DANIELA KURCGANT

Uma visão histórico-crítica do conceito de crise não-epiléptica psicogênica

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor em Ciências

Área de concentração: Medicina Preventiva

Orientador: Prof. Dr. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

São Paulo

2010

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Kurcgant, Daniela
Uma visão histórico-crítica do conceito de crise não-epiléptica psicogênica / Daniela Kurcgant. -- São Paulo, 2010.
Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva.
Área de concentração: Medicina Preventiva.
Orientador: José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres.

Descritores: 1.Epilepsia/diagnóstico 2.Histeria/história 3.Convulsões 4.Diagnóstico diferencial 5.

USP/FM/SBD-034/100

Dedicatória

Para meus pais, **Paulina** e **Mauricio**, e minha irmã, **Melina**, pelo cuidado e amor na construção compartilhada da vida.

Para **Ale**, por seu amor à vida.

Para **Ana Luíza** e **Daniel**, presentes da vida.

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres pela generosidade com que disponibilizou o seu conhecimento, pela sua crítica lúcida e pela serenidade na orientação deste estudo.

Prof. Dr. Renato L. Marchetti, mentor e coordenador do PROJEPSI, pela oportunidade de desenvolvimento na área da epilepsia e psiquiatria.

À Profª Drª Lilia Schraiber e ao Prof. Dr. Kenneth Rochel Camargo Jr., pelas valiosas contribuições para este estudo.

Aos colegas e amigos do PROJEPSI, Galucci, Mary Ann, Liliana, Inah e Danilo, pelo convívio ético e amistoso.

Ao colega e amigo Fabio P. Sato, pela presença contínua e paciente, com quem pude dividir as alegrias e as angustias ao longo deste trajeto.

Aos colegas e amigos queridos, Alexandre Saadeh, Antonio Carlos Diniz, Oswaldo Ferreira Leite, Marcia M. M. Motta, Ana Cecília Magtaz, Ernesto Gonzalez Garcia e Rosana Sbrighi Z. Barboza, pelo exemplo de comprometimento profissional e amizade compartilhada.

À Dona Francisca pelo carinho e ajuda irrestrita.

Ears go deeper, than eyes can see.

T. H. Lawrence

Normalização Adotada

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de *dissertações, teses e monografias.* Elaborado por Annelise Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 2ª ed. São Paulo: Serviço de Biblioteca de Documentação; 2005.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

Sumário

1. Introdução 1
2. Objetivos 20
3. Metodologia 22
3.1 Bases teórico-metodológicas 23
3.2 Estratégia técnico-metodológica 48
4. Considerações sobre a emergência histórica da epilepsia e da histeria ... 60
4.1 Epilepsia e crise epiléptica: um recorte histórico 62
4.2 Histeria no contexto médico 74
4.2.1 Construção da histeria como doença médica – século XVIII 76
4.2.2 Histeria no contexto médico nos séculos XIX e XX: presença, ausência e retomada 88
5. Considerações sobre a emergência histórica de um sistema de classificação dos transtornos mentais 98
6. Emergência histórica das crises não-epilépticas psicogênicas, no período entre 1964 e 2006 114
6.1 Definições de crise não-epiléptica psicogênica 115
6.2 Crise histérica – décadas de 1960 e 1970 119
6.3 Crise não-epiléptica psicogênica – década de 1980 126
6.3.1 Problemas com a formulação diagnóstica 128
6.3.2 Testes psicológicos e entrevistas padronizadas 134
6.4 Crise não-epiléptica psicogênica – a partir da década de 1990 138
6.4.1 Co-morbidades psiquiátricas 140
6.4.2 Crise não-epiléptica psicogênica e abuso 144
6.4.3 Crise não-epiléptica psicogênica e dissociação 152
7. Crise não-epiléptica psicogênica e vídeo-EEG 162
7.1 Diferenciação entre crise não-epiléptica psicogênica e crise epiléptica . 168
7.2 Associação da crise não-epiléptica psicogênica com crise epiléptica 171
7.3 Domínio da visão e vídeo-EEG 175
8. Implicações práticas e atuais da crise não-epiléptica psicogênica - proposta de abordagem 184
9. Conclusões 197
10. Anexos 201
11. Bibliografia 208
10.1 Artigos selecionados como fonte histórica primária 209
10.2 Referências bibliográficas 219

Lista de gráficos

Gráfico 1 – Número de artigos e notas de correspondência relacionados ao conceito de crise não-epiléptica psicogênica, no período entre 1910 e 2006, selecionados nos periódicos *Epilepsia, Neurology, Seizure, British Journal of Psychiatry, American Journal of* Psychiatry e *The Journal of Nervous and Mental Disease* *57*

Gráfico 2 – Distribuição dos artigos relacionados ao conceito de crise não-epiléptica psicogênica selecionados nos periódicos *Epilepsia, Neurology, Seizure, British Journal of Psychiatry, American Journal of* Psychiatry e *The Journal of Nervous and Mental Disease*, entre 1910 e 2006 58

Gráfico 3 – Número total de artigos relacionados ao conceito de crises não-epilépticas psicogênicas procedentes dos periódicos especializados em psiquiatria, *British Journal of Psychiatry, American Journal of* Psychiatry e *The Journal of Nervous and Mental Disease*, e número total de artigos procedentes dos periódicos especializados em neurologia, *Epilepsia, Neurology, Seizure,* no período entre 1910 e 2006 59

Resumo

Kurcgant D. *Uma visão histórico-crítica do conceito de crise não-epiléptica psicogênica* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010. 233 p.

As crises não-epilépticas são definidas como crises, ataques ou acessos recorrentes que podem ser confundidos com epilepsia, devido à semelhança das manifestações comportamentais existentes entre ambas, mas difere da crise epiléptica por não ser conseqüente de descargas elétricas cerebrais anormais. Podem ter origem fisiogênica ou psicogênica. Os diagnósticos psiquiátricos que mais freqüentemente apresentam-se sob a forma de crises não-epilépticas psicogênicas são o transtorno conversivo e o transtorno de somatização. Na prática clínica, a diferenciação entre crises epilépticas e crises não-epilépticas desafia e confunde os clínicos, os neurologistas e os psiquiatras desde tempos remotos. A introdução da monitorização pelo vídeo-eletroencefalograma – vídeo-EEG, considerado o "padrão ouro" para o diagnóstico diferencial, levou a um aumento significativo no número de diagnósticos de crises não-epilépticas psicogênicas. Apesar de se tratar de uma situação clínica de difícil manejo, com conseqüências médicas e sociais significativas, fica evidente que o conhecimento técnico e instrumental sobre as crises não-epilépticas psicogênicas são insuficientes para abordar este problema. O objetivo geral deste estudo é de o de enriquecer a compreensão das crises não-epilépticas psicogênicas, nos últimos quarenta anos. As condições de emergência histórica e as implicações práticas do conceito de crise não-epiléptica psicogênica foram investigadas. Para tanto, foram selecionados artigos que abordam o conceito de crises não-epilépticas psicogênicas em três periódicos de neurologia e em três de psiquiatria. Esta pesquisa partiu de projetos epistemológicos que possibilitam um pensamento reflexivo sobre a produção de conhecimentos científicos, no que diz respeito à formação, às mudanças e à formalização dos conceitos, teorias e práticas. Houve uma aproximação da metodologia histórico-epistemológica de Canguilhem e Bachelard, passando pela análise crítica de Foucault e alcançando o pensamento hermenêutico de Habermas e Gadamer. Foi verificado que os conceitos de histeria e epilepsia vêm sendo reformulados, ao longo do tempo. As crises não-epilépticas psicogênicas foram demarcadas em períodos. Na década de 1970, predominam os artigos que discutem a redução da prevalência da histeria e da personalidade histérica nas mulheres. Na década de 1980, existe uma preocupação com a formulação de diagnósticos através de instrumentos e entrevistas padronizadas e um aumento explosivo do número de artigos, dos periódicos de neurologia, que discutem o uso do vídeo-EEG. Na década de 1990, surgem os artigos que abordam os múltiplos diagnósticos psiquiátricos e as pesquisas sobre o abuso e a dissociação associados à crise não-epiléptica psicogênica. Conclui-se que as crises não-epilépticas psicogênicas, tal qual o conhecimento científico, tem uma história, que interage com outros tipos de conhecimento e que são influenciadas por variáveis sociais. Nesta direção, sugere-se que a possibilidade de abertura e diálogo entre as dimensões técno-científica e prática possam criar condições para um modelo de cuidado mais adequado e integrado junto aos pacientes com crises não-epilépticas psicogênicas.

Descritores: 1.Histeria/ história 2. Epilepsia/ diagnóstico 3. Convulsões 4. Diagnóstico diferencial

Summary

Kurcgant D. *An historical-critical approach to the psychogenic non-epileptic seizure concept*. [thesis]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010. 233p.

Psychogenic non-epileptic seizures are recurrent crisis, or attacks, or paroxysmal behavioral changes that can be misunderstood as epileptic seizure due to the behavioral similarity between both, however, these manifestations are not associated with abnormal electrical brain discharges that cause epileptic seizures. Non-epileptic seizures are classified into physiologic and psychogenic origin. The most common psychiatric diagnoses associated with psychogenic non-epileptic seizures are conversion disorder and somatization disorder. In clinical practice, the distinction between non-epileptic seizure and epilepsy challenges and confuses the clinicians, the neurologists and the psychiatrists, since ancient times. The long-term video-electroencephalographic monitoring – video-EEG, considered as the “gold standard” for the differential diagnosis, has led to a significant increase in the number of cases of psychogenic non-epileptic seizures. Although being a clinical situation difficult to manage, with medical and social poor prognosis, it is evident that the instrumental and technological knowledge about non-epileptic seizures are insufficient to deal with this problem. The aim of this study is to enrich the comprehension of the psychogenic non-epileptic seizures in the last fifty years. The historical emergence conditions of the psychogenic non-epileptic seizure and its clinical practical implications were investigated. For this purpose, it was examined papers that discuss the concept of psychogenic non-epileptic seizure in three neurological journals and in three psychiatric journals. This research was guided by epistemological projects focused upon conditions of possibility for reflexive thinking about conceptualization, changing and formalization of the concepts, theories and practices. The methodological approach was influenced by Canguilhem’s and Bachelard’s historical epistemology, pursued by Foucault´s critical analysis and culminating in Habermas’ e Gadamer’s hermeneutics thought. The research pointed out that hysteria and epilepsy concepts have been reformulated over time, and uncovered fundamental concepts that organized psychogenic non-epileptic seizures in different historical periods. In the 1970s, there was a predominance of papers that discuss the reduction of hysteria and the hysterical personality in women. In the 1980s, there was a concern with the development of diagnostic instruments and structured interviews, and an explosive increase in the number of papers in the neurological journals discussing the use of video-EEG. In the 1990s and on, papers have been focused on the multiple psychiatric diagnoses and research on dissociation and abuse associated to psychogenic non-epileptic seizure. The conclusion is that psychogenic non-epileptic seizures, as scientific knowledge, have a history, which interact with various kinds of knowledge and it is influenced by social variables. In this sense, the possibility of openness and dialogue between technological and practical dimensions could provide underlying conditions to a better and more integral care model among patients with psychogenic non-epileptic seizures.

Descriptors: 1.Hysteria/ history 2.Epilepsy/ diagnosis 3.Seizures 4.Differential

1 Introdução

A crise não-epiléptica psicogênica é um diagnóstico operacional que, sob o ponto de vista neurológico, exclui o diagnóstico de crise epiléptica e, na maior parte das vezes, de epilepsia. Mais precisamente, as crises não-epilépticas são definidas como crises, ataques ou acessos recorrentes que podem ser confundidos com epilepsia, devido à semelhança das manifestações comportamentais existentes entre ambas, mas diferem da crise epiléptica por não serem conseqüentes de descargas elétricas cerebrais anormais. Podem ter origem fisiogênica ou psicogênica e as condições médicas que mais freqüentemente se apresentam sob a forma de crises não-epilépticas fisiogênicas são a síncope, o sonambulismo, o terror noturno, a enxaqueca, a hipoglicemia, a narcolepsia e o ataque isquêmico transitório (Gates, 2000).

Sob o ponto de vista psiquiátrico, a presença de um padrão constante de crises não-epilépticas psicogênicas pode conduzir ao diagnóstico de determinados transtornos mentais. Segundo a classificação do *Diagnostic and Manual of Mental Disorders*, 4th ed. (DSM-IV), da *American Psychiatric Association*, os transtornos mais freqüentemente encontrados são os transtornos somatoformes, mais especificamente, o transtorno conversivo (Anexo E) e o transtorno de somatização, e os transtornos dissociativos (Gates, 2000). Na Classificação Internacional das Doenças, 10ª versão (CID-10), da Organização Mundial de Saúde, as crises não-epilépticas

psicogênicas são classificadas como transtornos dissociativos (ou conversivos), mais especificamente, convulsões dissociativas.

Embora o termo “crise não-epiléptica psicogênica” seja de uso recente, este diz respeito a um fenômeno bastante conhecido no meio médico e relatado, segundo vários autores, desde tempos remotos na história da medicina (Veith, 1965; Trillat, 1991; Devinsky, 1998). A crise não-epiléptica psicogênica também é denominada crise pseudo-epiléptica, crise conversiva, ou crise histero-epiléptica, fazendo referência à histeria. Na realidade, sem levar em conta as diferentes origens e designações dos termos, estima-se que a crise não-epiléptica psicogênica apresenta cerca de quinze sinônimos na língua inglesa (Scull, 1997). Esta multiplicidade de termos adotados revela as dificuldades que envolvem este diagnóstico e que, posteriormente, serão discutidas no presente estudo.

Para ilustrar algumas das características do quadro clínico em questão, propõe-se um breve relato de caso, de uma paciente encaminhada de um hospital psiquiátrico público ao PROJEPSI (Projeto Epilepsia e Psiquiatria), do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. O motivo do encaminhamento foi a dúvida sobre o seu diagnóstico de epilepsia.

S., 40 anos, sexo feminino, negra, solteira, sem filhos, sem profissão, natural de São Paulo, moradora de um hospital psiquiátrico do Estado de São Paulo há cerca de 20 anos. A paciente referia, desde a infância, crises com apresentação convulsiva, inclusive com salivação abundante, perda de urina e confusão após a crise. As crises ocorriam com freqüência variável,

uma a sete vezes por semana, necessitando, eventualmente, ser encaminhada ao pronto-socorro da região, onde já era conhecida pela equipe de atendimento. Houve também um episódio de internação na unidade de terapia intensiva, em função do número elevado de crises subseqüentes e prejuízo do nível de consciência. Os exames laboratoriais, de imagem e eletroencefalograma encontravam-se dentro dos padrões de normalidade. A paciente apresentava também, de forma flutuante, alucinações e delírios. Seu comportamento era agressivo, sendo temida por outras pacientes e pelos profissionais de saúde. Quanto à sua história pessoal, S. relatava vários episódios de maus tratos, abuso físico e sexual e vários fracassos nas relações pessoais, escolares e profissionais. Não conheceu mãe, nem pai e foi criada em instituições públicas. Após a avaliação especializada, foi constatado que a paciente não apresentava crises epilépticas, mas, sim, crises não-epilépticas psicogênicas. A elucidação do diagnóstico permitiu que a paciente recebesse um tratamento dirigido ao problema das crises.

Outro caso ilustrativo é um relato de diagnóstico de histero-epilepsia, no final do século XIX, encontrado no capítulo intitulado “Psiquiatria e Feminilidade” do livro *História das Mulheres no Brasil*. A pesquisadora Magali Engel (2002) descreve um caso clínico de uma paciente de 29 anos, internada na Casa de Saúde Dr. Eiras, em maio de 1896, no Rio de Janeiro, a qual foi diagnosticada como histero-epiléptica. Segundo a autora, os dados sobre a paciente foram extraídos da ficha de observação desta e reproduzidos pelo Dr. Urbano Garcia na tese que apresentou à Faculdade

de Medicina do Rio de Janeiro, em 16 de abril de 1901, cujo título foi “Da intervenção cirúrgico-ginecológica em alienação mental”.

Segundo Engel (2002), a paciente apresentou suas “primeiras manifestações histéricas e epilépticas aos 14 anos, quando menstruou pela primeira vez”. Diante da mudança de comportamento e do abandono do lar que, segundo as observações do médico, “manifestavam-se alguns dias antes do período catamenial”, a paciente foi internada. A internação, por sua vez, não foi suficiente para que a paciente mudasse seu comportamento. Foi constatado, então, pelo exame realizado pelo Dr. Cândido Andrade que a paciente apresentava distúrbios uterinos. Desta forma, o médico resolveu submetê-la a uma curetagem, após a qual ela passaria a ter uma “menstruação normal”. O curioso é que a paciente continuou a ter ataques epilépticos (p.323-324).

Este caso aponta dois aspectos interessantes para o presente estudo. O primeiro diz respeito à relação entre os órgãos sexuais femininos e a histeria que serão, posteriormente, retomados neste estudo e, o segundo aspecto, remete à proximidade existente entre a histeria e a epilepsia.

Na prática clínica, a diferenciação entre crises epilépticas e crises não-epilépticas desafia e confunde os clínicos, os neurologistas e os psiquiatras desde tempos remotos. Atualmente, nos EUA e na Europa, centros de assistência e pesquisa investigam métodos de diagnóstico e tratamento de crises não-epilépticas psicogênicas. No Brasil, o Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (IPQ-

FMUSP) é um dos poucos centros que atendem pacientes com este tipo de problema.

Para melhor situar o leitor quanto ao estado de arte no manejo clínico desses casos, será sucintamente descrito o processo diagnóstico das crises não-epilépticas psicogênicas, conforme o protocolo do PROJEPSI. Os pacientes encaminhados para avaliação das crises não-epilépticas psicogênicas, na grande maioria das vezes, são procedentes de serviços de neurologia, com dúvidas sobre o diagnóstico de epilepsia. Esta dúvida surge, basicamente, em função de três situações clínicas: A primeira ocorre quando o paciente apresenta crises, apesar de seus exames nada acusarem. A segunda situação diz respeito a uma resposta insatisfatória ao tratamento medicamentoso e, finalmente, a terceira acontece quando o paciente apresenta flutuação na freqüência das crises, de forma incoerente ao esperado pelo tratamento medicamentoso. Os pacientes permanecem internados na unidade de monitorização vídeo-eletroencefalográfica (vídeo-EEG), onde são realizados, simultaneamente, os registros do comportamento do paciente e da atividade eletroencefalográfica, com o objetivo de serem observadas e identificadas as crises apresentadas pelo paciente.

Os registros eletroencefalográficos são realizados com o paciente em vigília, sono e durante as provas habituais de indução para crises epilépticas (hiperventilação e fotoestimulação) e indução para crises não-epilépticas psicogênicas. Estes registros ocorrem na vigência de drogas antiepilépticas

habitualmente tomadas pelo paciente, e, posteriormente, quando possível, após a retirada das drogas (Marchetti et al., 2007).

Vale lembrar que a crise epiléptica é causada por descargas elétricas anormais excessivas e transitórias das células nervosas, resultantes de correntes elétricas que são fruto da movimentação iônica, através da membrana celular (Guerreiro et al., 2000). O eletroencefalograma (EEG), por sua vez, registra a atividade elétrica espontânea do cérebro a partir das oscilações de potencial elétrico em regiões amostradas do escalpo, captadas por pares de eletrodos acoplados a sistemas amplificadores diferenciais e registrados por oscilógrafos com sistemas inscritores a tinta ou, mais recentemente, por sistemas computacionais (Ragazzo, 2000).

Em seguida é realizado o protocolo de indução de crise não-epiléptica psicogênica, que pode constar de sugestão simples, entrevista sugestiva, indução hipnótica e infusão endovenosa de placebo (solução salina). O protocolo é interrompido assim que ocorre uma crise não-epiléptica psicogênica. Após este procedimento, são retiradas as drogas antiepilépticas de maneira gradativa e os registros são mantidos por períodos considerados suficientes para a definição dos diagnósticos (Marchetti et al., 2007).

Um evento é definido como crise não-epiléptica psicogênica quando não são evidenciadas descargas ou padrões epileptiformes ictais[1] no EEG antes, durante ou depois da sua ocorrência. Por outro lado, um evento é

[1] Estes termos servem para descrever a morfologia das atividades eletrográficas associadas ao momento em que ocorre a crise epiléptica e que obedecem a determinados padrões reconhecidos pelos neurofisiologistas. Para maiores detalhes ver: Sakamoto AC, Garzon E, Fernandes RMF. *EEG nas epilepsias e síndromes epilépticas*, p.81-104.

definido como crise epiléptica quando esta é acompanhada por descargas ou padrões epileptiformes ictais no EEG antes, durante ou depois da sua ocorrência (Marchetti et al., 2007).

Todos os eventos registrados são analisados e apresentados aos familiares dos pacientes, para que confirmem se os eventos e crises são os mesmos apresentados no cotidiano desses pacientes. A razão desse cuidado se deve ao fato que alguns pacientes podem, em situações extremas, como a que ocorre durante a monitoração intensiva e prolongada pelo vídeo-EEG, apresentar crises não-epilépticas psicogênicas isoladas, sem que isso represente, de fato, um problema clínico.

Os pacientes também são submetidos a exames complementares, como ressonância magnética de crânio, SPECT ictal, SPECT interictal e avaliação neuropsicológica, que podem apresentar resultados que corroboram, ou não, com o diagnóstico de epilepsia, auxiliando o raciocínio clínico.

O diagnóstico de crise não-epiléptica psicogênica passou a contar, a partir da década de oitenta, com a monitorização pelo vídeo-EEG, o que foi considerado o “padrão ouro” em termos de diagnóstico (Gates, 2000). Na maioria dos centros de avaliação, a monitorização por vídeo-EEG é coordenada por médicos neurologistas que têm, como único objetivo, o diagnóstico de crise epiléptica ou a sua exclusão, o que, por sua vez, caracteriza a crise não-epiléptica. Do ponto de vista neurológico, a investigação se encerraria neste momento, mas, sob o ponto de vista do paciente, o problema das crises não-epilépticas permanece. Na maioria das

vezes, estes pacientes são encaminhados com informações pouco esclarecidas para a avaliação psiquiátrica.

Neste ponto, vale a pena refletir sobre as situações vivenciadas pelos pacientes e seus familiares. Muitos destes pacientes viveram cerca de cinco, dez, vinte anos das suas vidas acreditando serem portadores de uma epilepsia de difícil controle. Passaram por dezenas de consultas médicas, realizaram muitos exames e tomaram várias medicações, inclusive em doses altas, com possíveis efeitos colaterais. Estes pacientes e familiares experimentaram todas as dificuldades, as limitações e os preconceitos relacionados à epilepsia, ao mesmo tempo em que buscaram os seus direitos e benefícios, como portadores de uma doença crônica. Com o esclarecimento do diagnóstico, muitos destes pacientes e familiares têm uma sensação de alívio, mas a grande maioria sente-se desmoralizada, ou com raiva, ou desconfiados do novo diagnóstico. Esta situação se agrava quando o médico neurologista simplesmente dá alta médica para o paciente e o encaminha ao serviço de saúde mental.

A avaliação psiquiátrica, por sua vez, na experiência do PROJEPSI, mostra-se mais eficiente quando é realizada conjuntamente, e não posteriormente, à investigação neurológica. Sem esgotar os muitos aspectos concernentes à avaliação psiquiátrica, é justamente durante a entrevista, através do vínculo estabelecido, que se resgata, a partir do relato do paciente, a dupla dimensão dos sintomas médicos e psicopatológicos. Por um lado, surgem os aspectos singulares no discurso do paciente, vinculados à capacidade humana de simbolização e, por outro lado, os aspectos

universais, que funcionam como indicadores que contribuem para o desenvolvimento do raciocínio clínico em direção a um diagnóstico (Dalgalarrondo, 2000).

Conforme anteriormente referido, segundo o ponto de vista psiquiátrico, os diagnósticos mais frequentemente associados às crises não-epilépticas psicogênicas são os transtornos somatoformes, mais especificamente, o transtorno conversivo e o transtorno de somatização, e os transtornos dissociativos (Gates, 2000). Estes diagnósticos, por sua vez, por serem de natureza mais descritivo-interpretativa, seguem um sentido oposto ao traçado pela psiquiatria contemporânea, que valoriza os aspectos genético-biológicos. Ao mesmo tempo, estes diagnósticos levantam questões de natureza valorativa, epistemológica e culturais, centrais à própria psiquiatria ocidental contemporânea.

Desta forma, na grande maioria das vezes, existe uma grande dificuldade na abordagem dos casos de crise não-epiléptica psicogênica, tanto no que diz respeito aos diagnósticos neurológicos e psiquiátricos, quanto no que concerne ao tratamento. As especificidades do diagnóstico e tratamento exigem, do ponto de vista psiquiátrico, conhecimentos sobre os fenômenos conversivos e dissociativos que, por sua vez, são negligenciados pela neurologia e, até mesmo, pela própria psiquiatria contemporânea (Benbadis, 2005). Segundo o ponto de vista neurológico, este diagnóstico exige conhecimentos sobre epilepsia que é, na maioria das vezes, ignorada pelos médicos psiquiatras (Marchetti et al., 2004).

Uma vez apresentado o processo de diagnóstico da crise não-epiléptica psicogênica e as dificuldades deste processo, será considerada a relevância desta situação clínica, sob diferentes circunstâncias.

Os estudos sobre a prevalência de crises não-epilépticas psicogênicas em pacientes que buscam tratamento para epilepsia apontam resultados variáveis, conforme a metodologia adotada. Entre 5 a 20% dos pacientes em atendimento ambulatorial para epilepsia apresentam crises não-epilépticas psicogênicas (Benbadis et al., 1996; Gates, 2000), percentual que sobe para 10 a 40% quando são consideradas amostras de pacientes atendidos em centros especializados para tratamento de epilepsia refratária (Bowman, 1998; Sirven e Glosser, 1998; Benbadis e Hauser, 2000; Gates, 2000). A prevalência das crises não-epilépticas psicogênicas na população geral, por sua vez, é estimada entre 2-33/100.000 (Benbadis e Hauser, 2000). Finalmente, dois estudos longitudinais indicam que a incidência anual de crises não-epilépticas psicogênicas na população geral é de 1.4-3/100.000 (Sigurdardorttir e Olafsson, 1998; Szaflarski et al., 2000).

Uma das situações clínicas que mais gera polêmica quando se aborda o diagnóstico de crises não-epilépticas psicogênicas, é a possível associação entre crises epilépticas e crises não-epilépticas psicogênicas. Estima-se que 10 a 73% dos pacientes que apresentam crises não-epilépticas psicogênicas também apresentem epilepsia (Bowman, 1998; Benbadis et al., 2001). Esta associação foi de 50% em um estudo epidemiológico realizado na Islândia (Sigurdardorttir e Olafsson, 1998) e outro no nosso meio (Kurcgant et al., 2000).

Segundo Gates (2000), as diversas metodologias adotadas no diagnóstico de crises não-epilépticas psicogênicas nos diferentes estudos explicariam a amplitude dos resultados obtidos. O tempo de permanência do paciente na unidade de vídeo-eletroencefalograma, por exemplo, é variável, sendo de três a 21 dias. Quanto mais tempo o paciente permanece internado, maior a possibilidade de serem detectadas ambas as crises. Vale a observação de que o tempo de permanência do paciente é determinado, dentre outros motivos, pelo alto custo deste tipo de investigação**.**

Nos Estados Unidos da América (EUA), estima-se em cem mil dólares o custo ao longo da vida de um paciente portador de crises não-epilépticas psicogênicas, o que envolve a realização de exames, de procedimentos e o uso de medicações antiepilépticas de forma desnecessária e iatrogênica. As inúmeras investigações diagnósticas e as várias tentativas de tratamento de pacientes, que, equivocadamente, foram diagnosticados como portadores de epilepsia, atingem uma cifra anual entre cem a novecentos milhões de dólares (LaFrance e Benbadis, 2006).

As crises não-epilépticas psicogênicas levam a graves conseqüências sociais e psicológicas pois, tanto o paciente, como sua família, enfrentam os mesmos problemas dos pacientes portadores de epilepsia: a estigmatização, a baixa escolarização, o desemprego, as dificuldades no relacionamento interpessoal e a exclusão social (Betts e Duffy, 1993; LaFrance e Benbadis, 2006). Do ponto de vista médico, os pacientes ficam expostos a procedimentos iatrogênicos, como o uso de doses elevadas de drogas antiepilépticas (Nierdermeyer, 1990) e a procedimentos invasivos, como

punções venosas e entubação endotraqueal (Lesley e Privitera, 1996). Além disso, a co-morbidade com transtornos depressivos e ansiosos é alta (Ettinger et al., 1999a; Kurcgant et al., 2000) e a qualidade de vida desses pacientes é pior quando comparada à de pacientes portadores de epilepsia de difícil controle (Szaflarski, 2003).

Vários estudos mostram que o diagnóstico precoce e apropriado das crises não-epilépticas psicogênicas, seguido do tratamento adequado, pode levar à remissão dos sintomas em 19-52% dos casos ou melhora do quadro em 75-95% dos casos (LaFrance e Devinsky, 2004). Isto implica em uma diminuição expressiva da utilização do sistema de saúde e na melhor qualidade de vida dos pacientes e familiares (Silva et al., 1991; Walczak et al., 1995; Ettinger et al., 1999a). Entretanto, apesar da dimensão clínica, social e psicológica, o diagnóstico e o tratamento das crises não-epilépticas psicogênicas são, na maior parte das vezes, negligenciados no campo da neurologia e da psiquiatria contemporânea. Neste ponto, faz-se necessário tecer algumas considerações sobre a relação entre a neurologia e a psiquiatria atual.

