao emprego da CID e/ou do DSM, julgando inclusive que estes possam ser suficientes e superiores à escuta clínica. Talvez os sentimentos de insegurança sejam ilustrados e comprovados nos instrumentos que a cada nova edição explicam cada vez mais o que significa cada transtorno, na expectativa de que isto garanta um melhor diagnóstico e tratamento aos pacientes. Seria este o caminho que garantiria uma melhor eficácia? Uma longa e demorada explicitação de cada categoria?

6.4. Da reflexão à crítica... e da crítica à reflexão

Na corrente das discussões a respeito das classificações e de suas possibilidades para a compreensão dos fenômenos, há um texto relevante: *La fabrique des folies: de la psychopharmarketing* (Borch-Jacobsen, 2013), no qual o autor aborda a história da loucura, a origem desta concepção e as suas categorizações no campo da psiquiatria e da psicanálise. A proposta é oferecer uma reflexão e uma crítica acerca do que vem se postulando para o tratamento da loucura, principalmente desde o século XVIII aos dias de hoje. O uso do termo loucura é bastante amplo, de modo a contemplar diversas possibilidades tanto no que diz respeito aos quadros clínicos quanto aos funcionamentos psíquicos, tais como histeria, perversão, psicose, neurose obsessiva, depressão, esquizofrenia, anorexia, personalidade múltipla, *borderlines*, entre outros. O que Borch-Jacobsen (2013) questiona, a princípio, é o tipo de compreensão utilizado para o sofrimento humano, pois este, evidentemente, sustenta-se nos interesses do historiador ou do profissional, bem como nos aspectos culturais, políticos e sociais implicados, para a criação de novas terapêuticas que se modificam ao longo da história. Entretanto, segundo constata, o fato de se mudarem os nomes parece não alterar o modo de acometimento e de sofrimento psíquico localizado no homem. É verdade que há um

avanço significativo na produção de medicamentos ao longo da história e que isto alivia, em certa medida, algumas limitações derivadas do adoecimento psíquico. Este progresso é reconhecido pelo autor que, inclusive, o descreve apoiando-se nas pesquisas bioquímicas e epidemiológicas.

No campo da saúde mental e da medicina os problemas não parecem emergir de modo tão considerável no que tange aos casos em que o quadro orgânico é bastante evidente e pode ser comprovado – por exemplo, a epilepsia, a paralisia geral progressiva, o mal de Alzheimer. No entanto, o mesmo não parece acontecer no que se refere aos quadros que escapam, em certa medida, da comprovação e de uma medição efetiva. Caberia com isto lembrar os questionamentos do autor: criar novas categorias, nestes casos, ajuda a compreender e tratar este tipo de sofrimento que foge à evidência médica? Em que medida isto é produtivo? Como explicar as diversas variações de angústia e de sofrimento psíquico encontradas por historiadores, médicos, antropólogos e sociólogos? Os elementos aqui mencionados não pretendem de modo algum desqualificar os avanços da psiquiatria, da psicologia e da psicanálise, mas apontar para as dificuldades existentes no que diz respeito ao ser humano e aos seus acometimentos e às tentativas incessantes de tratar tais aspectos. O que procura interrogar é até que ponto criar novos medicamentos, novas pesquisas e novas terapêuticas significa alcançar o cerne da questão ou apenas distanciar-se cada vez mais, silenciar e/ou mesmo ajudar a produzir tais manifestações? (Borch-Jacobsen, 2013).

Colocar lado a lado períodos históricos, velhos diagnósticos e sintomas poderia, como muitos imaginam, nos dar um brilhante senso do surgimento e do crescimento da ciência e dos nossos atuais milagres farmacêuticos e médicos. Certamente, sabemos muito mais hoje sobre a estrutura neurológica e bioquímica que Pinel, o fundador do “alienismo”, ou do que Freud sonhou. Temos drogas muito mais eficientes e hipóteses mais elaboradas. Mas ainda que tenhamos diagnósticos que podem ser comprovadamente mais sofisticados e certamente mais ordenados, os transtornos se proliferam e também aumentam em complexidade (Appignanesi, 2011, p.16).

No quadro da presente pesquisa surgiu também a necessidade de acompanhar as publicações e os debates que vem ocorrendo no campo científico a respeito dos manuais psiquiátricos, para compreender como estes instrumentos vêm sendo acolhidos pelos

profissionais da saúde hoje (Pereira, 2000; Dunker & Kyrillo, 2011; Jerusalinsky & Fendrike, 2011; Manifesto por uma psicopatologia clínica não estatística, 2013).

Não se poderia também ignorar as críticas que têm sido dirigidas aos órgãos preocupados em estabelecer critérios mundiais para os diagnósticos de transtornos mentais. Cabe assinalar que nas análises e nas críticas formuladas a respeito das listas de sintomas necessárias para o estabelecimento de um diagnóstico, de acordo com o DSM-V, não se localizou artigo que direcionasse a crítica à nomenclatura de transtornos somatoformes ou dos sintomas somáticos e transtornos relacionados. Destaca-se o texto escrito por Dunker (2013) em que o autor utiliza como exemplo a supressão da neurose nas edições do DSM para explicar e questionar a noção de sofrimento mental utilizado pela psiquiatria, mas tal como nos outros trabalhos, não há uma crítica específica à categoria dos transtornos somatoformes.

Considerou-se este aspecto digno de nota, pois as novas reformulações e propostas apresentadas pela quinta edição do DSM para os sintomas somáticos e transtornos relacionados – ainda conhecidos por muitos como transtornos somatoformes – parecem ter produzido reformulações mais amplas, possibilitando maior interlocução entre a Psiquiatria, a Psicologia, a Psicanálise e a Medicina Geral, do que as edições anteriores. Isto porque os editores consideram a interferência dos aspectos psicológicos na produção de uma doença ou na piora de um determinado quadro, permitindo, assim, a inclusão de doenças psicossomáticas.

Ressalta-se que pela primeira vez desde a publicação do DSM-III, conforme apontam os responsáveis pela quinta versão, divulgada em 2013, o manual rompe com a configuração estabelecida no sistema multiaxial. A partir deste rompimento, o transtorno de personalidade e o atraso cognitivo deixam de pertencer ao Eixo II, tal como era anteriormente, e passam a ser incorporados ao Eixo I; este seria apenas um exemplo. Segundo os autores, o sistema multiaxial era uma separação didática para apresentar os transtornos mentais. A ideia era que esta classificação deveria servir como incentivo para que os profissionais avaliassem globalmente os pacientes, não se restringindo somente aos aspectos mais evidentes – hoje, para os responsáveis pelo DSM, esta subdivisão parece não ter mais sentido. Mas, com a expectativa de manter uma avaliação ampliada e completa do paciente, o Eixo IV, compreendido por aspectos psicossociais, continua a ter destaque no manual, mas a partir de agora, o DSM-V recomenda que estes aspectos sejam analisados de acordo com a tabela da CID-10 – Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde (compreendido pelos códigos Z00-Z99). O Eixo V foi suprimido do manual, pois se entendeu que a Escala de Avaliação Global do Funcionamento não possuía informações ou condições

mínimas para que este aspecto fosse avaliado. De todo modo, os autores incentivam a aplicação de escalas e testes complementares para auxiliar no estabelecimento do diagnóstico (APA, 2013).

O destaque para o DSM-V é digno de nota, visto que se pode constatar no próprio Ambulatório de Transtornos Somatoformes (SOMA) do Instituto de Psiquiatria da USP que algumas das modificações contempladas pelo manual já vinham sendo discutidas. Por exemplo, a piora de um sintoma e a procura incessante por médicos (característica já presente na CID) e a inclusão de assistência aos pacientes com diagnóstico de transtorno factício, que até a edição anterior não deveria fazer parte dos critérios estabelecidos, mas que os profissionais, no SOMA, compreendiam como relevantes e como um tipo de funcionamento psíquico similar aos pacientes de TS. Chamar atenção para os aspectos que foram incluídos na nova versão do DSM é fundamental, pois alude a algumas reflexões do campo da saúde mental que os profissionais do SOMA já exercitavam, mas às vezes um pouco temerosos pela falta de confirmação nos estudos da área. Observar que os responsáveis pelo manual e membros da APA chegaram a conclusões semelhantes e as incorporaram à quinta edição oferece confirmação e respaldo de que o trabalho está sendo conduzido de modo correto. Isto porque, por mais que se pesquise em artigos e investigações nacionais e internacionais, em dados momentos é preciso arriscar, pois muito do que se refere a este diagnóstico e à conduta relativa a ele ainda está sendo construído.

Qual a utilidade de rebatizar (medicalizar) as características básicas da existência humana com um jargão utilitário desprovido de maiores significados teóricos? A gradativa fragmentação e expansão de diagnóstico não construiu um mundo feliz (Ramadam & Wang, 2011, p.39).

Fato ou ficção? Isto é, houve um crescimento real dos transtornos mentais ou “pseudoepidemias” estão sendo criadas pelos próprios psiquiatras? (Ramadam & Wang, 2011, p.39).

No que se refere aos consultores críticos que deveriam auxiliar no desenvolvimento do manual, um aspecto relevante é que conforme as edições são renovadas, a participação direta dos colaboradores diminui. A partir disto, seria possível pensar na hipótese de que estando o manual já consolidado em sua história e já sendo por muitos utilizado, não se tem mais a necessidade de um corpo clínico tão extenso para o julgamento crítico.

Ainda que o manual se julgue ateuórico, vale aqui sublinhar tal característica como questionável, crítica esta mencionada por diversos autores quando se coloca em pauta a utilização do manual (Delgado, 2008; Moreira, 2010; Ávila e Terra, 2010; Dunker & Kyrillos, 2011, Kurcgant, 2012). Isto porque, de acordo com o DSM, a ideia é que este modelo não se configure como sendo uma preocupação quanto à etiologia do transtorno, mas sim por critérios de inclusão e exclusão para se confirmar um diagnóstico de doença mental. No entanto, para explicar aos profissionais e leitores as características que compõem um determinado quadro, as escolhas das palavras indicam que alguma concepção teórica foi considerada. Por exemplo, o termo conversão:

(...) oriundo de um sintoma somático que serviria como uma solução simbólica para resolver algum conflito psicológico inconsciente, de modo que o aparecimento desta conversão possibilitaria uma diminuição nos níveis de ansiedade e uma maneira de permitir que o conflito continue fora do campo da consciência ('ganho primário') (APA, 2000, p. 496 / APA, 2002, p.476).

Outros exemplos poderiam constar aqui a este respeito, tais como a definição de transtorno, saúde mental, doença etc. Ao que parece, esta foi uma solução encontrada pelos responsáveis pela elaboração do manual para excluir determinados termos, inclusive neurose e histeria. Mas ao fazerem isso parecem não conseguir sustentar seu completo ateorismo. Por que acreditar que a tentativa relativa de se isentar completamente de qualquer teoria garantiria a adoção da obra por um maior número de profissionais?

É relevante sublinhar que ainda que tenham ocorrido mudanças substanciais quanto ao diagnóstico de transtornos somatoformes na quinta edição do DSM, algumas reconsiderações também foram feitas na mesma revisão. Relativamente ao transtorno dismórfico corporal, por exemplo, que até então pertencia à classe de TS, ele passa agora a ser identificado por componentes mais ansiosos. Segundo os autores, essa mudança ocorreu devido ao fato de que a procura por médicos e esteticistas é tão intensa e a preocupação com uma determinada parte do corpo é tão obsessiva e gera tanta ansiedade no paciente, que não faria sentido que ela permanecesse vinculada à classe de sintomas somáticos. De certa forma, os organizadores dizem que é quase como se o sujeito se tornasse delirante e, portanto, psicótico. Se este aspecto for considerado desta maneira tal nomenclatura volta a ser classificada como era até o DSM-III (APA, 2013).

A partir desta exposição a respeito das configurações da problemática do sofrimento psíquico para a psicanálise e para a psiquiatria – valendo-se, principalmente, das contribuições encontradas nas últimas décadas a este respeito, serão apresentadas a seguir as definições sobre a histeria – segundo a teoria freudiana – e os transtornos somatoformes, conforme os manuais psiquiátricos.

Julga-se que, com base na fundamentação desenvolvida pelos autores aqui citados e nas reflexões hipotéticas da pesquisadora, seja possível compreender de que modo a histeria e os transtornos somatoformes podem ser considerados similares, tais aproximações encontram-se mais evidentes no capítulo adiante.

O que é evidente, mente.
Evidentemente.

Antonio Nóvoa

7. A HISTERIA E OS TRANSTORNOS SOMATOFORMES: NOMES DIVERSOS PARA A COMPREENSÃO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO?

Os pacientes acometidos por Transtornos somatoformes parecem, a todo momento, querer mostrar aos profissionais que os assistem que a tentativa de universalizar o sofrimento não é totalmente possível e que eles, pacientes, precisam expressar as suas angústias e os seus conflitos, ainda que não saibam porque escolhem o corpo, valendo-se deste recurso para apelar por uma escuta de outra ordem, diferente da objetivável e a encontrada nos manuais já estabelecidos. Os apelos e os recursos remetem estes quadros a uma similaridade com as manifestações encontradas nos tempos de Charcot e Freud. O que se aproxima e o que se distancia da histeria naquilo que hoje se compreende e se descreve nos manuais psiquiátricos (CID e DSM) como transtornos somatoformes? Esta foi a questão central da investigação realizada.

Quando se observa as formas pelas quais o sofrimento psíquico foi sendo objeto de exames e classificações médicas, psiquiátricas e psicanalíticas pode-se constatar que a nomeação original da histeria, tal como Freud a apresentou, antes da primeira tópica, parece ser o núcleo sobre o qual as definições posteriores se ergueram. Isto quer dizer aqui e, de acordo com o que pode ser verificado pelo estudo das diversas edições da CID e do DSM, que as modalidades do sofrimento psíquico que se caracterizam pelos comprometimentos físicos – mas não se confundem e nem se transformam em doenças físicas autônomas – vem sendo identificadas como transtornos somatoformes.

De modo a retomar a comparação entre histeria e transtornos somatoformes busca-se sintetizar aqui, as concepções propostas na psicanálise, segundo Freud, e na psiquiatria segundo, os autores da OSM e da APA. O diagnóstico de transtornos somatoformes variou muito ao longo da história e mesmo segundo a psiquiatria, a compreensão deles é um pouco diferente no que se refere ao modo como são definidos pela CID e o DSM. O que se observa é que, ainda que o modo de entendimento deste tipo de manifestação tenha similaridade nos dois sistemas classificatórios, a OMS e a APA optam por uma identificação um pouco distinta.

A OMS, órgão europeu responsável pela CID, sugere que para o estabelecimento do diagnóstico de transtornos somatoformes privilegiem-se questões que não se restrinjam somente às constatações de sintomas, mas também levem em conta a postura e o modo de funcionamento do paciente. Isto porque dentre as descrições localizadas na classificação estão

o fato do indivíduo procurar de modo constante os cuidados médicos e também o fato dele apresentar pouco insight. Esta última característica foi constatada por profissionais do campo da saúde mental. De acordo com os profissionais, em entrevistas e anamneses, observam-se pacientes que pouco conseguem falar de si, sem envolver quase que exclusivamente os seus sintomas e o seu mal-estar. Quando questionados sobre qualquer coisa de ordem mais subjetiva e menos evidente, apresentam dificuldade em responder, embora entendam o que está sendo perguntado, o que exclui a hipótese de falta de compreensão. Os seus sintomas são similares aos quadros orgânicos e embora não possam ser comprovados por exames laboratoriais ou tradicionais, é comum que o paciente viva em função de seu corpo, apresentando prejuízos consideráveis em sua rotina e nos seus relacionamentos. No que se refere ao diagnóstico de transtornos somatoformes, nome que só foi incluído na décima revisão da CID (1993), este é entendido por quadros de somatizações, somatizações indiferenciadas, hipocondríacos, dolorosos persistentes, psicossomáticos ou psicofisiológicos e disfunções autonômicas (sistema simpático e parassimpático). Cabe ressaltar que os quadros que já apresentam lesão e/ou que os sintomas são prejudicados por condições psíquicas podem ser classificados como TS e farão parte dos transtornos somatoformes não especificados – psicossomático ou psicofisiológico.