Na prática clínica, poucas doenças são avaliadas e tratadas, simultaneamente, por neurologistas e psiquiatras, embora as situações clínicas que necessitem deste duplo atendimento sejam significativas. Os traumatismos crânio-encefálicos, as síndromes mentais orgânicas, as demências e a epilepsia de lobo temporal são exemplos destas situações clínicas fronteiriças e tangenciais entre as duas disciplinas e, certamente, o diagnóstico de crise não-epiléptica psicogênica é uma destas situações.

Apesar destas patologias envolverem as duas disciplinas, as colaborações mútuas são raras. Um dos motivos levantados para tal situação é a persistência do impasse quanto à etiologia das patologias, o que remete aos debates de "orgânico *versus* funcional" e "cérebro *versus* mente" (Price et al., 2000). As tentativas de interação são muitas vezes frustrantes para as duas especialidades e os pacientes acabam não sendo bem atendidos nas suas necessidades.

Nesse contexto, já foi sugerido que a separação entre a neurologia e a psiquiatria é um dos motivos da dificuldade na abordagem das crises não-epilépticas psicogênicas (Devinsky, 1998). Nesta direção, e sem levar em conta os aspectos históricos e epistemológicos envolvidos, alguns estudiosos acreditam que a unificação das duas disciplinas é tanto necessária, quanto possível. Estes autores sugerem que o desenvolvimento das neurociências, nas últimas décadas, produziu uma linguagem comum para as duas disciplinas e que os avanços em neuropsicologia, em neuroimagem e em genética molecular garantirão o pleno conhecimento das doenças mentais (Kandel et al., 1995; Price et al., 2000).

Segundo Berrios (2000), historiador da psiquiatria, esta não é a primeira vez que se promete o pleno conhecimento das doenças mentais. No século XIX, ocorreu algo semelhante com o surgimento da microscopia óptica, que possibilitou a visualização do neurônio e o desenvolvimento da neuropatologia. No século XX, surgiram técnicas como o eletroencefalograma, a ventriculografia por ar e a tomografia computadorizada que prometiam algo semelhante. Atualmente, a biologia

molecular e a genética prometem elucidar as causas das doenças mentais. Berrios (2000) aponta que cada uma destas técnicas contribuiu, no seu tempo, para o delineamento de um determinado modelo teórico e subseqüentes investimentos, inclusive financeiros, em pesquisas.

Ainda, segundo Berrios (2000), infelizmente, na psiquiatria atual, os estudos clínicos, descritivos, epistemológicos e históricos passaram a ser considerados cada vez mais obsoletos, criando uma falsa crença de que os sintomas mentais já teriam sido exaustivamente descritos e estudados, tornando-se necessária, somente, a investigação das causas e os tratamentos das doenças mentais.

No presente estudo será adotado um outro ponto de vista no qual se buscará na epistemologia, em uma perspectiva histórica, novos elementos para a compreensão das identidades e diferenças existentes entre a abordagem neurológica e a psiquiátrica do adoecimento, buscando, assim, uma outra forma de investigação sobre o estatuto nosológico da crise não-epiléptica psicogênica.

As concepções de causa e doença na medicina ocidental foram objeto de estudo do filósofo Michel Foucault (1926-1984). Na sua obra *O Nascimento da Clínica*, Foucault (1998) considera que, no século XVIII, emergiu o desenvolvimento da anátomo-clínica que, a partir de exames empíricos, buscava detectar na morfologia do corpo e das lesões a base do adoecimento. Desta forma, apesar dos avanços tecnológicos descritos e incorporados pela psiquiatria, as concepções de causa, de doença e de

tratamento das doenças da medicina ocidental contemporânea têm suas origens na anátomo-clínica setecentista.

A imanência das noções de causa e de doença baseia-se, desde então, nesta dimensão analítico-mecanicista da racionalidade da medicina ocidental contemporânea que, por sua vez, está vinculada à racionalidade da mecânica clássica (Camargo Jr., 2005). Entende-se aqui, por racionalidade médica, um sistema lógico e teoricamente estruturado, composto de cinco elementos teóricos fundamentais: uma morfologia ou anatomia humana; uma fisiologia ou dinâmica vital humana; um sistema de diagnósticos; um sistema de intervenções terapêuticas e uma doutrina médica (Camargo Jr., 2005).

Para Japiassu (2007), a racionalidade da mecânica clássica que surgiu no século XVI, provocou a destruição de um Cosmos, ou seja, da concepção de um mundo finito, fechado e ordenado hierarquicamente. O Cosmos foi substituído por um Universo infinito e inapreensível em sua totalidade, mas racionalmente acessível por traços identitários de seus componentes, isto é, pelas regularidades e pelas leis fundamentais que expressam os mecanismos que governam os corpos e o Universo. Ao organizar racionalmente o universo dos corpos, o homem se descobre também como um corpo no universo, no qual todos os seus componentes são situados no mesmo nível do ser.

Na visão analítico-mecanicista acima delineada, a medicina que se origina a partir da anátomo-clínica é uma medicina do corpo, de seus mecanismos e suas lesões e doenças (Camargo Jr., 1990).

Entretanto, como salienta Camargo Jr. (2005), talvez a característica mais peculiar da racionalidade médica ocidental seja a de relegar para um terreno de implícitos todas essas noções fundamentais da medicina, nas quais os princípios gerais apenas podem ser inferidos a partir do exame do seu discurso e da sua prática. Conforme apontado por Burtt (1983) e ressaltado por Camargo Jr. (2005), o problema desta ocultação da metafísica, característica da doutrina positivista, é a restrição de uma reflexão crítica sobre as próprias concepções e princípios gerais, no caso, da própria medicina.

A psiquiatria vem sofrendo uma série de reformulações significativas nas últimas três décadas, em convergência à racionalidade médica da medicina ocidental contemporânea e, com isso, busca garantir a sua legitimidade como disciplina médica. Neste processo, problemas de natureza conceitual e epistemológica foram relegados para um plano implícito e privados de uma reflexão crítica, o que certamente contribuiu para uma série de dificuldades e impasses que podem ser detectados na prática clínica e na pesquisa em psiquiatria.

Particularmente no âmbito das crises não-epilépticas psicogênicas, estas dificuldades incluem aspectos que serão discutidos neste estudo, mas que serão já anunciados. Em primeiro lugar, observa-se, de maneira geral, uma desvalorização das concepções de doenças que tomam por base a descrição do conjunto de sintomas. Segundo Camargo Jr. (2005), as doenças com explicações fisiopatológicas, devido à sua inclusão no domínio das ciências experimentais, são mais valorizadas porque é justamente esta

cientificidade que empresta legitimidade social à medicina ocidental. O diagnóstico das crises não-epilépticas psicogênicas, por sua vez, do ponto de vista psiquiátrico depende, exclusivamente, da descrição dos sintomas e, portanto, caminha em sentido oposto ao valorizado.

Em segundo lugar, em função da busca da objetivação dos sintomas e da formulação das generalizações, próprias da racionalidade da medicina ocidental, ocorre uma desvalorização da subjetividade do paciente na prática psiquiátrica. Os aspectos simbólicos, que são fundamentais para a compreensão das crises não-epilépticas psicogênicas são, praticamente, descartados. Esta lacuna é preenchida com excessos de diagnósticos clínicos e psiquiátricos e, por vezes, com excessos terapêuticos que incluem o uso de medicações e até de intervenções cirúrgicas desnecessárias.

Em terceiro lugar, a psiquiatria contemporânea assiste à construção de categorias nosológicas "ateóricas"[2] que refletem esta ocultação metafísica, e que impedem a devida apropriação e reflexão sobre os diagnósticos psiquiátricos. Os diagnósticos associados às crises não-epilépticas psicogênicas, em particular, apesar de não explicitados, remetem a conceitos psicanalíticos que exigem conhecimentos de outra natureza e que são desconhecidos na atual prática psiquiátrica.

---

[2] O DSM-IV - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* - na *Introdução* da sua 4ª edição, de 1980, propõe a construção de categorias nosológicas ateóricas.

Finalmente, a soberania da doença no contexto da racionalidade da medicina ocidental contemporânea e na psiquiatria, em particular, em detrimento de qualquer outra concepção de sofrimento, favorece, de forma intrínseca, a iatrogenia da própria prática médica. Assim, a expectativa de “doença” que acomete médicos, enfermeiros, pacientes e familiares favorece o surgimento e a manutenção das crises não-epilépticas psicogênicas.

Caminhando na direção inversa dessa metafísica negada, o que se pretende aqui é “escovar a contrapelo” o desenvolvimento do conhecimento psiquiátrico da crise não-epiléptica psicogênica, buscando jogar luz nos pressupostos epistemológicos deste conceito e nas suas implicações práticas.

2 Objetivos

O objetivo principal deste estudo é, portanto, enriquecer a compreensão da abordagem médica das crises não-epilépticas psicogênicas, com base em uma investigação histórico-epistemológica do seu desenvolvimento conceitual, e as respectivas implicações práticas desta categoria nosológica.

A recuperação da história do conceito de crise não epiléptica psicogênica, das teorias e conceitos envolvidos na sua constituição, têm, como objetivos secundários, ampliar a compreensão sobre as relações entre crises não-epilépticas psicogênicas, neurologia e psiquiatria; investigar as relações entre as crises não-epilépticas psicogênicas e o uso do vídeo-EEG; refletir sobre as implicações da nosografia psiquiátrica atual sobre o conceito de crise não-epiléptica psicogênica e, finalmente, avaliar as repercussões dos aspectos acima enunciados, na prática clínica atual, em nosso meio.

3 Metodologia

3.1 Bases teórico-metodológicas

Apesar das discussões contemporâneas em história da ciência, uma parte significativa de trabalhos em história da medicina revelam uma abordagem iatrocêntrica. Segundo Pagel (1945), um número expressivo de médicos, ao realizarem pesquisas em história e filosofia da medicina, tendem a selecionar e simplificar o objeto de pesquisa. Escolhem o que lhes parece relevante para alcançar seus objetivos, como biografias, história das descobertas na anatomia, na fisiologia, e descartam qualquer informação do contexto. Neste tipo de pesquisa, há uma preocupação em apresentar, passo a passo, um percurso que culmine com o ponto de vista presenciado pelo pesquisador. Traça-se, assim, uma linha progressiva, cujo clímax seria a explicitação da medicina da ciência contemporânea. Não se pretende, neste estudo, seguir este caminho.

Assume-se que, para se compreender uma ciência no passado, deve-se situá-la segundo os pontos de vista ulteriores. Entretanto, o que aqui se pretende, não é propor uma discussão *a priori*, dogmática, mas, sim, uma investigação que vise compreender os conhecimentos científicos na confluência de seus elementos ideológicos, históricos e sociais. Se estes aspectos são considerados relevantes, nos nossos dias, é porque o positivismo do século XIX os considerava supérfluos. O positivismo, em repúdio à toda tradição metafísica da filosofia, desejava fundamentar os

conhecimentos sobre suas bases positivas, isto é, sobre dados reais da experiência, ou seja, do que pode ser percebido através dos sentidos e verificado por meio de procedimentos objetivos (Japiassu, 1992). Pensadores como Comte, consideravam as ciências, tanto em sua forma, quanto em seu conteúdo, como constituindo a própria verdade e, portanto, não poderiam ser julgadas, pois se justificavam a si mesmas (Japiassu, 1992).

No século XX essa tendência é reelaborada e levada às suas últimas conseqüências, com a denominação do “neopositivismo”, concebendo a ciência como a única fonte possível de conhecimento verdadeiro. Esta perspectiva entende a tarefa da filosofia como uma espécie de análise dos procedimentos científicos, ou seja, uma teoria não mais do conhecimento, mas da ciência ou, mais precisamente, da metodologia científica (Japiassu, 1992). É verdade que a filosofia do século XX não se restringe apenas a essa corrente de pensamento, ostentando uma enorme diversidade de tendências, entre as quais algumas que pretendem exatamente combater as posições “neo” ou propriamente positivistas, conforme será exposto a seguir.

Nessa direção, cabe uma discussão sobre as bases teórico-metodológicas, que darão o rumo ao presente estudo. Em primeiro lugar, faz-se necessária a delimitação dos métodos de investigação a serem utilizados para depois ser apresentado o material e a estratégia de pesquisa. Inicia-se, assim, esta discussão pelos projetos epistemológicos que possibilitam uma atividade reflexiva sobre a produção do conhecimento científico, baseado no questionamento crítico sobre a história das ciências,

no que diz respeito à formação, às mudanças e à formalização dos seus conceitos, teorias e práticas.

Valem aqui duas ressalvas. A primeira delas diz respeito aos vários pensadores desta discussão. Longe de se desqualificar o rigor metodológico ou minimizar a complexidade de qualquer um dos autores expostos, pretende-se, sim, a partir das diferentes contribuições teóricas, buscar novos entendimentos para um objeto de estudo que tem entre suas características a situação fronteiriça entre diversos campos do saber.

A segunda ressalva e, em concordância com a primeira, diz respeito ao aspecto histórico deste estudo que, em algumas situações, necessitará recorrer diretamente a fontes secundárias e em outras situações inicia-se sobre a especificidade de documentos, para depois traçar as relações destes com um contexto mais amplo, o que perpassa diferentes camadas de conhecimento e justifica a pluralidade de autores. Em outras palavras, conforme Alfonso-Goldfarb et al. (2004), tem-se formado um mapa temporal da ciência, extremamente complexo, em que convivem rupturas e permanências, e em que é possível estabelecer pressupostos que extrapolam os modelos historiográficos convencionais.

Ainda nesta direção, deve ser apontada a relação de interdependência da epistemologia e da história das ciências. Segundo Machado (2006), “a ciência, discurso normatizado e normativo, é instauradora de uma racionalidade. Se esta, por sua vez, tem uma história, só a história das ciências é capaz de demonstrá-la e indicar o seu itinerário” (p.7). Daí a exigência de criticidade que confere à história das ciências sua

dimensão filosófica. Neste ponto inscreveu-se o projeto de Gaston Bachelard (1884-1962), em que a epistemologia surge como o produto da ciência, criticando-se a si mesma (Bachelard, 1991).

Existem vários caminhos possíveis para se adentrar no projeto epistemológico de Bachelard. Escolheu-se, aqui, um percurso que parte das relações entre filosofia da ciência e produção científica e das relações entre epistemologia e história das ciências, em direção à constituição do conhecimento, como um racionalismo aplicado.

No projeto epistemológico de Bachelard (1994), o conhecimento científico depende da investigação, da verificação e da crítica de tudo que se refere ao objeto de estudo. De fato, o conhecimento científico só é possível com a ruptura com o objeto imediato e com a detecção e a recusa dos pensamentos que nascem das primeiras observações. Aqui são apontados os problemas do imediatismo e das generalizações, além de ser anunciada a preocupação com a reflexão crítica.

De fato, para Bachelard (1991), a filosofia da ciência se debate, com dois obstáculos: as generalizações e o imediatismo, marcas do racionalismo e do empirismo, respectivamente, que são doutrinas filosóficas dominantes no pensamento científico atual. Segundo Bachelard (1991), a filosofia da ciência não deve ser um embate entre as duas doutrinas. Para ele, o “pensar científico” é colocar-se no campo epistemológico intermediário entre ambas, entre a teoria e a prática, entre a matemática e a experiência. Mais ainda, na opinião de Bachelard (1991), deve existir uma sobrevalorização do racionalismo sobre o empirismo, caracterizando, assim, o “racionalismo

aplicado". Trata-se de um racionalismo que retoma os ensinamentos da realidade, da experiência, e traz modificações para a própria filosofia (Bachelard, 1991).

Greco (2004) sugere que a chave do pensamento de Bachelard é a de uma filosofia aberta, cujos conhecimentos fundantes possam ser influenciados e reformulados pela produção científica. Nas palavras de Bachelard (1991) "uma filosofia que pretenda ser verdadeiramente adequada ao pensamento científico, em evolução constante, deva encarar o efeito reativo dos conhecimentos científicos sobre a estrutura espiritual" (p.11).

Vale a pena, neste ponto, tecer alguns esclarecimentos sobre interpretações equivocadas a respeito do pensamento de Bachelard. Por um lado, alguns o definem como um "idealista" porque aborda a ciência através dos métodos físico-matemáticos, entretanto, trata-se, sim, de um "idealismo discursivo" elaborado, construído, não triunfante ou sem obstáculos. Por outro lado, alguns o chamam de "materialista" porque Bachelard parte do trabalho no laboratório do químico entretanto, deve-se pensar em um "materialismo racional", isto é, instruído e não ingênuo (Japiassu, 1992). Parece bastante claro que Bachelard não elege um dos dois pólos, mas permanece entre eles.

Desta forma, uma filosofia adequada ao pensamento científico não pode ser uma filosofia que tenha somente origens na metafísica, ou em uma razão incondicional, ou em função de algo dado. A razão seria o produto da ciência e não sua matéria prima; a razão seria "instruída" pela ciência, no

sentido de que seus objetos e conceitos não são imediatamente dados, mas objetos e conceitos que foram produzidos pelo próprio trabalho da ciência.

A aritmética é um exemplo destes produtos do trabalho da ciência. Segundo Bachelard, a aritmética não se fundamenta a partir da razão. Ao contrário, a razão é que se fundamenta a partir da aritmética elementar, pois o uso repetitivo da própria aritmética a legitimou como um sistema de organização de experiência eficiente e consistente, a tal ponto que seria impensável abandoná-la (Bachelard, 1991).

Bachelard também descreve a ciência como uma forma de trabalho mediado por instrumentos. O papel dos instrumentos é crucial, pois eles reorganizam e transformam o que é dado. É, por esta razão, que a ciência moderna “pensa” através de seus instrumentos, e não mais pelos órgãos do sentido (Bachelard, 1991). Esta inovação não marcaria somente a peculiaridade da ciência moderna, mas também lança a necessidade de uma interpretação completamente diferente sobre o que os cientistas faziam no passado (Japiassu, 1976).

Por conseguinte, se toda ciência deve produzir, a cada momento de sua história, suas próprias normas de verdade e os critérios de sua existência, o conhecimento passa a ser concebido como uma “produção histórica”, um processo. Isto não significa que todo conhecimento é relativo, mas que a ciência se constrói através da descoberta de verdades constantemente retificadas e aproximadas. Resulta, então, que a epistemologia é indissociável da história das ciências (Japiassu, 1992).

Para Japiassu (1976), Bachelard pretende mostrar que a ciência contemporânea foi obrigada a renunciar à pretensão de um saber universal, ao assumir que não existem critérios de racionalidade válidos para todas as ciências e, principalmente, porque a razão, para Bachelard, não pode ser entendida independente da sua aplicação. A este princípio Bachelard denominou de “racionalismo aplicado”, o que reitera o sentido de historicidade de sua epistemologia. O racionalismo aplicado é constitutivo das práticas científicas e, portanto, segundo ele, há uma pluralidade de racionalismos, que corresponde às diferentes regiões da atividade científica.

Este processo, historicamente marcado, de constantes retificações e aproximações da verdade, nas diferentes regiões de atividade científica, vai embasar o método da “recorrência” na história *bachelardiana* das ciências. Isto é, Bachelard compreenderá o estado atual de uma ciência não como o resultado de um progresso linear do conhecimento, mas como efeito de continuidades e rupturas na busca de domínio racional de uma certa região de experimentação empírica. Segundo Bachelard (1991), a partir da experiência real, procura-se no interior do desconhecido o que pode contradizer os conhecimentos anteriores, em uma dialética com o passado, de tal forma que o novo diz “não” ao conhecimento antigo. Desta forma, ocorre um “enriquecimento” do corpo de conhecimento e, possivelmente, um progresso.

Nesta dialética com o passado no momento da constituição do conhecimento surge o que Bachelard conceituou de “obstáculo” epistemológico. Trata-se, inicialmente, de um “contra pensamento” e,

posteriormente, de uma parada do pensamento, isto é, uma “resistência” ou “inércia”. Em outras palavras, se o pensamento científico é eminentemente progressivo e marcado por reorganizações, o obstáculo epistemológico aparece todas as vezes que uma organização do pensamento preexistente encontra-se ameaçada (Japiassu, 1976).

Por outro lado, o projeto epistemológico de Bachelard também reconhece o momento em que uma ciência afirma sua autodeterminação, em que constrói o seu objeto pela destruição dos objetos de percepção comum, do saber imediato e dos obstáculos que impedem seu ingresso na cientificidade, através de uma ruptura de ideologias e da dialética com o passado. Nunca, porém, chega a um estado de acabamento, pois a ciência inclui a consciência de sua própria retificação, quer dizer, de reformulações em seu corpo teórico como característica de seu funcionamento (Japiassu, 1976).

Provavelmente quem melhor deu continuidade ao projeto *bachelardiano* foi Georges Canguilhem (1904-1995). Assim como para Bachelard, o pensamento epistemológico para Canguilhem não é geral ou global, mas, sim, regional, em que se procuram explicitar os fundamentos de um setor particular do saber científico. Entretanto, enquanto Bachelard estudou ciências como a física e a química, Canguilhem analisou o que ele denominou de “ciências da vida”, o que incluía a medicina (Machado, 2006).

No presente estudo, parece importante, do ponto de vista metodológico, que o pensamento epistemológico possibilite, ao mesmo tempo, entrelaçar e separar o passado e o presente do conceito em exame.

O método histórico-epistemológico, desenvolvido por Canguilhem, procura satisfazer esta dupla exigência, ao multiplicar os pontos de vista, explicitando os diferentes extratos do terreno teórico, de onde surge um conceito científico (Delaporte, 1998).

Para se compreender o método de Canguilhem, torna-se necessário remeter-se à própria ciência. Influenciado por Bachelard, para Canguilhem, a ciência não é um objeto natural ou um objeto dado, mas, sim, essencialmente um discurso, um conjunto de proposições articuladas sistematicamente. Entretanto, trata-se de um tipo específico de discurso, é um discurso que tem a pretensão de verdade (Canguilhem 1977).

Para Canguilhem, é esta característica de racionalidade, de veracidade do conhecimento científico que explica porque a história da ciência não pode ser descritiva ou factual. A história da ciência diz respeito à pesquisa da verdade, da normatividade interna do discurso científico e, portanto, a história da ciência deve ser uma história conceitual porque o conceito exprime primordialmente essa normatividade ou, em outros termos, porque a formação dos conceitos define a racionalidade (Machado, 2006).

A importância dada ao conceito justifica o fato da epistemologia desenvolvida por Canguilhem partir da história do conceito e, não, de uma história da teoria ou ciência. Vale a ressalva de que conceito e teoria não são sinônimos. Uma teoria é constituída por um feixe de conceitos, ou melhor, por um conjunto coerente de conceitos. Enquanto o conceito assinala a existência de uma questão ou a formulação de um problema, a teoria apresenta determinada resposta, sugere uma solução. Este aspecto

dinâmico, que caracteriza o conceito e faz da ciência um domínio operatório, dá ao conceito uma existência relativamente independente das teorias em que nasce ou das teorias que o retomam, mas também das experiências que é capaz de interpretar (Machado, 2006).

Canguilhem, segundo Delaporte (1998), ao fazer esta passagem da história de uma teoria à história da formação do conceito, procura resolver o duplo problema da continuidade e descontinuidade na história das ciências. Nesta direção, a partir da história do conceito é que se pode afirmar que determinados elementos podem contribuir para a formação da ciência e, ao mesmo tempo, dela serem excluídas. A partir do plano da história dos conceitos, é que se indaga o que uma construção discursiva deve conter para que o conceito possa ter um sentido de verdade. Finalmente, é também no plano da história do conceito, trabalhando nesta região mediadora, que se pode reorientar a teoria.

O pensamento de Canguilhem, ao oscilar entre as duas vertentes da história, a da continuidade e da descontinuidade, propõe-se a procurar e descrever os vínculos que unem uma teoria científica a antigas representações, sem deixar de levar em conta a distância que separa uma da outra. Com isso, rompe com a idéia segundo a qual o saber deve ser purificado ou isolado de seu caráter de irracionalidade, mas sem deixar de assinalar os obstáculos e rupturas que as afastam (Delaporte, 1998). Neste ponto, é facilmente reconhecida a influência de Bachelard.

Desta forma, a história da ciência concebida pela epistemologia histórica leva em conta, além da análise conceitual, o caráter normativo e a

determinação das rupturas. Na sua obra *Ideologia e Racionalidade nas Ciências da Vida* (1977), Canguilhem faz uma importante advertência sobre estes dois aspectos. Segundo este autor, “o passado de uma ciência atual não se confunde com essa mesma ciência no passado” (p. 15). Em outras palavras, a persistência, ao longo do tempo, dos termos utilizados para denominar um conceito, não deve ser confundida com a identidade destes conceitos.

Ainda nesta mesma obra, Canguilhem (1977) discute o problema da escolha de objetos de investigação pelo historiador da ciência, no que diz respeito ao caráter normativo da ciência, ou seja, não se pode deixar de perguntar o que o termo “ciência” designa e quando e como este termo pode se aplicar a um dado discurso. Para tanto, Canguilhem desenvolve o conceito de “ideologia científica”.

Sem ter a pretensão de investigar as origens do conceito de “ideologia”, parece oportuno dedicar alguma atenção ao conceito de “ideologia científica”. Segundo Canguilhem (1977), uma ideologia científica não é uma falsa ciência, já que é próprio da falsa ciência nunca descobrir o que é falso, nunca reconhecer a necessidade de renunciar a algo, nunca mudar a linguagem. Para a falsa ciência não existe estado pré-científico, não existe história. Uma ideologia científica chega ao fim quando o lugar que ocupava encontra-se investido por uma disciplina que, operativamente, dê provas de validade de suas normas de cientificidade. Em uma ideologia científica há, por um lado, uma ambição explícita em ser ciência, com a imitação de um modelo de ciência já constituído. Por outro lado, há um

desconhecimento das exigências metodológicas e das possibilidades operatórias da ciência, no setor da experiência em que esta procura investir, mas, segundo Canguilhem (1977), não existe a ignorância, o menosprezo ou a recusa da função da ciência. Isso significa também que, de modo algum, se deve confundir ideologia científica e superstição, pois a ideologia ocupa um lugar, ainda que seja por usurpação, no espaço do conhecimento e não no espaço da crença religiosa. Por fim, a ideologia científica encontra-se sobreposta ao lugar que a ciência virá a ocupar; aliás, não está apenas sobreposta, está também deslocada, como se estivesse a observar a ciência.

Deste modo, uma história das ciências não pode deixar de se ocupar também das ideologias científicas, separando-as e entrelaçando-as à própria ciência. A separação entre ideologia científica e ciência deve impedir que se considere em continuidade os elementos que, aparentemente, foram conservados de uma ideologia na construção científica que, por sua vez, destituiu a ideologia. Por outro lado, o entrelaçamento entre ideologia e ciência deve impedir a redução da história de uma ciência à “insipidez de um quadro sem sombras de relevo” (Canguilhem, 1977).

Ainda pensando nas bases teórico metodológicas deste estudo, a metodologia de Foucault, denominada de história arqueológica, pode trazer importantes contribuições. Se, por um lado, a metodologia desenvolvida por Foucault guarda vínculos com a metodologia histórico-epistemológica de Canguilhem e Bachelard, por outro lado, produz dois deslocamentos importantes.

Em primeiro lugar, enquanto a metodologia histórico-epistemológica se interessou pelas regiões de cientificidade da natureza e da vida, estudando ciências como matemática, física, química, biologia, fisiologia, o método de Foucault investigou o próprio homem como uma nova região, isto é, todas as suas análises formaram uma grande pesquisa sobre a constituição dos saberes sobre o humano na modernidade.

Em segundo lugar, Foucault diferencia-se de Bachelard e Canguilhem no que diz respeito à ruptura com a idéia de progresso. Segundo Ayres (2002a), a ruptura metodológica com a recorrência é a recusa de um ponto de referência com base no qual se pode valorizar positiva ou negativamente os movimentos de conformação de uma ciência ou de um conceito científico. Em outras palavras, a arqueologia desloca a história dos conceitos para a história dos saberes. Pretende ser uma crítica da própria idéia de racionalidade e de qualquer processo histórico que define e aperfeiçoa a própria racionalidade. Para tanto, analisa os discursos e as circunstâncias nos quais estes surgem com a finalidade exclusiva de identificar os terrenos de linguagem sobre os quais se apóiam as ciências em exame (Ayres, 2002a).

Sem ter condições, neste momento, de ir além, mas levando em conta os objetivos deste estudo, opta-se em abordar o método de Foucault (2003) a partir da sua obra *História da Loucura*. Tal escolha justifica-se duplamente. Primeiramente porque possibilita uma aproximação com as contribuições metodológicas de Foucault, ou seja, a exploração da linguagem, ainda que recusando sua proposta “não-normativa”. Em segundo lugar, a escolha

justifica-se no fato de que interessam os seus relatos sobre os discursos e entendimentos sobre a loucura e a razão na Idade Clássica. Convém, neste ponto, esclarecer que esta obra, a *História da Loucura*, não tem a pretensão de tratar sobre a história da psiquiatria. A obra de Foucault, centrada na época clássica, ao investigar a concepção de loucura e do confinamento do louco em instituições tem, por finalidade, esclarecer a loucura na modernidade e sobretudo, discutir a própria noção de razão.

Desta forma, Foucault desenvolve argumentos que não tematizam, essencialmente, o discurso psiquiátrico, mas o que lhe é anterior e exterior, percorrendo saberes sobre a loucura, sejam eles psiquiátricos ou não, sistemáticos ou não, teóricos ou não, estabelecendo diversas configurações históricas, sem se limitar às fronteiras espaciais e temporais da disciplina psiquiátrica (Machado, 2006).