A APA, órgão americano responsável pelo DSM, já utilizava o nome transtornos somatoformes desde a terceira edição em 1980, mas na última edição, em 2013, este diagnóstico pode ser localizado como sintomas somáticos e transtornos relacionados. Dos anos 80 até os anos 2000, data de publicação do DSM-IV-R, este transtorno quase não sofreu alterações; alguns detalhes e prevalência foram atualizados para melhor representar as manifestações encontradas, mas a essência descritiva deste sofrimento sempre foi a mesma. Isto é, pacientes que não tinham o seu quadro explicado por causas orgânicas, embora os seus sintomas se assemelhassem a este tipo de justificativa eram classificados como TS. Este transtorno, de maneira geral, é determinado a partir da exclusão de outros diagnósticos. Pertencem a esta classe os transtornos de somatização, somatoforme indiferenciado, conversivo, doloroso, hipocondria, dismórfico corporal e somatoforme sem outra especificação. No caso deste último, este não fecha diagnóstico para outro TS. No DSM-V, mudanças substanciais foram feitas para contemplar aspectos neurológicos, culturais, genéticos e com isto, surgiram os sintomas somáticos e transtornos relacionados para descrever o que até então era referido como TS. Segundo os autores, para a versão recém-publicada, há agora uma melhor caracterização deste tipo de sofrimento, não sendo mais necessário que o diagnóstico seja efetuado por exclusão de outras doenças. A partir desta

edição, quadros orgânicos podem ser também incluídos no diagnóstico de sintomas somáticos e transtornos relacionados. Para que esta confirmação ocorra é necessária uma piora significativa dos sintomas em decorrência de causas psicológicas. O transtorno dismórfico corporal, na nova edição, é deslocado para o espectro obsessivo, pois segundo os autores, a dismorfia corporal diz respeito a uma busca da aparência física perfeita que produz comportamentos compulsivos e, portanto, muito mais ligado à classe obsessiva. Já a hipocondria, na quinta edição do DSM, passa a ser localizada junto ao transtorno ansioso da doença, esta categoria é mais ampla podendo abranger tanto casos de pacientes hipocondríacos quanto pessoas que se afastam de cuidados médicos, ajudam ou deixam de fazer exames, por medo de descobrir uma doença. Portanto, pertencem a este diagnóstico de sintomas somáticos e transtornos relacionados: transtorno do sintoma somático, transtorno ansioso da doença, transtorno conversivo (transtorno do sintoma neurológico funcional), fatores psicológicos afetando outras condições médicas, transtorno factício, sintoma somático e transtornos relacionados indiferenciados, sintomas somáticos e transtornos relacionados sem outra especificação – os sintomas apresentados não fecham diagnóstico para nenhum outro sintoma somático.

A histeria, segundo Freud, decorre de uma experiência traumática, isto é, um excesso de energia que não é descarregado de modo satisfatório escoando para o corpo por meio de um sintoma corporal. O conteúdo desta excitação é sempre de ordem sexual e de acordo com Freud, o psiquismo não foi capaz de lidar com esta quantidade de energia, pois ela remete de algum modo a um conflito insuportável para o sujeito. No entanto, o conflito permanece produzindo efeito no paciente, muitas das vezes sem que ele mesmo se dê conta. Foi em decorrência deste processo e do retorno indireto das lembranças que os pacientes histéricos ficaram conhecidos como pessoas que sofrem de reminiscências ou de más ab-reações. Isto porque se as ab-reações fossem feitas de modo satisfatório, o paciente não mais experimentaria este tipo de sofrimento. Freud sugere que é importante investigar o sintoma do paciente, pois sempre revelará a origem do conflito. É relevante destacar que este tipo de descrição ainda se refere a um período anterior a primeira tópica freudiana, e que a teorização e a descrição da histeria sofrerá variações ao longo de sua obra recebendo, inclusive, maiores explicações relacionadas, por exemplo, à castração e à feminilidade, mas que, para esta dissertação não foram desenvolvidas.

7.1. A desconstrução da histeria nos manuais psiquiátricos, artigos e dados epidemiológicos

7.1.1. Publicações Científicas

Atualmente tornou-se difícil falar de histeria no âmbito psiquiátrico uma vez que desde o DSM-III eliminou-se tal conceito, mantendo apenas o sintoma de conversão, pois segundo os autores do manual (APA, 1980), esta opção seria mais clara e mais precisa. Aos poucos houve um desaparecimento dos sintomas clássicos que eram observados no tempo de Charcot.

Kaufmann (1996) questiona se ainda haveria neurose, pois mesmo tendo ocorrido um expurgo do termo e de tal denominação, há uma mudança de significação a respeito deste tipo de sofrimento psíquico. É possível falar de sintomas de conversão somática; o que é muito mencionado até mesmo pelos psiquiatras, mas seria o mesmo que pensarmos na histeria?

Com as novas propostas nosológicas a partir do DSM-III, o termo histeria foi fragmentado e definido a partir da origem ou da localização dos sintomas. Os sintomas histéricos que apresentam natureza física, sensitivo-motora, receberam o nome de transtornos somatoformes – esta nomenclatura abrange as conversões e as somatizações. Outros sintomas que se referiam apenas às questões de origem psicológica foram classificados como dissociativos. Apesar do auxílio no diagnóstico e na identificação desta categoria, Gallucci Neto e Marchetti (2008) julgam que este tipo de alteração restringiu a compreensão dos fenômenos histéricos, privilegiando somente os sinais e sintomas de maneira isolada. Isto permite dizer que o paciente histérico ainda existe, mas ele se modificou: “segundo as mudanças sociais ligadas ao conceito de doença e se adaptou para melhor imitá-la. Não raramente, [a histeria] apresenta-se hoje em dia sob a faceta de um transtorno psiquiátrico” (Gallucci Neto & Marchetti, 2008, p. 340). Deve-se diferenciar a histeria de uma doença física, ainda que os pacientes histéricos ao imitarem doenças físicas ou psicológicas, obtenham as vantagens deste tipo de condição sem estar propriamente nela do ponto de vista biológico. Conseguem, assim, uma saída honrosa (socialmente aceitável) para a impossibilidade de resolução de problemas ou dilemas pessoais (Gallucci Neto & Marchetti, 2008).

Os sintomas histéricos podem ser divididos em três grupos, dependendo do modo de manifestação, a saber: 1) *agudos*, compostos por ataques, convulsões consideradas mais graves ou amnésias, desmaios e agitação psicomotora ou alteração da consciência; 2)

funcionais, que abrangem paralisias, espasmos musculares e alterações de sensibilidade; 3) *viscerais*, com sintomas dolorosos, sintomas gastrointestinais, sintomas gênito-urinários, queixas respiratórias etc (Rocca, 1981; Ávila & Terra, 2010).

O *Petit Larousse de la Psychologie* destaca que a partir do DSM-IV o termo histeria já não faz mais parte do manual, tendo sido diluído entre os transtornos somatoformes, os transtornos dissociativos e os transtornos de personalidade histriônica. O fato é que apesar das descrições aqui presentes, este tipo de funcionamento e sintoma não deixa de surpreender e criar novas configurações, sendo importante mencionar que tais manifestações não são produzidas ao acaso, possuem relação com a história do sujeito, com o ambiente e o contexto nos quais ele está inserido (Antoine, 2010; Kaufmann, 1996).

A autora Appignanesi (2011, p.151) ao analisar a mesma edição, o DSM-IV, aponta a transformação sofrida pela histeria no interior do manual:

(...) o vade-mécum da atual psiquiatria, não lista mais a histeria. Em lugar disso, leva a fragmentação histórica da doença adiante e lhe dá uma nomenclatura mais adequada às preferências médicas e behavioristas da nossa virada do século: “transtorno da falsa doença” [transtorno factício], “transtorno dissociativo – tipo conversão”, “transtorno psicogênico da dor”. O manual também lista o “transtorno da personalidade histriônica”, que torna médico um comportamento que muitos considerariam comum, particularmente em adolescentes.

Ao remeter-se novamente ao percurso histórico do DSM como tentativa de compreender as mudanças localizadas no manual, constata-se uma alteração significativa no que diz respeito às prioridades dos autores da APA e que, talvez, este novo posicionamento ajude a assimilar o que teria se passado com a neurose e a histeria. Nas palavras de Szajnbok (2013, p.91 e 94):

(...) Enquanto esteve apoiada nas teorias psicodinâmicas, a psiquiatria foi uma especialidade na qual o diagnóstico desempenhava uma função secundária. A partir da publicação do DSM-III, em 1980, a questão do diagnóstico passa a ser a base da pesquisa e da clínica psiquiátrica.

(...) Assim, é preciso rever o expurgo psicanalítico trazido pelo DSM-III. Num primeiro momento, chama a atenção a exclusão de termos tradicionais

como neurose e histeria. Mas, penso que isso é o menos importante nesse processo. Há duas exclusões concomitantes aí. A primeira é a de tudo o que se aproximava da psicodinâmica, e nesse pacote se inscreve a supressão dos referidos diagnósticos. A segunda, mais sutil, mas mais grave, é a eliminação completa de qualquer referência ao sujeito humano atravessado pela linguagem e, portanto, submetido às leis do inconsciente. Digo mais grave, pois destituir do ser esta dimensão acaba por diluir a psiquiatria na neurologia.

Ao se pesquisar a histeria ao longo da história no campo da psiquiatria observa-se algo notório: este diagnóstico tão frequente, principalmente entre as mulheres, até o início do século XX, desaparece do campo científico depois dessa época, sem grandes explicações. Continua-se fazendo diagnósticos deste tipo, mas numa proporção muito menor e as publicações deixam de investigar o sofrimento, o que pode ser notado de modo ainda mais evidente nos manuais psiquiátricos (Micale, 2000; Stone et al, 2008;. Merskey, 2004; Ávila, 2002; 2006; Mai, 2004; Coelho & Ávila, 2007; Ávila & Terra, 2012).

Segundo Stone et al. (2008), com as pesquisas no campo da neurologia o quadro dos pacientes que sofriam de histeria foi perdendo espaço até mesmo nos estudos psiquiátricos, tornando-se uma patologia que não pertencia mais nem à neurologia e nem à psiquiatria. Diante deste cenário, notava-se um desinteresse cada vez maior dos pesquisadores em investigar o que ocorria com este público e, durante muito tempo, os pacientes permaneceram quase sem assistência. Atualmente, eles que antes ficaram sem cuidados parecem ser reconhecidos sob os diagnósticos de fibromialgia, distúrbios de personalidade *borderline*, síndrome do intestino irritável, síndrome da fadiga crônica, sensibilidade química múltipla etc. É provável que tais nomenclaturas, por vezes confusas, tenham herdado a exclusão da histeria das classificações diagnósticas médicas (Trillat, 1991; Micale, 2000; Ávila, 2006).

7.1.2. Prevalências do transtorno no Brasil e no mundo

O SciVerse Scopus é a maior base de dados com resumos e referências do SciVerse da Elsevier. Na elaboração deste trabalho, julgou-se necessário pesquisar o que havia sido publicado a respeito dos temas da dissertação e, para tal, foram utilizados os seguintes descritores: histeria, *hysteria*, transtornos somatoformes, *somatoforms disorders*. Ressalta-se que os termos “*hysteria*” e “*somatoform disorders*” foram associados em inglês, pois deste

modo é possível localizar um maior número de artigos que contemplam inclusive os trabalhos redigidos em português.

A partir dos resultados localizados no gráfico (vide Anexo A) acerca das produções em periódicos referentes à histeria no período entre 1833 e 2014 é possível formular algumas hipóteses que eventualmente expliquem os motivos pelos quais a publicação científica experimentou variações ao longo da história. Pode-se supor que interferências e motivos históricos contribuíram para tais variações. Uma observação relevante é que o ano para o início da investigação foi determinado pelo banco de dados, 1833 foi o primeiro ano identificado como tendo trabalhos sobre a histeria. Nota-se que há em 1851 a primeira elevação que indica um número maior de trabalhos na área. Ao recorrer à história deste período observa-se que a histeria com James Braid é retirada de um tipo de sofrimento com base na teoria dos fluidos, juntamente com Sydenham, para explicar a sua relação com o cérebro.

Com a proposição de que a histeria estaria localizada no cérebro, ele defende uma noção de origem física-química-psicológica, que poderia ser tratada por meio da hipnose. Tendo isto como ponto de partida, Charcot dedica-se a estudar os fenômenos clínicos da histeria no Hospital de la Salpêtrière exatamente neste período e persiste com estas investigações até os anos de 1900, oferecendo contribuições notáveis a respeito. Em 1893 a produção eleva-se novamente, momento que coincide com a decisão de Freud em mudar-se para Paris para estagiar com Charcot (Trillat, 1986), além das discussões a este respeito que estavam em pauta para a criação do que viria a ser nomeada anos mais tarde como Classificação Internacional de Doenças, CID. Aqui cabe também assinalar, que as manifestações dos sintomas histéricos também foram mais diagnosticadas, segundo os historiadores, pelas crises na sociedade industrial, quando ocorriam greves os sinais e sintomas eram observados nas multidões (Roudinesco & Plon, 1998). Depois deste ano, notam-se alguns aumentos, mas agora já de forma mais equilibrada, ainda que deva ser considerado o ano de 1912 e 1913, agora já com a fundação da psicanálise e com a compreensão da histeria mais solidificada. Estes dois anos já estão próximos à reformulação que Freud faria da teoria em 1915 e com a elaboração da primeira tópica. Posteriormente, tendo já passado algumas décadas, as oscilações e variações acerca da histeria são ainda mais notórias, o que provavelmente possa ser justificado pelas diversas discussões no campo científico sobre a validade e relevância deste diagnóstico. É válido destacar que as constatações no gráfico são feitas mais ou menos a cada dez anos (1952, 1963, 1973, 1983, 2001, 2011), o que pode ilustrar períodos marcantes para aquela década no que tange ao

campo da saúde mental. Apenas a título de exemplo, a elevação em 1952, é quase concomitante ao ano de publicação do DSM-I. Em 1994, a diminuição dos trabalhos pode ser entendida como concomitante à abolição do diagnóstico de histeria nos manuais psiquiátricos. E, mais ou menos em 2011, quando já se aproximavam as reformulações nos sistemas classificatórios em psiquiatria, novamente observa-se uma elevação considerável nas produções.

Já no que se refere ao gráfico de transtornos somatoformes (vide Anexo A) este é predominantemente crescente desde 1966, quando o termo foi empregado pelas primeiras vezes no campo psiquiátrico. É digno de nota que as quedas de publicações científicas tenham ocorrido somente nos anos de 1999, 2005, 2008 e 2011, já em outros anos, ora há aumento na produção e ora uma estabilização dos trabalhos publicados, mas esta não se configura como queda. O ano de 2011 pode ter coincido com as transformações que seriam feitas posteriormente nos sistemas classificatórios, por exemplo, o DSM-V substituindo o termo transtornos somatoformes por sintomas somáticos. Estas alterações produziram maior proximidade com a histeria e com questões psicológicas que afetavam o corpo, reforçando a conclusão obtida pelo gráfico anterior, com a elevação de artigos sobre a histeria em detrimento dos TS. Apesar do período examinado, no que diz respeito aos TS, ser bem menor – somente 48 anos – mais trabalhos a este respeito foram produzidos (10.191) se comparados aos 181 anos de investigação da histeria (8.202).