A arqueologia de Foucault caracteriza-se pela variação constante de seus princípios, pela permanente redefinição de seus objetivos, pela mudança no sistema de argumentação que a legitima ou justifica. Assim, distante de ser uma história da ciência descritiva, também não é mais uma história epistemológica. Embora Foucault não tome posição, implícita ou explicitamente, contra essas teses epistemológicas, também não se dedica a uma história normativa comprometida com um processo finalizado em direção à verdade e ao progresso da ciência (Machado, 2006).

A análise arqueológica de Foucault, na *História da Loucura*, inaugura o não privilégio da verdade, da razão e do conhecimento, seja na psiquiatria ou em qualquer outra ciência. Nesta direção, também não se trata mais de

uma história recorrente, como a epistemologia histórica a realiza, pois Foucault não julga o conhecimento da loucura a partir da racionalidade da ciência atual (Machado, 2006).

Segundo Nalli (2006), o desafio de Foucault na *História da Loucura* é compreender, historicamente, arqueologicamente, como se constrói “isso” que nós chamamos de razão no século XX. Há duas formas de se contar esta história. Pode-se optar pela história da própria razão, em que se mostra como esta identidade se constrói ou, como sugerido por Foucault, pelo processo de demarcação das diferenças, em que se mostra o que não é razão. Em outras palavras, Foucault pretende mostrar a história da razão, não de acordo com o que ela é, mas de acordo com o que ela não é, de acordo com sua diferenciação da loucura.

A *História da Loucura* pode ser dividida em três grandes períodos históricos, a Idade Média, a Idade Clássica e, por fim, a Modernidade. Por um lado, Foucault mostra que, ao longo destes três períodos, o louco sai de uma condição de portador de uma insígnia divina de maldição, para se tornar um desviado moral e, depois, se transformar em um doente mental. Por outro lado, a razão também sofre modificações. Inicialmente, trata-se de uma razão que se debate mítica ou misticamente com a questão das ameaças divinas ou das ameaças diabólicas. No momento histórico seguinte, configura-se uma razão moral e, na Modernidade, transforma-se em uma razão científica, racional, no sentido que inquire as causas ou os elementos condicionantes de um fenômeno qualquer, que seja passível de ser investigado, incluindo, assim, a doença mental (Nalli, 2006).

Segundo Nalli (2006), Foucault descreve em seu trabalho como se constrói o objeto doença mental, que vai ser apropriado pelo discurso médico com pretensões científicas e pelos discursos caracterizados pelo prefixo “psi”, a saber, a psiquiatria, a psicopatologia, a psicologia e a psicanálise. Ao mesmo tempo, Foucault demonstra como se constrói a própria racionalidade moderna, que é eminentemente científica.

Ayres (2002a) aponta que o importante para Foucault não é a autoridade normativa dos saberes, mas as suas condições de possibilidade, a sua plástica lingüística, que dá os atributos e a identidade aos conceitos. O critério que ordena suas “escavações” epistemológicas, trazendo à luz as diversas camadas que sedimentam o caráter científico do saber, é a “positividade discursiva”, com suas competências representativas e um princípio de estruturação de uma expressão lingüística original e estável.

Entretanto, a análise de Foucault, embora traga subsídios importantes, não é suficiente para os objetivos do presente estudo, pois não contempla as questões de juízos de valor de natureza prática que estão intimamente relacionados com as práticas médicas. A abordagem aqui proposta das crises não-epilépticas psicogênicas surge do interesse pelo desenvolvimento científico desta categoria diagnóstica no contexto da prática da psiquiatria, conforme um juízo, que não deixa de ser normativo, acerca dos limites e dificuldades relacionados às suas implicações médicas.

É neste sentido que este estudo se afina com a posição de Ayres (2002a), ao buscar fecundar a rica contribuição da arqueologia *foucaultiana*, no campo da saúde, com o princípio *canguilhemiano* da recorrência na

compreensão da gênese e desenvolvimento dos conceitos, porém adotando critérios normativos de natureza diversa. Este autor propõe uma “crítica histórico-epistemológica”, na qual o amadurecimento conceitual de um discurso científico é apreendido pelo “progresso” da racionalidade desse discurso por referência aos horizontes práticos que a orientam. Sob esta perspectiva, a história epistemológica permite e reclama uma atitude crítica, um posicionamento valorativo frente ao sentido prático da racionalidade que subjaz seus princípios estruturais. Isto não implica em adotar qualquer posição prescritiva ou moralizante, mas, ao contrário, em assumir que a compreensão do sentido de um discurso científico será sempre dependente do que achamos possível e correto fazer com ele e que, por outro lado, esse interesse já é sempre, também, um efeito desse discurso.

Neste ponto, faz-se necessária uma nova inflexão metodológica, em que se leve em consideração as preocupações de natureza prática das ciências e, portanto, da própria racionalidade científica. Esta outra forma de compreensão da racionalidade, que tem entre seus representantes o filósofo alemão Jürgen Habermas, busca fazer da reflexão ético-filosófica, fundada em contextos historicamente circunscritos, sua perspectiva epistemológica privilegiada (Ayres, 2002b).

Sem ter a pretensão ou a condição de ir muito além, almeja-se, de forma muito breve, apresentar alguns dos pontos de partida do pensamento de Habermas, assim como a sua teoria e as repercussões sobre este estudo. Habermas parte das investigações de Max Weber que, por sua vez, estabeleceu uma relação íntima entre a modernidade e aquilo que ele

designou como racionalismo ocidental. Segundo Habermas (1990), Weber designou de “racional” o processo de desencantamento que levou à desintegração das concepções religiosas do mundo que, por sua vez, gerou, na Europa, uma cultura profana. As modernas ciências empíricas, a autonomização das artes, em oposição à arte religiosa, e as teorias da moral e do direito levaram à formação de esferas culturais de valores que possibilitaram processos de aprendizagem segundo regimes de validade internos aos campos teóricos, estéticos ou prático-morais, respectivamente.

Entretanto, segundo Habermas (1990), não foi apenas a profanização da cultura ocidental que Weber descreveu do ponto de vista da racionalização, mas foi, sobretudo, o desenvolvimento das sociedades modernas. As novas estruturas sociais se organizaram a partir da empresa capitalista e do aparelho burocrático do Estado, enquanto que a vida quotidiana foi tomada por esta racionalização cultural e social, dissolvendo-se, assim, as “formas de vida” tradicionais.

Em sentido oposto às particularidades dessas formas de vida tradicionais, o “mundo da vida” racionalizado fica marcado pela universalização de normas de ação e uma generalização de valores, características das sociedades modernas. O “mundo da vida”, conceito fenomenológico reaproveitado por Habermas (2003), é intersubjetivamente compartilhado e serve como horizonte para as ações comunicativas, ou seja, são interações linguisticamente mediadas (Habermas, 2003).

Habermas (1990) lança luz sobre as intrincadas relações entre o conceito de modernidade de Weber e a teoria da modernização, com

importantes consequências. Embora a teoria da modernização seja derivada do conceito de modernidade de Weber, esta prescinde do contexto de suas origens na Europa e pode ser utilizada, nas palavras de Habermas (1990), “como um padrão neutralizado espaço-temporalmente de processos de desenvolvimento social em geral” (p.15). Dissolvem-se, segundo Habermas, as conexões internas entre a modernidade e o contexto histórico de emergência do racionalismo ocidental, de tal forma que os processos de modernização deixam de ser concebidos como racionalizações. Ainda segundo Habermas (1990), “neste processo de negação do contexto histórico, a modernização progrediu de forma auto-suficiente, executando, simplesmente, as leis funcionais da economia, do Estado, da técnica e da ciência, de forma aparentemente imune a influências externas” (p.15).

Em conformidade ao acima exposto, na era da ciência e da tecnologia, do ponto de vista da saúde, a grande maioria das atividades de pesquisa, dos serviços de atendimento e dos programas e políticas de saúde estão orientados, fundamentalmente, por uma racionalidade baseada no desempenho das ciências e das tecnologias. Esta racionalidade, denominada instrumental, busca recursos nas ciências, especialmente, nas denominadas ciências empírico-analíticas. Neste sentido, quanto mais se buscam conhecimentos e técnicas para ampliar o êxito instrumental das ações em saúde, mais necessários tornam-se os procedimentos científicos empírico-analíticos (Ayres, 2008).

Conforme salienta Ayres (2008), as ações de saúde têm, inegavelmente, um sentido baseado na racionalidade instrumental. Desta

forma, as descrições objetivas sobre o nosso corpo, nossa mente e as possíveis intervenções sobre eles são construídas a partir dos conhecimentos científicos e das técnicas disponíveis em um dado momento. Entretanto, ainda conforme Ayres (2008), essas construções objetivas, as formas de intervir sobre elas e os produtos destas intervenções não são naturais, mas derivam de contextos históricos, nos quais são socialmente sancionados, segundo interesses práticos vigentes, ainda que de forma provisória e questionável. Em outras palavras, Ayres (2008) introduz no campo da saúde, para além dos aspectos teóricos e técnicos, a dimensão prática que comporta discussões adiadas ou dificultadas pelo domínio da racionalidade instrumental.

Na maior parte das vezes, ainda segundo Ayres (2008), as reflexões críticas sobre a dimensão prática das ações de saúde limitam-se a identificar racionalmente as consequências negativamente valorizadas de uma técnica, mas não refletem sobre as relações entre a própria técnica e esses valores. Além disso, Ayres (2008) salienta que essas reflexões práticas são, com muita frequência apreendidas no âmbito de totalidades sócio-históricas macroscópicas, e não no plano microscópico da operação das tecnologias. A possibilidade de compreender os pressupostos e as implicações práticas no âmbito mais restrito de situações particulares de ação técnica parece relevante na discussão de políticas de saúde, nas reorganizações institucionais e até na reestruturação de modelos assistenciais.

Trata-se, portanto, de examinar os saberes e as técnicas para colocá-los a serviço da prática. Em outras palavras, não se almeja somente a

detenção do momento de negação do processo crítico, mas, sim, propor positivamente alternativas (Ayres, 2002b). Nesta direção, deve-se ter recursos para a compreensão e transformação das ações de saúde, ou seja, seu sentido prático necessita ser conhecido, contextualizado e discutido.

Em consonância com o processo acima referido e com os desenvolvimentos conceituais das ciências humanas, cada vez mais foi sendo demonstrado que o compromisso com a verdade requer não somente diversidade de métodos e regimes de validez, mas, também, a revisão da natureza do que se entende por verdade, criando não somente novas metodologias e epistemologias, mas uma renovação filosófica mais ampla na compreensão das ciências (Ayres, 2008).

O conhecimento passa a ser entendido como um processo, simultaneamente, subjetivo e objetivo, já que o mundo não existe independente dos sujeitos que o produzem. Assim, a ciência não pode se tornar indiferente ao mundo criado pelos homens. A própria investigação procede de uma experiência pré-cientificamente acumulada, que Habermas denomina de “a hermenêutica natural do mundo-da-vida” (Aragão, 2002).

Nas palavras de Ayres (2002b),

> Habermas entende a busca do esclarecimento, processo simultâneo de conhecimento do mundo e auto-objetivação humana através da razão, como uma grande construção coletiva, um *diálogo* sempre em marcha, produzido através de *discursos* diversos e interdependentes sobre a realidade (p. 32).

Esses discursos, por sua vez, são resultantes da interação entre os diferentes “horizontes subjetivos”, traçados a partir das experiências vividas,

que expressam os valores, interesses e necessidades dos indivíduos vivendo em sociedade. A verdade assume, assim, a forma de uma “racionalidade comunicativamente operante” e “socialmente produtiva” (Ayres, 2002b; Habermas, 2002).

Para Habermas, a validade do conhecimento objetivo repousa, portanto, na intersubjetividade vivida. A pretensão de verdade de um discurso é sempre vinculada ao seu valor por referência a três níveis de validação intersubjetiva: a) na sua efetividade em instruir ações legítimas no âmbito dos projetos sociais a que está relacionado o discurso; isto é, na sua *correção* “normativa”; b) na sua capacidade de expressar certezas compartilháveis; isto é, na sua “verdade proposicional”; e c) no êxito em estabelecer efetiva expressão e comunicação entre os diversos indivíduos envolvidos nessas ações; isto é, na sua “autenticidade expressiva” (Ayres, 2002b; Habermas, 2002).

Conforme apontado nos parágrafos acima, seja pelo “mundo da vida”, seja pela ativa interação comunicativa de horizontes subjetivos, para Habermas, um dos aspectos mais importantes do processo de investigação de processos sociais, como o aqui estudado, é a sua inserção num contexto “hermenêutico”, que pressupõe uma pré-compreensão de determinadas normas sociais, que explicitam uma expectativa de comportamento e a implicação de alcançar êxito na ação. É justamente neste ponto que se aproxima da “filosofia hermenêutica” de Hans-Georg Gadamer.

Segundo Bleicher (2002), o problema central da hermenêutica é a obtenção de um acordo com mais alguém do nosso “mundo partilhado”. Este

acordo, sob a perspectiva da hermenêutica, é alcançado na forma de um diálogo, que resulta na “fusão de horizontes” entre os sujeitos que se entendem sobre algo. Acordo, portanto, mediado pela linguagem (a científica, inclusive), sempre motivado por uma *applicatio*, uma questão prática que leva à necessidade desse acordo.

Segundo Minayo (2008), o conceito de hermenêutica, que se funda na “compreensão”, é tratado por Gadamer como um movimento abrangente e universal do pensamento humano e que inclui toda a experiência científica, sem fazer diferenciações. Compreender significa uns se entenderem com os outros. Assim, uma das idéias centrais da hermenêutica é a de que os seres humanos, na maioria das vezes, entendem-se ou fazem um movimento interior e relacional para se colocarem de acordo. Assim para Gadamer, a necessidade de uma hermenêutica aparece com o desaparecimento do compreender-se-por-si-mesmo (Gadamer, 1999).

Ayres (2007) entende a “fusão de horizontes” como uma “produção de compartilhamentos, de familiarização e de apropriação mútua do que até então é desconhecido no outro, ou apenas supostamente conhecido” (p. 58). Isto é indispensável para que se possa colocar os recursos técnicos existentes a serviço dos sucessos práticos almejados.

Neste sentido, levando em conta os ensejos deste estudo, propõe-se um diálogo entre os diferentes conhecimentos e técnicas que envolvem uma prática. Segundo Ayres (2008), o valor da verdade prática, tal qual no verdadeiro diálogo, não é a capacidade de apreender e controlar o comportamento dos fenômenos, e deste modo poder dominá-los. Para estar

mais próximo do valor prático das ações humanas é necessário participar da totalidade do sentido que vão construindo esses grandes diálogos que são a cultura, a sociedade, a história e as biografias.

Desta forma, a hermenêutica configura no cenário filosófico contemporâneo uma fundamentação consistente para saberes que, em sintonia com o giro lingüístico-pragmático contemporâneo, não tem a pretensão de se constituir em uma única e privilegiada via de acesso às verdades absolutas. Sem configurar-se, propriamente, como uma epistemologia ou uma metodologia, a hermenêutica assinala caminhos positivos para a compreensão não somente das práticas de saúde, mas, também para a história destas práticas (Ayres, 2008).

Cabe aqui uma ressalva que torna ainda mais instigante e fecunda esta discussão. Habermas e Gadamer têm discordâncias. Habermas, enquanto representante da “hermenêutica crítica”, diferencia-se da filosofia hermenêutica, ao privilegiar os fatores extralinguísticos, que também ajudam a construir o contexto do pensamento e da ação; isto é, a dialética do trabalho, ou das condições objetivas de produção e reprodução material e a dominação, ou o exercício das relações de poder (Bleicher, 2002). Em outras palavras, para Habermas, o contexto da tradição não é apenas o espaço de verdade, mas também da falsidade, pois é atravessado pelos interesses e pela violência. Argumenta que o mundo se compõe de trabalho, poder e linguagem e, portanto, a linguagem que reflete esse mundo está marcada e limitada pelo caráter ideológico das relações de trabalho e poder (Minayo, 2008).

O debate entre a hermenêutica e a dialética de Gadamer e Habermas, respectivamente, possibilita uma discussão que se funda na *práxis*, o que é fecundo na condução do processo ao mesmo tempo compreensivo e crítico de análise da realidade social. Enquanto a hermenêutica busca as bases do consenso e da compreensão na tradição e na linguagem, o método dialético introduz na compreensão da realidade o princípio do conflito e da contradição como algo permanente e que se explica na transformação (Minayo, 2008).

Finalmente, cabe aqui uma aproximação da análise crítica de Foucault e Canguilhem ao pensamento hermenêutico de Habermas e Gadamer, ou seja, propõe-se, neste estudo, dar um tratamento hermenêutico à crítica histórico-epistemológica. Neste sentido, para o alcance dos objetivos do presente estudo, os discursos científicos serão entendidos como uma linguagem em ato, ou seja, como um diálogo em curso, orientado por uma busca de racionalidade. Entretanto, esta racionalidade não diz respeito apenas ao mais verdadeiro, mas, simultaneamente e de forma indissociável, às escolhas sobre o mais correto a fazer em relação às necessidades práticas às quais o conceito remete. Realizar uma hermenêutica crítica sobre a história epistemológica do conceito de crise não-epilética de origem psicogênica não é, portanto, outra coisa senão participar do diálogo, já em curso, sobre o sentido prático das racionalidades que subjazem essa construção conceitual.

3.2 Estratégias técnico-metodológicas

Uma vez estabelecidas as bases teórico-metodológicas, serão abordadas as estratégias técnico-metodológicas deste estudo.

A primeira etapa da pesquisa foi a distinção de vertentes discursivas mais centrais que auxiliassem na compreensão da crise não-epilética psicogênica. Foram escolhidas três vertentes com as quais a construção do discurso conceitual que, neste estudo, interessa guarda estreitas vizinhanças, seguidas de pesquisa bibliográfica. Esta, por sua vez, deve respeitar as particularidades de cada um dos temas; ou seja, a escolha das referências deveria otimizar as possibilidades de revelação dos significados, em questão.

O primeiro tema abordado foi a epilepsia. Evidentemente, trata-se de um tema amplo e, portanto, foi realizado um recorte histórico que pôde contar com fontes primárias que incluem as obras do neurologista inglês John Hughlings Jackson, além de fontes secundárias que dão auxílio às discussões.

O segundo tema abordado foi a histeria. Por se tratar, também, de um tema amplo, optou-se pelo uso de fontes secundárias, possibilitando, assim, uma análise historiográfica sobre algumas destas obras e a contextualização da histeria no campo médico.

O terceiro tema diz respeito às condições de emergência histórica das classificações dos distúrbios mentais, mais especificamente do já referido

DSM. Para tanto, foram utilizadas obras de diferentes áreas de conhecimento que abordam o tema.

De maneira geral, os artigos e as obras em história da medicina, história da psiquiatria, história da psicopatologia, história da neurologia, história da epilepsia e história da histeria, foram pesquisados a partir da base de dados *Histline*, base de dados em história da medicina da *National Library of Medicine's* (NLM), dos EUA e os catálogos e obras da *Histoire de la Médicine et de la l'Art Dentaire* da *Bibliothèque Interuniversitaire de Médicine et d'Odontologie* (BIUM), da França.

Uma vez estabelecidas as vertentes discursivas relacionadas ao conceito de crise não-epiléptica psicogênica, foi realizada extensa pesquisa de artigos em seis periódicos especializados em neurologia e psiquiatria nos últimos quarenta anos, aproximadamente, e que compõem o *corpus* documental deste estudo.

O privilégio, para os fins deste estudo, de artigos de periódicos sobre outras formas de divulgação da produção científica deve-se à maior possibilidade de encontrar ali a busca de fundamentação do conhecimento produzido, facilitando a identificação de suas pretensões de validade discursiva, o que não é tão comum em tratados, compêndios e textos técnicos. Além disso, conforme sugere Ayres (2002b) no trecho seguinte, apesar da aparente consistência e uniformidade do discurso científico, este pode revelar contradições e rupturas:

> Os artigos científicos nos dão acesso a uma esfera discursiva bastante constante e uniforme quanto às exigências de estrutura argumentativa, não só introjetadas

> pelo autor, mas objetivamente impostas pelo anonimato de regras construídas e legitimamente acatadas pela comunidade que se utiliza do periódico. A constância, uniformidade e contratualidade dessas exigências são características extremamente úteis para identificarmos as contradições, oscilações, variedades e rupturas surgidas na evolução aparentemente contínua e a-histórica da discursividade científica (p.100-101).

Para o presente estudo, será privilegiada a produção acadêmica anglo-saxônica. Tal escolha deu-se por dois motivos. Em primeiro lugar, pela importância alcançada pela psiquiatria dos Estados Unidos da América e do Reino Unido no cenário mundial após a Segunda Grande Guerra, juntamente com a psiquiatria na França e na Alemanha. Em segundo lugar, pela vigorosa influência que a psiquiatria anglo-saxônica exerce no nosso meio.

Para tanto, a partir das palavras-chaves: *pseudoseizures*, *non-epileptic seizures*, *psychogenic seizures*, *hysterical seizures*, *psychogenic attacks*, *hysterical attacks*, *non-epileptic attack disorder*, *functional seizures*, *hysteroepilepsy*, *pseudoepilepsy*, *hysterical epilepsy*, *pseudoepileptic attacks*, foram levantados artigos em periódicos norte-americanos e europeus, nas áreas de psiquiatria e de neurologia que, de alguma forma, fazem proposições e discutem a conceituação de crise não-epiléptica psicogênica.

Vale a pena ressaltar que, juntamente com os artigos foram, para o mesmo período, pesquisadas as notas de correspondência e as comunicações breves. As notas de correspondência constituem, como o próprio nome aponta, a correspondência entre um leitor do artigo e a réplica

do autor. As comunicações breves, por sua vez, por alguma questão metodológica, por exemplo, pelo tamanho da amostra, recebem esta denominação. No presente estudo, os artigos e as comunicações breves serão analisados conjuntamente.

Dentre os 73 periódicos da área de psiquiatria e saúde mental e os 86 de neurologia indexados pela base de dados *ISI Web of Knowledge* (Thomson Reuters, 2009), foram escolhidos seis periódicos, três da área de neurologia, a saber, *Neurology*, *Epilepsia*, *Seizure* e três de psiquiatria, a saber, *British Journal of Psychiatry*, *American Journal of Psychiatry* e *The Journal of Nervous and Mental Disease*.

Segundo Burnham (1981), os periódicos médicos surgiram no século XVII e, rapidamente, tomaram o formato convencional ao qual estamos acostumados. O *American Journal of Insanity* foi fundado em 1844, e renomeado, posteriormente, para *American Journal of Psychiatry*, órgão oficial da Associação de Psiquiatria Americana (Dalgalarrondo, 1999). O fator de impacto deste periódico era 8,25 em 2006, ocupando o terceiro lugar entre os periódicos de psiquiatria. Os artigos estão disponíveis *on-line* entre 1995 e 2008.

Vale a pena ressaltar que o fator de impacto é regulado pelo *Journal of Citation Report*, mantido pela empresa Thomson Reuters (2009). O fator de impacto é uma medida do número de citações referentes a um determinado periódico, no período de dois anos. É calculado dividindo-se o número de citações sobre os artigos publicados neste periódico, nos dois anos anteriores, pelo número de artigos de maior destaque, que incluem os

artigos especiais, os artigos sobre pesquisas e artigos de revisão, publicados por este mesmo periódico, neste mesmo período de dois anos

Em Londres surgiu, em 1853, o *Asylum Journal*, renomeado, posteriormente, para *British Journal of Psychiatry*, fundado pelo *The Royal College of Psychiatrists* (Dalgalarrondo, 1999). O fator de impacto deste era 5,436 em 2006. Encontra-se disponível *on-line* desde 2000.

Nos EUA, em 1874, foi fundado o *The Journal of Nervous and Mental Disease*. A especialidade, então, denominada de “doenças mentais e nervosas”, contava com dois periódicos, o *American Journal of Insanity*, acima citado, e o *The Journal of Nervous and Mental Disease*. Os médicos alienistas que cuidavam dos doentes nos manicômios, tinham preocupações institucionais e forenses e, por isso, promoviam e dominavam o *American Journal of Insanity*. Por sua vez, as preocupações mais clínicas e científicas, tanto da neurologia, como na psiquiatria, eram representadas pelo *The Journal of Nervous and Mental Disease*. Trata-se de um periódico independente, atualmente especializado em psiquiatria. Seu fator de impacto era 1,496 em 2006 (Burnham, 1981).

Em 1909, em Budapeste, foi fundada a ILAE – *International League Against Epilepsy*, uma organização internacional responsável pela normatização dos diagnósticos em epilepsia, assim como pelo desenvolvimento de pesquisas, tratamentos e campanhas educativas sobre o assunto tendo como órgão de divulgação oficial, o *Epilepsia*. Desde a primeira publicação do *Epilepsia* ocorreram três interrupções, sendo a primeira delas em 1914, que perdurou por 20 anos. O *Epilepsia* voltou a ser

publicado em 1937, mas, rapidamente, passou a ser afetado pelo clima da II Guerra Mundial e sua publicação foi novamente interrompida. O *Epilepsia* retornou em 1951 (Shorvon, 2007) e é, atualmente, considerado, em termos de periódicos, a maior autoridade em recursos clínicos e em pesquisa na área (fator de impacto: 3,526, em 2006). Os artigos a partir de 1991 estão disponíveis *online*.

Após a II Guerra Mundial, em 1946, foi fundada a *American Academy of Neurology - AAN*, uma associação de neurologia destinada aos médicos que atuam na prática da clínica. Em 1951, foi publicada a primeira edição do *Neurology*, órgão oficial da *AAN* (AAN, 2008b). O *Neurology* é o mais importante periódico em neurologia clínica nos EUA (fator de impacto: 5,690, em 2006). Somente os artigos publicados entre 1995 e 2008 estão disponíveis *online.*

Em 1992 foi fundado um novo periódico europeu, o *Seizure*, que se propôs a ser um periódico internacional que trata da etiologia, da investigação, da abordagem e das implicações sociais e psicológicas das crises, de maneira geral. Trata-se de um periódico destinado aos profissionais das várias especialidades de saúde, não somente médicos (Betts, 1992). Todas as suas edições encontram-se disponíveis *on-line.*

A escolha dos periódicos deu-se, como no caso do *Epilepsia* ou do *Seizure*, pela relevância dos periódicos na abordagem do tema, sejam as crises epilépticas ou não. Nos casos do *Neurology* e *American Journal of Psychiatry*, a escolha deu-se em função do alto fator de impacto de ambos. Finalmente, a escolha do *British Journal of Psychiatry* e *The Journal of*

Nervous and Mental Disease deu-se não só pelo importante fator de impacto destes periódicos, mas também porque estas publicações foram iniciadas na segunda metade do século XIX.

A base de dados utilizada foi o *Medline,* responsável pela indexação eletrônica dos artigos publicados desde 1966. O *OldMedline* permite, parcialmente, a pesquisa de artigos publicados entre 1951 e 1965. Quando isto não foi possível, a pesquisa foi realizada pelos índices dos periódicos. Muitos destes artigos não se encontram disponíveis *on-line*. Nestes casos, os artigos foram obtidos nos acervos das bibliotecas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e na biblioteca da British Columbia University, em Vancouver, no Canadá.

Uma vez estabelecido o material empírico pesquisado, torna-se importante esclarecer, ainda dentro das estratégias técno-metodológicas, o modo de tratamento analítico do material. Foi adotada, aqui, a técnica descrita por Ayres (2002b) que consiste em três fases, conforme a seguir apresentadas.

A primeira fase, cunhada de “inspeção/classificação”, consiste em procurar, em cada um dos periódicos, os estudos que mais se aproximam do objeto em estudo. Neste primeiro momento, optou-se pelos artigos que abordam o diagnóstico da crise não-epiléptica, seja pelo uso do vídeo-EEG, seja por outros métodos, assim como os artigos que tratam dos diagnósticos psiquiátricos envolvidos. Os artigos voltados para o problema das crises nas crianças e adolescentes foram descartados por se tratar de um outro amplo universo de discussão. Os artigos sobre tratamento das crises também

foram descartados porque se afastam do objetivo deste estudo. Finalmente, os artigos que abordam o curso das crises não-epilépticas e aqueles que discutem os aspectos epidemiológicos foram ou não selecionados, na medida da pertinência para o presente estudo.

Na segunda fase, denominada “exame/seleção”, os artigos classificados são examinados quanto ao seu potencial hermenêutico, ou seja, o quanto dialogam com as questões orientadoras do estudo. Ainda não se tem aqui a preocupação de analisar o artigo na sua organização interna, mas rastrear a natureza da investigação, o tipo de objeto e a importância histórica do autor ou do trabalho, os que melhor se prestam às análises propostas, assim como a riqueza de seu testemunho documental (Ayres, 2002b).

Neste segundo momento da abordagem dos artigos chamou a atenção o fato de a maioria deles estar baseada em estudos com metodologias quantitativas convencionais, em detrimento dos artigos que tratam de discussões teóricas ou práticas. Desta forma, em contraste com tal condição, existem artigos de autores menos conhecidos com metodologias menos convencionais e as notas de correspondência que fazem um contraponto à uniformidade dos artigos. Algumas discussões mais teóricas são encontradas, principalmente, nos editoriais de alguns números.

Na terceira fase, que Ayres (2002b) denominou de “perquisição/demarcação”, procede-se à interpretação dos artigos nos termos das categorias analíticas. As categorias escolhidas para nortear este estudo foram a “definição” de crise não-epiléptica psicogênica; os

diagnósticos psiquiátricos envolvidos com a crise não-epiléptica psicogênica, que incluem a “histeria”, as “co-morbidades psiquiátricas” e a “dissociação”; “o abuso” no contexto das crises não-epilépticas psicogênicas; o “uso do vídeo-EEG”; a “diferenciação” e a “associação” das crises não-epilépticas psicogênicas e das crises epilépticas.

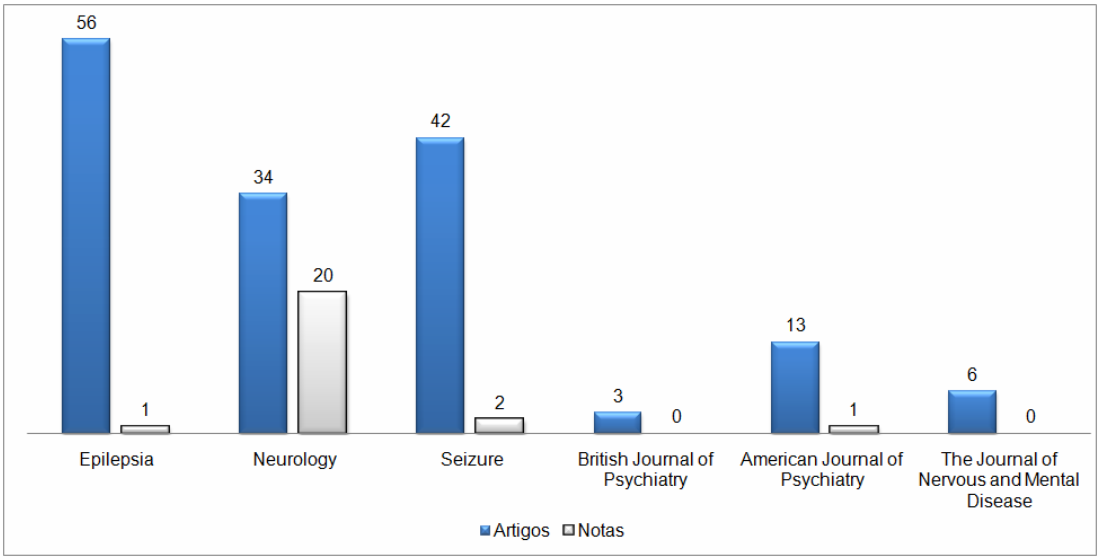
Segundo Minayo (1992), este movimento incessante entre o material empírico e o quadro teórico, em busca das categorias analíticas, corresponde ao trabalho de análise de conteúdo. Esta, partindo de uma leitura de primeiro plano, busca atingir um nível mais aprofundado, aquele que ultrapassa os significados manifestos.

Nesta direção, a partir das vertentes discursivas discriminadas e das categorias de análise selecionadas, buscou-se compreender o contexto das crises não-epilépticas psicogênicas, aproximadamente, nos últimos quarenta anos. Para tanto, foi desenvolvida uma proposta de periodização das crises não-epilépticas psicogênicas que será, posteriormente, mais detalhada. Finalmente, foi proposto um último capítulo, em que foram discutidas as implicações práticas e atuais das crises não-epilépticas psicogênicas, e, também, apresentada uma proposta de abordagem.

A pesquisa realizada nos seis periódicos, com as palavras-chaves antes mencionadas, entre os anos de 1964 e 2006, contabilizou um total de 178 artigos e notas. O ano inicial de 1964 foi escolhido porque apenas a partir desta data foi possível observar um fluxo mais contínuo de publicações sobre o assunto. Antes disto, identificou-se apenas uma publicação em 1910 e outra em 1955. Após a seleção dos artigos e, conforme a segunda etapa

do material antes discriminada, alcançou-se os números de 84 artigos e quatro notas de correspondência. Segue um gráfico 1, em que pode ser visualizado o número total de artigos e notas de correspondência em cada um dos seis periódicos pesquisados. Apesar do foco deste estudo ser estabelecido no período entre 1964-2006, será apresentado a produção total de artigos desde 1910, com o objetivo de dimensionar a produção de cada um dos periódicos em questão.

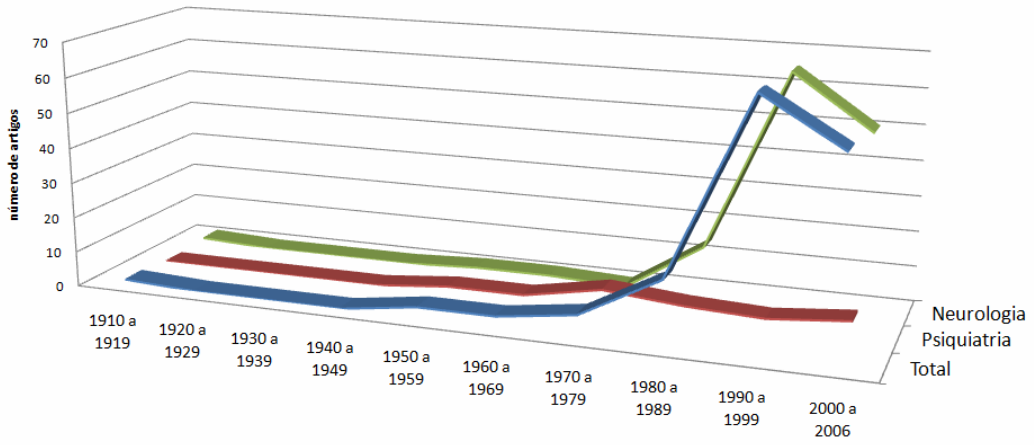
Gráfico 1 – Número de artigos e notas de correspondência, relacionados ao conceito de crise não-epiléptica psicogênica, no período entre 1910 e 2006, selecionados nos periódicos *Epilepsia, Neurology, Seizure, British Journal of Psychiatry, American Journal of* Psychiatry e *The Journal of Nervous and Mental Disease*



O Gráfico 2 mostra a distribuição dos artigos relacionados às crises não-epilépticas psicogênicas ao longo das décadas, desde 1910. A inclusão das décadas anteriores ao deste estudo, possibilita uma melhor visualização

do processo de publicação dos artigos, nos periódicos, ao longo do século XX.

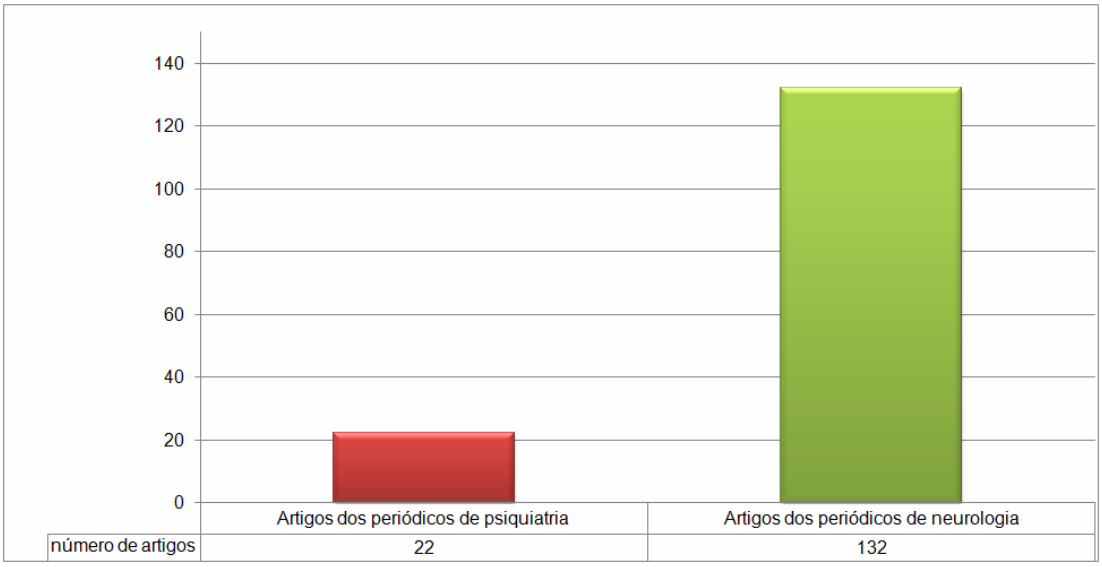
Gráfico 2 – Distribuição dos artigos relacionados ao conceito de crise não-epiléptica psicogênica, selecionados nos periódicos *Epilepsia, Neurology, Seizure, British Journal of Psychiatry, American Journal of* Psychiatry e *The Journal of Nervous and Mental Disease*, entre 1910 e 2006



	1910 a 1919	1920 a 1929	1930 a 1939	1940 a 1949	1950 a 1959	1960 a 1969	1970 a 1979	1980 a 1989	1990 a 1999	2000 a 2006
Total	1	0	0	0	3	3	6	18	68	55
Psiquiatria	0	0	0	0	2	2	6	4	3	5
Neurologia	1	0	0	0	1	1	0	14	65	50

Segue um terceiro gráfico em que foram somados, conjuntamente, os artigos procedentes dos periódicos especializados em neurologia, *Epilepsia*, *Neurology*, *Seizure*, e os artigos procedentes dos periódicos especializados em psiquiatria, *British Journal of Psychiatry, American Journal of Psychiatry* e *The Journal of Nervous and Mental Disease.*

Gráfico 3 – Número de artigos relacionados ao conceito de crises não-epilépticas psicogênicas procedentes dos periódicos especializados em psiquiatria, *British Journal of Psychiatry, American Journal of* Psychiatry e *The Journal of Nervous and Mental Disease*, e número de artigos procedentes dos periódicos especializados em neurologia, *Epilepsia, Neurology, Seizure,* no período entre 1910 e 2006



Observa-se, conforme o acima exposto, que os periódicos especializados em psiquiatria apresentam a soma dos artigos selecionados (22) significativamente menor que a soma dos artigos extraídos dos periódicos de neurologia (132). Apesar do número restrito de periódicos pesquisados, a diferença notada pode revelar as particularidades das abordagens da psiquiatria e da neurologia frente à crise não epiléptica psicogênica, que serão posteriormente discutidas.

4 Considerações sobre a emergência histórica dos conceitos de epilepsia e de histeria

A finalidade deste capítulo é, sob uma perspectiva histórica, analisar algumas das teorias envolvidas na constituição do conceito de crise não-epiléptica psicogênica. Evidentemente, não se tem a pretensão de esgotar o assunto, mas, sim, expor alguns dos fios desta trama de conceitos e teorias.

Para cumprir esta tarefa, duas observações devem ser inicialmente feitas. A primeira diz respeito à necessidade de dividir este capítulo em dois blocos, a fim de facilitar a análise. As crises não-epilépticas psicogênicas estão relacionadas, por um lado, com a própria epilepsia, o que corresponde ao primeiro bloco e, por outro lado, estão relacionadas com a histeria, o que corresponde ao segundo bloco.

A segunda observação diz respeito à preocupação, ao longo deste capítulo, em se realizar uma análise crítica das obras utilizadas em história da medicina. Este estudo pôde contar com fontes primárias de pesquisa; entretanto, as fontes secundárias foram dominantes, o que exige um cuidado redobrado porque a linearidade de algumas narrativas pode ofuscar as diferentes tradições discursivas e seus regimes de validade, nas quais as teorias encontram-se assentadas.

4.1 Sobre a epilepsia e a crise epiléptica: um recorte histórico

O conceito de crise não-epiléptica psicogênica remete, evidentemente, à própria epilepsia. Nesta direção, torna-se essencial começar pela compreensão de alguns aspectos do próprio conceito de epilepsia. Entretanto, por não ser este o objetivo central deste estudo, propõe-se uma análise que se concentra no século XIX, com os estudos do médico neurologista inglês John Hughlings Jackson. Para tanto, conta-se com a contribuição de algumas fontes primárias e com a dissertação intitulada *A influência de Herbert Spencer (1820-1903) na concepção de John Hughlings Jackson (1835-1911) sobre o sistema nervoso central e a epilepsia,* de 2002, da mesma autora desta tese. Entre as fontes secundárias, conta-se com o livro do historiador da medicina Owsei Temkin, *The falling sickness: a history of Epilepsy from the Greeks to the beginnings of modern Neurology*, de 1945, que é considerado uma obra de referência, embora o autor, conforme a historiografia da sua época, apresente uma história da epilepsia linear e progressiva.

Para Temkim (1994), os estudos desenvolvidos pelos neurologistas John Hughlings Jackson, na Inglaterra, e Jean-Martin Charcot, na França, ambos na segunda metade do século XIX, foram as contribuições fundamentais para o que, nos dias atuais, se entende por epilepsia. Ainda para este autor, foi a partir da concepção da epilepsia, no século XIX, que foram desenvolvidas as teorias fisiopatológicas do sistema nervoso que garantiram o surgimento da denominada neurologia moderna.

Vale lembrar que, na Europa, no início do século XIX, a concepção de epilepsia era diferente da atual. Resumidamente falando, a categoria neurose[3] englobava os distúrbios mentais e a própria epilepsia, sendo esta última caracterizada basicamente por convulsões e perda de consciência. O conceito de epilepsia foi progressivamente se ampliando, envolvendo diferentes quadros clínicos. Este processo culminou, por volta de 1860, com a noção de "epilepsia mascarada", em que as convulsões e a perda de consciência não eram mais condições necessárias para o diagnóstico de epilepsia (Temkin, 1994). Conseqüentemente, os estados mentais anormais ou os comportamentos inadequados poderiam ser também diagnosticados como manifestações epilépticas. Neste sentido, as epilepsias passaram a ser tratadas por alienistas[4] (Berrios, 2000).

Neste período, os alienistas ocupavam os cargos públicos e assistiam aos doentes nos asilos, distantes de qualquer atividade de pesquisa. Os anatomistas, os fisiologistas e, mais tardiamente, os neurologistas e neurofisiologistas trabalhavam em laboratórios, realizando autópsias e uma série de experimentos (Oppenheim, 1991).

Nesta direção, entre 1810 e 1826, Charles Bell demonstrou que os nervos, ao invés de fibras unitárias, eram constituídos por grupos de

---

[3] William Cullen (1710-1790) foi quem introduziu o termo *neurosis* para designar várias doenças cerebrais e do sistema nervoso. Para maiores detalhes a respeito ver: Stone MH. *Healing the mind: a history of psychiatry from Antiquity to the present*, p.105.

[4] O termo alienista foi introduzido pelo anatomista suíço Felix Platter (1536-1614). Somente na metade do século XIX, o termo “psiquiatra”, de origem germânica passou a ser utilizado na Inglaterra. Ver: Stone MH. *Healing the mind: a history of psychiatry from Antiquity to the present*, p.32.

filamentos com diferentes funções. A medula espinhal, por exemplo, apresentava fibras envolvidas em atividades motoras e sensoriais. Em 1822, Marshall Hall elucida a função reflexa da medula espinhal e em 1840, Thomas Laycock propõe a teoria da “ação reflexa cerebral”, na qual é demonstrado que o cérebro, tal qual a medula espinhal, também apresenta uma resposta motora decorrente de um estímulo sensorial (Oppenheim, 1991).

Por volta de 1870, o francês Paul Broca, os germânicos Eduard Hitzig, Gustav Fritsch e Karl Wernicke e os neurologistas ingleses Ferrier e Hughlings Jackson demonstraram que a localização das funções no córtex cerebral não era uma "fantasia frenológica"[5], mas, sim, um fato fisiológico. Hughlings Jackson, particularmente, observou e estudou as relações entre a doença infecciosa cerebral e alterações na fala e entre lesões traumáticas cerebrais e as crises epilépticas e, convincentemente, conseguiu estabelecer uma associação entre áreas cerebrais e determinados movimentos dos membros superiores e inferiores (Oppenheim, 1991).

Hughlings Jackson publicou cerca de 320 artigos médicos entre 1861 e 1909, nos mais importantes periódicos de medicina em circulação, além de proferir palestras e dar aulas. Seus artigos foram reunidos e organizados posteriormente e duas coleções de seus trabalhos foram editadas por J.

---

[5] A frenologia foi um sistema de pensamento bastante popular na Europa, no início do século XIX. Seu representante mais conhecido foi o estudioso germânico Franz Gall (1758-1828), que afirmava que as faculdades mentais estavam localizadas em áreas específicas da superfície cerebral. Para maiores detalhes ver: Stone MH. *Healing the mind: a history of psychiatry from Antiquity to the present*, p.88.

Taylor. Tratam-se da *Neurological fragments of J. Hughlings Jackson* (Londres, 1925) e da *Selected writings of John Hughlings Jackson* (Londres, 1931, 2 vols.).

Dentre os estudos desenvolvidos por Hughlings Jackson, um dos mais importantes foi o *Evolution and dissolution of the nervous system* (1932a). Este baseava-se em uma de suas palestras, apresentada nas importantes *Croonian Lectures*, junto ao *Royal College of Physicians of London*, em março de 1884.[6] No primeiro parágrafo do citado trabalho, Hughlings Jackson (1932a) expõe, de saída, sua concepção sobre evolução, dissolução do sistema nervoso, e enfatiza a influência do filósofo inglês Herbert Spencer (1820-1903). Eis o parágrafo em questão:

> A doutrina da evolução ganha dia a dia mais adeptos. Não se trata simplesmente de um sinônimo de darwinismo. Herbert Spencer a aplica para toda ordem de fenômenos. Sua aplicação sobre o sistema nervoso é a mais importante para os médicos. Há muito tempo penso que seria de grande auxílio investigar as doenças do sistema nervoso considerando-as como o reverso da evolução, isto é, como a dissolução. Dissolução é o termo que emprestei de Spencer para nomear o reverso do processo de evolução (p. 45).

Sem maiores aprofundamentos, pode-se resumir que Hughlings Jackson supunha uma hierarquia do sistema nervoso, dividindo-o em centros nervosos superiores, médios e inferiores. O próprio Hughlings Jackson alertava para o enfoque "materialista" de suas concepções, em que todos os centros nervosos, desde os mais superiores aos mais inferiores,

---

[6] O nome *Croonian Lectures* foi dado em homenagem ao fisiologista inglês William Crooner (1633-1684). Estas palestras, que se iniciaram em 1738, serviram para a propagação de conhecimento na área de fisiologia neuromuscular. Ver: Fearing F. *Reflection act, a study in the history of physiological psychology,* p.65-66.

seriam verdadeiras "máquinas sensório-motoras". Ainda para este autor, os centros nervosos superiores eram considerados responsáveis por funções mais numerosas, mais diferentes, mais complexas e mais especiais, enquanto os mais inferiores teriam funções opostas; ou seja, funções menos numerosas, mais gerais e menos complexas (Hughlings Jackson, 1932b).

Desta forma, segundo Hughlings Jackson, e influenciado pelas idéias evolucionistas de Spencer, os centros nervosos superiores poderiam ser considerados o "ápice da evolução nervosa", constituindo o "órgão da mente"; ou seja, a base física da consciência. A dissolução, por sua vez, seria o processo reverso da evolução. Trata-se de um processo mórbido, de subdesenvolvimento, do mais complexo, mais voluntário e menos rigidamente organizado em direção ao mais simples, mais automático e mais mecanicamente estruturado. Se a dissolução fosse total, o resultado seria a morte. No caso da patologia, a dissolução é sempre parcial (Hughlings Jackson, 1932a).

Hughlings Jackson aplicou a teoria da evolução e da dissolução na elucidação fisiopatológica de doenças como a afasia e a hemiplegia, que seriam decorrentes da dissolução do sistema nervoso, em diferentes centros cerebrais inferiores. A "insanidade mental", por sua vez, teria seu processo de dissolução iniciado nos centros cerebrais mais superiores (Hughlings Jackson, 1932c).

Neste contexto, Hughlings Jackson desenvolveu estudos sobre a epilepsia, principalmente a chamada, na época, de epilepsia unilateral. Este

tipo de epilepsia, diferente das convulsões, iniciava sua manifestação em apenas uma parte do corpo (Temkin, 1994).

Alguns estudiosos da época, como Brown-Séquard, professor de Hughlings Jackson, sugeriam que a causa da epilepsia seria a contração dos vasos sanguíneos correlacionados com as estruturas nervosas, como a medula oblonga. Tais contrações diminuiriam o aporte de sangue, o que levaria à perda da função nervosa e suscitaria a crise epiléptica (Greenblatt, 1965).

Durante o século XIX, a idéia do espasmo sanguíneo "reflexo" como fator etiológico da epilepsia estava relacionada com a teoria da ação reflexa, que havia sido elucidada, ou seja, as fibras nervosas que inervam os vasos sanguíneos, por ação reflexa, causariam o espasmo sanguíneo e, assim, a crise epiléptica (Oppenheim, 1991).

Temkin (1994) assinala que os conhecimentos sobre os vasos sangüíneos e a epilepsia já eram objeto de estudo desde a Renascença, particularmente nas investigações em pacientes portadores de sífilis terciária. Como é sabido, a sífilis, nas suas formas mais avançadas, pode causar epilepsia e lesões nos vasos sangüíneos do sistema nervoso central e no próprio cérebro, podendo ser reveladas nas autópsias. O primeiro artigo publicado por Hughlings Jackson, intitulado *Cases of epilepsy associated with syphilis*, tratava da associação entre sífilis e epilepsia.

Hughlings Jackson (1932d) não excluía a teoria então vigente sobre a origem da epilepsia unilateral. A epilepsia unilateral também seria deflagrada

por um espasmo vascular, em ato reflexo, no nível da medula oblonga. Entretanto, Hughlings Jackson acrescentou que possivelmente "alguma região do cérebro poderia estar doente". Em outras palavras, de forma sutil, Hughlings Jackson propôs uma mudança na origem da epilepsia unilateral, no que diz respeito à sua causa e localização desta.

A partir de suas observações sobre a origem cerebral da epilepsia, Hughlings Jackson (1932c) procurou generalizar suas idéias sobre o funcionamento do cérebro, sobre as afecções do sistema nervoso, estendendo-as, também, para as insanidades mentais e, desta forma, traçando um paralelo entre as dissoluções “físicas” e “psíquicas”. Acreditava que ao estudar as “insanidades pós-epilépticas”, suas explicações poderiam ser generalizadas às demais doenças mentais, inclusive ao sono e aos sonhos.

Hughlings Jackson (1932c) definiu a crise epiléptica como uma súbita e excessiva descarga nos centros nervosos superiores, o substrato anatômico da consciência. Do ponto de vista “fisiológico”, as crises poderiam apresentar diferentes manifestações clínicas, dependendo das diferentes áreas de descarga. Após a cessação da descarga epiléptica, as células e as fibras nervosas dos centros superiores envolvidos ficariam temporariamente exaustas acarretando um progressivo prejuízo de consciência.

Ao mesmo tempo, ocorreria uma “hiper-atividade” de centros nervosos imediatamente inferiores às células exaustas, os quais não seriam atingidos pelas descargas epilépticas e que corresponderiam, sob o ponto de vista "psíquico", aos "estados oníricos" e a outras alterações de

comportamento (Hughlings Jackson, 1932c). Em outras palavras, as descargas epilépticas, ao removerem o controle de instâncias superiores, levariam a um aumento das funções das instâncias inferiores.

Nesta direção, Hughlings Jackson (1932c) sugere que ocorre a "sobrevivência do estado mais forte" do sistema nervoso, após a descarga epiléptica. Ainda para este autor, "a lei da sobrevivência do mais forte vale para os estados saudáveis e mórbidos, além de contemplar os aspectos mentais e cerebrais".

Com base, nas suas constatações a respeito da epilepsia e dos quadros pós-epilépticos, Hughlings Jackson (1932c) propôs que os sintomas mentais, tais como as ilusões, as alucinações e os delírios, seriam resultado da atividade de centros nervosos mais inferiores que não teriam sido atingidos pelo processo patológico mas que, por sua vez, atingiram os centros nervosos mais superiores.

Temkin (1994) ressalta que ao determinar as diferenças fundamentais entre o fisiológico e o psicológico, Hughlings Jackson, categoricamente, tomou somente a fisiologia como um problema médico. Hughlings Jackson não menosprezava os sintomas psíquicos, ao contrário, acreditava que os conhecimentos psicológicos fossem desejáveis e necessários aos médicos neurologistas; entretanto, os aspectos psicológicos deveriam somente contribuir para o reconhecimento dos sintomas, conduzindo, assim, ao diagnóstico, e não para compreender o comportamento do paciente (Temkin, 1994).

Se por um lado, a teoria neurológica desenvolvida por Hughlings Jackson influenciou marcadamente a medicina e a neurologia contemporânea, por outro lado, ainda no século XIX, sua teoria não possibilitou a diferenciação das crises epilépticas das, então, denominadas crises histéricas. A princípio, Hughlings Jackson sugeriu que as crises histéricas fossem um fenômeno de natureza pós-epiléptica, mas a variedade de apresentações clínicas das crises histéricas não permitiu que se levasse esta idéia adiante (Temkin, 1994).

A influência do pensamento de Herbert Spencer sobre a concepção de sistema nervoso de Hughlings Jackson (Kurcgant, 2002) é fundamental para compreender, no final do século XIX, a emergência de um sistema nervoso hierarquizado, predominantemente materialista e que é governado por leis gerais e, ainda, que justifiquem as dificuldades na abordagem das crises histéricas, cujos sintomas não obedeciam, necessariamente, às características propostas por este sistema nervoso.

A importância das generalizações para a formulação de uma teoria sobre o sistema nervoso e a própria influência do pensamento de Spencer sobre Hughlings Jackson, aparecem no seu importante estudo *Remarks on dissolution of the nervous system as exemplified by certain post-epileptic conditions*, de 1881. A passagem, a seguir, cuja autoria é de Spencer, foi incluída por Hughlings Jackson (1932c):

> Toda ciência começa pelo acúmulo de observações e a generalização subseqüente ocorre de forma empírica. Somente quando é alcançado um estágio em que estas generalizações empíricas possam ser incluídas em generalizações racionais é que se torna ciência (p. 3).

A influência de Spencer, todavia, é fundamental no que concerne aos conceitos de evolução e dissolução do sistema nervoso. No prefácio do *The Principles of Biology*, Spencer (1899) declara seu objetivo de encontrar uma única lei para os fenômenos da vida. Em suas palavras, seu objetivo é buscar verdades gerais sobre a biologia, ilustrado e interpretado pelas leis da evolução. Esta lei geral seria baseada na seleção natural que, na concepção de Spencer (1899), corresponderia à sobrevivência do mais forte, a julgar pela seguinte passagem:

> Rejeitando metáforas, vemos que a seleção natural é literalmente a sobrevivência do mais forte; e a conseqüência deste argumento é que a sobrevivência do mais forte é a manutenção de um equilíbrio dinâmico das funções deste organismo em relação às forças externas, ou seja, implica em um equilíbrio que é relativamente estável em contraste com a instabilidade do equilíbrio daqueles que não sobrevivem (p. 39).

Ainda para Spencer, seguindo a lei da evolução, as funções dos diferentes centros do sistema nervoso aumentam a complexidade de suas funções, na medida em que ascendem. Assim a medula espinhal tem funções, relativamente, simples e é por ela que passam quase todos os estímulos provenientes do mundo externo. A medula oblonga, por sua vez, estabelece conexões com várias partes do sistema nervoso que atuarão no mundo externo. Finalmente, o cerebelo e o cérebro, por serem órgãos duplos, têm capacidades superiores de coordenação das impressões bastante complexas provenientes da medula oblonga (Spencer, 1899).

Segundo Canguilhem, o "evolucionismo" proposto por Spencer caracterizou certa ideologia científica no século XIX. Nas palavras de Canguilhem (1977):

> Spencer crê poder formular uma lei mecânica do progresso universal, por evolução do simples para o complexo, através de sucessivas diferenciações. A passagem de um maior a um menor grau de homogeneidade, de uma maior a uma menor individuação, regula universalmente a formação do sistema solar, do organismo animal, das espécies vivas, do homem, da humanidade encarnada na sociedade e, conseqüentemente, da linguagem (p. 39).

Ainda segundo Canguilhem, os estudos sobre os princípios da embriologia, desenvolvidos por Karl-Ernst von Baer, e a publicação de *A origem das espécies,* por Charles Darwin, deram ensejo a que Spencer concebesse um sistema de evolução generalizada, que marcasse um caráter científico e que legitimasse, do ponto de vista político, a separação entre o indivíduo e o Estado, como parte do pensamento liberal. Para Canguilhem, a ideologia evolucionista, na Inglaterra, no século XIX, serviria para justificar os interesses da sociedade industrial, em conflito, por um lado, com a sociedade Vitoriana tradicional e, por outro lado, com as injustiças sociais decorrentes do crescente processo de industrialização. Em outras palavras, Canguilhem (1977) considera a ideologia como a representação da realidade natural ou social, cuja verdade não reside no que esta representa, mas no que cala.

O contexto histórico-social sombrio da Inglaterra do século XIX, ofuscado pela ênfase na lei do progresso universal, proposta entre outros por Spencer, serviu de pano de fundo para o desenvolvimento de outros

pensamentos e teorias. Em vista dessas circunstâncias, não surpreende o intercâmbio havido entre Spencer e Hughlings Jackson.

Apesar da influência do pensamento de Spencer, sua importância é minimizada não somente por estudiosos da história da medicina, mas, como salienta Richards (1987), também por filósofos e historiadores da ciência. Segundo este, para muitos o pensamento de Spencer é considerado "menor" ou obsoleto. A explicação de Richards (1987) para tal distorção historiográfica seria a busca de ligações entre elementos isolados da ciência contemporânea e sistemas conceituais anteriores. Como o sistema de pensamento de Spencer não alcança esta “familiaridade" com as noções biológicas atuais, ele acaba sendo descartado de saída.

Pode-se também pensar, conforme foi discutido na introdução deste estudo, tratar-se, mais uma vez, da negação dos aspectos metafísicos da ciência moderna. De qualquer forma, o risco de se desconsiderar a influência do evolucionismo de Spencer é o de não se poder contextualizar devidamente as concepções de Hughlings Jackson sobre o sistema nervoso e a epilepsia, bem como as bases da neurologia moderna.