Na década de 80, as condições de pobreza e de dificuldades sociais no mundo exigiram que os sofrimentos psíquicos recebessem atenção, a alexitimia (dificuldade de nomear e expressar sentimentos e emoções) e os quadros psicossomáticos estavam evidentes. A partir das novas configurações de adoecimento emergentes nesta época, os profissionais do campo de saúde mental viram-se obrigados a compreender estes fenômenos, o que, provavelmente, culminou em uma larga expansão das categorias diagnósticas nas décadas seguintes perdurando até os dias atuais. A noção de sofrimento psíquico para o saber psicológico, médico, social e filosófico talvez ainda esteja pouco esclarecida no que diz respeito às suas diferenças e às formas pelas quais cada um destes campos compreende este conceito. Apesar disso, localizam-se cada vez mais estudos e estratégias para investigar os motivos que resultam no adoecimento do sujeito. No que se refere à psiquiatria, existem alguns transtornos, nos quais as relações de interferência entre os dois planos, físico e mental, parecem pouco discriminadas. Exemplos deste tipo podem ser encontrados nos transtornos somatoformes, transtornos dissociativos, anorexia, bulimia, entre outros (Projeto elaborado por membros do Laboratório de Teoria Social, Filosofia e Psicanálise, Latesfip, 2014).

Casos como a ascensão súbita dos diagnósticos de anorexia em Hong Kong depois de 1994, a onda de Transtornos Pós Traumáticos em Sri-Lanka, Tailândia e Malásia, após o tsunami de 2004, a epidemia de depressão no Japão nos anos 1990, após o alto impacto de divulgação de antidepressivos em meio à crise econômica, ratificam um importante estudo internacional levado a cabo pela Organização Mundial de Saúde nos anos 1960 e atualizado em 2004 (Projeto elaborado por membros do Latesfip, 2014, p.3).

De maneira similar, os transtornos conversivos e dissociativos apresentam uma prevalência considerável na Turquia. Neste país, 60% da população é diagnosticada com algum transtorno somatoforme, sendo que a justificativa para esta taxa diz respeito à impossibilidade de expressão emocional vivida por estes pacientes. Eles são impedidos, por preceitos culturais, de expressarem angústia e raiva – e isto contribui para o sofrimento emocional e problemas sociais (Schmelling-Kludas et al., 2003; Nickel et al., 2006). Os estudos epidemiológicos mostram evidências de que as populações da América Latina são propensas à somatização, principalmente em dois países centro sul-americanos não especificados pelos autores. De acordo com Tófoli et al. (2011), a frequência destes quadros clínicos representa no mundo uma proporção de 8,5% dos habitantes nativos. Este índice é ainda elevado se considerarmos as pessoas que migram para outros países. No Nordeste brasileiro, o maior risco é para quadros de ansiedade e depressão, principalmente no gênero feminino na faixa etária de 40 a 65 anos, ainda que por vezes quadros de somatização estejam presentes. Entre os paulistanos encontraram-se doenças orgânicas associadas a somatizações em determinados tipos de trabalhos e aos fatores psicossociais, mas os autores não mencionam quais seriam as ocupações mais atingidas. No sudeste do Brasil constata-se significativa relação entre queixas físicas, migração e problemas econômicos e sociais. Apesar dos índices de somatização no país, não há nenhum sintoma específico que caracterize de modo evidente a nossa população. Isto é, os pacientes tanto apresentam quadros de somatização e de transtornos somatoformes como de síndromes somáticas funcionais, como a fibromialgia (FM) e a síndrome da fadiga crônica (Tófoli et al., 2011).

A partir do percurso da pesquisa ressalta-se que, se a histeria for entendida como um tipo de quadro clínico sem etiologia conhecida, ao menos no campo psiquiátrico, torna-se inviável prescrever qualquer tipo de medicação. No caso de pacientes acometidos pelos transtornos somatoformes, a impossibilidade de medicar continua funcionando de modo

similar a como era com os casos de histeria. Tal como se sabe, o que se faz é prescrever remédios que tratem de questões colaterais. Pensar na ausência de um tratamento medicamentoso nos remete à informação contida nos arquivos de pacientes histéricas do Hospício Nacional de Alienados, localizado no Rio de Janeiro, por volta de 1900, onde em um dos prontuários pode-se ler o seguinte: “(...) a única medicação indicada em seu prontuário era o extrato de fluido de maracujá” (Cupello, 2011, p.09; Ávila & Terra, 2012). Este era um registro frequente entre as pessoas diagnosticadas como histéricas: todas recebiam esta prescrição. Ainda que os médicos e cientistas se esforcem para descobrir um tratamento eficaz para os pacientes histéricos, somatoformes ou sintomas somáticos e transtornos relacionados, ao que parece, não há ainda como medicalizar este tipo de sofrimento psíquico. A dificuldade quanto a uma terapêutica eficaz para este público também pode ser constatada nas palavras dos autores Gallucci Neto e Marchetti (2008, p. 356):

Tratar o paciente com transtorno de somatização, conversão e dissociação pode ser considerado um desafio na prática médica. Em geral, estes pacientes tendem a negar a existência de problemas psicológicos ou sociais relacionados à gênese de suas queixas. Muitas vezes, ao serem encaminhados ao psiquiatra após a comunicação de que “não têm nada físico, todo o problema está na cabeça”, desenvolvem sentimentos de rejeição e raiva, abandonando o tratamento. Procuram, então, outros especialistas, em um círculo vicioso que só poderá ser interrompido na vigência de uma comunicação diagnóstica adequada e formação de uma aliança terapêutica com seu médico.

O termo *somatização* foi introduzido em psiquiatria por Stekel em 1943, para referir a linguagem do órgão, surgiu para substituir a histeria que logo recebera popularmente uma conotação negativa. Apesar disso, o termo histeria não parou de ser utilizado, ainda que informalmente. Em seu lugar os manuais preferiram termos como somatoforme e dissociativo (Trillat, 1991).

No que se refere à prevalência dos pacientes somatizadores, sabe-se que este índice pode apresentar uma significativa variação a depender do local de referência. Engel (1970) afirmou, a partir das investigações na Filadélfia (Estados Unidos), que os sintomas conversivos chegam de 20% a 25% em serviços de saúde primária. As pesquisas epidemiológicas da Cidade do México (México) referidas por Martinez et al. (1997) apontam que 10% de quaisquer serviços médicos são concedidos aos pacientes com transtornos

somáticos e quadros de doenças não identificadas organicamente. De acordo com este estudo, os pacientes com este acometimento passam em média cerca de sete dias por mês internados no hospital resultando na maioria das vezes em gastos anuais desnecessários. Já Mai (2004) realizou uma pesquisa em um hospital geral em Ottawa (Canadá) e constatou que cerca de 4,5% a 16% do público que frequenta os ambulatorios psiquiátricos são acometidos por somatizações.

Ainda no que se refere aos diagnósticos, hoje é possível localizar uma significativa sobreposição entre as somatizações e algumas doenças específicas, dentre elas a fibromialgia. Dentre as características envolvidas no quadro, além dos sintomas de dor, encontram-se manifestações não específicas similares às encontradas na histeria, isto é, insônia, dores de cabeça, problemas gastrointestinais, entre outros. Se compararmos o transtorno de somatização com a histeria, as informações convergem e se confundem ainda mais, isto porque além de sintomas injustificáveis, localizam-se também intervenções cirúrgicas, muitas vezes produzindo resultados iatrogênicos e consultas frequentes a especialistas, hospitais e pronto-atendimentos (Ford, 1997).

No que se refere aos gastos e interferências produzidos na vida destes pacientes com diagnóstico de TS, vale destacar dois estudos: Smith, Rost e Kashner (1995) e Thomassen et. al. (2003). No primeiro foram investigadas possíveis estratégias para tratar os pacientes somatizadores. Estas proposições decorreram do fato de se tratar de uma população que gera um alto dispêndio de dinheiro público nos hospitais psiquiátricos e nos hospitais gerais, devido à sua elevada frequência a estas instituições. Os autores constataram que quando estes pacientes recebem atenção dos profissionais e recomendações a respeito de seu tratamento nas consultas psiquiátricas, os custos e as despesas diminuem consideravelmente, pois eles tendem a se sentir mais seguros e assistidos e, com isso, passam a procurar menos atendimento médico. No segundo estudo, foram analisadas 13.314 consultas psiquiátricas na Holanda por um período de quase 20 anos, de modo a comparar os diagnósticos de transtornos somatoformes, outros diagnósticos psiquiátricos e a população em geral. Deste total, 544 pacientes receberam a confirmação de transtornos somatoformes, sendo 215 conversivos. Verificou-se que destes pacientes conversivos, 58% que tinham de 20 a 29 anos perderam o emprego e 6% com idade de 50 a 59 anos também ficaram desempregados. Segundo os autores, este índice foi o mais alarmante entre os transtornos mentais em geral, independentemente do gênero.

Os gastos excessivos com estes pacientes justificam-se pelas incontáveis buscas por atenção médica, assim como pelas atitudes dos profissionais que decidem avaliá-los e tratá-los

compulsoriamente, resultando como já mencionado, em diversas hospitalizações, procedimentos e exames invasivos e prescrição de medicamentos ineficazes. São também dignos de nota os afastamentos do trabalho, ou seja, observam-se significativas incapacidades físicas e sociais nestes pacientes. Uma das explicações para isto seria a necessidade frequente de irem aos médicos e, portanto, se ausentarem do trabalho (Martinez et al., 1997).

7.2. A histeria em Freud e os Transtornos somatoformes nos manuais: aproximações

Tendo apresentado tais observações, optou-se aqui por retomar algumas das características presentes na obra freudiana para a configuração da histeria, que parecem ter similaridade com o que é descrito na nomenclatura de TS pelos manuais psiquiátricos. Por exemplo, segundo Freud, na histeria a dimensão sexual recebe uma significativa importância na vida do sujeito e os sintomas surgem em um período próximo à puberdade, de modo geral, um pouco antes ou um pouco depois. Este tipo de funcionamento psíquico, ainda que possa produzir prejuízos e interferências marcantes, nunca se constitui como risco de morte, além do que as funções intelectuais dos pacientes e sua capacidade se mantêm preservadas, embora Freud não especifique exatamente as competências que se mantêm sem qualquer prejuízo. Para ele, a apresentação dos sintomas e a questão intelectual estão fortemente vinculadas:, quanto menos culto for o paciente, mais grotesca será a manifestação do sintoma.

A histeria, afirma Freud, sempre despertou nos médicos pouco interesse, pois estes não costumavam investigar questões, doenças e transtornos que não estivessem relacionados ao orgânico e ao hereditário. Estes pacientes, a todo momento desafiam o saber médico e, ao mesmo tempo, buscam diversos especialistas que possam esclarecer a sua doença. A descrição da histeria, até pouco antes de Charcot criar as suas justificativas para tal manifestação, era feita a partir da ausência de sintomas e a exclusão de outras doenças, afetando mais mulheres do que homens, embora existisse a possibilidade de manifestação do quadro em ambos os sexos. O sintoma histérico manifesta-se posteriormente a algum evento traumático e, por vezes, resulta em doenças de cunho neurológico, tais como afasia, paralisia, ataques convulsivos, contraturas, distúrbios da sensibilidade. Todas estas características são localizadas quase que com as mesmas palavras nas versões III-R, IV e IV-R do DSM, o que corrobora a ideia segundo a qual estas duas formas de nomear o sofrimento psíquico são mais semelhantes do que se supõe.

A seguir, para fortalecer o argumento de uma similaridade, serão apresentadas algumas das descrições que devem ser identificadas para o estabelecimento dos TS, segundo

os manuais psiquiátricos: a vida sexual tem função importante e é comum que tenha ocorrido algum trauma sexual, privações e violências na infância. Este diagnóstico é feito em jovens adultos, devendo ser diagnosticado antes dos 30 anos. A presença de sintomas físicos deverá causar prejuízo visível no funcionamento social, ocupacional e/ou em outras áreas importantes. A prevalência é maior na população rural e em indivíduos que apresentam uma condição econômica menos favorecida. Em países em desenvolvimento, os dados mostram declínio em tal perturbação. É um diagnóstico difícil de ser estabelecido, preocupa muito os médicos e discute-se se ele deve ser mantido ou não, havendo pouca produção a respeito. No período em que as manifestações somáticas surgem, é frequente que o paciente recorra a inúmeros médicos e solicite atenção. Trata-se de um diagnóstico que só é possível ser feito por meio da exclusão de outras doenças, ou seja, o diagnóstico dos transtornos somatoformes é feito a partir do que eles não são. Conforme se observou no DSM-V, este critério modificou-se nesta edição e faz-se necessária a exacerbação do sintoma e o transtorno só será confirmado por meio de exames, a partir de uma integração entre os aspectos cognitivos, afetivos e comportamentais. No que se refere à prevalência, este é um distúrbio que atinge mais mulheres, sendo os homens poucas vezes afetados. A exemplo do que Freud descreveu na histeria, os TS originam-se também de um conflito psicológico e os tipos de sintomas sugerem uma doença de cunho neurológico, como por exemplo paralisias, afonias, convulsões, anestésias, parestesias, entre outros. Estes tipos de sintomas conversivos surgem em situações de forte stress psicológico. (DSM-IV-R, 2000 e DSM-V, 2013).

7.3. Ilustrações clínicas

Optou-se por retomar aqui dois tipos de manifestações que ocorrem em sintomas conversivos e são descritas pelo DSM. A decisão de apresentar tais descrições se deve ao fato de que a experiência da pesquisadora no SOMA pode ilustrar o que consta no manual. Primeiro, de acordo com o DSM, no caso das afasias histéricas, além das paralisias dos membros, nota-se uma perda total da fala, mas a habilidade na escrita como meio de comunicação passa a ser bastante investida.

No SOMA, uma paciente de vinte e poucos anos chega ao serviço em decorrência de uma paralisia nos membros inferiores, sem qualquer justificativa. Tendo já realizado diversos exames, até que fossem descartadas questões de cunho neurológico, a moça apresentava-se impossibilitada de falar. Quando convocada a realizar uma terapia individual, ainda que um pouco resistente, aceitou iniciar o tratamento, no qual permaneceu por cerca de quatro anos.

Não apenas o atendimento psicológico, como também qualquer outra consulta médica era realizada através da escrita – sendo este o único recurso utilizado durante muitos anos³⁶.

Outro exemplo frequente encontrado no ambulatório e que consta no manual, refere-se ao fato de que os sintomas atingem mais mulheres e manifestam-se quase que exclusivamente do lado esquerdo do corpo. Apesar da referência às mulheres, no SOMA encontram-se também homens com a sintomatologia predominante no lado esquerdo, principalmente nos quadros dolorosos e nas paralisias.

7.4. A concepção de corpo e suas manifestações

Parece ser relevante recuperar aqui algumas das concepções freudianas e pós freudianas acerca da histeria e da relação que a psicanálise estabelece com o corpo, para depois retomar o confronto entre histeria e transtornos somatoformes.

Em Freud, a relação psique-soma é transversal, a psique ocupa uma posição de destaque. Há no histórico uma “prevalência somática”, um recurso para que a representação reprimida possa vir a se acomodar no corpo. A partir destes elementos, o autor sugere o abandono do debate clássico entre psicogênese e organicismo da histeria, pois o problema imposto pela neurose é o encontro entre o corpo biológico e o ‘representante pulsional’, que é ordenado pela linguagem. De tal forma que o sintoma parece ser uma mensagem ignorada por seu autor no que se refere ao seu valor metafórico, mas que se inscreve sob a forma de hieróglifos sobre o corpo doente e paralisado (Chemama & Vandermersch, 2007).

A transposição do conflito inconsciente para o corpo ocorre a partir dos transtornos orgânicos. É possível observar manifestações clássicas, como nos tempos de Charcot, tais como “nó na garganta”, transtornos visuais, rigidez dos membros, espasmos etc. Não é raro que as síncope isoladas ocorram diante de uma pessoa que seja de suma importância para o paciente. É possível que pessoas do meio social daquele paciente possam desenvolver sintomas semelhantes, pois uma das características da conversão é que esta seria

³⁶ Apenas para esclarecimento, este foi um dos casos de transtorno factício que a equipe optou por admitir no serviço. Conforme já se observou, os transtornos factícios não faziam parte do diagnóstico de transtornos somatoformes até o DSM-IV-R: o quadro pertencia ao transtorno de personalidade. Logo se o manual fosse seguido à risca, a paciente não teria ingressado no SOMA. Será apenas no DSM-V que ele passará a pertencer à classe de sintomas somáticos e transtornos relacionados, antigo TS. Ressalta-se que, embora os sintomas fossem produzidos pela própria paciente, esta se via incapaz de saber porque o fazia, e quais ganhos estariam implicados nesta manifestação. Ela ficou tanto tempo sem mover as pernas, que acabou produzindo atrofia e retração dos membros inferiores. Só conseguiu melhorar seu estado e sair da cadeira de rodas depois de muitas sessões de fisioterapia passando por um processo bastante doloroso, além de tratamento psicológico. A paciente ainda hoje faz uso de bengala.