Nesta direção, por um lado, surge um sistema nervoso hierarquizado, materialista e governado por regras gerais que preenchem os critérios necessários para garantir a legitimidade científica. Por outro lado, conforme foi discutido, esta concepção de sistema nervoso também responde a uma determinada ideologia científica, a evolucionista, que procura ofuscar e contrabalançar a fragilidade social da época. Desta forma, esta concepção de sistema nervoso é constituída não somente a partir das observações e

experimentos no âmbito médico mas, também, como resposta a uma certa realidade social.

Diante deste contexto, a neurologia do fim do século XIX e início do século XX, movida por uma ideologia científica, formula as teorias fisiopatológicas para a crise epiléptica e a epilepsia que, por sua vez, legitimam a própria ideologia científica. O fato de alguns pacientes, durante as suas crises, apresentarem manifestações clínicas incompatíveis com as crises epilépticas e, portanto, não obedientes à teoria neurológica, coloca em risco todo o processo de legitimação acima exposto. É o caso das crises histéricas, que não se encaixavam nas teorias neurológicas.

4.2 A histeria no contexto médico

Um estudo que pretenda investigar a historicidade do conceito de crise não-epiléptica psicogênica deve resgatar o conceito de histeria. De um ponto de vista mais amplo, os termos “histeria” ou “histérico” são bastante utilizados e evocam diversas imagens e sensações. Podem dizer respeito a manifestações bastante dramáticas, sob as formas de choros, gritos, apelos, risos e até “convulsões”. Podem também referir-se a algo imaginário que agrupa religiosos em estados místicos, artistas em momentos de criatividade ou mulheres em estado de excitação e agitação. A histeria, por seus gestos expressivos e por seu sofrimento sublime provoca, por um lado, fascinação, mas, por outro, condenação.

A história da histeria é remota e passou por várias transformações, constituindo uma categoria médica, por volta do século XVIII, quando da preocupação emergente com a identificação e classificação das doenças, de acordo com as nosologias. Entretanto, deve ficar claro que as constantes reformulações, conduzidas pelos médicos, multiplicaram as significações e as conotações do termo. Muito do que, em outras épocas, foi denominado histeria, não o é mais e, por outro lado, muitos dos sintomas que, atualmente, entende-se por histeria, antes eram atribuídos a outras doenças (Veith, 1965).

Mais tarde, no século XIX, será a psicanálise que reorientará a disseminação da noção de histeria e proporá uma explicação para a mesma. A histeria seria decorrente de um trauma psíquico provocado por memórias reprimidas. Desta forma, contemporaneamente, existe uma idéia de inseparabilidade entre a histeria e a psicanálise que contrasta, porém, com a diminuição do interesse médico pela histeria (Trillat, 1991).

Sem ter condições de investigar a construção da histeria, pretende-se discutir a histeria fora dos limites da psicanálise, na perspectiva de compreender suas relações com a epilepsia e com a crise não-epiléptica psicogênica. Isto não significa ainda buscar a verdade patológica da histeria, mas estudar a circulação desta categoria no contexto médico.

Desta forma, antes de prosseguir nestas questões, torna-se necessário contextualizar os estudos mais contemporâneos sobre a histeria. Os estudos sobre a histeria poderiam ser divididos em quatros blocos: os estudos em psicanálise; os estudos que investigam a história da histeria; os

estudos que, a partir da histeria, discutem temas relacionadas ao feminino; e os estudos que analisam a histeria como um fenômeno social, político e até artístico. Aqui serão priorizadas as obras que procuram delinear a historicidade do conceito de histeria.

4.2.1 Construção da histeria como doença médica – século XVIII

A maior parte dos tratados e livros sobre a histeria, do século XVIII, foram escritos na França e na Inglaterra e, por isso, às vezes não se encontram disponíveis. Felizmente, nas últimas duas décadas surgiram alguns novos estudos que serão tomados como referência, conforme sua pertinência ao tema.

Ilza Veith (1965), na sua obra *Hysteria: the history of a disease*, sem tradução para o português, propõe que o surgimento da histeria ocorreu no Egito Antigo, há quatro milênios. Segundo Veith, os documentos com escritos médicos mais remotos que se tem notícia derivam de um número restrito de papiros, provenientes do Egito Antigo e da Mesopotâmia. O mais antigo destes papiros, o papiro de *Kahun,* datado de aproximadamente 1900 a.C.[7], seria, segundo Veith (1965), o primeiro documento a descrever os sintomas compatíveis com um quadro de histeria. Em outras palavras, Veith, a partir de uma visão contemporânea do quadro, acredita ter encontrado nos referidos papiros, as descrições da histeria.

---

[7] The Petri Papyri. *Hieratic Papyri from Kahun and Gurob (Principally of the Middle Kingdom)*. London: Bernard Quaritch; 1897.

No seu capítulo sobre a Antiguidade, Veith (1965) atribui a Hipócrates a definição da histeria e entende que o termo seria derivado da palavra grega “hystera” que significa útero. A autora estabelece, assim, uma associação entre Hipócrates, útero e histeria, que será repetida indiscriminadamente, inclusive em artigos e estudos atuais.

Veith (1965), na sua obra, descreve o caminho supostamente percorrido pela histeria ao longo dos séculos, estabelecendo paralelos entre a histeria e o pensamento médico vigente. O seu livro finaliza com um capítulo dedicado à psicanálise e a Freud, que teria “libertado a histeria do misticismo que a acompanhou por mais de dois mil anos contribuindo, assim, para o seu quase desaparecimento” (p. 273-274).

A visão de Veith sobre a histeria tem sido alvo de discussões nas últimas décadas. Sua historiografia linear e iatrocêntrica constrói uma narrativa na qual os sucessivos entendimentos sobre a histeria, ao longo dos séculos, alcançariam o seu apogeu com a definição atual, sem levar em conta as rupturas conceituais e as contradições tão presentes no conceito de histeria.

Etienne Trillat, no seu *História da Histeria*, discorda de Veith. Segundo Trillat (1991), a palavra “histeria” não figura em parte alguma, nos textos hipocráticos. Este termo foi acrescentado, posteriormente, no século XIX, por Littré, tradutor dos textos hipocráticos para o francês, todas as vezes que Hipócrates consagra um parágrafo à “sufocação da matriz”. Segue um trecho hipocrático sobre a “sufocação uterina” citado por Trillat (p. 20):

> ...Quando a matriz está no fígado e nos hipocôndrios e produz a sufocação, o branco dos olhos revira, a mulher fica fria e mesmo, por vezes, lívida. Ela range os dentes, a saliva aflui à boca e ela se assemelha aos epilépticos. Se a matriz fica muito tempo fixada no fígado e nos hipocôndrios, a mulher sucumbe, asfixiada.[8]

Para Trillat (1991), a descrição clínica da crise acima citada, não permite que se configure uma crise histérica. A "sufocação da matriz", decorrente da mobilidade do útero no interior do corpo feminino serviria, segundo a medicina hipocrática, para explicar muitas doenças que acometiam as mulheres. Somente quatro séculos depois é que a medicina vai assimilar ao conjunto dos seus conhecimentos o funcionamento do útero, como órgão sexual feminino (Trillat, 1991).

Desta forma, parece que as interpretações de Veith ocorreram a partir dos textos traduzidos por Littré e este, por sua vez, interpretou os textos hipocráticos, de forma anacrônica, à luz dos conceitos médicos do século XIX. Neste sentido, existem diferenças entre os estudos de Trillat e de Veith; entretanto, apesar das preocupações de Trillat em apresentar uma história da histeria com rupturas, diferente da forma contínua de Veith, os estudos deste ainda são permeados por um certo iatrocentrismo.

Uma importante contribuição para compreensão dos textos hipocráticos, é a obra de Helen King, *Hippocrates' woman, reading the female body in Ancient Greece*, de 1998, na qual a autora procura

---

[8] Hipócrates. *Ouevres complètes*, trad. E. Littré. Paris: Baillière; 1839-1881. tomo VIII, p. 33-4.

concentrar-se nos problemas envolvidos nas traduções dos textos hipocráticos, principalmente por Littré, no século XIX (King, 1998).

King (1998) contesta a tradução de Littré para o termo “hysterika”. Segundo King, trata-se de um adjetivo do grego antigo, cujo significado seria “do útero” ou “uterino”. Ela afirma que este termo era utilizado para localizar o sintoma e não para denominar uma patologia.

Ainda segundo King (1998), somente no século XVI é que a “sufocação da matriz” e as doenças próprias das mulheres, presentes nas teorias hipocráticas, vão ser relacionadas com a histeria. Esta relação mais específica, enfatiza King (1998), foi decorrente de um longo processo de circulação, e de novas interpretações, dos textos hipocráticos o qual se estendeu, inclusive, pelo mundo árabe, durante toda a Idade Média. A “sufocação da matriz”, segundo esta autora, alcançou o século XVI como o resultado do encontro das teorias médicas grega, árabe e latina.

Somente na segunda metade do século XVIII é que a histeria virá a se tornar uma categoria médica. Existem poucos estudos sistematizados sobre este período, com exceção do *Narratives and politics of a diagnosis: the construction and circulation of hysteria as a medical category, 1730-1820* de Sabine M. Arnaud.

Segundo Arnaud (2007), no século XVII, muitos casos clínicos, que antes eram julgados pela Igreja como possessão demoníaca, passaram por novas interpretações médicas. Um dos primeiros encontros entre as autoridades religiosas e a comunidade médica deu-se no julgamento de

Elizabeth Jackson, acusada de bruxaria e possessão. Em 1603, o médico inglês Edward Jorden desenvolveu uma tese afirmando serem patológicas as convulsões de Elizabeth Jackson, identificando-as como “sufocamento do útero”. Seu esforço não evitou a condenação de Elizabeth Jackson, mas inaugurou um período de menor hostilidade da Igreja[9].

Na França, no século XVII, alguns conventos contaram com a presença de médicos que detectaram casos de histeria e epilepsia. Segundo Foucault (2000), esta mudança de postura por parte da Igreja e do governo deu-se em função do aumento do misticismo protestante e jansenista. Aos médicos cabia decidir se os pacientes estavam possuídos pelos demônios ou se estavam, verdadeiramente, doentes. Livres do entendimento de que as convulsões estavam associadas exclusivamente às possessões, os médicos passaram a desenvolver teorias sobre o funcionamento corporal (Foucault, 2000).

No final do século XVII, as convulsões passaram a ser consideradas como resultado dos medos imaginários e de problemas fisiológicos. A relação entre mente e corpo chegou a inverter-se. As manifestações físicas não eram mais sinais da mente possuída pelo demônio, mas, ao contrário, o corpo e a fermentação excessiva dos órgãos produziam vapores que escureciam a imaginação e atrapalhavam a serenidade da alma. A teoria dos vapores, além de seguir o espírito do seu tempo servia, perfeitamente

---

[9] Jorden E. *A brief discourse of a disease called the suffocation of the mother*. London: John Windet; 1603. Reimpresso por MacDonald M (ed.). *Witchcraft and hysteria in Elizabethan London*: *Edward Jorden and the Mary Glover Case*. London/New York: Tavistock/ Routledge; 1991.

para dar conta das manifestações da histeria. Os próprios termos “histeria” e “vapores” passam a ser, em muitas situações, utilizados como sinônimos (Trillat, 1991; Arnaud, 2007).

Segundo Arnaud (2007), várias teorias médicas sobre o funcionamento corporal surgiram nos séculos XVII e XVIII. Entretanto, Veith e Trillat deixam pouco claro, nas suas obras, esta polissemia e dedicam um capítulo inteiro ao famoso médico austríaco Franz Mesmer, que chegou à França em 1779. Mesmer criou muita polêmica entre os professores de medicina e os médicos, ao sugerir um tratamento único para todas as doenças, baseado na sua teoria do magnetismo animal. Este tratamento constituía na provocação de uma “crise” ou “ataques” nos pacientes (Veith 1965; Trillat, 1991).

Segundo Arnaud (2007), apesar de Mesmer propor aos doentes um tratamento baseado em “ataques”, este não mantinha qualquer proximidade com a histeria. Na realidade, Mesmer não tinha qualquer compromisso com o diagnóstico dos seus pacientes e propunha, a todos, um único tratamento.

Esta visão não é compartilhada por Veith e Trillat que procuram colocar Mesmer como um “precursor da psicanálise”; ou seja, eles estão preocupados em abordar o século XVIII, na sua anterioridade à constituição da histeria do século XIX. Esta visão historiográfica linear obscurece a compreensão da construção do conceito de histeria, como categoria médica, no século XVIII.

Para Arnaud (2007), o estudo da histeria, durante o século XVIII, permite recuperar uma diversidade e complexidade de pensamentos e teorias que foram se perdendo e que hoje podem até nos parecer estranhos. A importância da histeria pode ser ilustrada pelo número expressivo de publicações. 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 que 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. Para Arnaud (2007), este é o primeiro momento que marca a concepção da histeria como doença médica.

Os anos entre 1730 e 1820 são decisivos na construção da categoria histeria. Inicia-se com a publicação de *The English Malady,* de George Cheyene[10] e se encerra com a publicação do dicionário *Panckoucke*, que inclui um longo artigo de Louyer-Villermay sobre a histeria. Os tratados de histeria, com o tempo, passaram a superar, em quantidade e importância, os tratados que abordavam a melancolia. Aos poucos as teorias sobre o temperamento vão dando lugar para novas teorias fisiológicas (Arnaud, 2007).

---

[10] Cheyene G. *The english malady or, a treatise of nervous diseases of all kinds as spleen, vapours, lowness of spirits, hypochondriacal and hysterical distempers*. London/Dublin: S. Powell; 1733.

Ao mesmo tempo, além dos tratados médicos sobre a histeria, surgiram os manuscritos, os artigos médicos, as aulas dos cursos de medicina e as teses dos estudantes que discutiam e reformulavam as concepções de histeria. Os conhecimentos médicos eram transmitidos aos estudantes de medicina através das aulas e da leitura de dissertações, artigos e tratados. As consultas médicas, por sua vez, eram um outro local de difusão de idéias, junto aos pacientes e seus familiares. Finalmente, enquanto muitos estudos sobre a histeria procuravam aproximá-la da filosofia, em busca da legitimidade acadêmica, outros estudos alcançavam tamanha popularidade que se tornavam um dos principais assuntos das "conversas de salão" (Arnaud, 2007).

Além disso, Arnaud (2007) chama a atenção para a influência do papel exercido pelo médico na formulação das teorias sobre a histeria. O médico que assiste aos doentes, o professor de medicina e o teórico da medicina, desenvolviam concepções bastante heterogêneas sobre a histeria. Muitas destas teorias surgiram, se desenvolveram, desapareceram, para depois reaparecerem.

Desta forma, constata-se que não se trata de uma progressão precisa do conceito, mas de uma história com sobreposições e descontinuidades, onde as idéias se desenvolvem no seu tempo e de acordo com suas próprias regras e papéis. Estes diferentes contextos do desenvolvimento das narrativas sobre a histeria requerem diferentes abordagens, nas quais se leve em consideração as motivações dos médicos, as suas pretensões e a quem dirigiam os seus discursos.

A preocupação em desenvolver um sistema nosográfico, por exemplo, foi a motivação de alguns estudos do final do século XVII. O médico inglês Thomas Sydenham publicou seu tratado sobre as doenças nervosas, com grande repercussão. Para se ter idéia da sua importância, seu tratado foi reeditado seis vezes, somente na França, durante o século XVIII. Sydenham propôs um sistema nosográfico simples, em que dividia as doenças em dois grandes grupos. O primeiro grupo é o das "febres" ou doenças agudas ou passageiras, que representam dois terços dos casos e o segundo grupo é o das doenças crônicas, que representam um terço. Neste grupo entra a histeria com a metade dos casos. A histeria representa, assim, a sexta parte do conjunto de patologias (Trillat, 1991).

Sydenham influenciou uma série de médicos ingleses e franceses. Segue um trecho da obra deste autor, citado por Trillat (1991) que descreve a histeria (p. 73):

> Esta doença é um proteu que toma uma infinidade de formas diferentes; é um camaleão que varia sem fim suas cores...Seus sintomas não são somente em número muito grande e muito variados, eles têm também isso de particular entre todas as doenças, o fato de que eles não seguem nenhuma regra, nenhum tipo uniforme, e não são se não um ajuntamento confuso e irregular: daí resulta que é difícil fazer a história da afecção histérica.[11]

A histeria tornou-se objeto de interesse médico porque, apesar do seu diagnóstico ter se disseminado rapidamente, permanecia sem explicações. Os médicos concordavam com a dificuldade em tratar as doenças histéricas.

---

[11] Sydenham T. *Abrégé de toute la médecine pratique.* 2ième edition. Paris: Huart l'aîné; 1728.

Lange[12] foi o primeiro médico francês a tentar um tratamento e a admitir enorme ignorância sobre o assunto. Os conhecimentos sobre a histeria tornaram-se fundamentais não somente para o diagnóstico de histeria, mas, também, para os de outras patologias. Os médicos percebiam que a histeria tomava para si os sintomas de outras patologias, o que dificultava a realização de um diagnóstico médico correto. Havia, assim, inclusive o risco de médicos com menos experiência e com menos conhecimento de interpretarem os sintomas de outras doenças como uma histeria. Desta forma, existe uma preocupação em descrever e assimilar a sintomatologia da histeria e das demais doenças, para que fosse possível uma diferenciação (Trillat, 1991; Arnaud, 2007).

Para alguns médicos, a histeria indicava sensibilidade e valor. Ao contrário, para outros, era sinal de preguiça, fraqueza e capricho. Enquanto alguns consideravam a histeria tão antiga quanto a própria medicina, outros a percebiam como uma doença de surgimento recente, cuja legitimidade questionavam. Ainda para outros, a histeria indicava uma certa ostentação ou um sinal de refinamento. Somente aqueles pacientes que alcançavam prestígio e reconhecimento social podiam apresentar sintomas de histeria, sem perder a dignidade. Desta forma, os sintomas histéricos emergiam como uma forma de etiqueta, destinada para poucos (Arnaud, 2007).

Segundo Arnaud (2007), a relação discriminatória entre as mulheres e a histeria vai se desenvolver mais ao fim do século XVIII. Para a geração

[12] Lange. *Traité des vapeurs ou leur origine, leurs effets, et leurs remèdes sont mécaniquement expliqués*. Paris: Veuve Denis Nion; 1689.

dos médicos que inclui Sydenham, Mandeville, Blackmore, Cheyene, Raulin, Pomme, Révillon e outros, os vapores e as outras doenças nervosas poderiam acometer qualquer um, de qualquer sexo ou classe social.

No que diz respeito à história do termo histeria, conforme discutido anteriormente e observado por Trillat (1991) e King (1998), antes do século XVIII o termo histeria não existia sob a forma de substantivo. Segundo Arnaud (2007), o primeiro aparecimento do termo, em francês, deu-se em 1771, no importante dicionário médico *Hélian dictionnaire du diagnostic ou l'art de connoître les maladies*. Os termos em inglês *hystericism* e *hysteria* aparecem em 1710 e 1764, respectivamente. Os adjetivos precederam os substantivos. O adjetivo *hysterique* apareceu, na França, em 1568, para descrever os problemas relacionados ao útero. Na Inglaterra, o adjetivo *hysterical* foi visto, pela primeira vez, em 1615, seguido do termo *hysteriks*, em 1649, utilizado para denominar as drogas utilizadas para os tratamentos das dores histéricas; ou seja, uterinas.

Apesar da relativa novidade dos termos, estes foram influenciados pelas concepções da Antiguidade e Renascença. Os tratados do século XVI de Paracelsus e Vesalius, por exemplo, discutiam a "sufocação do útero" e incluíam relatos de casos descritos pelos Antigos. Também são reinterpretados textos de Platão, Hipócrates, Celsus, Arataeus da Cappadocia, Galeno e Soranos de Éfesus (Veith, 1965).

Nesta direção, durante o século XVIII, as concepções sobre a histeria e sobre as doenças convulsivas foram constantemente transformadas. As novas formulações não necessariamente ocupavam o lugar das anteriores,

havendo, assim, uma justaposição e sobreposição das concepções. Desta forma, o estudo da histeria coloca, de forma imediata, um problema que é a dificuldade em determinar os antecedentes e variações do termo.

No século XVIII, segundo Arnaud (2007), os termos utilizados pelos médicos franceses flutuavam entre variações do termo histeria e incluíam *histérie*, *histhérie*, *hystérie*, *hystéricie*, *hystéricisme*, *hystéralgie*, *histérique* e *hystérique*. Os adjetivos dos termos citados eram frequentemente utilizados para modificar os seguintes substantivos, a saber, *passion*, *accès*, *affection* ou *maladie*. Estas variações, por sua vez, cederam espaço, paulatinamente, para o termo histeria. Mais de uma dezena de termos franceses eram reconhecidos como formas de histeria e incluíam *suffocation de la matrice*, *mal de mère*, *fureur utérine*, *passion utérine*, *étranglement de l'utérus*, *épilepsie utérine*, *vapeurs, spasme universel* e *tremblement universel*. A mesma proliferação de termos ocorria em inglês. O medico inglês Sydenham, por exemplo, adotava os seguintes termos: *hysteric diseases*, *hysteric passion*, *hysteric disorders*, *strangulation of the womb* ou *fits of the mother*.

Os tratados médicos não faziam mais diferenças entre os termos; ao contrário, inclusive advertiam aos leitores que se tratava de uma única doença sob diferentes nomes. Alguns destes termos foram identificados como um tipo particular de histeria, enquanto outros foram considerados obsoletos (Arnaud, 2007).

No final do século XVIII, a nosologia foi desenvolvida para, de forma artificial, uniformizar o diagnóstico. Entretanto, segundo Arnaud (2007), havia

uma tendência dos médicos em minimizar o valor dos diagnósticos, dando preferência às narrativas sobre as experiências dos próprios pacientes. Os médicos refutavam as concepções uniformes e objetivas do corpo e se detinham nos detalhes singulares, escapando, assim, das categorias diagnósticas e das generalizações. O relato dos sintomas é mais importante que a observação dos mesmos, mas esta tendência tenderá a desaparecer com a ascensão das instituições. No interior dos asilos existe uma preocupação com o diagnóstico e com as generalizações. Mais tarde, a psicanálise fará a reinserção deste modelo individual de abordagem junto ao paciente.

4.2.2 Histeria no contexto médico nos séculos XIX e XX: presença, ausência e retomada

Segundo King (1995), durante o século XIX, várias teorias buscavam o diagnóstico e a causa da histeria devido não só à emergência da psicanálise, mas, também, ao surgimento de outras especialidades médicas. Sem ter a pretensão de analisar todos os conceitos e teorias a respeito, propõe-se, aqui, uma breve discussão, para que se possa contextualizar as crises não-epilépticas psicogênicas.

Segundo Mace (2001), muitas vezes as teorias envolvidas não eram mutuamente excludentes, mas, ao contrário, caminhavam de forma sinérgica. Uma das especialidades envolvidas foi a ginecologia, uma vez que as descobertas anatômicas e funcionais do corpo humano passaram a dar

maior ênfase às diferenças entre as mulheres e os homens. Desta forma, além do útero, os ovários e o clitóris também passaram a ter importância na causa da histeria (King, 1995).

Um exemplo da convergência entre as especialidades, foi a teoria do médico neurologista inglês Thomas Laycock[13], professor de Hughlings Jackson e que publicou, em 1840, a obra *A treatise on the nervous diseases of women* que, por sua vez, foi discutida pelo renomado neurologista inglês Lennox, no seu artigo *The reign of the uterus*, publicado em 1955, no periódico *Epilepsia.*

Segundo Lennox (1955), para Laycock, haveria uma relação intrínseca entre o útero, ovários e o cérebro. Ele acreditava que alguma secreção dos ovários ou do útero, provavelmente contaminava o cérebro e desencadeava as crises histéricas, talvez, mediadas por algum tipo de conexão nervosa.

Ainda segundo Lennox (1955), na metade do século XIX, o interesse pela histeria alcançou seu auge na França e em 1859, o médico Briquet[14] propunha que as convulsões histéricas corresponderiam a uma “expressão de passionalidades”, enquanto que a convulsão epiléptica seria “uma espécie de *tetanus* que surge a partir de certas condições fisiológicas”. Nesta linha de investigação da ginecologia, Briquet observou a presença de dor abdominal em 200 das 430 mulheres histéricas por ele estudadas.

---

[13] Laycock, Thomas. *A treatise on the nervous diseases of women.* London: Longman; 1840.

[14] Briquet, Paul. *Traité clinique et therapeutique de l’hysterie*. Paris: Baillière; 1859.

Já para Charcot, a referida dor abdominal era proveniente das regiões dos ovários, sendo que das 160 pacientes internadas na clínica *La Salpêtrière*, em Paris, por convulsões incuráveis, Charcot demonstrou que, cinco delas apresentavam cessação completa dos sintomas histéricos pela compressão dos ovários (Lennox, 1955). A epilepsia e a histeria poderiam coexistir no mesmo indivíduo, mas eram, segundo Charcot, distintas e, na maioria das vezes, a histeria era secundária.

Depois do estabelecimento do eletroencefalograma – EEG - na *La Salpêtrière*, a prevalência da histeria e da epilepsia não mais alcançaram a proporção "epidêmica" de antes e os médicos, principalmente os ingleses, não registravam mais tantos casos de crises (Lennox, 1955).

O interesse de Charcot pela epilepsia e pela histeria deu-se ao acaso (Trillat, 1971[15] apud Berrios, 1996). O velho hospital *Sainte-Laure*, prédio cujos pavilhões abrigavam os histéricos, os epilépticos e os insanos, precisava passar por uma reforma e a administração da *La Salpêtrière* decidiu transferir todos os pacientes com "ataques", conjuntamente, para um único novo pavilhão que, por direito, foi oferecido ao Charcot, por se tratar do médico decano da casa. Certamente esta "mistura" de pacientes contribuiu para que Charcot avaliasse e criasse a "histero-epilepsia" (Berrios, 1996).

Apesar de Charcot argumentar que a histeria poderia acometer ambos os sexos, a imensa maioria dos seus pacientes eram do sexo

---

[15] Trillat É. In Charcot JM. *L'Hysterie.* Paris: Provat; 1971.

feminino, cujos sintomas histéricos, nas descrições de Charcot, foram desencadeados por experiências emocionais, enquanto que os sintomas dos homens eram ativados por um trauma físico. Desta forma, o rótulo “histeria”, que estava relacionado com o útero e com um julgamento de inferioridade, simplesmente não foi, à época, aplicado aos pacientes do sexo masculino (King, 1995). A discussão sobre a histeria e o preconceito contra as mulheres foi e, ainda hoje, é objeto de debates (Porter, 1991; King, 1995; Goetz, 1999).

Do ponto de vista clínico, inicialmente, Charcot preocupou-se em realizar uma observação detalhada dos sintomas das pacientes. As crises foram descritas e divididas em fases. O seu livro *Clinical Lectures on Diseases of the Nervous System*[16] é ilustrado com desenhos que mostram as fases das crises, contorções, contraturas e áreas anestesiadas. Estas últimas constituíram uma espécie de *stigmata* da histeria que, a partir de campos visuais concêntricos, serviam como um guia diagnóstico (Trimble, 2001).

A partir de 1877, Charcot passou a realizar experimentos junto às pacientes histéricas, utilizando agentes físicos, como o magneto e a eletricidade, e constatou que estes faziam com que os sintomas desaparecessem. Os pesquisadores ingleses, por sua vez, interpretavam este fenômeno de forma diferente, acreditando que o desaparecimento dos sintomas se dava, não pela ação dos agentes, mas, sim, por um efeito

---

[16] Charcot . *Lectures on the diseases of the nervous system*: *delivered at Salpêtrière*. London: New Sydenham Society; 1877-1889.

denominado “expectativa positiva”; ou seja, para eles, o simples fato do paciente fixar a sua atenção sobre um fenômeno desejado era suficiente para reverter os sintomas. A partir de 1880, a hipnose tomou o lugar da eletricidade. Charcot constatou que, através da hipnose, era possível reproduzir todos os sintomas histéricos. Em função destes experimentos, a hipnose, até então excluída da *Académie des Sciences*, voltou a ser utilizada e reconhecida cientificamente (Trillat, 1995).

Entre os anos de 1885-1886, Freud passou dois períodos sob a tutoria de Charcot, na França e logo após voltar para Viena, em 1886, publicou, junto à Sociedade Médica, um artigo sobre um caso de histeria masculina. Em 1895, dois anos após a morte de Charcot, Freud, em colaboração com Josef Breuer, publicou os *Estudos sobre a histeria* (1893-1895). Freud acabou abandonando a hipnose e passou a utilizar o método da “livre associação” que, por sua vez, teve um importante impacto na cura de pacientes e no desenvolvimento da sua teoria (Trillat, 1995). Os fundamentos da psicanálise, segundo Freud não serão, aqui, discutidos, alguns dos seus conceitos serão retomados, na medida em que forem necessários.

As primeiras décadas do século XX foram promissoras para a medicina, de maneira geral. Entretanto, o mesmo não ocorreu, particularmente, com a histeria e a epilepsia. Se nas décadas anteriores a epilepsia ocupava um papel central para a neurologia, isto mudou, e outras doenças neurológicas se tornaram mais importantes. Esta situação pode ser ilustrada pelo fato do periódico inglês *Brain*, o mais importante periódico

especializado em neurologia da Europa, na época, não fazer menção alguma à epilepsia, apesar da presença de editores médicos como Hughlings Jackson (Shorvon, 2007). A única exceção foi a publicação, no *Epilepsia* em 1910, do artigo *The borderline of epilepsy*, escrito pelo proeminente neurologista inglês William Turner (1910), que discute os limites entre as crises epilépticas e as crises histéricas. Segue um trecho, nas palavras do próprio autor,

> Qualquer discussão sobre as fronteiras da epilepsia deve levar em consideração, em primeiro lugar, as crises histéricas e a sua diferenciação dos ataques epilépticos. Ambas as doenças têm um caráter de degeneração hereditária e ambas têm, em comum, a ocorrência de ataques paroxísticos periódicos, caracterizados por alteração da consciência. Na epilepsia, em alguns casos, são encontradas alterações orgânicas dos tecidos corticais, caracterizando uma doença demencial. A histeria, por sua vez, é uma doença funcional pura, principalmente psíquica. Sua característica fundamental é a dissociação ou exclusão de alguns dos processos mentais da consciência principal. As mais recentes observações tendem a denominar estas crises, de maneira geral, de “histero-epilepsia”. Pode-se encontrar casos somente com crises histéricas, casos somente com crises epilépticas e casos com a combinação de ambas as crises (p.101).

Vale a pena observar que, neste mesmo artigo, Turner faz o diagnóstico de crise histérica para alguns sintomas que, atualmente, são entendidos e denominados como crises epilépticas parciais. Os estudos de Hughlings Jackson e Gowers sobre as epilepsias unilaterais, que incluíam as sensações epigástricas e de medo, começavam a ser incorporadas pela neurologia inglesa, no início do século XX (Temkin, 1994). Desta forma, observa-se que o próprio conceito de crise epiléptica passou por

reformulações, acarretando mudanças na concepção de histeria e de crise histérica.

No início do século XX, com exceção de um círculo muito restrito de conhecedores das teorias de Freud, pouco se falava em histeria. Até mesmo o termo passou a ser visto com desconfiança e o diagnóstico tornou-se raro. As pacientes histéricas, que antes eram encontradas nos corredores dos manicômios, não mais existiam. Os motivos deste declínio são, ainda hoje, desconhecidos e a hipnose foi abandonada, inclusive por seus mais fortes defensores. As teorias de Freud foram rejeitadas pelas sociedades científicas, em função da sua conotação sexual, inclusive encontrando forte resistência para a publicação de artigos a respeito, nos periódicos especializados em psiquiatria e neurologia. A histeria ficou submersa e uma série de doenças "funcionais"[17] denominadas "psico-neuroses" tomaram seu lugar (Trillat, 1995).

Com a proximidade da I Guerra Mundial, os periódicos americanos foram, progressivamente, tornando-se mais importantes em função da indisponibilidade das publicações européias, sendo que nos EUA os psiquiatras contavam com o seu próprio periódico, o *American Journal of Psychiatry*, órgão oficial da Associação de Psiquiatria Americana. Os neurologistas, entretanto, limitavam-se ao *The Journal of Nervous and Mental Disease*, que publicava também artigos de psiquiatria, e que passou

[17] O conceito de "doença funcional" foi proposto por Gowers (1893) apud Trillat (1995) para classificar as doenças sem lesões evidentes, e transitórias. Gowers WR. *A manual of the diseases of the nervous system*. London: Churchill; 1893.

a publicar artigos de psicanálise, que culminaram, por sua vez, com a ida de Freud à America do Norte. Desta forma, o polêmico médico Jelliffe, editor-chefe e revisor do *The Journal of Nervous and Mental Disease*, um periódico independente, enfureceu vários especialistas, neurologistas e psiquiatras, com a publicação dos artigos sobre psicanálise. Além disso, durante a I Guerra Mundial, as doenças mentais e neurológicas tornaram-se, cada vez mais importantes, com o avançar da guerra. Nesta direção, os médicos neurologistas, que se encontravam bastante insatisfeitos com a dificuldade em publicar seus artigos e com a concorrência das teorias psicanalíticas, fundaram um novo periódico em 1919, o *Archives of Neurology and Psychiatry*, procurando, assim, garantir a legitimidade científica aos artigos em neurologia (Burnham, 1981).

Desta forma, com o início da I Grande Guerra Mundial, ocorreram mudanças profundas e a histeria, que se pensava desaparecida, ressurgiu. A teoria psicanalítica justificava-se ao explicar as causas psicológicas envolvidas com os sintomas histéricos que surgiam com a guerra. Para a maior parte das autoridades, os sintomas histéricos eram a expressão neurológica do “choque” emocional, e o tratamento proposto era a psicoterapia, por vezes mais persuasiva, através do uso de choques elétricos (Trillat, 1995).

De acordo com Palmer (2001), o termo “shell-shock”, como nenhum outro termo, anterior ou posterior a ele, conseguiu “encapsular os custos psicológicos da guerra”. A psicopatologia do “shell-shock” incluía um “trauma emocional” que produzia um “choque mental” que variava entre uma leve

sensação de tontura até um estado de estupor que, por sua vez, poderia acarretar um quadro de amnésia, dissociação da personalidade e sintomas histéricos, como as crises histéricas.

Este diagnóstico, e suas variações, rapidamente espalharam-se entre os soldados, os oficiais médicos, alcançando, inclusive, a sociedade civil. O uso do termo ampliou-se a tal ponto que este passou a ser utilizado para qualquer sintoma que fosse “funcional” ou “histérico”. Indivíduos que nunca estiveram na guerra, passaram a receber este diagnóstico. O “shell-shock” foi o diagnóstico psiquiátrico mais desejado entre os soldados da ativa. Entretanto, em função da sua imprecisão diagnóstica e das custosas pensões dele decorrentes, este diagnóstico foi desencorajado pelos militares ingleses e americanos, durante a II Grande Guerra (Palmer, 2001).

Strecker (1944), presidente da Associação de Psiquiatria Americana, observou que, durante a II Grande Guerra Mundial, houve um aumento da epilepsia e da histeria entre os soldados, quando comparado à primeira I Guerra Mundial, e salientou que novas técnicas e drogas hipnóticas poderiam ajudar os soldados a aliviarem seus medos e sofrimento (Strecker, 1944).

Durante as guerras do Vietnam e da Coréia, foram notificados casos de crise pseudo-epiléptica entre os soldados e, assim, a guerra tornou-se um foco de pesquisa na área médica, principalmente na neurologia e na psiquiatria (Palmer, 2001). De fato, no *American Journal of Psychiatry* ocorre um aumento no número de estudos sobre hipnose, inclusive os relacionados às crises não-epilépticas psicogênicas (Peterson et al., 1950; Schwartz et al.,

1955). Finalmente, a *American Academy of Neurology*, cujo periódico oficial é o *Neurology*, no seu boletim oficial, anunciou a preocupação com a criação de, no mínimo, seis centros de excelência em epilepsia para os soldados acometidos nas guerras do Afeganistão e do Iraque (AAN, 2008a). Desta forma, existe uma relação clara entre as guerras, a epilepsia e a histeria, o que, certamente, têm implicações sobre as crises não-epilépticas psicogênicas.

5 Considerações sobre a emergência histórica de um sistema de classificação dos transtornos mentais

Outro elemento que merece ser destacado, para participar da discussão sobre as crises não-epilépticas psicogênicas, é a classificação dos transtornos mentais.

Segundo Berrios (2008), a maioria das culturas humanas mostrou preocupação com a classificação de objetos reais e ideais sendo que as regras destas classificações nem sempre são identificáveis, na perspectiva presente. A cultura ocidental e sua medicina não foram exceção e, desde os tempos clássicos, todas as formas de doenças humanas, incluindo as comportamentais e mentais, foram classificadas.

Durante o século XVII, no ocidente, ocorreram várias tentativas de classificar as plantas, os animais e a linguagem. Foucault (2000), na sua obra As palavras e as coisas, discute uma nova maneira de catalogar a natureza, relacionando-a com a representação; ou seja, sucintamente, segundo Foucault, as palavras passam a representar as coisas, a tal ponto que se passou a lidar somente com as palavras e não mais com as coisas. Desta forma, enquanto nos bestiários medievais e chineses, havia uma descrição detalhada de cada animal, no século XVII, eram criados sistemas de representação, então aplicados a objetos, plantas, animais e doenças.

No final do século XVIII, a classificação foi tão generalizada que se acreditava que “classificar” fosse algo inerente ao homem. Nestes termos, a discussão não era sobre a legitimidade da classificação, mas, sim, como

classificar. De acordo com a maioria das classificações propostas, os agrupamentos deveriam respeitar características "privilegiadas", como por exemplo, entre as plantas, o órgão reprodutor. Linné e outros botânicos do século XVIII aplicaram esse método às doenças, ou seja, foi concebida uma lista de características ou uma imagem com poder discriminatório suficiente para organizar todos os elementos de um universo finito em membros e não-membros de uma determinada classe (Berrios, 2008).

No final século XVIII, Pinel, influenciado pelos ideais científicos da Revolução Francesa, empenhou-se em observar os fatos clínicos, estabelecendo as semelhanças e diferenças e delimitando assim, categorias gerais de perturbações psíquicas. Desta forma, Pinel colocou-se na junção de duas tradições. Se, por um lado, Pinel foi um dos tradutores franceses de Cullen[18], de acordo com a tradição taxonômica do século XVIII (Berrios, 2008), por outro lado, a historiografia da Revolução Francesa interpretava a psiquiatria do passado imediato, como verdadeiro objeto de museu e, desta forma, as idéias, os médicos e os livros foram duramente criticados por Pinel (Berrios, 1996).

A relação entre os médicos e os pacientes, daquela época, foi também objeto de investigação de Foucault, nas obras, Doença Mental e Psicologia (2000), História da Loucura (2003), e O Poder Psiquiátrico (2006). Segundo Foucault (2006), a constituição do saber médico passa a depender,

---

[18] Cullen (1710-1790), professor de Edimburgo, foi um dos mais importantes médicos, classificadores e filósofos médicos do século XVIII que, admiravelmente, conseguiu sumarizar as nosologias continentais. Para maiores detalhes ver: Berrios GE e Beer D. *Unitary psychosis concept*. p.315-6.

principalmente, do olhar do médico que observa, de forma ordenada, disciplinada, e disciplinadora, as regularidades das doenças mentais. A distância entre o médico e o paciente, e o olhar sistematizador, conduzem a uma relação de objetividade com o corpo e com a mente do paciente, que passam, por sua vez, a serem inscritos no tempo e no espaço, garantindo, assim, a neutralidade e a validade do olhar médico.

Esquirol radicaliza os pressupostos de Pinel, criando categorias mais precisas e delimitadas, realizando, assim, de forma mais sistemática a separação das entidades psiquiátricas (Postel e Quetel, 1994). O professor de psicopatologia Mario Eduardo Costa Pereira (2000) chama a atenção para a enorme afinidade que tinha Esquirol com o nascente positivismo de Auguste Comte, visto que Esquirol chegou a frequentar o curso de Filosofia Positiva de Comte.

Entretanto, apesar da delimitação precisa dos quadros clínicos de Esquirol, a concepção das entidades mórbidas distintas e de caráter médico só foi se constituindo, gradualmente, na psiquiatria moderna, a partir da classificação dos grandes quadros psiquiátricos por Jean-Pierre Falret, Jules Baillarger, Bénédict-Augustin Morel e de Wilhelm Griesinger, entre outros. No final do século XIX, Kraepelin, através das várias edições do seu importante Tratado de Psiquiatria, expõe seu rigoroso método de descrição clínica minuciosa e observação do curso temporal da doença, estabelecendo, assim, os elementos para a nosografia psiquiátrica moderna (Pereira, 2000).

Vale a pena lembrar que, na medida em que os princípios evolucionistas se estabeleceram durante o século XIX, emergiu a concepção de que “classificar” representava uma função “adaptativa”; ou seja, que tivesse sido “selecionada” pela natureza, por conferir uma vantagem cognitiva ao homem. Esta premissa exercerá influência nas idéias classificatórias ainda hoje presentes (Berrios, 2008).

A partir do século XIX, e ao longo do século XX, influenciada pelo positivismo, a legitimidade das classificações dos transtornos mentais se dava através da universalização dos seus princípios. Justamente para esta concepção de ciência, caberia à pesquisa empírica garantir a legitimidade dos princípios e a cientificidade da classificação dos transtornos mentais. Neste contexto, surgem as classificações de distúrbios mentais atualmente utilizadas, como a Classificação Internacional das Doenças e o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders que a seguir, será discutido.

Apesar da importância atual das duas classificações, existem questões relevantes, de natureza filosófica e histórica que merecem ser discutidas. Berrios (2008) aponta que as classificações partem de duas premissas questionáveis, a de que a natureza seja um conhecimento estável e bem estabelecido, e de que a pesquisa empírica seja “livre de teorias”.

A filósofa Rachel Cooper (2005), por sua vez, na sua obra Classifying madness: a philosophical examination of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, sob a perspectiva da filosofia analítica, conclui que a maior parte dos distúrbios mentais podem ser concebidos como elementos da natureza e, portanto, obedecem regras e explicações

passíveis de serem alcançadas pelas pesquisas empíricas. Desta forma, a autora defende que o DSM é justificável, mas não a definição de “distúrbio mental”. Curiosamente, a partir deste mesmo tipo de análise, a autora alerta que o DSM é influenciado, fracamente, pela indústria farmacêutica e, fortemente, pelas empresas seguradoras de saúde, o que torna o DSM bastante vulnerável.

O filósofo Ian Hacking, na sua obra Múltipla Personalidade e as Ciências da Memória (2000), não trata os transtornos mentais como elementos da natureza. Ao contrário, diferencia tudo que concerne aos humanos, inclusive as classificações psiquiátricas, dos demais elementos da natureza. Segundo Hacking, existe uma particularidade do ser humano de ser afetado e modificado pelas próprias produções humanas, inclusive os diagnósticos psiquiátricos e, portanto, não considera os transtornos mentais elementos da natureza. Entretanto, na sua última obra Construction of what? (1999), Hacking questiona a possibilidade de que alguns distúrbios mentais, como o autismo, sejam abordados como um elemento da natureza. De qualquer forma, propõe uma perspectiva que traz importantes contribuições para a compreensão do conceito de abuso físico e sexual, e do distúrbio de múltipla personalidade, que serão considerados neste estudo.

O historiador Allan Young (1995), por sua vez, propõe uma perspectiva histórica do transtorno de estresse pós-traumático, na sua obra The harmony of illusions: inventing post-traumatic stress disorder. Para este autor, o transtorno de estresse pós-traumático não é uma unidade de sintomas estáveis, mas, sim, uma composição e sobreposição de práticas,

tecnologias e narrativas que foram diagnosticados, estudados e abordados por representantes de diferentes interesses, instituições e argumentos morais que, por sua vez, mobilizaram uma série de esforços e recursos. Desta forma, Young investigou os mecanismos pelos quais “as memórias traumáticas” penetravam na vida das pessoas e modelavam os conhecimentos dos pacientes, médicos e pesquisadores.

Finalmente, para Berrios (2000; 2008) a natureza da “realidade psiquiátrica” não é nem pura biologia, nem um constructo social, mas, sim, uma complexa combinação de ambos, ou seja, para este autor, os sintomas mentais são atos de fala ou de comunicação que carregam um sinal biológico, fortemente moldado por códigos pessoais, sociais e culturais e que também são conceitualizados por intérpretes profissionais.

Uma vez que foram considerados os diferentes pressupostos epistemológicos envolvidos com as classificações dos transtornos mentais, propõe-se agora a discussão mais específica do sistema DSM. A escolha deste sistema de classificação deu-se em função de dois motivos: do importante impacto social deste sistema e das profundas transformações que este acarretou no campo da psicopatologia.

Segundo Cooper (2005), até muito recentemente poucos, com exceção dos psiquiatras, tinham interesse no DSM. A primeira edição, publicada em 1952, foi designada especificamente para obter dados dos pacientes internados em instituições psiquiátricas, nos EUA. A segunda edição, em 1968, foi mais utilizada, mas ainda restrita ao meio psiquiátrico. Com a publicação do DSM-III, em 1980, o DSM atinge o grande público. Em

poucos anos, os psiquiatras estavam utilizando o DSM diariamente. Atualmente, nos EUA e em vários lugares do mundo, utiliza-se o sistema DSM para o preenchimento dos prontuários médicos; na documentação das empresas seguradoras de saúde; nas bulas das medicações da indústria farmacêutica; nos artigos científicos dos periódicos ao redor do mundo. Enfim, os próprios pacientes e profissionais da saúde são afetados pelo DSM.

Ainda segundo a autora, mesmo os que não são afetados diretamente pelo DSM, o são indiretamente, já que se tende a conceituar "normalidade" a partir do contraste do que não é considerado normal. Em outras palavras, aquele de nós que se considera normal, o faz porque não apresenta alucinações, ou crises de pânico, ou porque não tenta suicídio. E como a relação entre a ciência acadêmica e o entendimento popular sobre a ciência é muito próxima, as classificações, como o DSM, têm um papel na cultura, ao definir os comportamentos "alterados". Assim, quando um determinado comportamento está incluído no DSM, o problema passa a ser também reconhecido pela sociedade e pela cultura popular.

O professor de psicopatologia Mario Eduardo Costa Pereira (2000), baseando-se no livro de Kirk e Kutchins[19] sobre o "triunfo" internacional do DSM, aponta que a taxonomia psiquiátrica nos EUA desenvolveu-se, inicialmente, mais sob a influência da administração pública do que pelo interesse clínico. Para estes autores, existia uma concepção de que os

---

[19] Kirk S, Kutchins H. *Aimez-vouz Le DSM? Le triomphe de la psychiatrie américaine*. Paris: Synthélabo, 1998.

diagnósticos e as estatísticas dos problemas mentais poderiam assegurar intervenções sociais mais eficazes. Esta concepção perdurará até a II Guerra Mundial.

Segundo Starks e Braslow (2005), antes da II Guerra Mundial, a psiquiatria americana era caracterizada pelas instituições que mantinham internados pacientes com quadros graves, predominantemente quadros psicóticos. Depois da guerra, houve uma profunda mudança nesta distribuição, com um aumento significativo de pacientes não-psicóticos, mas cujos comportamentos e experiências emocionais qualificavam-os como doentes. Nesta direção, o aumento do número destes pacientes levou, não só a uma reclassificação da psicose, mas, também, a um realinhamento entre o que era qualificado como “doença” e o que poderia ser considerado um problema psicológico “normal”. De acordo com os prontuários, estes pacientes apresentavam problemas familiares, sintomas depressivos, sintomas ansiosos, dificuldades no trabalho e, às vezes, problemas com a polícia. Muitos deles haviam procurado o clínico geral ou um aconselhamento religioso antes de chegarem ao hospital psiquiátrico.

Neste contexto, em 1952, a American Psychiatric Association – APA publica o DSM-I, na sua primeira edição, substituindo a taxonomia sancionada pela APA em 1933. O DSM-I refletia as tendências da psiquiatria vigentes na época, influenciadas pela psicanálise e pela teoria de Adolf Meyer, que entendia a doença como uma “reação” do indivíduo frente aos problemas de adaptação biológica ou psicossocial. A classificação dos quadros psicóticos permaneceu quase intacta, enquanto que os quadros

não-psicóticos foram reformulados ou criados e incluíam, entre outros, a "reação psiconeurótica" com suas sete subcategorias (Starks e Braslow, 2005).

Starks e Braslow apontam para um outro ponto marcante da prática psiquiátrica, que foi o tratamento de pacientes com quadros não-psicóticos com drogas antipsicóticas. A primeira droga antipsicótica sintetizada e utilizada foi a Clomipramina, a partir de 1954, em pacientes com quadros psicóticos. Após a II Guerra Mundial, os quadros não-psicóticos também passaram a ser tratados com as drogas antipsicóticas e com eletroconvulsoterapia. Este fato garantia não somente que estes pacientes deveriam, sim, ser qualificados como doentes mentais, mas, também, colaborava com a concepção de que os problemas psicológicos poderiam ser objeto dos tratamentos biológicos e, portanto, potenciais pacientes para a clínica psiquiátrica.

A segunda edição do DSM, em 1968, não apresentou mudanças significativas mas, conforme aponta Pereira (2000), já se notava, nesta edição, uma tendência marcante deste sistema, que foi o estabelecimento de múltiplos diagnósticos, de modo a abranger vários eixos da perturbação.

Conforme salientado por Cooper (2005), a definição de um distúrbio mental e o seu surgimento no DSM levam a consequências sociais, econômicas e políticas. Entretanto, curiosamente, segundo as pesquisas da autora com a documentação original, somente em 1970 é que APA inicia uma discussão para definir, estritamente, o que é um "distúrbio mental". Antes do advento do DSM-III, a APA propunha as classificações dos

distúrbios mentais sem se preocupar com a definição de “distúrbio”. Uma interpretação historiográfica linear poderia sugerir que se tratasse de uma reparação, afinal uma classificação dos distúrbios mentais que se comprometia a ser científica deveria ter contida em si, uma definição clara de distúrbio mental. Entretanto, Cooper afirma que esta interpretação está equivocada e argumenta que a maior parte dos sistemas de classificação científica não define, de forma explícita, o seu domínio. Assim, segundo a autora, é justamente a presença da definição de “distúrbio”, no DSM-III, e não a sua ausência, que chama a atenção. Segundo Cooper (2005), a definição de distúrbio mental deu-se por motivos políticos.

Nos anos 70, teve início o importante movimento dos ativistas gays nos EUA que, inclusive, nesta ocasião, invadiram a reunião anual da APA, que ocorria em São Francisco, para protestar contra os trabalhos científicos ali apresentados, que sustentavam o caráter intrinsecamente patológico do comportamento homossexual, o que trouxe grande repercussão na mídia e sobre a opinião pública da época. Por outro lado, neste mesmo período, a APA também era atacada pelo movimento da anti-psiquiatria. Tratava-se de um grupo heterogêneo que tinha em comum a descrença na psiquiatria, enquanto especialidade médica (Cooper, 2005).

Em outras palavras, por um lado, o movimento anti-psiquiátrico desafiava a legitimidade da psiquiatria como um ramo da medicina e por outro lado, os ativistas gays protestavam contra o fato da homossexualidade ser classificada como um distúrbio mental. Definir “distúrbio mental” foi retoricamente útil para a APA frente a ambos os ataques. No que concerne

ao movimento anti-psiquiatria, o estabelecimento de critérios definidores garantia a legitimidade dos distúrbios psiquiátricos como um problema médico. Por outro lado, no que diz respeito ao homossexualismo, segundo os critérios estabelecidos pelo DSM, uma determinada condição só poderia ser denominada de distúrbio mental se causasse, de maneira geral, incapacidade para as relações interpessoais e ocupacionais, e sofrimento ao indivíduo. Desta forma, os indivíduos que experimentavam a sua homossexualidade, sem sofrimento ou incapacidade, não poderiam ser classificados como portadores de um distúrbio mental. Surge, então, a categoria "homossexualidade egodistônica", que agrupa somente os indivíduos que vivem a sua homossexualidade de forma conflitiva, com incapacidades e que, eventualmente, gostariam de se ver livres deste comportamento (Cooper, 2005).

Neste mesmo período, também se instala uma preocupação que já havia iniciado nos anos 60, que era a de garantir uma confiabilidade aos diagnósticos psiquiátricos, de acordo com as proposições de cientificidade da medicina. Houve, assim, o desenvolvimento de sistemas operacionais para a pesquisa em psiquiatria e o surgimento de entrevistas psiquiátricas padronizadas, além de instrumentos de diagnóstico. Estas iniciativas procuraram aumentar a concordância entre diferentes investigadores e possibilitar a concordância de resultados (Menezes, 1998).

Neste contexto, o DSM-III é publicado, em 1980. Trata-se de um sistema de classificação "ateórico" que se baseia apenas nos dados diretamente observáveis, sem recorrer a concepções teóricas pré-

estabelecidas. Seu principal objetivo é o de evitar os impasses e as incompatibilidades entre as múltiplas abordagens psicopatológicas, sobretudo, no plano das supostas etiologias (Pereira, 2000). As consequências deste fato serão discutidas posteriormente.

Nesta direção, outra mudança importante foi a introdução do termo disorder, distúrbio ou transtorno, para designar a maior parte dos diagnósticos do DSM-III, o que permite deixar de lado as questões etiológicas e os mecanismos patogênicos e se deter, apenas, na nosografia, a partir da descrição dos sintomas. Desta forma, não só a disorder é uma condição médica e, portanto, um domínio da psiquiatria, como, também, não se torna mais pertinente qualquer discussão sobre outras racionalidades, além da médico-biológica. Aliás, na época da publicação do DSM-III, a Associação de Psicologia Americana não concordou com esta visão e entrou com um processo judicial contra a Associação de Psiquiatria Americana. Seu argumento era que não necessariamente todo o sofrimento mental é uma condição médica, inclusive porque, na grande maioria das vezes, se desconhece a etiologia dos problemas mentais. Desta forma, a Associação de Psicologia Americana buscava defender seus interesses profissionais diante da ameaça do domínio médico (Cooper, 2005).

Entretanto, para além dos aspectos políticos envolvidos, a concepção de “transtorno” implica em um caráter operacional e pragmático que garante a construção de um sistema de classificação das síndromes psiquiátricas, constituído por uma série de critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de diagnósticos, por sua vez, são previamente validados através de estudos

empíricos, buscando-se alcançar um alto grau de concordância entre os pesquisadores (Pereira, 2000).

Finalmente, em 1987, foi realizada uma revisão do DSM-III, o denominado DSM-III-R e, em 1994, a APA publicou a quarta edição do DSM, o DSM-IV. Ambos não apresentaram mudanças significativas. Vale a pena mencionar que várias categorias descritas no DSM foram incorporadas pela décima edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), publicada em 1992 pela Organização Mundial de Saúde, apontando a importante influência do DSM.

A discussão sobre cada uma destas três vertentes discursivas buscou remover preconceitos e revelar, a partir de recortes históricos, os pressupostos epistemológicos envolvidos; a sobreposição e justaposição de conceitos; e a influência dos contextos sociais e políticos. A epilepsia e a crise epiléptica que, na atualidade, contemplam plenamente os critérios da racionalidade médica ocidental, revelaram vínculos com o “evolucionismo”, ideologia científica do século XIX. A histeria, por sua vez, que, a princípio, parecia ser um fenômeno muito remoto, na história da medicina, mostrou ser bastante recente. Finalmente, as discussões sobre as classificações psiquiátricas apontaram, para além das questões epistemológicas, as influências políticas e os interesses econômicos nas suas concepções.

Nestas circunstâncias, criaram-se condições para a investigação da trajetória do desenvolvimento conceitual da crise não-epiléptica psicogênica nos últimos quarenta anos.

Conforme a metodologia proposta, agora serão examinados os artigos dos periódicos especializados em neurologia - o Epilepsia, o Neurology e o Seizure – e nos periódicos especializados em psiquiatria – American Journal of Psychiatry, British Journal of Psychiatry e o Journal of Nervous and Mental Disease - que expressam o pensamento sobre as crises não-epilépticas, vigentes na época. Neste ponto, algumas considerações devem ser feitas.

Em primeiro lugar, por se tratar de um assunto que transpõe os limites de tempo e de espaço; que remete a diferentes conceitos e que, muito usualmente, utiliza os mesmos termos para concepções diferentes, propõe-se, aqui, o exame dos artigos a partir de categorias analíticas que foram selecionadas a partir da sua repetição e pertinência nos artigos. São estas: definição de crise não-epiléptica psicogênica; crises histéricas; co-morbidade psiquiátrica e crise não-epiléptica psicogênica; abuso e dissociação no contexto das crises não-epilépticas psicogênicas; o uso do vídeo-EEG; a diferenciação e a associação das crises não-epilépticas e epilépticas.

A partir destas categorias, foi realizada uma proposta de periodização para as crises não-epilépticas nos últimos quarenta anos. Segundo a historiadora de psiquiatria Lygia Maria de França Pereira (2002), a periodização é um processo que se desenvolve “a partir da identificação de fatos com características semelhantes que ocorrem simultaneamente ou numa sequência temporal” (p.52), o que, por sua vez, auxilia na própria interpretação das categorias de análise.

Em segundo lugar, por não existir um consenso na literatura médica vigente, os termos utilizados para designar as crises procuraram respeitar as

preferências dos próprios autores. Da mesma forma, os termos “distúrbio” e “transtorno” psiquiátrico foram utilizados indiscriminadamente. Em terceiro lugar, para facilitar a visualização da procedência do periódico, os artigos oriundos dos periódicos especializados em psiquiatria, por serem em menor número, sempre que forem citados, contarão com o nome do periódico de origem, enquanto o mesmo não acontecerá com os artigos procedentes dos periódicos especializados em neurologia.

6 Emergência histórica das crises não-epilépticas psicogênicas, no período 1964-2006

Ao longo das décadas, foram utilizados diferentes termos para remeter-se às crises. Os vários termos utilizados revelam as diferentes compreensões sobre as crises. Vale a pena percorrer a trajetória de denominações das crises não-epilépticas psicogênicas antes de se dar prosseguimento à periodização.

6.1 Definições de crise não-epiléptica psicogênica

Em 1964, Liske e Forster, no artigo *Pseudoseizures: a problem in the diagnosis and management of epileptic patients*, referem-se às crises como pseudoepilépticas. Segundo os médicos neurologistas, o termo "histeria" contribuiu para a confusão de diagnósticos e preferem o uso do termo crise pseudoepiléptica (*pseudoseizure*) porque "por um lado, traz a idéia de uma crise epiléptica, mas, por outro lado, o prefixo "pseudo" aponta para o que não é genuíno".