“contagiosa”, isto é, um sujeito também sugestionável é capaz de passar a apresentar problemas e sintomatologias semelhantes após este contato. Apesar da figura do outro ser fundamental para a manifestação dos episódios, estes sintomas após bem instalados promovem isolamento social. A histeria de conversão é mais durável e não costuma respeitar a organização anatômica. As contraturas, espasmos e tremores ocorrem principalmente nos órgãos dos sentidos, visual e auditivo (Antoine, 2010).

As crises chamadas histéricas têm como uma das características a necessidade da presença de outras pessoas. Observa-se que as manifestações, geralmente, ocorrem em público e podem se apresentar de formas variadas, tais como crises de nervos, perda de consciência, convulsões, paralisias, edema, problemas circulatórios, entre outros. Estes pacientes costumam ser muito sugestionáveis, apresentam componentes teatrais e possuem dificuldades no campo da sexualidade. Os comportamentos e atitudes adotados por este tipo de paciente, tais como a sugestionabilidade e a necessidade de atenção, provocam sentimentos de rejeição, em particular nos médicos. No caso das mulheres é comum que estas evitem a relação sexual com o parceiro, optando por se satisfazer a partir de cenas e fantasias imaginadas. Já os homens histéricos cultivam amizades femininas e, frente ao medo sexual que possuem da parceira, muitas vezes desenvolvem quadros de ejaculação precoce. Assim como as mulheres, os homens histéricos recorrem à masturbação e aos devaneios. Nos relacionamentos sociais, ambos os gêneros estão sempre à procura de modelos (Antoine, 2010).

No caso da psicanálise, esta visa analisar o significado do sofrimento para o sujeito, bem como o lugar que este sofrimento ocupa, no intuito de descobrir a representação destes elementos, que irão constituir-lo como sujeito. Isto porque é inegável que os quadros histéricos, ainda que tenham sido soluções encontradas pelo sujeito, acarretam mal-estar psíquico e, ao que parece, os pacientes diagnosticados com TS experimentam sensações semelhantes (Perissinotti, 2007).

Para a psiquiatra Showalter (1997), a palavra histeria deveria ser rebatizada em uma combinação de duas palavras, *history* (história) e *hysteria* (histeria), resultando em um neologismo como *hystories*. Isto porque não se pode deixar de considerar que a histeria possui uma dimensão histórica e a forma desta se manifestar (por meio das conversões) se altera conforme a cultura e os costumes relacionados a cada época.

Na tentativa de compreender o corpo e suas alterações, a ciência oferece diversos recursos e promove muitas intervenções, mas, como salientado por Fernandes (2003) a

propósito do corpo histérico, tais tecnologias e aparatos não seriam suficientes, pois neste caso

o corpo da histérica (...) se aproxima (...) de um corpo representado a partir de uma linguagem popular e não-científica. Essa diferença, entre o corpo científico e o corpo popular, evidenciada de forma exemplar pelo fenômeno da conversão histérica, inaugura a distinção entre o corpo biológico e o corpo psicanalítico. Enquanto o corpo biológico obedece às leis da distribuição anatômica dos órgãos e dos sistemas funcionais, constituindo *um todo* em funcionamento, isto é, um *organismo*, o corpo psicanalítico obedece às leis do desejo inconsciente, constituindo um todo em funcionamento coerente com a história do sujeito (p.110).

7.5. Distinção entre somatização e conversão? Algumas considerações

Aqui cabe assinalar, de maneira breve, algumas distinções entre somatização e conversão, encontradas na literatura. Isto porque, nos trabalhos médicos não são raros os autores se valerem do termo somatização remetendo a diferentes significados; muitos até utilizam esta terminologia como sinônimo de histeria e de conversão, o que não seria correto. A origem da palavra conversão encontra-se em Freud, já a histeria foi inicialmente utilizada, em 1859, pelo médico francês Pierre Briquet. A somatização, de acordo com Gallucci Neto e Marchetti, 2008, p.340, pode ser dividida de quatro modos:

(...) como sintomas somáticos ou queixas físicas inexplicáveis; como preocupação somática excessiva ou hipocondríaca; como apresentação somática clínica de um transtorno de humor, de ansiedade ou outro transtorno mental; como sintomas somáticos no contexto de uma síndrome clínica funcional (fibromialgia, cólon irritável, fadiga crônica).

Ainda segundo os mesmo autores a *conversão* pode ser definida pela presença de um ou mais sintomas ou déficits que afetam a função voluntária ou sensorial, aludindo a uma doença neurológica ou a outra condição médica, que não pode ser comprovada objetivamente. De qualquer forma, fatores psicológicos estão associados à origem do sintoma.

Já para Alonso e Fuks, (2004, p.96), a somatização é assinalada de modo a diferenciarse dos pacientes histéricos, a saber:

Existem diversos traços diferenciais entre a conversão histérica e a somatização, a começar pela presença, nesta última, de compromisso orgânico (que costuma ser enunciada como fundamental), o caráter sistêmico dos órgãos afetados – SNC e musculatura estriada sujeita a controle voluntário na conversão, sistema nervoso autônomo e musculatura lisa (ainda que isto não seja absoluto). Entretanto, o sintoma psicossomático jamais terá significação simbólica, metafórica e linguística que caracteriza o sintoma histérico e que o inclui entre as formações inconscientes determinadas como o sonho e o ato falho, tributárias do recalque psíquico. Diferente do somatizador, o histérico inscreve no corpo, transmite por meio dele o texto figurável, igual ao do sonho, de uma mensagem. (...) O conceito de somatização utilizado em psicanálise não tem correspondência com o termo que se utiliza nos DSM-III e DSM-IV, no item *distúrbio ou transtorno de somatização*, que assume explicitamente, nesses manuais, a função de substituir – com infelicidade – a denominação de Histeria ou Síndrome de Briquet.

Alguns teóricos (Ávila & Terra, 2012.; Stone et al., 2008; Mai, 2004; Bombana et al.; 2000; Micale, 2000) levantam a hipótese de que as doenças psicossomáticas estariam mais próximas do que foi descrito na somatização, enquanto que a histeria refere-se às conversões. Embora, para muitos autores estes nomes digam respeito às mesmas questões, o que é modificado, seria a forma de nomear estes fenômenos vividos no corpo. Dizia Freud, (1893/1987) a respeito da histeria:

(...) afirmo que a lesão nas paralisias histéricas deve ser completamente independente da anatomia do sistema nervoso, pois nas suas paralisias e em outras manifestações, a histeria se comporta como se a anatomia não existisse, ou como se não tivesse conhecimento desta (p.88).

De acordo com o artigo de Bombana et al. (2000), os pacientes que somatizam podem apresentar manifestações no corpo como modo de se expressarem, para “notificar” uma doença orgânica ainda não diagnosticada. Segundo estes autores, os pacientes que somatizam

(de modo geral) são pessoas que possuem poucos recursos para simbolizar e são carentes do ponto de vista afetivo, tendo dificuldade em representar ou ter algum tipo de elaboração psíquica por meio de sonhos e recursos imaginativos. Já o paciente histérico, segundo Quinet (2005), procura um médico, um analista, com o objetivo de localizar um mestre que lhe diga porque ele sofre, para estabelecer um relacionamento com o outro, fazer o outro desejar e se sentir interessado em decifrar o enigma de seu adoecimento no corpo.

É importante destacar que na literatura é comum encontrar definições um pouco diferentes para os dois termos, somatização e conversão e, muito mais poderia ser dito a este respeito, mas isto alongaria por demais o trabalho. De todo modo, o que se quer sustentar aqui é que as manifestações podem ser localizadas nos transtornos somatoformes, ainda que uma pareça indicar um funcionamento um pouco menos elaborado do corpo e do psiquismo, como é o caso da somatização em comparação à conversão, mais comum em pacientes histéricos.

7.6. O que fazer com os que sofrem?

Agora pretende-se retomar algumas questões que parecem esclarecer e contribuir para a temática do trabalho acerca dos transtornos somatoformes e da histeria. Deve-se interrogar, sempre que existirem sintomas sem uma causalidade orgânica conhecida, se o paciente deve receber o diagnóstico de transtornos somatoformes ou de sintomas somáticos e transtornos relacionados? A pesquisa realizada indica que até o DSM-IV-R esta parecia ser a ideia, ao menos até que a investigação avançasse e se pudesse concluir o diagnóstico como TS ou como um outro transtorno mental. A partir do DSM-V esta não é mais a lógica, ou ao menos não é exclusiva. Prevalece a ideia de que sejam priorizadas e investigadas as relações que o paciente estabelece com os seus sintomas de modo a ser possível oferecer a ele um espaço e tratamento mais adequado. Talvez o que se possa dizer é que, do ponto de vista desta nomenclatura, os manuais psiquiátricos parecem ter adotado uma atitude mais humanizada e mais preocupada com o bem estar do paciente. Ao que tudo indica, o que importa agora é do que este paciente sofre e qual deve ser a conduta adotada com ele. Isto parece independe, então, do fato dos sintomas serem ou não produzidos pelo próprio sujeito.

As considerações anteriores podem ser fortalecidas pelas palavras dos autores De Luccia e De Luccia (2011, p.133 e 134):

Afinal de contas, se o paciente histérico simula, não sabe por que o está fazendo, e esta é nossa abertura para um diálogo possível. (...) Quando um profissional de saúde se depara com um caso de sofrimento psíquico, deve entender que este sintoma é a via de comunicação do sujeito. Escutá-lo é legitimar esta manifestação mediante um diálogo que não se permita atravessar pelos discursos da mídia ou da ciência, mas que ouça um sujeito subjetivo, do inconsciente significante e onde a falta-a-ser é traduzida em angústia simbolizada. Desta maneira, cria-se uma demanda para que o próprio sujeito possa procurar um caminho para entender este sintoma e a angústia que nele subjaz, seja por meio de um tratamento ou de qualquer outra maneira em que se autorize a aceitar seu sofrimento como algo genuinamente humano.

Para a psicanálise, a capacidade do sujeito de apropriar-se de seu corpo sempre se depara com algum tipo de dificuldade, isto é, os elementos que o paciente encontra à sua disposição parecem nunca ser suficientes para representar e expressar a sua corporeidade para si mesmo e para o outro (Dunker, 2006). No lugar do diagnóstico de histeria foram surgindo outros que priorizavam aspectos como alterações do humor, somatizações e componentes ansiosos, sendo que isto concorre para que os teóricos afirmem que a histeria não desapareceu, ela apenas transformou-se em uma sobreposição de outros quadros ou foi camuflada em novos formatos de manifestações. O motivo pelo qual este desaparecimento ocorreu pode ser justificado pela forma como os diagnósticos foram se estabelecendo em meados do século XX, isto é, com uma listagem de sintomas e comportamentos a serem reconhecidos para se chegar a algum tipo de transtorno. Outra justificativa para esta supressão residiria na necessidade atual em localizar quadros mais evidentes e circunscritos para que com isto seja possível medicar os sintomas (Alonso e Fuks, 2004).

A histeria passa a receber em sua história nomes variados de doenças físicas. O contato com pacientes histéricos é delicado e exige, geralmente, que o profissional consiga suportar a cena transferencial implicada na relação, com seus intensos e contraditórios sentimentos de amor e ódio. Este sujeito desperta na equipe de saúde mental sentimentos de impotência, pois é como se os seus estudos e suas observações com relação àquele paciente fossem insuficientes e quase inúteis. Nota-se, “dessa maneira, que a histeria é um caso extremamente desafiador para os que de algum modo pensam: ‘o problema está no corpo, logo, deve ser resolvido pelo médico’” (Catani, 2014).

Na prática, pacientes que são hoje nomeados pela psiquiatria com o diagnóstico de Transtornos somatoformes possuem maneiras de operar semelhantes aos pacientes histéricos de outrora. Um exemplo é a mobilização despertada por estes sujeitos em grande parte dos profissionais responsáveis por eles. Para a equipe que os assistem, nota-se que as dificuldades enfrentadas decorrem dos pacientes não abrirem mão facilmente de seus sintomas e não aderirem ao tratamento de maneira correta, bem como dos ganhos obtidos por seu adoecimento, entre eles o auxílio doença, a atenção dos familiares e cônjuges e a diminuição do conflito familiar. Por outro lado, não se pode excluir as dificuldades experimentadas pelos médicos, principalmente, pelo fato destas pessoas, identificadas pelos diagnósticos, alegarem que o tratamento oferecido não é suficiente e/ou não é adequado para elas. Fato que pode ser observado no serviço ambulatorial e também mencionado por outros profissionais (Catani, 2014).

Pacientes com diagnósticos de transtornos somatoformes muitas vezes demandam encaminhamentos a outras especialidades para que se possa descobrir o que se passa com eles, já que não aceitam que os seus sintomas sejam essencialmente de origem psicológica e costumam queixar-se muito dos médicos, terapeutas, enfermeiros e da equipe de saúde, despertando sentimentos de hostilidade. Na tentativa de superar esses sentimentos hostis contra seus pacientes, os profissionais intensificam a busca das causas físicas, que até onde se sabe torna-se infrutífera. Aqui cabe lembrar as palavras de Israël (1976, p.1):

O ensinamento da histérica é o ensino pela reflexão, pela crítica. Nunca existirá um ‘tratado da histeria’, pois a histérica criará sempre o imprevisto, o desconhecido, demonstrando que o conhecimento estaria sempre incompleto. Por isso, torna-se inevitável um confronto entre a histérica e o médico, confronto entre o ensino da histeria e o saber da medicina.

De início, muitos dos pacientes não concordam com esta condição e resistem a entender que o seu adoecimento seja “coisa de sua cabeça” como eles mesmos referem. Acreditam que admitir isto é o mesmo que dizer que “estão loucos”. Este é também um dos esforços da equipe, fazer com que os pacientes entendam que não é este o caso, mas justamente quando há um conflito ou uma ideia com o qual ele não pode lidar este aparece descarregado no corpo sob a forma de um sintoma, pois o organismo precisa livrar-se daquela intensa carga de excitação. Pode-se dizer que seja coisa da cabeça, isso lá é real, mas o

paciente sabe que tem algo, tanto que, por vezes não anda e necessita de cadeiras de rodas, muletas ou bengalas ou sente dores pelo corpo a ponto de ter que tomar morfina, ainda que esta não produza grandes efeitos mesmo que em alta dosagem, ou vomita diversas vezes por dia sem que esteja preocupado com a imagem corporal, como nos quadros de anorexia e bulimia. Portanto afirmar que estas pessoas não tem nada é um verdadeiro equívoco. O que talvez se possa dizer é que elas não têm nada que seja justificável por um exame laboratorial ou que possa ser confirmado a partir de ressonância, tomografias, videoeletroencefalograma (vídeo EEG) etc.