Em contrapartida, Krumholz e Niedermeyer (1983), discutem preferir o uso de "crise psicogênica", por se tratar de uma crise "verdadeiramente" experimentada pelo paciente, em que somente a natureza epiléptica da crise não é verdadeira.

Segundo Gumnit e Gates (1986), o termo “seizure”, no seu sentido mais amplo e mais remoto, correspondia a um episódio em que a pessoa era tomada pelo evento, em inglês “seized”. O termo é anterior ao conhecimento das etiologias das crises, que poderiam ser cardiogênicas, vasogênicas, neurogênicas e psicogênicas. Atualmente, o termo “seizure” é pouco utilizado para descrever um ataque cardíaco ou um derrame e passou a ser mais utilizado para os eventos de natureza epiléptica. Se o termo “seizure” é unanimidade no que concerne à epilepsia, o mesmo não acontece com as crises pseudoepilépticas. Segundo os autores, os diferentes termos utilizados podem ter diferentes significados, principalmente para os não-epileptologistas. Por exemplo, o termo crise pseudoepiléptica que o epileptologista usa de forma “neutra”, pode ser entendido de forma pejorativa por outros médicos, pela empresa de seguros e pelo chefe, no trabalho do paciente. Nesta direção, os autores sugerem que seja utilizado o termo “crise não-epiléptica”, que é um termo ainda mais neutro. As crises não epilépticas, por sua vez, são divididas em dois grandes grupos, as crises não-epilépticas psicogênicas e as crises não-epilépticas fisiogênicas.

Diferente dos termos dos norte-americanos, os ingleses Betts e Boden (1992a), no primeiro exemplar do periódico Seizure, sugerem o termo “non-epileptic attack disorder – NEAD”, traduzido em português para transtorno de crises não-epilépticas. Para Betts e Boden, o termo “pseudoepiléptica” é inconsistente com a natureza das crises. Segundo estes autores, os ataques não-epilépticos são tão verdadeiros quanto as crises epilépticas e, muito raramente, existe uma intenção de enganar

alguém e por isso sugerem o termo NEAD. Jawad et al. (1995), apesar de origem inglesa, não fazem uso do termo “non-epileptic attack disorder” por considerarem que este termo continua a manter vínculos com a epilepsia, o que não lhes parece interessante na busca da “positividade” do diagnóstico das crises psicogênicas.

Lesser (1996), no seu artigo de revisão, e Krumholz (1999) referem dificuldades em se alcançar um termo totalmente satisfatório e, apesar de “crise psicogênica” e “crise pseudoepiléptica” continuarem a ser os termos mais utilizados, estes autores preferem a designação de crise não-epilépticas porque contemplam a natureza psicogênica e fisiogênica.

Segundo Francis e Baker (1999), o termo escolhido para designar as crises aponta para os diferentes mecanismos envolvidos com a crise. Com os termos “histero-epilepsia” e “crises histéricas” subentende-se um modelo psicodinâmico no mecanismo da crise, enquanto os termos “crise psicogênica”, “crise pseudoepiléptica” e “crise simulada” são mais descritivos, compatíveis com a psiquiatria atual.

Stone et al.(2003) com a publicação do artigo What should we call pseudoseizures? the patient’s perspective, investigam as percepções dos pacientes diante das diferentes designações das crises. Na maior parte das vezes, os termos têm uma conotação ofensiva aos pacientes, porque lhes dão a idéia de que o médico considera serem os seus sintomas “da sua cabeça” ou, pior ainda, que são, deliberadamente, produzidos pelo paciente. Isto ocorre, principalmente, com o termo “pseudoepiléptica” que implica em uma mimetização, em algo falso. Por sua vez, denominar as crises de

“psicogênicas” implica em ignorar importantes aspectos fisiológicos e sociais que podem estar envolvidos com as crises. Além disso, o prefixo “psi” traz uma associação com palavras como “psicopatia” e “psicóticos”, que são repudiadas pelos pacientes. O termo “transtorno de crises não-epilépticas” (non-epileptic attack disorder – NEAD) é um termo neutro; entretanto, trata-se de um “não-diagnóstico”. Finalmente, o termo “histeria” carrega uma conotação bastante negativa, mas é o único termo que, definitivamente, exclui, na sua própria definição, a simulação.

No artigo Illness representations among people with non-epileptic seizures attending a neuropsychiatry clinic: a qualitative study based on the self-regulation model de Green et al. (2004), existe uma preocupação em se conhecer a experiência do indivíduo com a crise não-epiléptica psicogênica. Este estudo aponta que os pacientes expressam idéias pouco claras sobre sua condição e não sabem, ao certo, como nomear os seus sintomas e as crises. De maneira geral, estes pacientes atribuem à doença uma única causa, “orgânica” ou “psicológica”. Os pacientes desejam uma explicação científica ou biomédica para a sua condição e priorizam as causas orgânicas, rejeitando as explicações psicológicas.

A partir do acima exposto, percebe-se que as várias e diferentes designações para as crises suscitam, de forma imediata e muitas vezes no próprio meio médico, uma condição de dificuldade e, às vezes, de desconforto e desconfiança. De fato, esta polissemia caminha em sentido oposto à uniformidade da linguagem normatizada pela medicina e psiquiatria contemporânea, com pretensões de validade universal. Paradoxalmente, é

justamente esta variância de termos que pode fornecer pistas para o entendimento das próprias crises e pode abrir o diálogo com outras concepções psicopatológicas, epistemológicas e históricas que serão discutidas.

Ainda nesta direção, os vários termos utilizados apontam para as dificuldades atuais da medicina, principalmente, da psiquiatria, em abordar os sintomas dos pacientes, cujo corpo e cuja mente não, necessariamente, obedecem às concepções anátomo-funcionais de corpo e de mente, normatizadas pela medicina ocidental contemporânea. Existe, sim, uma clareza em definir a crise epiléptica, cujos sinais e sintomas estão de acordo com a neuroanatomia, com o EEG e com a ressonância magnética, entretanto, torna-se muitíssimo mais difícil quando isto não é possível, como ocorre com as crises histéricas, ou crises pseudoepilépticas, ou crises psicogênicas.

Uma vez discutidas as implicações das diferentes definições, propõe-se uma periodização na ocorrência das crises não-epilépticas nos últimos quarenta anos.

6.2 Crise histérica – nas décadas de 1960 e 1970

Na década de 60 é publicado por Liske e Forster (1964) um único artigo sobre as crises, em um periódico de neurologia. Os autores preferem denominá-las de crises pseudoepilépticas. Nas décadas de 60 e 70 são

publicados, nos periódicos de psiquiatria, vários artigos que tratam das crises histéricas, no contexto da histeria. Neste ponto, vale a pena apresentar a classificação da histeria, utilizada nestes artigos, de acordo com a Associação de Psiquiatria Americana, editora do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM. Para tanto, serão utilizados os capítulos procedentes do Comprehensive textbook of psychiatry, que representa o pensamento hegemônico sobre o DSM.

Com a publicação da primeira edição do DSM, em 1952, a histeria dividiu-se entre histeria conversiva (Anexo A) e histeria dissociativa. Na sua segunda edição, o DSM-II, em 1968, as duas categorias foram referidas como neurose histérica, tipo conversão (Anexo B) e neurose histérica, tipo dissociativa (Guggenheim e Smith, 1995).

No que tange às crises histéricas, o diagnóstico mais comum, dentro da neurose histérica, tipo conversão, era a “reação conversiva”, diagnóstico que procurava enfatizar o aspecto “reacional”, de acordo com a concepção do psiquiatra americano Adolf Meyer que procurava integrar a teoria psicanalítica, ao modelo de adaptação ao meio ambiente. Na conversão, de maneira geral, os conflitos emocionais “convertem-se” em sintomas físicos, conforme proposto por Freud (Guggenheim e Smith, 1995). A histeria abrangia também a personalidade histérica.

A personalidade histérica caracterizava-se por um padrão excessivo de emocionalidade e por uma busca incessante em chamar a atenção das outras pessoas sobre si. As pacientes, mulheres na sua maioria, tinham um comportamento provocativo ou sedutor e uma tendência a teatralizar suas

experiências de vida. Ao mesmo tempo, seus discursos podiam ser muito lacônicos e evasivos e, até mesmo, infantis. Além disso, tratava-se de pessoas muito sugestionáveis; isto é, pessoas que eram, facilmente, influenciadas por outras pessoas e pelas circunstâncias (Gunderson e Phillips, 1995).

Uma vez esclarecido os termos utilizados, serão examinados os artigos selecionados do período. Ziegler et al. (1960), ao publicarem seu artigo no American Journal of Psychiatry, descrevem as reações conversivas, associadas à forma clássica de histeria, que incluem a perda da função sensorial e motora, e a histeroepilepsia. Surpreendentemente, segundo os autores, menos da metade dos pacientes tinham uma personalidade histérica. Este resultado, por sua vez, expressava também a opinião da Associação de Psicanálise Americana, para quem os padrões de personalidade não eram um pré-requisito para os processos conversivos. Finalmente, segundo os autores, apesar dos esforços em se delinear, clinicamente, o termo “personalidade histérica”, este termo continuava a ser pejorativo porque sob ele convergiam traços de personalidade repudiados, inclusive fora do meio médico.

Stefanis et al. (1976), no artigo publicado no British Journal of Psychiatry, avaliaram a presença da histeria, inclusive das crises histéricas, em cerca de dezessete mil pacientes atendidas em um serviço de psiquiatria, em Atenas, Grécia. As conclusões deste estudo influenciaram fortemente a literatura médica vigente, na época. Foi encontrada uma redução da incidência da histeria, de maneira geral, mas, principalmente,

dos quadros mais dramáticos, incluindo as crises histéricas e, em contrapartida, referiam o surgimento de “formas menores de conversão”. Segundo os autores, apesar da histeria continuar sendo uma doença predominantemente feminina, houve um aumento no número de homens.

Paul Chodoff (1982), no seu artigo Hysteria and women, publicado no American Journal of Psychiatry, retoma a discussão por ele mesmo iniciada anteriormente[20], em que discute o distúrbio de personalidade histérica. Segundo o autor, na ausência de sintomas centrais para este tipo de personalidade, este diagnóstico baseia-se em uma série de sintomas e comportamentos superficialmente descritos que, em combinação, constituem este diagnóstico.

Chodoff (1982) argumenta contra a idéia de que a susceptibilidade para a histeria seria uma tendência inata, biologicamente determinada. Ele defende que a histeria é marcada pelas pressões históricas e culturais. Para tanto, faz referência às aulas de Charcot, na La Salpêtrière, em Paris, na segunda metade do século XIX. Segundo Chodoff, semanalmente, durante as suas aulas, Charcot hipnotizava as pacientes, seja pela compressão ovariana, seja por outros métodos hipnóticos. Entretanto, eram sempre as mesmas pacientes que participavam das várias apresentações, tornando-se habituadas aos seus papéis e, provavelmente, apreciando a atenção a elas dispensadas. Diferente das pacientes da classe burguesa, tratadas por Freud, as pacientes hipnotizadas por Charcot eram, na sua maioria,

---

[20] Chodoff P, Lyons H. Hysteria, the hysterical personality and “hysterical” conversion. *Am J Psychiatry*. 1958; 114:734-40. Chodoff P. The diagnosis of hysteria: an overview. *Am J Psychiatry* 1974; 131:1073-8.

camponesas, de famílias com baixo poder aquisitivo. Neste contexto, segundo Chodoff, estabelece-se uma relação de desigualdade entre homens e mulheres, em que os homens são professores ou doutores e as mulheres são camponesas, sem escolaridade. Desta forma, neste contexto, torna-se evidente, para o autor, a inevitável e intensa influência dos homens sobre as mulheres. Por fim, Chodoff (1982) considera que o distúrbio de personalidade histérica nada mais é do que somente uma caricatura do feminino.

Merskey e Trimble (1979), no seu estudo publicado no American Journal of Psychiatry, investigam a associação do distúrbio de personalidade histérica com a reação conversiva, inclusive as crises histéricas. No seu estudo, encontram que a minoria dos pacientes com sintomas conversivos apresentavam personalidade histérica.

Ramani et al. (1980), no seu artigo publicado no American Journal of Psychiatry, chamam atenção para o uso indiscriminado, na prática médica, dos termos histeria, personalidade histérica e histeria conversiva. O autor teme que o seu uso incorreto não só retire dos termos sua utilidade clínica, mas, também, que leve a raciocínios clínicos equivocados, o que poderia tornar-se, inclusive, perigoso, em função de possíveis diagnósticos e tratamentos incorretos. No seu estudo, os autores também investigaram a presença das crises pseudoepilépticas e de outros sintomas conversivos, em associação aos transtornos de personalidade. Os resultados apontaram que nenhum paciente apresentava distúrbio de personalidade histérica. Por fim, os autores concluem que as crises histéricas constituem um distúrbio

unitário e homogêneo, mas, sim, complexo, envolvendo fatores psicossociais diversos e, portanto, que merecem uma abordagem individualizada (Ramani et al., 1980).

O exame dos artigos da época sugerem algumas considerações acerca do período. Em primeiro lugar, chama a atenção não somente o número expressivo de artigos nos periódicos de psiquiatria, mas, também, a preocupação com a “positividade” do diagnóstico no que concerne à histeria; ou seja, o termo “histeria” garantia a detecção dos fenômenos psicopatológicos.

Em segundo lugar, os artigos do período apontam não somente um declínio da prevalência da histeria entre as mulheres, mas, também, um crescimento entre os homens, ao mesmo tempo em que chama a atenção para as formas “menores” de histeria. Em outras palavras, existe, sim, uma afirmação da presença dos fenômenos histéricos, mas não mais associado somente ao gênero feminino.

Em terceiro lugar, busca-se uma separação entre histeria e distúrbio de personalidade histérica. Neste ponto, vale a pena tecer algumas considerações históricas sobre a personalidade histérica que surge, assim definida, pela primeira vez, no DSM-II.

No seu estudo sobre o desenvolvimento da personalidade histérica, Alam e Merskey (1992) verificaram que os traços constituintes deste diagnóstico mudaram muito, ao longo do tempo. Inicialmente, tratava-se, simplesmente, de um alargamento dos elementos componentes da própria

histeria. No início do século XVII, o “retardo” e a “letargia” eram associadas à histeria. Nos séculos XVII e XIX, os prejuízos da inteligência e da vontade foram também descritos, assim como o medo, o choro e a labilidade emocional. A “teatralização” associada à histeria é recente, pertencente ao século XX. A sugestionabilidade, embora relatada por Charcot, ainda no século XIX, não foi considerada um traço da personalidade histérica em vários estudos do século XX (Chodoff e Lyons, 1958; Slavney, 1978)[21], e nem consta entre os critérios de diagnóstico no DSM-II e DSM-III. Para Alam e Merskey (1992), a sugestionabilidade tornou-se uma característica mais abrangente, que não se restringia à própria histeria, surgindo em diversas situações como, por exemplo, no efeito placebo. Curiosamente, em 1994, a sugestionabilidade surge no DSM-IV como um critério diagnóstico para o transtorno de personalidade histriônico. Nesta época, havia uma preocupação em diferenciá-lo do transtorno de personalidade borderline (Gunderson e Phillips, 1995), que se encontrava no auge das discussões psiquiátricas.

Se, por um lado, conforme acima examinado, muitos traços da personalidade histérica modificaram-se ao longo do tempo, outros permaneceram. Segundo Alam e Merskey (1992), traços como “egocentrismo”, “busca de atenção”, “fingimento”, “irresponsabilidade”, “forte imaginação”, dificuldades com a sexualidade e depressão, sempre estiveram presentes ao longo dos séculos, relacionados à histeria.

---

[21] Chodoff P, Lyons H. Hysteria, the hysterical personality and hysterical conversion. *Am J Psychiatry*. 1958;114:734-40. Slavney PR. The diagnosis of hysterical personality disorder: a study of attitudes. *Comprehensive Psychiatry*. 1978;19:508.

A ampla lista de sintomas e comportamentos, assim como sua variância ao longo dos séculos, revelam a fragilidade do diagnóstico de distúrbio de personalidade histérica, que pode resvalar em diagnósticos equivocados e preconceituosos. A clara separação entre histeria e distúrbio de personalidade histérica, e todo preconceito envolvido com este último diagnóstico, será nebuloso nas décadas seguintes.

6.3 Crise não-epiléptica psicogênica – década de 1980

A partir da década de 80, o número de artigos sobre as crises não-epilépticas psicogênicas nos periódicos de psiquiatria reduz-se drasticamente, a despeito do crescimento expressivo do número de artigos científicos, de maneira geral, nos periódicos especializados da área. Por outro lado, depois do advento do vídeo-EEG, a partir da década de 80, observa-se um aumento explosivo do número de artigos sobre as crises não-epilépticas psicogênicas nos periódicos de neurologia. Deste modo, se por um lado, as inovações técno-científicas ampliaram as investigações sobre as crises não-epilépticas psicogênicas no âmbito da neurologia, o contrário aconteceu no âmbito da psiquiatria. As discussões iniciadas nas décadas de 60 e 70, na psiquiatria, sobre a histeria, foram abruptamente interrompidas.

Ao mesmo tempo, outro evento relevante marca este período: a publicação do DSM-III, em 1980, e sua posterior revisão, o DSM-III-R, em 1987, com mudanças nos critérios de diagnóstico do distúrbio conversivo

(Anexo C e D). Nestas edições, buscando enfatizar a distinção entre as manifestações físicas e mentais da histeria, os distúrbios conversivos e dissociativos foram radicalmente separados (Nemiah, 1995). Ainda no DSM-III, os termos “histeria” e “neurose” são retirados do manual. O distúrbio conversivo, juntamente com o transtorno de somatização, passou a fazer parte de uma categoria mais ampla designada de distúrbios somatoformes (Guggenheim e Smith, 1995).

Os distúrbios somatoformes tinham como aspecto central, as queixas somáticas dos pacientes que sugeriam alguma condição médica, mas não eram totalmente por elas explicados. É também descrito a presença de fatores psicológicos que poderiam iniciar, perpetuar ou exacerbar o distúrbio. O distúrbio de somatização, por sua vez, tinha como critérios a presença de 14 sintomas ao longo da vida do paciente, de uma lista de 37 sintomas (Guggenheim e Smith, 1995).

Sem adentrar nas particularidades do distúrbio de somatização, vale a pena tomar conhecimento que este diagnóstico teve uma trajetória histórica própria e que tem como referências os estudos do médico francês Paul Briquet sobre histeria, no final do século XIX, e as pesquisas de St. Louis (EUA) sobre queixas somáticas, na década de 1950 e 1960. Somente com o advento do DSM-III, em 1980, é que este passou a receber esta denominação e classificação. A reunião do distúrbio de somatização com o distúrbio conversivo buscou dar ênfase aos sintomas físicos, diferenciando-os, assim, dos sintomas mentais que caracterizam os distúrbios dissociativos. Enquanto, o distúrbio conversivo reúne os sintomas

"pseudoneurológicos", que tem uma apresentação, de maneira geral, "monossintomática", o distúrbio de somatização é "polissintomático" (Guggenheim e Smith, 1995).

Finalmente, ainda no DSM-III, o termo personalidade "histérica" é mudado para "histriônica" o que, segundo os autores, foi um esforço para se obter um "termo teoricamente mais neutro e que fosse mais ao encontro da tradição descritiva da tradição psiquiátrica" (Gunderson e Phillips, 1995).

6.3.1 Problemas com a formulação diagnóstica

Em 1988, Savard et al. apresentam um relato de caso em que se discute as crises não-epilépticas psicogênicas associadas ao transtorno factício[22], também denominado de síndrome de Munchausen. Uma carta resposta publicada em seguida, no mesmo periódico, relata o possível primeiro caso de crise não-epiléptica publicado nos EUA, em 1880. Baseado na história de vida de James Clegg, o artigo foi escrito pelo médico Carlos MacDonald e publicado no *American Journal of Insanity*[23] (Pankratz, 1989). Segue um resumo do relato, que merece ser apresentado.

James Clegg nasceu na Inglaterra. Aos 16 anos juntou-se a um bando de ladrões e iniciou sua carreira como batedor de carteiras. Clegg apresentava crises supostamente epilépticas em locais públicos, velórios e enterros, o que distraía as pessoas e facilitava o furto dos ladrões. Clegg foi

---

[22] O transtorno factício é caracterizado pela produção intencional de sinais ou sintomas físicos ou psiquiátricos, com o objetivo de assumir o papel de doente (APA, 1984).

[23] MacDonald CF. Feigned epilepsy. *American Journal of Insanity*. 1880;37:1-22.

preso e precisou provar, sob os olhares céticos dos médicos e dos guardas, que apresentava, genuinamente, crises epilépticas. Em uma ocasião apresentou crises contínuas por mais de uma hora. Em outra, apresentou uma crise e caiu do terceiro andar, quando perdeu um dente, fraturou o nariz e feriu o rosto e a cabeça. Desta forma, o diagnóstico de epilepsia foi confirmado e Clegg saiu da prisão, e foi encaminhado para um asilo, para a enfermaria de epilépticos, onde pôde aprender, segundo MacDonald, outras variações da doença.

Uma vez solto, conseguiu dinheiro suficiente para migrar para os EUA, onde voltou a apresentar crises e a furtar. Juntou-se a um outro bando de ladrões e roubava carteiras em Nova York, Boston e Filadélfia. Passava algum tempo preso, mas acabava sendo encaminhado para hospitais e asilos para epilépticos.

Em uma destas internações, MacDonald conseguiu uma confissão de Clegg sobre o fingimento das crises. O médico suspeitava do fingimento porque Clegg apresentava mudanças de comportamento e de expressões faciais quando era, secretamente, observado pelo médico. Após esta confissão, Clegg foi transferido do *New York State Asylum for Insane Criminals* para a prisão estadual.

No seu relato, MacDonald refere que a diferenciação entre o fingimento das crises e as crises epilépticas, era alcançada submetendo o paciente a queimaduras com fogo, espetando agulhas sob as suas unhas ou colocando substâncias irritativas nos seus olhos. Caso houvesse ausência de resposta, o paciente apresentava crises verdadeiramente epilépticas.

Savard et al. (1989), na sua carta resposta, apreciam o relato de caso, mas advertem sobre as semelhanças e diferenças entre o transtorno factício e a simulação[24] que, por sua vez, poderia ser um diagnóstico provável, neste relato de caso histórico. Em outras palavras, a produção dos sintomas e a sua motivação em produzi-los, são os elementos necessários para a diferenciação entre as três categorias diagnósticas, o distúrbio somatoforme, que inclui o distúrbio conversivo e de somatização, o distúrbio factício e a simulação.

Nesta direção, a "motivação" para a produção dos sintomas da crise que serve para diferenciar o transtorno conversivo, do transtorno factício e da simulação, torna-se de difícil apreensão quando o conceito de "inconsciente" não é mais utilizado, fato, este, ocorrido com a publicação do DSM-III. O "inconsciente" foi, implicitamente, retirado do DSM-III ao serem eliminados os termos "histeria" e "neurose". Desta forma, o DSM-III, ao mesmo tempo em que mantém em sua nosografia o termo "conversão", obstaculiza o desenvolvimento desse conceito, plasmado por uma perspectiva psico-interpretativa, ao excluir o mecanismo e a teoria a ele subjacentes. Propõe-se, então, a seguir, fundamentar, de forma breve, as relações entre o conceito de "inconsciente" e "conversão", segundo a teoria psicanalítica de Freud.

---

[24] A simulação é um fingimento, produção ou exagero de sinais e sintomas físicos ou psiquiátricos para se obter ganhos externos, por exemplo, compensação financeira, evitar o trabalho, uma condenação à prisão ou serviço militar. Não se trata de um diagnóstico médico ou psiquiátrico, mas consta no DSM-IV como uma condição adicional que pode ser foco de atenção clínica (APA, 1984).

Freud na sua obra *Estudos sobre a histeria* (1893-1895a), ao relatar o caso da Sra. Emmy Von N., define conversão. Nas suas palavras, "para sermos breve, adotamos o termo 'conversão' para designar a transformação da excitação psíquica em sintomas somáticos, que é tão característica da histeria" (p.116). Freud (1893-1895b), nesta mesma obra, compara o sistema nervoso a um sistema elétrico, influenciado pelas leis da física clássica, particularmente, da conservação de energia, e introduz os elementos e mecanismos envolvidos com os fenômenos conversivos que incluem a determinação simbólica, o trauma psíquico e os estados hipnóides, que delineiam a própria teoria psicanalítica.

Ainda nos *Estudos sobre a histeria* (1893-1895c), no caso Anna O., Freud descreve dois estados de consciência que persistiam lado a lado, um primeiro estado que era normal, do ponto de vista psíquico, e um segundo estado que se assemelhava a um sonho. Ainda, nas palavras de Freud, a paciente, na maior parte do tempo, "encontrava-se inteiramente lúcida, com suas funções mentais ordenadas até que algum produto do seu estado secundário atuasse como um estímulo inconsciente" (p.79).

Embora a palavra "inconsciente" já tivesse sido utilizada em ocasiões anteriores, por filósofos, esta parece ser a primeira ocorrência publicada por Freud, no seu sentido psicanalítico (Strachey, 1969). Tornou-se evidente para Freud que o problema não era a investigação dos processos mentais "conscientes", para qual o método de indagação, próprio da medicina, era uma técnica suficiente e eficaz. A questão era que, se havia processos mentais inconscientes, o método de investigação precisava ser outro e,

assim, influenciado por Charcot e Janet, Freud opta pela hipnose. O uso da hipnose foi bem sucedido com Anna O., mas encontrou obstáculos com Emmy von N., o que iria acarretar mudanças importantes na técnica utilizada para o acesso aos processos mentais inconscientes (Strachey, 1969; Mezan, 2003).

Desta forma, tornam-se evidentes as condições preliminares dos *Estudos sobre a histeria*, tanto no que concerne à técnica e principalmente, no que diz respeito às formulações teóricas (Strachey, 1969). A psiquiatria norte-americana, por sua vez, após a II Guerra Mundial, retira a conversão deste contexto preliminar original e a utiliza como uma categoria diagnóstica pronta e acabada, sem levar em conta as reformulações e as novas interpretações, posteriormente dadas por Freud, e depois por outros estudiosos, aos próprios conceitos envolvidos com inconsciente e conversão, em um movimento intrínseco à própria psicanálise. Com o tempo, a psiquiatria foi, progressivamente, afrouxando as ligações da conversão com a teoria psicanalítica, apesar de manter a designação de transtorno conversivo.

Uma vez estabelecidas as proximidades e as distâncias entre a psiquiatria e a psicanálise, no que concerne ao conceito de “conversão”, almeja-se, neste ponto, discutir as implicações do DSM na psicopatologia. Vale a pena ressaltar que não se pretende aqui, simplesmente condenar a classificação do DSM, mas, sim, tomar consciência da sua principal vertente discursiva e, assim, não só revelar os seus significados e compreender a

sua construção, mas, também, abrir e preparar espaço para os possíveis diálogos.

O sistema classificatório do DSM permitiu, por um lado, um maior grau de confiabilidade aos diagnósticos psiquiátricos, inserindo a psicopatologia no âmbito das ciências empírico-experimentais, de acordo com o pensamento científico hegemônico contemporâneo. Por outro lado, esta classificação, segundo Pereira (2000), faz um "deslizamento, do que deveria ser exclusivamente um sistema pragmático de classificação, em direção a um discurso de fundo psicopatológico". O efeito indesejável de tal manobra é a redução da riqueza do pensamento psicopatológico, que trata do sofrimento psíquico de um modo geral, a um estudo estritamente fenomênico e operacional dos comportamentos e sintomas.

Vale a pena lembrar que, em psiquiatria, o termo psicopatologia refere-se a um conjunto de saberes elaborados, sobretudo, a partir do século XVIII e influenciado, por um lado, pela tradição médica, a partir da observação cuidadosa e prolongada dos doentes mentais e, por outro lado, por uma tradição humanística, da filosofia, da literatura e da psicanálise que sempre viu na "alienação mental", uma possibilidade rica de reconhecimento das várias dimensões humanas (Dalgalarrondo, 2000).

A psicopatologia, por ser um campo de cruzamento de várias teorias e conhecimentos, até então, constituía um terreno fértil sobre o qual se desenrolavam os debates teóricos que garantiam legitimidade à psiquiatria. Evidentemente, as concepções dadas por clínicos e pesquisadores procedentes de horizontes epistemológicos diferentes tendiam,

naturalmente, a recortar seus objetos teórico-clínicos, segundo pressupostos próprios de cada disciplina, determinando, assim, um legado complexo de termos que carregavam consigo as teorias subjacentes. Com o empirismo embutido nos pressupostos das classificações operacionais, ficaram excluídas as disciplinas que tratam dos fenômenos psicopatológicos a partir de metodologias não-experimentais. (Pereira, 2000).

Segundo Pereira (2000), deste ponto decorre um dos maiores impasses com os quais a psiquiatria contemporânea se depara. Tendo relegado a psicopatologia a um segundo plano, a psiquiatria encontra-se relativamente despreparada para enfrentar as questões de fundo psicopatológico sobre a experiência vivida do sofrimento mental.

6.3.2 Testes psicológicos e entrevistas padronizadas

Ainda na década de 80, o único artigo publicado no *American Journal of Psychiatry*, sobre as crises não-epilépticas psicogênicas, utiliza os critérios do DSM-III – R, para avaliar e comparar um grupo de pacientes com crises psicogênicas, com um grupo com crises epilépticas. Stewart et al. (1982) concluem que os pacientes com crises psicogênicas, ou com ambas as crises apresentam maior incidência de tentativas de suicídio, mais distúrbios afetivos e mais distúrbios de personalidade. Este artigo, e tantos outros, convergem no sentido das “co-morbidades psiquiátricas”; ou seja, a partir do DSM-III, a psiquiatria é marcada por uma tendência aos múltiplos

diagnósticos psiquiátricos. Nesta direção, existe uma preocupação com a confiabilidade dos diagnósticos.