Apesar disso, deve-se reconhecer que a atitude dos profissionais ao afirmarem que o paciente não tem nada não é totalmente estranha, ainda que não seja adequada, ela pode ser compreendida se analisada sob um outro prisma, que considere o tipo de reação despertada nos membros da equipe de saúde mental. Os profissionais estudam por anos seguidos para se tornarem cada vez mais aptos a entender e tratar dos que sofrem, no entanto, diante destes pacientes que não apresentam nada físico, apenas possuem sintomas que se assemelham a esta ordem, os recursos disponíveis pela ciência e o conhecimento adquirido não são suficientes. Assim, os médicos sentem-se impotentes e perdidos já que todo o aprendizado de nada vale frente a estes sujeitos. Além deste aspecto, não são raras as vezes que os pacientes sentindo-se cada vez mais acometidos por seus sintomas, descarregam a sua raiva e sua angústia nos que zelam por sua saúde, afirmando que “os esforços feitos de nada adiantam”, que precisam de “mais exames para comprovar a sua doença” ou queixando-se de um especialista para o outro. As queixas ficam ainda mais notórias e acentuadas, entre os psiquiatras recém-graduados, que se mostram inseguros quando atendem pacientes que não necessitam de medicação embora ainda apresentem sintomas ou que não precisam fazer exames, pois já está confirmado o diagnóstico de transtornos somatoformes. Escutam-se frases tais como: *mas para que é necessário atender, então?* Ou ainda: *pensei que atenderíamos apenas pacientes que necessitassem de tratamento medicamentoso*. Estes questionamentos retratam a ênfase que é dada, na formação destes jovens psiquiatras, à crença de que a psiquiatria pode contribuir apenas com intervenções farmacológicas. Outros exemplos podem ser dados acerca destes pacientes que escapam às classificações evidentes, frases ditas pelos novos médicos tais como: “este paciente é um porre” (sic), “é tudo fingimento” (sic), “meu, é sempre o mesmo teatro, super caricatural” (sic), “não chegou nenhum paciente meu até agora, será que eles acham que eu não sou um bom médico?” (sic) ou assistir a um residente andando de um lado para outro, dizendo a si mesmo em voz alta após sair da consulta: “que raiva, que raiva, preciso deixar a minha raiva passar para terminar de atender” (sic). Estes são alguns dos

exemplos em que é possível observar, ainda que de modo breve, os sentimentos hostis despertados por estes indivíduos, pois com eles, os conhecimentos e formas clássicas de atendimento não bastam.

Assim, diante das constatações que emergiram na pesquisa, é quase como se fosse permitido perguntar: se a medicina ainda não conhece a causa, o problema está na saúde mental do doente?

Como artifício para se compreender e se fazer compreendido, o sujeito histérico parece se valer de diversos meios e, com isso, custos psíquicos, corporais e econômicos entram em pauta. Os pacientes pagam com as repetições e as manifestações corporais que acarretam um significativo sofrimento psicológico, na medida em que não são capazes de compreender o que se passa com eles. Pagam com o somático e o físico de que se valem como descarga para tal incompreensão e os obrigam a frequentarem vários médicos, especialistas e a realizarem diversos exames. Pagam com o social, na medida que recebem um lugar que lhes oferece cuidados médicos e familiares, mas promove um afastamento de outras atividades e contato com outrem de modo a que possam se submeter à rotina necessária para investigação diagnóstica (Catani, 2013).

O que a trajetória dos pacientes históricos exemplifica é a extrema complexidade dos casos que, nos dias de hoje, mais do que noutros, precisam ser vistos e ouvidos para serem reconhecidos. Ou seja, o que é compreendido pelos médicos a partir de sua prática clínica e dos sintomas que este tipo de paciente exprime no corpo é o que conduz a um diagnóstico – ausência de comprometimento físico que possa atuar causalmente. (...) Inscritas no corpo e em sua história, as manifestações do sofrimento exigem em seu estudo o recurso às múltiplas leituras de médicos e depois de psicoterapeutas que, ao lançarem mão do que sabem, transitam pelo campo da produção do conhecimento da psicanálise, da medicina e da interdisciplinaridade. A histeria faz aflorar os limites de cada uma 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, 2014).

O corpo para os pacientes com diagnóstico de TS estabelece funções importantes. Cabe aqui questionar: todos os pacientes diagnosticados com este transtorno pela psiquiatria seriam histéricos ou a representação do corpo para eles remete a uma lógica e a um funcionamento de outra ordem? A experiência mostra que muitos dos pacientes atendidos no SOMA, ainda que apresentem algum tipo de funcionamento psíquico similar ao da histeria, parecem padecer de uma constituição subjetiva ainda menos elaborada. O que fazer então com estes pacientes? Qual o tratamento possível e qual a conduta terapêutica quando se julga tratar-se de um paciente histérico e na realidade ele é psicótico? Haveria diferença do ponto de vista assistencial em uma instituição psiquiátrica? O que a equipe de saúde mental poderia fazer para assistir estes pacientes do modo mais satisfatório possível?

Pode-se perceber muitas evidências de que nos homens as representações e manifestações no corpo não se limitam necessariamente à biologia ou à anatomia. Apesar dos avanços que compreendem as manifestações corpóreas através de modelos neurológicos, químicos e físicos, os médicos são convocados ao contato com a história e com a experiência mais íntima de seu paciente. Estes dados históricos sobre a vida de cada um revelam sintomas que não podem ser explicados pelo exame do organismo. É preciso lembrar também que o corpo é revestido de pulsão, variados sentidos, significantes e significados, que a medicina, através de sua tecnologia, nem sempre alcança. E nesse âmbito a psicanálise, pelo recurso à palavra, pode gerar resultados satisfatórios no que concerne à teoria e à direção do tratamento.

Não se trata aqui de optar por um tipo de tratamento psiquiátrico ou psicanalítico, mas sim de estabelecer parcerias e trabalhos conjuntos de modo a auxiliar o paciente em seus sintomas, seu sofrimento e a sua subjetividade, pois sem isto parece que não há possibilidade de tratá-lo uma vez que o somático e psíquico estabelecem um diálogo constante, porém não evidente. Faz-se necessária uma atitude analítica – e analítico, aqui, não precisa limitar-se apenas e exclusivamente à psicanálise, mas tal como define o dicionário de língua portuguesa, trata-se da “decomposição de um todo em suas partes constituintes; exame de cada parte de um todo para conhecer sua natureza, suas proporções, suas funções, suas relações etc;” (Rocha, 1996, p.36). Pode-se dizer que se trata de relações gramaticais por meio de palavras e signos isolados e integrados, como a família, a cultura, a relação com o corpo, com os profissionais de saúde. Esta parece talvez a maneira mais substancial de oferecer ao paciente possibilidades de lidar com novas formas de vida e buscas de soluções para o seu mal-estar, independentemente do instrumento e do aporte teórico utilizados pelo profissional. Com isso, pode-se dizer que os manuais psiquiátricos, a CID e o DSM, também oferecem contribuições significativas para o entendimento do sujeito. A questão, tal como já foi mencionada, é o uso

que se faz dele e a extensão dos efeitos que as classificações podem ter sobre os diagnósticos, os tratamentos e a identificação social do sujeito.

8. CONCLUSÃO

A partir do desenvolvimento desta pesquisa e da análise do material, aqui apresentado, foi possível notar que muitos profissionais, mesmo fazendo uso de nomenclaturas ou de diagnósticos, seja em psicanálise ou em psiquiatria, por vezes desconhecem a história que circunscreve ou define determinadas formas de sofrimento. Observa-se também que o DSM é mais familiar para os profissionais da saúde e mais empregado no cotidiano clínico, ainda que ao ter que se apresentar um relatório, o diagnóstico fornecido seja com base na classificação internacional (CID).

A experiência clínica sugere ainda que, ao se utilizar os diagnósticos de neurose (histeria) e de psicose – as grandes categorias da psicanálise – produz-se ocasionalmente dificuldades na comunicação entre psicanalistas e psiquiatras, uma vez que o entendimento da psicose pela psicanálise é diferente da definição estabelecida na psiquiatria. A saber, a psicose para a psicanálise estaria ligada a uma indiferenciação entre o eu e o outro e a um funcionamento psíquico mais primitivo, mas não necessariamente com a presença de delírios e alucinações, como é na psiquiatria.

Algo semelhante ocorre quanto à compreensão dos transtornos somatoformes em relação à histeria. Isto porque aquilo que é entendido por alguns teóricos como transtornos somatoformes, ora está mais próximo da histeria e, portanto, de um funcionamento psíquico e de uma noção de corpo mais complexa, ora revela-se mais distante desta categoria e mais próximo do que seria a psicose.

A presente pesquisa aponta para a importância de se conhecer a história dos diagnósticos com os quais se trabalha, independentemente da formação do profissional – psiquiatra, psicólogo, fonoaudiólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, psicanalista, enfermeiro – ainda que este conhecimento não torne o profissional de saúde mental especialista em outra área que não a sua. Isto pode facilitar o diálogo e a possibilidade de um tratamento multidisciplinar mais integrado e com melhor prognóstico para a saúde do paciente. A insistência em um tratamento realizado por profissionais de diversas áreas, no caso de pacientes cujo diagnóstico seria de transtornos somatoformes ou sintomas somáticos e transtornos relacionados, decorre da constatação de que, mesmo sem uma terapêutica específica, sabe-se que os pacientes podem beneficiar-se de modo mais satisfatório quando existem diversos profissionais de saúde mental trabalhando em conjunto e, principalmente, quando estes estabelecem parcerias e vínculos. Além disso, como já se sabe, as pessoas diagnosticadas como portadoras de transtornos somatoformes costumam procurar

incessantemente os mais diversos especialistas para tentar nomear o seu sofrimento. Assim, a ausência de comunicação pode fazer com que os pacientes sejam submetidos a procedimentos invasivos sem real necessidade, em busca de alguma doença orgânica. Ou então, que façam uso de medicamentos associados podendo produzir prejuízos ou impedindo o progresso na conscientização de que se trata de uma doença eminentemente psíquica.

Quando o paciente chega para o profissional, geralmente, vem para dizer o que sente, as suas angústias e as repercussões que este problema tem gerado em sua vida. O médico escuta o relato do paciente e, tenta com isto oferecer um nome para o mal-estar daquele que está diante dele, a partir dos elementos coletados em entrevistas e no seu conhecimento como profissional capacitado. Pode-se dizer que o paciente dirige-se à figura do médico dizendo: “Dr. eu sinto isso...” e o profissional responde: “então você tem isso”. A nomeação deste tipo de acometimento determinará então, a doença, a evolução, o prognóstico e a cura.

Na história dos manuais e mesmo com Freud, observam-se diversos esforços para circunscrever o que seria um mal estar e apesar dos progressos notórios, não se pode deixar de reconhecer que, por vezes, isto também trouxe problemas. Por exemplo, caberia questionar aqui se histeria e transtornos somatoformes não seriam apenas alteração de nomes para um mesmo sofrimento, nas publicações dos sistemas classificatórios? O que aproxima ou diferencia um do outro? Este é um dos obstáculos encontrados pelos profissionais de saúde mental, que por vezes, ficam confusos para identificar e diferenciar estes dois modos de nomear o sofrimento psíquico.

Considerando-se a análise da CID, do DSM e dos textos freudianos no contexto desta dissertação, é possível dizer que os trabalhos a respeito da temática ainda suscitam dúvidas. De início, pode-se afirmar que aquilo que a psiquiatria nomeia como transtornos somatoformes traz até hoje o essencial da histeria, segundo a definição freudiana, ou seja, o que não pode ser assimilado pelo paciente é descarregado no corpo. Em outras palavras, fatores psicológicos agravam a saúde do paciente e podem mimetizar doenças orgânicas. Talvez, para construir uma resposta à questão da superposição entre transtornos somatoformes e histeria, seja necessária uma breve distinção entre o que a psiquiatria e a psicanálise fazem diante do sofrimento humano.

A psiquiatria, a partir de seu aporte teórico e seus objetivos, visa, principalmente, tratar o(s) sintoma(s) do paciente, o que significa descobrir o tipo de adoecimento e eliminar as causas ou, pelo menos, diminuir os sintomas. Já para a psicanálise, o tratamento de um mal estar não significa a cura de um sintoma, mas a ajuda ao paciente para lidar com sua história de vida e com suas escolhas; descobrir os motivos pelos quais o sujeito desenvolve aquele

tipo de manifestação e buscar um equilíbrio entre o seu organismo e suas exigências psíquicas. Diferentemente da psiquiatria, a psicanálise volta-se para a escuta do sofrimento.

Em se tratando de casos de pacientes acometidos por sintomas não explicáveis do ponto de vista médico, constata-se que a atitude adotada por estes profissionais é diferente. Ainda que ambos concordem que diante de um conflito vivenciado pelo paciente, este vê “desaparecer” a palavra e, não conseguindo nomear seu sofrimento, pode transformar sua angústia em sintoma corporal. Diante da situação, a psicanálise busca traduzir os conflitos em uma linguagem verbal. Para a psiquiatria, o caminho é oferecer um nome para dizer ao paciente do que ele sofre e acalmá-lo demonstrando que a ciência sabe como tratar seu desconforto e que frente ao incômodo, pode existir um medicamento possível para afastar e eliminar tal sensação. Aqui se constata a dificuldade experimentada pelos psiquiatras em descobrir um tratamento eficiente para pacientes que sofrem de causas inexplicáveis pela medicina, ao ter que tratar *uma doença que não se encontra no corpo*. Ainda que os pacientes acometidos pelas manifestações se valham do corpo para descarregar o sofrimento, é difícil identificar e comprovar este mal estar, pois ele não está localizado exatamente ali do ponto de vista anatômico e fisiológico, tal como os médicos estão habituados a estudar.

O corpo médico e o corpo psicanalítico são distintos, portanto, o que se supõe é que os transtornos somatoformes e a histeria, por se apresentarem de modo semelhante, podem favorecer a compreensão do fenômeno em questão e permitir também o entendimento das suas diferenças de configuração. O modo como o sujeito é acometido por tais manifestações e as suas modalidades de apresentação em termos fenomenológicos são iguais. Por exemplo, uma paralisia, uma impossibilidade de mexer as pernas, uma alteração no andar, uma cegueira etc.

O entendimento dos sintomas e a função das manifestações históricas para a psicanálise e para a psiquiatria são distintos, o que implica em diferenças no que se refere à compreensão e ao manejo clínico com os pacientes que forem classificados de transtornos somatoformes. A confirmação diagnóstica para a patologia ocorre na exclusão de outras doenças. Já para a nomeação de histeria, a categorização leva em conta o modo como o sujeito se relaciona consigo, com o mundo, com o seu corpo, sua doença etc, em outras palavras, se dá também pela inclusão. Para o psiquiatra, a terapêutica acentua a necessidade de eliminar o sintoma e acabar com a angústia, isto na maior parte das vezes é realizado pela medicação. Já para o tratamento dos sintomas históricos, o que o psicanalista vai pedir é justamente que o sujeito fale mais, que ele próprio nomeie sua angústia e o seu sofrimento para que possa implicar-se no que está acontecendo. TS é uma nomeação diagnóstica e

psiquiátrica que sublinha as questões de modo consciente. Já a histeria é uma nomeação psicanalítica do mal-estar que leva em consideração a noção de inconsciente.

Outro fato que corrobora a hipótese destes diagnósticos serem diferentes, em alguma medida, pode advir da observação de que alguns pacientes que frequentam o SOMA, por vezes, apresentam um funcionamento psíquico pouco elaborado, não permitindo concluir que se trata de um paciente histérico, tal como nomeado por Freud. Nestes casos, a compreensão de corpo para o paciente praticamente não existe, ou pelo menos trata-se de uma lógica diferente da que se está habituado, sem distinção clara entre o eu e o outro. Seria o que, mais adiante, em sua obra Freud nomearia como uma organização perverso-polimorfa – o que a psicanálise poderia entender como um funcionamento psicótico e não histérico. Cabe observar que estes pacientes do SOMA podem ainda apresentar perturbações corporais parecidas com as descrições encontradas tanto nos manuais psiquiátricos como nos textos freudianos.

A psiquiatria, embora não esteja apoiada na lógica do inconsciente, reconhece que, no caso dos TS, há algo para além do conhecido e do objetivável. Admitir tal informação remete novamente à lógica psicanalítica, presente desde o início nos manuais psiquiátricos segundo a qual o que não pode ser vivido pelo paciente retorna ao corpo sob a forma de sintoma, integrando elementos psíquicos, físicos, ambientais e culturais. Este parece, em alguma medida, ter sido o reconhecimento dos autores da APA para reformular esta categoria e transformá-la em “sintomas somáticos e transtornos relacionados”.

Assim, pode-se concluir-se que a histeria e os transtornos somatoformes, são sim, iguais, mas também são sim, diferentes, apoiando-se no dito de que ambas consistiriam em “... uma doença que não o é, embora seja”.

REFERÊNCIAS ³⁷

- Aguerre, J. C., Dana, G., David, M., Garcia-Fons, T., Gougoulis, N., Jean, T. et al. (2011). *Le manifeste pour en finir avec le carcan du DSM*. Toulouse: Érès.
- Alonso, S. L. & Fuks, M. P. (2004). *Histeria*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Alvarenga, M. A. S., Flores-Mendoza, C. E., & Gontijo, D. F (2009). Evolução do DSM quanto ao critério categorial de diagnóstico para o distúrbio da personalidade antissocial. Rio de Janeiro: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(4), 258-266.
- Alvarenga, P. G de., & Andrade, A. G de. (2008) *Fundamentos em Psiquiatria*. São Paulo: Manole, 2008
- Ambra, P. E. S., Castro, J.C.L., Catani, J., Conceição, L. H. P., Moreira, L. E. V., Porchat, P., et al. (2014). A Histeria como Desafio ao Saber Clínico e aos Parâmetros de Gênero. In C. I. L. Dunker, V. Safatle, & N. Silva Jr. (Orgs). *Patologias do Social*. Parte Integrante da Pesquisa desenvolvida pelo Latesfip.
- American Psychiatric Association – APA (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington (DC): American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association – APA (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (2nd ed). Washington (DC): American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association – APA (1980) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (3rd ed.). Washington (DC): American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association – APA (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4th ed.). Washington (DC): American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association – APA (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4th ed. text revision.). Washington (DC): American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association – APA (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5th ed.). Washington (DC): American Psychiatric Association.

³⁷ De acordo com o estilo APA - American Psychological Association

- American Psychiatry Association (APA) (2011). *Proposed DSM-5 organizational structure and disorders names*. Recuperado em 20 de julho de 2013, de <http://www.dsm5.org/proposedrevision/Pages/proposed-dsm5-organizational-structure-and-disorder-names.aspx>.
- Antoine, C. (2010). *Petit Larousse de la Psychologie – Les grandes questions, notions essentielles* (pp. 373-378) (2e ed). Paris: Larousse.
- Appignanesi, L. (2011). Tristes, loucas e más: A história das mulheres e seus médicos desde 1800. (A. M. Mandim, trad). Rio de Janeiro: Record.
- Associação Psiquiátrica Americana – APA (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais*. (C. Dornelles, trad.). (4a ed. revisada.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ávila L. A. & Terra, J. R. (2010). Histeria e somatização: o que mudou?. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(4), 333-340.
- Ávila, L. A. & Terra, J. R. (2012). A histeria e as suas metamorfoses. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 15(1), 27-41.
- Ávila, L. A. (2002). *Doenças do corpo e doenças da alma: investigação psicossomática psicanalítica*. (3a ed.). São Paulo: Escuta.
- Ávila, L. A. (2006). Somatization or psychosomatic symptoms?. *Psychosomatics*. 47, (2), 163-6.
- Banzato, C. E. M., Mezzich J. E., & Berganza, C. E. (2005). Philosophical and Methodological Foundations of Psychiatric Diagnosis. *Psychopathology*, 38(4), 155-230.
- Barros, N., Caminha, I. O. & Almeida, R. M. (Orgs.) (2009). *Narrativas do corpo: textos de psicopatologia fundamental*. João Pessoa: Editora Universitária.
- Bartorelli, B., Catani, J., Werebe, D. M. & Fraguas Jr., R. (2011). Transtornos Somatoformes e Personalidade. In M. R. Louzã Neto, T. A. Cordás (Orgs.). *Transtornos de Personalidade*. (pp. 205-228). Porto Alegre: Artmed.
- Bazan, A. (2013). A alma não se fatia como se fatia um corpo. In: Dossiê – Mal-estar na civilização do DSM-5. *Revista Cult*. 184 (16).

- Berlinck, M. T. (1997). *Histeria*. São Paulo: Escuta.
- Berrios, G. E. (2008). Classificações em psiquiatria: uma história conceitual. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(3), 113-127.
- Bombana, J. A. (2006). Sintomas somáticos inexplicados clinicamente: um campo impreciso entre a psiquiatria e a clínica médica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55(4), 308-312.
- Bombana, J. A., Leite, A. L. S. S. & Miranda, C. T. (2000). Como atender aos que somatizam? Descrição de um programa e relatos concisos de casos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(4), 180-184.
- Borch-Jacobsen, M. (2013). *La fabrique des folies: de la psychanalyse au psychopharmmarketing*. Paris: Sciences Humaines Éditions.
- Breuer, J., & Freud, S. (1987). Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 2). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1893)
- Burkle, T da S. (2009). *Uma reflexão crítica sobre as edições do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – DSM*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Câmara, F. P. (2007). A construção do diagnóstico psiquiátrico. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 10(4), 677-684.
- Carroy, J. (1993). *Les personnalités doubles et multiples: entre science et fiction*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Catani, J. (2012). A expansão dos diagnósticos: acúmulo de conhecimento ou aprisionamento pela ciência? In A. Trimboli (Org.), *Diagnostico o Estigma? Encrucijadas Eticas*. (pp. 336-338) Buenos Aires: Conexiones.
- Catani, J. (2013). A Histeria e os Transtornos Somatoformes: Custos Psíquicos, Sociais e Financeiros. In *III Colóquio do Laboratório de Teoria Social, Filosofia e Psicanálise*:

Colóquio Patologias do Social. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

- Catani, J. (2014 no prelo). Ler, Escrever e Inscrever a Histeria: Os Novos Nomes, Os Novos Sintomas e a Velha Neurose. In P. E. S. Ambra, & Silva N. Jr. (Orgs.), *Histeria e Gênero – o sexo como desencontro*. São Paulo: nVersus
- Chemama, R. & Vandermersch, B. (2009). *Dictionnaire de la Psychanalyse*. (p.256-258). (4e ed). Paris: Larousse,
- Chemama, R.; Vandermersch, B. (2007). Dicionário de Psicanálise. Porto Alegre: Editora Unisinos.
- Coelho, C. L. de S; Ávila, L. A. (2007). Controvérsias sobre a somatização. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(6), 278-284.
- Coelho, C. M. S. (2006). Psicanálise e laço social: uma leitura do Seminário 17. *Mental*, 4(6), 107-121.
- Comtesse, E. (2011). *L'hystérie: sous le voile de la séduction – l'identifier, la comprendre, la sublimer*. Paris: Grancher.
- Corcos, M. (2011). *L'homme selon le DSM: le nouvel ordre psychiatrique*. Paris: Albin Michel.
- Cordás, T. A., Seixas, A., Arantagy E. W., Mota A. (2011) História da Psiquiatria. In E. C. Miguel, W. F. Gattaz (Orgs.), *Clínica Psiquiátrica*. (pp. 4-21). Barueri, SP: Manole.
- Cordeiro, A. M., Oliveira, G. M., Rentería, J. M., Guimarães, C. A. (2007). Revisão sistemática: uma revisão narrativa. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 34(6), 428-431.
- Cronin, P., Ryan, F., & Coughlan, M. (2008). Undertaking a literature review: a step-by-step approach. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*. 17(1), 38-43.
- Cupello, P. C. (2011). Entre a Teatralidade e os Maus Costumes: Uma discussão acerca da Histeria no Hospício Nacional de Alienados (1900-1910). In *Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH*.

- David-Ménard, M. (2000). *A histérica entre Freud e Lacan: corpo e linguagem em psicanálise*. São Paulo: Escuta.
- De Luccia, T. P. B. & De Luccia, D. P. B. (2011). O atendimento da crise psicogênica nos prontos-socorros. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35(4), 567-573.
- Delgado, S. M. (2008). *Os efeitos discursivos do diagnóstico na clínica psicanalítica e na clínica do comportamento*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade Estadual do Rio Janeiro, Rio de Janeiro.
- Didi-Huberman, G. (2012). *Invention de l'hystérie*. Paris: Éditions Macula. 50^{ème} Edition. (Trabalho original publicado em 1882)
- Drossat, F. (2005). Neurose. In A. Mijolla. *Dicionário Internacional de Psicanálise*. (p. 1243). Rio de Janeiro: Imago.
- Dubois, E.F (1833). *Histoire philosophique de l'hypocondrie et de l'hystérie*. Paris: Librairie de Deville Cavelin.
- Dunker, C. I. L. & Kyrillos Neto, F (2011). A psicopatologia no limiar entre psicanálise e a psiquiatria: estudo comparativo sobre o DSM. *Vínculo*, 8(2), 1-15.
- Dunker, C. I. L. & Kyrillos Neto, F. (2011). A crítica psicanalítica do DSM-IV: breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 14(4), 611-626.
- Dunker, C. I. L. (2013). O sequestro da neurose. Dossiê – Mal-estar na civilização do DSM-5. *Revista Cult*. 184 (16).
- Dunker, C. I. L.(2006). Elementos para uma Metapsicologia da Corporeidade em Psicanálise. In II Congresso de Psicopatologia Fundamental (Belém, 2006), na mesa redonda Por uma Metapsicologia do Corpo (4.66.1), coordenação Edilene Queiroz. Recuperado em 20 de julho de 2013, de http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/ii_congresso_internacional/mesas_redondas/ii_con._elementos_para_uma_metapsicologia_da_corporeidade_em_psicanalise.pdf
- Engel, G. (1970). Conversion Symptoms. In: Macbryde, D. *Symptoms and Signs in Clinical Medicine*. (pp. 650-668). Philadelphia: Lippincott Ed.

- Fernandes, M. H. (2003). *Corpo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ferreira, N. S. A. (2002). As pesquisas denominadas "estado da arte". *Educação & Sociedade*, 23(79), 257-272.
- Figueiredo, A. C. & Tenório, F. (março 2002). O diagnóstico em psiquiatria e em psicanálise. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 5(1), 29-43.
- Ford, C.V. (1997). Somatization and Fashionable Diagnoses: Illness as a Way of Life. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 23(3), 7-16.
- Foucault, M. (1994). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Franco, S. G. (2000). Transferência na histeria - um estudo no Caso Dora de Freud. *Pulsional Revista de Psicanálise*, XIII(132), 23-33.
- Freud, S. (1987). Relatório sobre meus Estudos em Paris e Berlim. In *Edição standard das obras psicológicas de Sigmund Freud*, (J. Salomão, trad., vol. 1, pp. 31-42) Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1886a)
- Freud, S. (1987). Observação de um Caso Grave de Hemianestesia em um Homem Histérico. In *Edição standard das obras psicológicas de Sigmund Freud*, (J. Salomão, trad., vol. 1, pp. 51-57) Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1886b)
- Freud, S. (1987). Histeria. In *Edição standard das obras psicológicas de Sigmund Freud*, (J. Salomão, trad., vol. 1, pp. 67-82). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1888)
- Freud, S. (1987). Hipnose. In *Edição standard das obras psicológicas de Sigmund Freud*, (J. Salomão, trad., vol. 1, pp. 125-133). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1891)
- Freud, S. (1987). Prefácio e notas de rodapé à tradução de *Conferências das terças-feiras*, de Charcot. In *Edição standard das obras psicológicas de Sigmund Freud*, (J. Salomão, trad., vol. 1, pp. 153-156). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1892-1894)
- Freud, S. (1987). Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas. In *Edição standard das obras psicológicas de Sigmund Freud*, (J.

Salomão, trad., vol. 1, pp. 175-191). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1893)

Freud, S. (1987). Rascunho K: As neuroses de defesa (Um conto de fadas para o Natal). In *Edição standard das obras psicológicas de Sigmund Freud*, (J. Salomão, trad., vol. 1, pp.153-156). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1896)

Freud, S. (1987). Rascunho L – Notas I. In: *Edição standard das obras psicológicas de Sigmund Freud*, (J. Salomão, trad., vol. 1, pp. 268-270). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1897)

Freud, S. (1987). Fragmentos de análise de um caso de histeria. In: *Edição standard das obras psicológicas de Sigmund Freud*, (J. Salomão, trad., vol. 7, pp. 01-119). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905)

Freud, S. (1987). A Concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund*, (J. Salomão, trad., vol. 11, pp. 193-203). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1910)

Freud, S. (1987). Conferência XVI: Psiquiatria e Psicanálise. In: *Edição standard das obras psicológicas de Sigmund Freud*, (J. Salomão, trad., vol.16, pp. 289-304). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917)

Freud, S. (1987). Inibição, Sintoma e Angústia. In: *Edição standard das obras psicológicas de Sigmund Freud*, (J. Salomão, trad., vol.20, pp. 95-207). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1926)

Freud, S. (1987). O futuro de uma ilusão. In: *Edição standard das obras psicológicas de Sigmund Freud*, (J. Salomão, trad., vol.21, pp.13-71). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1927)

Gallucci Neto, J. & Marchetti, R. L. (2008). Histeria: somatização, conversão e dissociação. In P. D. Alvarenga, & A. G. Andrade. *Fundamentos em Psiquiatria*. (pp. 339-362) São Paulo: Manole.

Gazeta Clínica (1915). *Nomenclatura Internacional das Causas de Óbitos (Classificação de Bertillon)*. (2ª ver). São Paulo, 13(11).

- Goldberg, D. (2010). Should our major classifications of mental disorders be revised? *The British Journal of Psychiatry*, 196, 255-256.
- Green, B. N., Johnson, C. D., & Adams, A. (2006). Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade. *Journal of Chiropractic medicine*, 5(3), 101–117.
- Gusso, G. D. F. (2009). *Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária: 2ª ed. (CIAP-2)*. Tese de Doutorado, Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Hacking, I. (2011). Formar Pessoas. In B. P. D. & J. Neves (Orgs.). *A política dos muitos: povo, classes e multidão*. Lisboa: Tinta da China Edições.
- Iannini, G., & Teixeira, A. (2013). O futuro de uma classificação. In Dossiê – Mal-estar na civilização do DSM-5. *Revista Cult*. 184 (16).
- Israël, L. (1976). *L'hystérique, le sexe et le médecin*. Paris: Masson.
- Israël, L. (1994). *Mancar não é pecado* (L. Aratanga & A.M. Leandro, trans.). São Paulo: Escuta.
- Jablensky, A. (1999). The nature of psychiatric classification: issues beyond ICD-10 and DSM-IV. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*; 33, p.137-144.
- Jaen, A. C. S. (2005). “Dar a pele em nome do quê?”: a articulação corpórea possível de pacientes com urticária crônica. *Trabalho monográfico para o curso de Especialização*, Centro de Estudos em Psicologia da Saúde (CEPSIC) da Divisão de Psicologia do Instituto Central (DIP/ICHC) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP). São Paulo.
- Jerusalinsky, A. & Fendrike, S. (Orgs.) (2011). *O livro negro da psicopatologia contemporânea*. (2a ed). São Paulo: Via Lettera.
- Kaufmann, P. (1996). *Dicionário enciclopédico de Psicanálise: o legado de Freud e Lacan*. (V. Ribeiro, M. L. X. A. Borges, trans.) (pp. 245-252). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

- Kehl, M. R. (2009). A psicanálise e o domínio das paixões. In A. Novaes. (Org.), *Os sentidos da paixão*. (pp. 537-571) São Paulo: Companhia das Letras.
- Kristeva, J. (2002). *As novas doenças da alma*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Krueger, R.F. & Bezdjian, S. (2009) Enhancing research and treatment of mental disorders with dimensional concepts: toward DSM-V and ICD-11. *World Psychiatry*, 8, 3-6.
- Kurcgant, D (2012). Histeria: Considerações Historiográficas e Periodização das Crises Históricas. In A. Mota & M. G. S. M. C. Marinho (Orgs.) *História da Psiquiatria: Ciência, práticas e tecnologias de uma especialidade médica*. São Paulo: USP, Faculdade de Medicina: UFABC, Universidade Federal do ABC: CD.G Casa de Soluções e Editora.
- Laila, S. (2011). A Classificação dos Transtornos Mentais pelo DSM-V e a Orientação Lacaniana. *CliniCAPS*, 5(15), 01-21.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (2001). *Vocabulário de Psicanálise*. (D. Lagache & P. Tamen, trads.) (4a ed.). (pp. 211-216) São Paulo: Martins Fontes.
- Latesfip (Laboratório de Teoria Social, Filosofia e Psicanálise da USP). (2014) Dunker, I. L. C.; Safatle, V. & Silva Jr., N. *Do Mal Estar ao Sintoma: A Produção Clínica e Social do Sofrimento no Brasil dos anos 1990-2010*. Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP.
- Laurenti, R (1994). Pesquisas na área de Classificação de Doenças. *Saúde e Sociedade*, 3(2), 112-126.
- 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). In V. Liquète, S. Kovacs, J. Perriault & B. Valade (Orgs). *Classer, penser, contrôler*.(pp. 102-103). Paris: La Revue Hermès.
- Lévine, E. & Touboul, P. (2002). Hippocrate: la maladie est une déséquilibre des humeurs. In *Le corps*. Paris: Flammarion.
- Mai, F. (2004). Somatization Disorder: A Practical Review. *Canadian Psychiatric Association*, 49(10), 652-662.

- Manifesto por uma psicopatologia clínica não estatística – Editorial. (2013). *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 16(3), 361-372.
- Martinez, D. M. C., Rico, R. I., Hernández, J. A. F., & Jiménez, J. L. (1997). Costos de los síntomas somatoformes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 35 (1), 31-36.
- Matos, E. G. (2005). Histeria: uma revisão crítica e histórica do seu conceito. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54 (1), 45-56.
- Matos, E. G., Matos, T M. G.; Matos, G. M. G. (2005). A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. Porto Alegre: *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27 (3), 312-318.
- Mayes, R. & Horwitz, A. V. (2005). DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 41(3), 249-67.
- Micale, M.S. (2000). The Decline of Hysteria. *The Harvard mental health letter / from Harvard Medical School*, 17(1), 4-6.
- Morais J. L., Nicolau R. F., Pereira A. C. S. & Rei, V. A. F (2008). Os fenômenos psicossomáticos: um substituto para a neurose? In *III Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e IX Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental* (pp. 1-10). Niterói: Universidade Federal Fluminense.
- Moreira, M. S. (2010). *O DSM, o sujeito e a clínica*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais. Recuperado em 20 de julho de 2013, de <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/VCSA-8QWG6D>
- Moretto, M. L. T (2001). *O que pode um analista no hospital?* São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Nickel, M., Cangoez, B., Bachler, E., Muehlbacher, M., Lojewski, N., Mueller-Rabe, N. et al. (2006). Bioenergetic exercises in inpatient treatment of Turkish immigrants with chronic somatoform disorders: a randomized, controlled study. *Journal of psychosomatic research*, 61(4), 507-13.

- Omalley P.G., Jackson J.L., Santoro J., Tomkins G., Balden E., & Kroenke K. (1999) Antidepressant therapy for unexplained symptoms and symptom syndromes. *The Journal of family practice*, 48(12), 980-90.
- Organização Mundial da Saúde – OMS (1952). 6ª revisão das *Listas Internacionais de Doenças e Causas de Morte*. Washington, D.C., Organização Panamericana de Saúde (OPAS - Publicação Científica no original em 1948).
- Organização Mundial da Saúde – OMS (1969). 7ª revisão das *Listas Internacionais de Doenças e Causas de Morte*. Washington, D.C., Organização Panamericana de Saúde (OPAS - Publicação Científica no original em 1955).
- Organização Mundial da Saúde – OMS (1969). 8ª revisão das *Listas Internacionais de Doenças e Causas de Morte*. Washington, D.C., Organização Panamericana de Saúde (OPAS - Publicação Científica no original em 1965).
- Organização Mundial da Saúde – OMS (1978). 9ª revisão das *Listas Internacionais de Doenças e Causas de Morte*. vol.1. Genebra: Organização Mundial de Saúde (publicado no original em 1975).
- Organização Mundial da Saúde – OMS (1978). 9ª revisão das *Listas Internacionais de Doenças e Causas de Morte*. vol.2: Índice Alfabético. Genebra: Organização Mundial de Saúde (publicado no original em 1975).
- Organização Mundial da Saúde – OMS (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições, Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. (Caetano, D. trad.), Porto Alegre: Artes Médicas.
- Organização Mundial da Saúde.– OMS (2008). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. Décima Revisão. (Centro Colaborador da OMS para a Família de Classificações Internacionais trad.) vol. 1. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Organização Mundial da Saúde. – OMS (2008). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. Décima Revisão. vol. 2: Manual de Instrução. (Centro Colaborador da OMS para a Família de Classificações Internacionais trad.) 8ª ed. rev. e ampl. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Pedinielli, J. L. & Bertagne, P. (2010). *Les névroses*. 2e ed. Paris: Armand Colin.

- Pereira, M. E. C. (2008). Pierre Janet e os atos psíquicos inconscientes revelados pelo automatismo psíquico das histéricas. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 11(2), 301-309.
- Pereira, M. E. C. (2013). O DSM e a crise da psiquiatria. Dossiê – Mal-estar na civilização do DSM-5. *Revista Cult.* 184 (16).
- Pereira, M. E. C. (2000). A paixão nos tempos do DSM: sobre o recorte operacional do campo da psicopatologia. In R. Pacheco Filho (Org.), *Ciência, Pesquisa, Representação em Psicanálise*. (pp. 119-152). São Paulo: Educ/Casa do Psicólogo.
- Perissinotti, D. M. N. (2007). Compreendendo o processo doloroso: a dor crônica como traição. In: *Adoecer: As interações do doente com sua doença*. (2a ed.). (pp. 65-82.) São Paulo: Atheneu.
- Pollo, V. (2003). *Mulheres histéricas*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.
- Quinet, A. (2005). *A lição de Charcot*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Ramadam, Z. B. A., & Wang, Y. P. (2011). Psiquiatria e seus Limites. In E.C. Miguel, V. Gentil, W.F. Gattaz (Org.), *Clínica Psiquiátrica* (pp. 36-48). Barueri, SP: Manole.
- 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.
- Régimbeau, G. (2013). Classer, c'est penser (encadré). In V. Liquète, S. Kovacs, J. Perriault, B. Valade. (Org.), *Classer, penser, contrôler*. (pp. 16-18). Paris: La Revue Hermès.
- Rocca, R. E. (1981) La psiconeurosis histérica y sus límites psicopatológicos y clínicos. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 27(3), 209-218.
- Rocha, R. (1996). *Minidicionário*. São Paulo: Scipione.
- Rodrigues, S. M. S., Souza, A. M. de, Pedroso, J. da S (2008). Diagnóstico Psiquiátrico: evolução, histórica, conceitos e vicissitudes. *Revista Paraense de Medicina*; 22(3).

- Rosas, P. S. (2010). O dilema da Psicologia Contemporânea. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(spe), 42-90.
- Rother, E. T. (2007). Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(2), v-vi.
- Roudinesco, E. & Plon, J. (1998). *Dicionário de Psicanálise*. (pp. 337-342). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Roudinesco, E. (2006). *A análise e o arquivo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Safatle, V (2014). Uma certa latitude: Georges Canguilhem, vida, errância e política. In *Trabalho apresentado nas reuniões internas do Laboratório de Teoria Social, Filosofia e Psicanálise (LATESFIP)* em 15 de março de 2014, no Instituto de Filosofia da Universidade de São Paulo.
- Santiago, J. (1996). Aspecto atual da histeria na civilização da ciência. In L. F. Couto (Org.), *Pesquisa em Psicanálise*, (pp. 33-42). Belo Horizonte, MG: SEGRAC.
- Schmelling-Kludas C, Frfschlin R, & Boll-Klatt A. (2003). Inpatient psychosomatic rehabilitation for Turkish migrants: what can be realized, what are the effects? *Rehabilitation*; 42(6), 363-70.
- 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.
- Showalter, E. (1997). *Hystories: hysterical epidemics and modern culture*. New York: Columbia University Press.
- Silva Jr., N. (2012) A atualidade do conceito de histeria. In Dossiê – Jacques Lacan. *Revista Cult*. 174 (15).
- Szajnbok, M. (2013). A psicanálise e o futuro da psiquiatria. *Jornal de Psicanálise*, 46(85), 89-98.
- Smith G. R., Rost K., & Kashner T.M. (1995). A trial of the effect of a standardized psychiatric consultation on health outcomes and costs in somatizing patients. *Archives of General Psychiatry*; 52(3), 238-43.

- Stone, J., Hewett, R., Carson, A., Warlow, C., & Sharpe, M. (2008). The "Disappearance" of Hysteria: Historical Mystery or Illusion? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 101(1), 12-8.
- Tavares, P. H. (2013). "Esperando Freud" ou "Psicanalistas à procura de um autor". *Revista Cult*, 181(16), 26-28.
- Thomassen, R., van Hemert, A. M, Huyse, F. J., van der Mast, R. C., & Hengeveld, M. W. (2003). Somatoform disorders in consultation-liaison psychiatry: a comparison with other mental disorders. *General Hospital Psychiatry*, 25(1), 8-13.
- Tófoli, L. F., Andrade, L. H., & Fortes, S. (2011). Somatização na América Latina: uma revisão sobre a classificação de transtornos somatoformes, síndromes funcionais e sintomas sem explicação médica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33(Supl. 1), s59-s69.
- Trillat, E. (1991). *História da Histeria*. (P. Portchat, Trad.). São Paulo: Escuta.
- Vieta, E. & Philips, M. (2007). Deconstructing bipolar disorder: a critical review of its diagnosis validity and a proposal for DSM-V and ICD-11. *Schizophrenia Bulletin*, 33(4), 886-892.
- Vittorio, P.; Minard, M.; Gonon, F. (2013). Les virages du DSM: enjeux scientifiques, économiques et politiques. In V. Liquète, S. Kovacs, J. Perriault & B. Valade (Orgs). *Classer, penser, contrôler*.(pp. 85-92). Paris: La Revue Hermès.
- Wang, Y.P. & Andrade, L. H. S. G. (2011). Sistema de Classificação - Diagnóstico em Psiquiatria. In E. C. Miguel; V. Gentil; W. F. Gattaz. (Org.). *Clínica Psiquiátrica - A visão do Departamento e do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP*, (pp. 282-294, v. 1). (1a. ed.). Barueri: Manole, 2011.
- Wang, Y.P; Loch, A.A. & Andrade, L. H. S. G. (2011). A Evolução dos Conceitos em Psiquiatria. In V. Gentil; W. F. Gattaz; E. C. Miguel. (Org.). *Clínica Psiquiátrica - A visão do Departamento e do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP*, (pp. 22-35, v. 1). (1a. ed.). Barueri: Manole, 2011.
- Yutzy, S. H. & Parish, B. S. (2012). Transtornos Somatoformes. In R. E. Hales, S. C. Yudofsky, G. O. Gabbard, (Orgs.). *Tratado em Psiquiatria Clínica*. (C. Dormelles, M. C. Monteiro, M. C. Fodra, R. Pizzato (Trads). (4a ed). Porto Alegre: Artmed.

Zorzanelli, R. T. (2011). A emergência da cura pela palavra na medicina mental do século XIX. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 14(2), 298-308.

ANEXO A - Gráficos SCOPUS - Publicações Científicas

Gráfico 1. Número de citações entre 1833 e 2014 que contavam com o descritor “*hysteria*”.

Fonte: Recuperado em 20 de julho de 2013, de <http://www.scopus.com>

Gráfico 2. Número de citações entre 1966 e 2014 que contavam com o descritor “*somatoform disorders*”. Fonte: Recuperado em 20 de julho de 2013, de <http://www.scopus.com>

APÊNDICE A – Edições da CID e do DSM e seus anos de publicação

EDIÇÃO DA CID	ANO DE PUBLICAÇÃO
CID-1	1900
CID-2	1909
CID-3	1920
CID-4	1929
CID-5	1938
CID-6	1948
CID-7	1955
CID-8	1965
CID-9	1975
CID-10	1993
CID-11	2016 (previsão de lançamento)

EDIÇÃO DO DSM	ANO DE PUBLICAÇÃO
DSM-I	1952
DSM-II	1968
DSM-III	1980
DSM-III-R	1987
DSM-IV	1994
DSM-IV-R	2000
DSM-V	2013

APÊNDICE B – A CID e suas alterações quanto aos Transtornos Somatoformes

Classificações Anteriores a CID	CID-1 a CID-5	CID-6	CID-7
<p>A) Causas de Morte – John Graunt (1632)</p> <ul style="list-style-type: none"> - letargia - lunático - aflição / pesar <p>B) Classificação de Doenças e Causas de Morte Proposta na segunda edição do Congresso internacional Estatístico – Paris: 1855</p> <p><u>Morte:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Alienação mental - Histeria <p><u>Mortes por doenças não completamente definidas ou designadas somente por um sintoma precipitado:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Paralisia - Paraplegia 	<p>Nomenclatura Internacional das Causas de Óbitos e Causas de morte Intra-Uterinas (Classificação de Bertillon)</p> <p><u>Afecções do sistema nervoso e órgãos do sentido:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - outras formas de alienação mental - paralisias sem causas indicadas - mortes sem causas 	<p><i>Perturbações mentais, psiconeuroses e modificações da Personalidade</i></p> <p>Melancolia</p> <ul style="list-style-type: none"> - loucura <p><u>Reação de ansiedade sem menção de sintomas somáticos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -neurose NE <p><u>Reação histérica sem menção de ansiedade</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - neurose de compensação, histeria, histérica: conversão, cegueira, afonia, amnesia, anestesia, anorexia, anosmia, catalepsia, convulsões, discinesia, fuga, mutismo, paralisia, postura, sonambulismo, tique, tremor, outras manifestações, histerepilepsia, reação dissociador (qualquer) <p><u>Psiconeurose com sintomas somáticos (reação de somatização) afetando o aparelho circulatório</u></p> <p><u>Psiconeurose com sintomas somáticos (reação de somatização) afetando o aparelho digestivo</u></p> <p><u>Psiconeurose com sintomas somáticos (reação de somatização) afetando outros aparelhos</u></p> <p><u>Perturbações psiconeuróticas de outros tipos, mistas ou não especificadas: reação hipocondríaca, despersonalização, neurose profissional, reação astênica, forma mista, outras e de tipos não especificados</u></p>	<p><i>Perturbações mentais, psiconeuroses e modificações da Personalidade</i></p> <p>Melancolia de involução</p> <ul style="list-style-type: none"> -loucura <p><u>Psiconeuroses</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - reação histérica sem menção de reação de ansiedade, histeria, histérica: convulsões, discinesia, fuga, mutismo, paralisia, postura, sonambulismo, tique, tremor, outras manifestações, reação dissociativa (qualquer) <p><u>Psiconeurose com sintomas somáticos (reação de somatização) afetando o aparelho circulatório</u></p> <p><u>Psiconeurose com sintomas somáticos (reação de somatização) afetando o aparelho digestivo</u></p> <p><u>Psiconeurose com sintomas somáticos (reação de somatização) afetando outros aparelhos</u></p> <p><u>Perturbações psiconeuróticas de outros tipos, mistas ou não especificadas: reação hipocondríaca, despersonalização, neurose profissional, reação astênica, forma mista, outras e de tipos não especificados</u></p>

CID-8	CID-9	CID-10
<p><i>Transtornos Mentais</i></p> <p><u>Neuroses, Transtornos da Personalidade e Outros Transtornos Mentais Não-Psicóticos</u></p> <p>Neuroses: neurose histérica – histeria (ou histerismo); paraplegia funcional, qualquer manifestação histérica, reação de dissociação, síndrome de Ganser</p> <ul style="list-style-type: none"> - Neurastenia - Neurose hipocondríaca - Neurose não especificada <p>Transtorno da Personalidade: personalidade histérica: histriônica, instável</p> <p>Transtornos Somáticos de origem Psíquica Presumível</p> <ul style="list-style-type: none"> - cutâneo - osteomusculares - respiratórios - cardiovasculares - hemáticos e linfáticos - geniturinários - endócrinos - órgãos dos sentidos - outros <p>Sintomas especiais não classificáveis em outra parte</p> <ul style="list-style-type: none"> - balbúcio e gagueira - tiques - cefaleia 	<p><i>Transtornos Mentais</i></p> <p><u>Neuroses, Transtornos da Personalidade e Outros Transtornos Mentais Não-Psicóticos</u></p> <p>Transtornos neuróticos</p> <ul style="list-style-type: none"> - histeria - hipocondria - outros transtornos neuróticos - não especificado <p>Transtornos da Personalidade</p> <ul style="list-style-type: none"> - transtorno histérico da personalidade <p>Reação aguda ao “estresse”</p> <p>Fatores psíquicos associados a doenças classificadas em outra parte</p>	<p><i>Transtornos Mentais</i></p> <p><u>Transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes</u></p> <p>Transtornos dissociativos (ou conversivos)</p> <ul style="list-style-type: none"> - amnésia dissociativa - fuga dissociativa - estupor dissociativo - transtornos motores dissociativos - convulsões dissociativas - anestesia e perda sensorial dissociativa - outros transtornos dissociativos (ou conversivos): síndrome de Ganser, outros transtornos dissociativos (ou conversivos) especificados - transtorno dissociativo (ou conversivo), não especificado <p>Transtornos somatoformes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - transtorno de somatização - transtorno somatoforme indiferenciado - transtorno hipocondríaco - disfunção autonômica somatoforme: coração e sistema cardiovascular, trato gastrointestinal superior e inferior, sistema respiratório, sistema geniturinário, outro órgão ou sistema - transtorno doloroso persistente - transtorno somatoforme, não especificado

APÊNDICE C – O DSM e suas alterações quanto aos Transtornos Somatoformes

DSM-I³⁸
Transtornos Psicofisiológicos Autônomo & Visceral
Transtornos Psiconeuróticos e derivados
Transtornos Psicofisiológicos Autônomo & Visceral
DSM-II³⁹
Neuroses / Ansiedade evidente, controlado inconscientemente pela conversão ou outros mecanismos de defesa
Ansiedades Neuróticas
Neurose Histérica ou qualquer conceito que envolva Histeria
Neurose Histérica tipo de Conversão
Neurose Histérica tipo Dissociativo
Neurose Hipocondríaca
Despersonalização Neurótica
Personalidade Histérica
Transtornos Psicofisiológicos: - Distúrbios Psicossomáticos
DSM-III⁴⁰
Transtorno de Ansiedade, Ansiedade de modo explícito e mais consciente
Transtorno de Pânico
Transtorno de Ansiedade Generalizada
Transtornos Somatoformes
Transtornos Dissociativos
Transtorno Conversivo
Transtorno de Dor Psicogênica
Transtorno Dissociativo: - amnésia psicogênica - fuga psicogênica - personalidade múltipla Sonambulismo (pertence à seção infantil)
Transtornos Somatoformes - Hipocondria
Transtornos Dissociativos - transtornos de despersonalização
Transtorno de Personalidade Histrionica
Fatores Psicológicos que Afetam a Condição Física
Dismorfofobia
Transtorno de Somatização
Transtorno Somatoforme Atípico
DSM-III-R⁴¹

³⁸ American Psychiatric Association – APA (1952). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington (DC): American Psychiatric Association.

³⁹ American Psychiatric Association – APA (1968). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (2nd ed). Washington (DC): American Psychiatric Association.

⁴⁰ American Psychiatric Association – APA (1980) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (3rd ed.). Washington (DC): American Psychiatric Association.

⁴¹ American Psychiatric Association – APA (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed. text revision.). Washington (DC): American Psychiatric Association.

Transtorno de Ansiedade, Ansiedade de modo explícito e mais consciente
Transtorno de Pânico Transtorno de Ansiedade Generalizada
Transtornos Somatoformes Transtornos Dissociativos
Transtorno de Conversão – com a possibilidade de um único episódio para o diagnóstico Transtorno de Dor Psicogênica ou Dor Somatoforme
Transtorno Dissociativo: - amnésia psicogênica - fuga psicogênica - personalidade múltipla Sonambulismo (pertence à seção infantil)
Transtornos Somatoformes - Hipocondria (necessidade de seis meses de sintoma para distinguir de reações transitórias)
Transtornos Dissociativos - transtornos de despersonalização
Transtorno de Personalidade Histriônica
Fatores Psicológicos que Afetam a Condição Física
Transtorno Somatoforme: Dismórfico do Corpo
Transtorno de Somatização – prevalência em homens e mulheres torna-se semelhante e bastante elevada
Transtorno Somatoforme Indiferenciado Transtorno Somatoforme Sem Outra Especificação
DSM-IV⁴²
Síndrome de Pânico Transtorno de Ansiedade Generalizada
Síndrome de Pânico Transtorno de Ansiedade Generalizada
Transtorno Dissociativo: - amnésia dissociativa (confusão da identidade pessoal) - transtorno dissociativo de identidade (antiga categoria de personalidade múltipla)
Transtornos Somatoformes: - Doloroso (equivalente a uma dor de conversão histérica) - Conversivo (alteração para aproximar aos critérios da CID-10)
Transtorno Dissociativo: - amnésia dissociativa (confusão da identidade pessoal) - transtorno dissociativo de identidade (antiga categoria de personalidade múltipla)
Transtornos Somatoformes - Hipocondria (curso da doença como crônico e atingindo de 4 a 9% da população)
Transtornos Dissociativos - transtornos de despersonalização
Transtorno de Personalidade Histriônica
Outras Questões que Podem estar Sujeitas à Atenção Clínica
Transtorno Somatoforme: - Dismórfico Corporal (sem prevalência mundial, mas atinge homens e mulheres, início na adolescência, curso contínuo e eventual associação ao transtorno delirante)
Transtornos Somatoformes: Somatização (restrição dos sintomas que envolvem os agrupamentos dolorosos, gastrointestinais, sexuais e pseudoneuróticos)

⁴² American Psychiatric Association – APA (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (4th ed.). Washington (DC): American Psychiatric Association.

- Transtorno de Somatização Sem Outra Especificação
Transtornos Somatoformes: - Indiferenciado (sintomas com 6 meses de duração. Imprevisibilidade do curso, mas associado à condição médica geral ou a outro transtorno)
DSM-IV-R^{43,44}
Ataque de Pânico Transtorno do Pânico Transtorno de Ansiedade Generalizada (prevalência de contexto clínico e familiar) Transtorno de Ansiedade Sem Outra Especificação
Ataque de Pânico Transtorno do Pânico Transtorno de Ansiedade Generalizada Transtorno de Ansiedade Sem Outra Especificação
Transtorno Dissociativo: - transtorno dissociativo de identidade (incluída as variedades culturais no mundo) Transtorno de Personalidade: Transtorno Factício
Transtornos Somatoformes: - Doloroso (informações sobre prevalência, curso e menor associação a abuso de substâncias iatrogênicas) - Conversivo (ampliação da taxa de prevalência e de contextos médicos)
Transtorno Dissociativo: - transtorno dissociativo de identidade (incluída as variedades culturais no mundo)
Transtornos Somatoformes - Hipocondria (atualizações nas características do transtorno, na prevalência e no curso)
Transtornos Dissociativos - transtornos de despersonalização (atualização do curso da doença e de transtornos associados)
Transtorno de Personalidade Histriônica
Outras Questões que Podem estar Sujeitas à Atenção Clínica
Transtorno Somatoforme: - Dismórfico Corporal (tamanho do corpo e musculatura são preocupações presentes para a lista de sintomas, atualização na prevalência e nas características e transtornos associados)
Transtornos Somatoformes : - Somatização (associações a comorbidades médicas em geral) - Transtorno de Somatização Sem Outra Especificação
Transtornos Somatoformes: - Indiferenciado
DSM-V⁴⁵
Transtorno de Ansiedade
Transtorno de Ansiedade: - Síndrome do Pânico Transtorno de Ansiedade Sem Outra Especificação Transtorno de Ansiedade Inespecífico
Transtorno de Ansiedade Transtorno de Ansiedade: - Síndrome do Pânico

⁴³ American Psychiatric Association – APA (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (4th ed. text revision.). Washington (DC): American Psychiatric Association.

⁴⁴ Associação Psiquiátrica Americana – APA (2002). Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais. (C. Dornelles, trad.). (4a ed. revisada.). Porto Alegre: Artes Médicas.

⁴⁵ American Psychiatric Association – APA (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (5th ed.). Washington (DC): American Psychiatric Association.

Transtorno de Ansiedade Sem Outra Especificação Transtorno de Ansiedade Inespecífico
Transtorno Dissociativo: - transtorno dissociativo de identidade (incluída as variedades culturais no mundo) Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados: Transtorno Factício (imposto em si mesmo e imposto ao outro)
Sintoma Somático e Transtornos Relacionados (substituição dos TS) Transtorno de Sintoma Somático (substituição para categoria de somatização, somatoforme indiferenciado, hipocondria e doloroso) - Transtorno de Conversão (Transtorno do sintoma neurológico funcional) Transtornos com Fatores Psicológicos que Afetam a Condição Médica (PFAMC),
Não há quase alteração nesta classe
Transtorno Ansioso da Doença (busca ou hesitação por cuidados médicos) Transtorno de Sintoma Somático (substituição para categoria de somatização, somatoforme indiferenciado, hipocondria e doloroso)
Transtornos Dissociativos - transtornos de despersonalização ou desrealização
Transtorno de Personalidade Histriônica
Fatores Psicológicos que Afetam Outras Condições Médicas (PFAMC)
Obsessivo Compulsivo e Transtornos Relacionados: - Outras Especificações do Obsessivo Compulsivo e Transtornos Relacionados (Transtorno Dismórfico Corporal com falhas Reais / Transtorno Dismórfico sem comportamentos repetitivos)
Transtornos de Sintomas Somáticos (CSSD) envolve: doloroso, somatização hipocondria e indiferenciado Outro Sintoma Somático e transtorno relacionado especificado
Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados não especificados

APÊNDICE D - Divergências acerca dos Transtornos Somatoformes na CID-10 e no DSM-IV-R

CID-10 ^{46,47}	DSM-IV-R ^{48,49}
<ul style="list-style-type: none"> - Transtorno Conversivo (pertence à classe de Transtorno Dissociativo de Conversão) - Transtorno Dismórfico Corporal (não há diagnóstico equivalente na Classificação) - Transtorno de Somatização - Transtorno Somatoforme Indiferenciado (quadro de somatização não é preenchido) - Transtorno Hipocondríaco - Disfunção Autonômica Somatoforme (parece transtorno físico de sistema ou de órgão de controle e inervação autonômica) - Transtorno Doloroso Somatoforme Persistente - Outros Transtornos Somatoformes (queixas limitadas a sistemas ou partes específicas do corpo que não o sistema nervoso autônomo) - Transtorno Somatoforme, N.E. (psicofisiológico) ou psicossomático N.E - Busca incessante por cuidados médicos - Pacientes com pouco insight 	<p>Transtorno de Somatização Transtorno Somatoforme Indiferenciado (quadro de somatização não é preenchido) Transtorno Conversivo Transtorno Doloroso Hipocondria Transtorno Dismórfico Corporal Transtorno Somatoforme Sem Outra Especificação* (não fecha diagnóstico para outro TS) Transtorno Somatoforme, N.E. (psicofisiológico) ou psicossomático N.E Disfunção Autonômica Somatoforme Busca incessante por cuidados médicos Pacientes com pouco insight</p>

⁴⁶ Organização Mundial da Saúde (1993). Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições, Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. (Caetano, D. trad.), Porto Alegre: Artes Médicas.

⁴⁷ Organização Mundial da Saúde. CID-10 (2008). Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Décima Revisão. (Centro Colaborador da OMS para a Família de Classificações Internacionais trad.) vol. 1. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.

⁴⁸ American Psychiatric Association – APA (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (4th ed. text revision.). Washington (DC): American Psychiatric Association.

⁴⁹ Associação Psiquiátrica Americana – APA (2002). Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais. (C. Dornelles, trad.). (4a ed. revisada.). Porto Alegre: Artes Médicas.

APÊNDICE E - Divergências acerca dos Transtornos Somatoformes e Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados no DSM-IV-R e DSM-V

TRANSTORNOS SOMATOFORMES (DSM-IV-R)^{50,51}	SINTOMAS SOMÁTICOS E TRANSTORNOS RELACIONADOS (DSM-V)⁵²
Transtorno de Somatização Transtorno Somatoforme Indiferenciado (quadro de somatização não é preenchido) Transtorno Conversivo Transtorno Doloroso Hipocondria Transtorno Dismórfico Corporal Transtorno Somatoforme Sem Outra Especificação* (não fecha diagnóstico para outro TS)	Transtorno do Sintoma Somático Transtorno Ansioso da Doença Transtorno Conversivo (Transtorno do Sintoma Neurológico Funcional) Fatores Psicológicos Afetando Outras Condições Médicas Transtorno Factício Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados Indiferenciado Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados Sem Outra Especificação* (não fecha diagnóstico para outro Sintomas Somáticos)

⁵⁰ American Psychiatric Association – APA (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (4th ed. text revision.). Washington (DC): American Psychiatric Association.

⁵¹ Associação Psiquiátrica Americana – APA (2002). Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais. (C. Dornelles, trad.). (4a ed. revisada.). Porto Alegre: Artes Médicas.

⁵² American Psychiatric Association – APA (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (5th ed.). Washington (DC): American Psychiatric Association.

APÊNDICE F - Levantamento da produção existente (busca realizada em fevereiro de 2014)

DESCRITORES	BANCO DE DADOS					
	Scopus ⁵³	SCIELO ⁵⁴	PubMed ⁵⁵	Lilacs ⁵⁶	BVS ⁵⁷	PePSIC ⁵⁸
<i>“Histeria”</i>	57	71	6.116	305	7.470	53
<i>“Hysteria”</i>	8.131	70	6.116	258	8.005	54
<i>“Transtornos Somatoformes”</i>	2	13	0	161	8.300	0
<i>“Somatoforms Disorders”</i>	10.038	33	13.404	161	2	0
<i>“Histeria” & “Transtornos Somatoformes”</i>	0	0	0	10	373	0
<i>“Hysteria” and “Somatoforms Disorders”</i>	359	0	2.370	11	0	0

DESCRITORES	BANCO DE DISSERTAÇÕES E TESES			
	DEDALUS ⁵⁹	DOMINIO PUBLICO ⁶⁰	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (Brasil) ⁶¹	SIBiUSP ⁶²
<i>“Histeria”</i>	150	39	68	693
<i>“Hysteria”</i>	61	5	53	28.338
<i>“Transtornos Somatoformes”</i>	22	170	13	68
<i>“Somatoforms Disorders”</i>	21	125	10	2.424
<i>“Histeria” & “Transtornos Somatoformes”</i>	0	0	0	4
<i>“Hysteria” and “Somatoforms Disorders”</i>	0	0	0	150

⁵³ Fonte: Recuperado em 20 de fevereiro de 2014, de <http://www.scopus.com>.

⁵⁴ Fonte: Recuperado em 20 de fevereiro de 2014, de <http://www.scielo.org/php/index.php>

⁵⁵ Fonte: Recuperado em 20 de fevereiro de 2014, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

⁵⁶ Fonte: Recuperado em 20 de fevereiro de 2014, de <http://lilacs.bvsalud.org/>

⁵⁷ Fonte: Recuperado em 20 de fevereiro de 2014, de <http://www.bireme.br/php/index.php>

⁵⁸ Fonte: Recuperado em 20 de fevereiro de 2014, de <http://pepsic.bvsalud.org/>

⁵⁹ Recuperado em 20 de fevereiro de 2014, de <http://200.144.190.234/F>

⁶⁰ Recuperado em 20 de fevereiro de 2014, de <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/PesquisaObraForm.jsp>

⁶¹ Recuperado em 20 de fevereiro de 2014, de <http://bdt.d.ibict.br/>

⁶² Recuperado em 20 de fevereiro de 2014, de <http://www.sibi.usp.br/>