Justamente neste período, são publicados vários estudos que, por meio de testes psicológicos e entrevistas padronizadas, procuram avaliar a personalidade, as funções cognitivas e os diagnósticos psiquiátricos dos pacientes com crise não-epiléptica psicogênica.

No estudo de Wilkus et al. (1984), os pacientes com crises pseudoepilépticas foram submetidos ao teste psicológico MMPI - *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. Trata-se de um inventário de personalidade, auto-aplicável, que detecta traços patológicos da personalidade, através de 13 escalas que incluem traços como histeria, hipocondria e outros. Neste estudo, as escalas para histeria, hipocondria e esquizofrenia mostraram-se significativamente mais elevadas, quando comparadas aos pacientes com epilepsia. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Henrichs et al. (1988), Pakalnis et al. (1991) e Lancman et al. (1993). Particularmente, Henrichs et al. (1988), no seu estudo, buscavam novos índices derivados do MMPI, que pudessem servir como fatores preditivos para os sintomas conversivos e, desta forma, reduzir os custos com o diagnóstico das crises não-epilépticas psicogênicas o que, porém, não foi possível. Em 1986, Vanderzant et al., utilizaram o mesmo teste, o MMPI, para avaliarem os pacientes com crise pseudoepiléptica e não encontraram alterações significativas.

Sackellares et al. (1985) e Kalogjera-Sackellares (1997) publicam dois estudos que avaliam a inteligência e a personalidade dos pacientes com

crises pseudoepilépticas. Seus resultados opõem-se à concepção vigente de que as crises pseudoepilépticas estariam, fortemente, relacionadas com um déficit de inteligência (Krumholz e Niedermeyer, 1983; McDade e Brown, 1992) e com a personalidade histérica. Os pacientes com crises não-epilépticas psicogênicas apresentavam, inclusive, funções cognitivas superiores ao grupo dos pacientes com epilepsia.

Wilkus e Dodrill (1989) investigaram os problemas metodológicos que levaram aos diferentes resultados dos estudos acima apresentados, acreditando que isto se deu em função da diferença entre as amostras de pacientes que foram examinados.

Os problemas relacionados aos testes psicológicos e às entrevistas padronizadas merecem aqui, reflexão. Entretanto, para esta discussão, vale a pena retomar alguns aspectos concernentes à linguagem psicopatológica utilizada na psiquiatria contemporânea.

Segundo Berrios (1996), o sintoma mental depende de uma linguagem que o descreva. Esta linguagem artificial foi construída, ao longo do século XIX, a partir das observações dos alienistas, e completou-se antes da I Grande Guerra Mundial. Apesar dos esforços de Jaspers[25], no século XX, em buscar fundamentos teóricos para a psicopatologia, poucas mudanças nesta linguagem foram realizadas desde então. A linguagem, ainda hoje utilizada para descrever os sintomas mentais, é marcada pela concepção de homem, linguagem e realidade do século XIX.

[25] Karl Jaspers (1883-1969) foi um dos principais fundadores da psicopatologia moderna e a sua obra mais conhecida é *Psicopatologia Geral*, de 1913. Ver: Jaspers K. *Psicopatologia Geral*. Rio de Janeiro: Atheneu; 1979.

Conseqüentemente, tanto a prática clínica, quanto as linhas de pesquisa da psiquiatria contemporânea, encontram-se intrincadas aos conceitos fabricados no século XIX, sem que houvessem reformulações ou "calibrações" desta linguagem (Berrios e Marková, 2006).

O desenvolvimento de todo um aparato psicométrico e estatístico criou uma ilusão de que a psicopatologia já teria sido totalmente descrita, tornando-se, com isso, uma ciência (Berrios, 2000). Os resultados destes instrumentos de diagnóstico, que tomaram o lugar dos próprios fenômenos clínicos, passaram a ser correlacionados com outras medidas de avaliação e com os marcadores biológicos. A psiquiatria passou a lidar com variáveis que se aproximam dos sintomas mentais, cuja confiabilidade e validade dependem da qualidade destas variáveis em "representá-los" adequadamente (Berrios e Marková, 2006).

Entretanto, ao se analisar a representatividade dos instrumentos utilizados pela psiquiatria, Berrios e Marková (2006) apontam para a ausência de qualquer questionamento sobre as conseqüências da aplicação dos princípios psicométricos sobre os sintomas mentais, já que a origem dos princípios que fundamentam a psicometria é a física.

Deve-se também levar em conta, ao aplicar os instrumentos e entrevistas psicométricos, que os sintomas mentais são relatados por pessoas que, por estarem acometidas por problemas mentais ou psicológicos, podem apresentar dificuldades em tornar objetivas, experiências subjetivas. Isto pode ocorrer porque estas experiências

subjetivas podem ser novas, assustadoras, estranhas, distantes ou mesmo de difícil comunicação (Berrios e Marková, 2006).

Finalmente, Berrios e Marková (2006) argumentam que os sintomas mentais são experiências efêmeras, cambiáveis e difíceis de serem apreendidas, até mesmo por narrativas qualitativas e maleáveis, o que pode tornar difícil uma análise estatística.

Este é um aspecto psicopatológico fundamental ao se lidar com as crises não-epilépticas psicogênicas, e com a histeria, de maneira geral, justamente porque nestas situações clínicas, os sintomas apresentados pelos pacientes não apresentam regularidades. Isto cria uma situação muito peculiar quando o clínico ou o psiquiatra se vê diante de um paciente, cujas queixas não conseguem preencher os critérios diagnósticos convencionais. As respostas mais comuns, frente a este problema são, simplesmente, ignorá-lo ou tentar encaixar os sintomas do paciente em um, dois ou mais diagnósticos existentes. Desta forma, estes pacientes recebem vários diagnósticos simultaneamente e diferentes intervenções terapêuticas, aumentando o risco de iatrogenias.

6.4 Crise não-epiléptica psicogênica – a partir da década de 1990

A partir da década de 90 perpetua-se a preocupação com a padronização dos diagnósticos psiquiátricos, relacionados à crise. A crise

não-epiléptica psicogênica é classificada em alguma categoria diagnóstica maior e, para tanto, são utilizadas entrevistas clínicas padronizadas, instrumentos de diagnósticos e escalas de avaliação que contribuem para a formulação dos múltiplos diagnósticos que estão associados às crises.

Nesta direção, Jawad et al. (1995) utilizam a entrevista clínica estruturada para o DSM-III-R e encontram, entre os pacientes com crise pseudoepiléptica, o distúrbio conversivo, na sua imensa maioria. Em um terço dos pacientes estudados com crises, encontram distúrbio de humor e ansiedade associados ao transtorno conversivo. Bowman e Markand (1996) publicam no *American Journal of Psychiatry* seu estudo, utilizando o mesmo instrumento. Os diagnósticos psiquiátricos encontrados nos pacientes com crises pseudoepilépticas foram os distúrbios somatoformes (89%), distúrbios dissociativos (91%), distúrbios afetivos (64%), distúrbios de personalidade (62%), distúrbio do estresse pós-traumático (49%) e distúrbio de ansiedade (47%). Lesser (1996) e Krumholz (1999), nos seus artigos de revisão, encontram resultados semelhantes aos autores citados.

Outros estudos que apontam para as co-morbidades psiquiátricas foram desenvolvidos por Devinsky, 1998; Ettinger et al., 1999a; Silva et al., 2001; Mökleby et al., 2002; Szaflarski et al., 2003; Binzer et al., 2004; D'Alessio et al., 2006; Testa et al., 2007.

6.4.1 Co-morbidades psiquiátricas

Neste ponto, vale a pena considerar a condição de “co-morbidade psiquiátrica” que se anuncia com o DSM-II, e se efetiva com o DSM-III, em 1980. Uma vez que os diagnósticos passaram a ser formulados a partir de critérios operacionais, empiricamente determinados e “ateóricos”, tornou-se possível que um mesmo paciente recebesse dois, três ou mais diagnósticos psiquiátricos. Em outras palavras, na ausência de um fundo psicopatológico que ajude na compreensão e na explicação do conjunto de sintomas e comportamentos do paciente, o diagnóstico passou a ser baseado, somente, na descrição dos sintomas e comportamentos que, por sua vez, estão listados e agrupados nas várias categorias nosológicas, facilitando, assim, o múltiplo diagnóstico.

Esta ênfase no múltiplo diagnóstico tem implicações sobre as crises não-epilépticas psicogênicas. Kirmayer e Santhanam (2001), em um estudo de corte antropológico, mostraram que os processos culturais e sociais podem influenciar na ocorrência da histeria e, particularmente, dos fenômenos conversivos, em diferentes níveis. Um primeiro nível abrange a crença do paciente na doença e nas práticas médicas envolvidas e, um segundo, inclui as respostas da família, do sistema de saúde e do sistema social, ao sintoma apresentado.

O múltiplo diagnóstico, tal como oferecido pela clínica psiquiátrica atual, facilita que o indivíduo, em sofrimento mental, encontre uma classificação para seus males que o “legitime” como doente, aumentando a

crença sua crença na doença. Mais do que isso, o próprio anúncio das doenças pode fornecer elementos na “produção” dos sintomas dos pacientes, na medida em que podem ser incorporados através da cultura (Berrios e Marková, 2006). Como os diagnósticos, por sua vez, não se baseiam em teorias explicativas ou compreensivas, mas, sim, dependem somente da descrição dos sintomas, estes pacientes, muito facilmente, recebem mais diagnósticos e mais intervenções.

Por outro lado, o múltiplo diagnóstico, neste contexto, aumenta a crença da família na doença do paciente e amplia, iatrogenicamente, os vínculos do paciente com o sistema de saúde. Além disso, a especialização médica e a pobreza da relação médico-paciente corroboram com este processo. Finalmente, levando em conta a legitimidade social da medicina e o domínio da ciência e da tecnologia inclusive, na cultura popular, arrisca-se, neste estudo, a se fazer a proposição que parte dos pacientes com crises não-epilépticas psicogênicas, talvez almejem, simplesmente, compartilhar, por meio desta identidade, um espaço socialmente legitimado, nem que seja pela doença.

Muitas vezes, os diagnósticos e as classificações padronizados não contemplam a diversidade e a particularidade da clínica das crises não-epilépticas psicogênicas. Desta forma, muitos autores sugerem outras classificações para as crises e, ainda, surpreendentemente, muitos artigos dos periódicos especializados em neurologia passam a apresentar, de forma superficial, teorias psicológicas e comunicacionais que auxiliam na compreensão das crises, além de resgatar conceitos da própria psicanálise.

Por outro lado, chama a atenção, a partir da década de 90, a ausência completa de artigos sobre as crises não-epilépticas psicogênicas e sobre a própria histeria nos periódicos de psiquiatria. Seguem algumas das propostas procedentes dos periódicos de neurologia.

Lesser (1996) sugere cautela para a diferenciação entre uma eventual crise conversiva, que pode ocorrer como uma reação a um evento específico, e o distúrbio conversivo propriamente dito. Do ponto de vista da classificação das crises, Lesser (1996) faz referência à proposta de Gates e Erdhal (1993). Estes autores dividem os pacientes em cinco grupos. No primeiro grupo, os pacientes apresentam, de maneira geral, dificuldades em solucionar problemas. Por exemplo, um paciente com inteligência limítrofe que, ao não conseguir lidar com uma determinada situação, apresenta crises não-epilépticas psicogênicas. No segundo grupo, os pacientes interpretam, equivocadamente, as suas sensações corporais e, por exemplo, ao tomarem as drogas antiepilépticas, distorcem e amplificam as possíveis sensações físicas e mentais decorrentes do uso das medicações, facilitando, assim, o desencadeamento de crises não-epilépticas psicogênicas. Os autores também referem um terceiro grupo de pacientes, com distúrbios psicóticos, cujas crises fazem parte do quadro delirante-alucinatório. O quarto grupo é constituído por pacientes que, sabidamente, sofrem crises epilépticas mas que, após as crises tendem a exacerbar ou prolongar os efeitos da própria crise epiléptica e, desta forma, apresentam uma crise não-epiléptica depois da crise epiléptica. Finalmente, no quinto grupo, os pacientes apresentam conflitos emocionais importantes e a crise não-epiléptica psicogênica é a

conversão física deste conflito. Segundo os autores, a maior dificuldade desta classificação é compatibilizar estas observações clínicas e mecanismos psicológicos com as categorias diagnósticas do DSM.

Aldenkamp e Mulder (1997) chamam a atenção para o fato de que as crises não-epilépticas psicogênicas podem ocorrer em pacientes que não sofrem de sintomas histéricos. O prognóstico favorável, em muitos pacientes, sugere inclusive que as crises podem ser uma reação temporária a alguma circunstância externa. Os autores concluem que vários tipos de personalidade, mecanismos psicológicos, comportamentos aprendidos e situações desencadeadoras podem resultar em crise não-epiléptica psicogênica e que a concepção destas várias etiologias não são levadas em conta, nos vários estudos.

Finalmente, segundo Devinsky (1998), a patogênese dos sintomas conversivos envolve também os conceitos psicanalíticos de ganhos primários e secundários. No ganho primário, a elaboração dos sintomas conversivos permite que o paciente expresse uma necessidade interna ou um conflito que foi inconscientemente reprimido. Por exemplo, depois de ter sido estuprada, uma vítima pode expressar sua raiva e medo, simbolicamente, através de uma crise pseudoepiléptica. No ganho secundário, o sintoma conversivo facilita que o paciente receba suporte das pessoas ou de serviços sociais, o que de outra forma poderia não receber ou ainda, o sintoma permite que o paciente evite situações desagradáveis.

Outra mudança relevante observada na década de 90 foi a emergência frequente, na literatura, da associação entre diagnóstico de

crises não-epilépticas psicogênicas e história de abuso nas biografias dos pacientes.

6.4.2 Crise não-epiléptica psicogênica e abuso

Liske e Forster (1964), em seu artigo baseado em casos de pacientes com crises pseudoepilépticas, relatam episódios de estupro sofrido por pacientes. Goodwin et al. (1979)[26] e Gross (1979)[27], nos seus artigos, também tratam deste assunto, especificamente, de relações sexuais incestuosas. Entretanto, Gross, no seu artigo de 1979, publicado no American Journal of Psychiatry, ao tratar da pseudoepilepsia na adolescência, enfatiza a importância de se levantar o histórico médico e psicológico dos pacientes mas não menciona aspectos relacionados à atividade sexual.

Somente em 1992, Betts e Boden (1992b) publicam o artigo intitulado Diagnosis, management and prognosis of a group of 128 patients with non-epileptic attack disorder. Part II. Previous childhood sexual abuse in the aetiology of these disorders em que o assunto é retomado. Os autores, neste estudo, encontraram uma relação significativa entre o transtorno de crises não-epilépticas e o abuso sexual. Segundo eles, muitas mulheres têm dificuldades em revelar o abuso, o que depende de uma relação de confiança entre o paciente e o médico. Para os autores, se por um lado há o

---

[26] Goodwin J, Simms M, Bergman R. Hysterical seizures: a sequel to incest. *Am J Orthopsychiatry*. 1979;49:698-703.

[27] Gross M. Incestuous rape: a cause of hysterical seizures in four adolescent girls. *Am J Orthopsychiatry*.1979;49:704-08.

risco de falsas memórias, por outro lado, a indiferença afetiva com que algumas mulheres relatam o episódio de abuso podem, equivocadamente, sugerir que se trate de uma mentira. De qualquer forma, segundo os autores, as declarações pessoais sobre abuso sexual têm sido mais comuns nos últimos anos devido à mudança no "clima social" e nas atitudes mais receptivas do poder público e dos profissionais para com as mulheres que sofreram abuso.

Betts e Boden (1992b) estabelecem ligações entre o abuso sexual e um tipo particular de crise noturna, na qual a paciente interrompe a respiração, esfrega os seios e começa a se debater. Acreditam que esta apresentação de crise é uma reminiscência de um comportamento convulsivo muito frequentemente relatado pelos médicos da época Vitoriana, que a designaram de "histero-epilepsia". Segundo os autores, provavelmente o estresse do abuso facilitou o desencadeamento das crises em pacientes predispostos e que, inclusive, configura uma patoplastia particular às próprias crises, tais como serem noturnas ou esfregar os seios.

Ainda em 1992, Cartmill e Betts publicam um relato de caso no qual uma paciente, do sexo feminino, começa a apresentar crises pseudoepilépticas após um estupro e imediatamente após um acidente de carro, sugerindo, então um distúrbio de estresse pós-traumático.

Alper et al. (1993) no artigo intitulado Nonepileptic seizures and childhood sexual and physical abuse, comparam dois grupos de pacientes: um com epilepsia e outro com crises não-epilépticas psicogênicas, no que concerne ao abuso físico e sexual na infância. Os autores concluem que a

história de abuso sexual e físico é mais frequente no grupo de pacientes com crise não-epiléptica.

Em 1996, Bowman e Markland publicam seu estudo no American Journal of Psychiatry. Ao avaliarem pacientes com crises pseudoepilépticas, encontram uma prevalência alta de pacientes com história de abuso sexual e físico. Além disso, a partir de instrumentos de diagnóstico, os autores concluem que os pacientes com crises pseudoepilépticas têm vários diagnósticos psiquiátricos encontrados em vítimas de trauma, como o transtorno de estresse pós-traumático e os transtornos dissociativos.

Rosenberg et al. (2000) encontram resultados semelhantes aos estudos de Alper et.al. (1993) e Bowman e Markland (1996), e concluem que o trauma, o abuso e o transtorno do estresse pós-traumático, estão associados à crise não-epiléptica psicogênica.

Sem tratar, especificamente, das crises não epilépticas psicogênicas, dois artigos que abordam o trauma e sua associação com o distúrbio de conversão e o distúrbio de somatização foram publicados no American Journal of Psychiatry. Şar et al. (2004), ao avaliarem um grupo de pacientes com transtorno conversivo encontraram, além da alta prevalência de abuso físico e sexual, uma alta prevalência de transtornos dissociativos. Curiosamente, os resultados apontam para uma baixa prevalência de transtorno do estresse pós-traumático. Por sua vez, Brown et al. (2005), ao avaliarem um grupo de pacientes com transtorno de somatização, não encontram uma relação significativa entre a história de abuso sexual e o distúrbio de somatização.

Finalmente, vale a pena considerar o estudo de Van Merode et al. (1997) com uma metodologia pouco convencional. Os autores fizeram um levantamento de artigos que descreviam episódios de estupro ou de relações sexuais incestuosas, associados à crise não-epiléptica psicogênica. Assim, entre os anos de 1947 e 1993, foram levantados 62 casos de pacientes, em diversos periódicos. Os resultados apontaram que, nas décadas mais remotas, os eventos de natureza sexual associados às crises não epilépticas psicogênicas foram apenas, esporadicamente, relatados na literatura médica, vigente, na época.

Desta forma, nos artigos examinados, a partir da década de 1990, observa-se, um interesse na investigação do abuso sexual e depois do abuso físico, entre os pacientes com crises não-epilépticas psicogênicas. Passam também a ser mencionados os diagnósticos de transtorno do estresse pós-traumático e os transtornos dissociativos. Estas associações merecem ser discutidas porque, conforme aponta o estudo de Van Merode (1997), a relação entre as crises não-epilépticas psicogênicas e qualquer evento de natureza sexual não fora anteriormente mencionada nos artigos médicos. Somente, a partir da década de 90 é que se tem início uma proliferação de artigos nesta direção. O próprio conceito de abuso, conforme aponta Hacking (2000) tem uma história recente.

Longe de desqualificar a gravidade do evento e a relevância de se considerar os efeitos psíquicos de qualquer forma de violência física ou sexual, o fato é que, nas últimas décadas, parece haver uma hipertrofia deste tipo de preocupação, motivada por um repertório que começa a

circular fora do meio médico. Por mais terríveis que tenham sido as experiências sofridas, estas não se manifestam, somente, por si, mas são referidas e recordadas, através da tomada de consciência do indivíduo, que usa uma determinada linguagem e que está inserido em um determinado contexto social e cultural.

Segundo Hacking (2000), e fazendo referência aos estudos do renomado historiador francês, Philippe Ariès, os papéis sociais das crianças e a concepção do desenvolvimento infantil, em cada um dos seus estágios, surgiu, somente, no século XIX. Entretanto, nem isso foi suficiente para introduzir a noção de abuso que, por sua vez, foi raramente encontrada antes de 1960.

Embora, no século XVIII, existisse a "crueldade infantil" que apresentava características, aparentemente, semelhantes ao abuso, tratava-se de uma condição muito diferente. Hacking (2000) estabelece três diferenças fundamentais entre a crueldade infantil e o conceito de abuso, que são a classe social, a concepção de crueldade e o sexo. O primeiro movimento de proteção contra crueldade infantil surgiu como um desdobramento da Sociedade Humanitária Americana que, por sua vez, curiosamente, protegia os animais. O foco da preocupação era a exploração do trabalho infantil que acabou se espalhando pelas sociedades industrializadas e se aliando aos movimentos anti-escravistas. Desta forma, a crueldade infantil estava relacionada às classes sociais mais baixas, diferente do que se passa com o abuso infantil. Em segundo lugar, existia a questão do bem e do mal. A crueldade com crianças era algo nefasto,

principalmente por se tratar de seres “inocentes”. Desta forma, torna-se, inclusive, compreensível a origem do movimento contra a crueldade infantil junto à sociedade protetora dos animais. A crueldade com crianças era somente mais um tipo de maldade contra os seres “inocentes”. Em terceiro lugar, este tipo de crueldade configurava um perigo público, no sentido de apontar potenciais criminosos que ameaçavam toda a sociedade. Esta situação é muito diferente da concepção atual de abuso que tem uma conotação sexual e atinge a vida privada das pessoas (Hacking, 2000).

Segundo Hacking (2000), a noção de abuso surgiu, a partir da década de 1960, nos EUA, quando gradualmente, foi se estabelecendo a relação entre o abuso infantil e o sexo. A Associação Médica Americana tomou conhecimento do caso de bebês maltratados e as ativistas feministas, imediatamente, enfatizaram a presença de incesto nestas famílias. Neste momento, incorporou-se ao próprio sentido do abuso infantil, uma conotação de incesto, o que colaborou para o repúdio da sociedade.

Ainda segundo Hacking (2000), em 1962, um grupo de pediatras deu provas concretas do abuso físico mediante a detecção de fraturas ósseas nos exames de raios-X de crianças, vítimas de espancamento. Este episódio tornou-se uma comoção nacional, envolvendo a mídia e os jornais. O abuso virou objeto de conhecimento dos médicos, psicólogos e assistentes sociais.

Finalmente, a partir da década de 70 começaram a se unir abuso físico com o molestamento dentro de casa e a idéia de que o molestamento sexual poderia acontecer com um familiar. Quando o abuso sexual e o incesto se juntaram, o conceito foi estendido. Os carinhos e as bulinações

tornaram-se tão incestuosos quanto às relações sexuais e uma série de revelações sobre experiências degradantes começaram a surgir. Contar as histórias de abuso passou a ser uma verdadeira catarse e o sofrimento não envolvia, somente, a investida imediata, mas, também o medo da próxima investida (Hacking, 2000).

O abuso foi um conceito criado e moldado que, para além dos efeitos sobre o desenvolvimento das crianças e adolescentes, interagiu com a comunidade científica, a mídia e a sociedade. A partir da década de 80, o abuso foi se constituindo como pedra angular de um distúrbio mental que passou a ter proporções epidêmicas, nos EUA. O distúrbio de múltipla personalidade, mais tarde, passou a ser denominado de transtorno dissociativo de identidade e foi objeto de um número grande de pesquisas, artigos médicos, seminários e depoimentos na mídia.

Desta forma, fica estabelecida uma relação temporal entre o surgimento do “abuso”, como objeto de investigação, na década de 80, e as pesquisas sobre o abuso no contexto das crises não-epilépticas psicogênicas, na década de 90. Neste mesmo período, as investigações sobre os diagnósticos psiquiátricos e as etiologias envolvidas com as crises não-epilépticas psicogênicas tomaram um sentido, em que, não somente o abuso, mas também, a dissociação e o trauma passaram a ser relevantes, assim como os diagnósticos de transtorno de estresse pós-traumático e os transtornos dissociativos.

Se, por um lado, as investigações sobre as causas e mecanismos das crises não-epilépticas psicogênicas foram fortemente influenciadas, direta ou

indiretamente, pelas pesquisas sobre estes distúrbios psiquiátricos, por outro lado, não deixa de ser, minimamente, intrigante que distúrbios definidos somente a partir de 80, tenham sido objeto de inúmeros estudos e debates no meio acadêmico, enquanto que as crises não-epilépticas psicogênicas, temporalmente anteriores aos dois diagnósticos, foram tão pouco estudadas no meio psiquiátrico. Esta situação faz pensar que existem fatores de diferentes natureza que dão maior ou menor expressão aos próprios diagnósticos psiquiátricos.

Neste ponto, torna-se relevante entender o argumento principal que Hacking (2000) utilizou no seu livro, sobre múltipla personalidade, para compreender os motivos pelos quais os diagnósticos de múltipla personalidade, transtorno dissociativo e de transtorno do estresse pós-traumáticos tornaram-se tão influentes. Segundo ele, tudo que se conhece sobre a múltipla personalidade, o abuso, a dissociação ou o trauma estão relacionados com a memória, ou seja, a memória é o elo de ligação entre estes distúrbios e estes conhecimentos. O interesse pelo estudo da memória, por sua vez, segundo Hacking, surgiu como uma resposta da ciência ao fato de, até então, ter sido excluída, do “estudo da alma”. Entende-se, aqui, por alma, o psiquismo humano. Ainda segundo Hacking (2000), a desagregação familiar; o abuso dos filhos pelos pais; a obsessão da mídia pelo incesto são exemplos de “questões da alma” que foram substituídas pelo conhecimento, pela ciência. Desta forma, as batalhas são travadas não no campo da alma, mas no terreno da memória, possível objeto de conhecimento para as ciências atuais (Hacking, 2000).

Neste mesmo sentido, há também, a partir da década de 90, uma retomada do interesse pela dissociação tanto, no contexto das crises não-epilépticas psicogênicas como no de outros conceitos a ela implicados.

6.4.3 Crise não-epiléptica psicogênica e dissociação

Antes de iniciar propriamente uma discussão sobre a dissociação, vale a pena examinar alguns dos artigos que trataram do assunto no âmbito das crises não epilépticas psicogênicas.

Francis e Baker (1999), ao tentarem sistematizar as idéias psicológicas envolvidas com o transtorno de crises não-epilépticas, fazem referências aos mecanismos dissociativos e relatam episódios de dissociação em diferentes culturas. No Haiti, por exemplo, sob determinadas circunstâncias, ocorre o “blacking-out”, no qual o indivíduo tem um colapso, permanece imóvel, com os olhos abertos, mas sem enxergar. Entre os índios Navajos, há os estados de fuga que são acompanhados de tremores nas mãos.

Em 1996, Kuyk et al. publicam um artigo no The Journal of Nervous and Mental Disease em que discutem uma interpretação das crises pseudoepilépticas a partir da dissociação. Segundos os autores, não há evidências suficientes de que a sintomatologia das crises pseudoepilépticas possa delinear uma síndrome patológica uniforme com uma etiologia determinada, portanto, diferentes mecanismos podem estar envolvidos na sua gênese. Desta forma, a crise pseudoepiléptica pode ser classificada em

diferentes categorias, dependendo dos sintomas apresentados. Se o sintoma mais proeminente for motor, as crises serão classificadas como um transtorno somatoforme, mais provavelmente, um transtorno conversivo. Se houver alteração da memória, da consciência, identidade ou da percepção, as crises serão classificadas como um transtorno dissociativo.

Neste ponto, vale a pena, seguir os passos de Kuyk et al. (1996) sobre a concepção de dissociação, principalmente, porque, para tanto, fazem referência aos estudos de Putnam, um especialista em dissociação e transtorno de múltipla personalidade. Segundo Putnam (1991 apud Kuyk et al., 1996)[28], a dissociação é um constructo teórico, que descreve um processo, no qual se produz uma alteração discernível nos pensamentos, sentimentos e ações de uma pessoa, de tal forma que, por um período de tempo, algumas informações não são associadas ou integradas às demais informações já estabelecidas, de forma normal ou lógica. Este processo produz uma série de fenômenos clínicos ou de comportamentos que incluem alterações da memória, identidade e percepção, que têm um papel importante nos processos mentais patológicos, o que leva, ao menos, momentaneamente, a uma compartimentalização intransponível das experiências. Os registros dissociados, embora fora da consciência, influenciam as experiências vigentes e grande parte dos demais comportamentos.

---

[28] Putnam FW. Dissociative phenomena. In: Tasman A, Goldfinger S. *American psychiatric press annual review of psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1991.vol. 10, p.145-160.

Ainda para Putnam (1991 apud Kuyk et al., 1996), esta dissociação não se sustenta e, pedaços desta memória que foram expulsos, sob determinadas circunstâncias, podem reentrar à consciência como "flashbacks", ou pesadelos, em resposta às situações associadas ao evento traumático original. A dissociação pode manifestar-se, não somente nos transtornos dissociativos, mas, também, no transtorno de somatização, no transtorno conversivo, no transtorno de estresse pós-traumático, no transtorno de personalidade borderline e outros.

Em 1986, Bernstein e Putnam desenvolveram uma escala denominada Dissociative Experience Scale – DES para avaliar, de forma objetiva, as experiências dissociativas e demonstraram ser a dissociação um continuum, variando de um grau menor e não patológico para as formas patológicas (Bernstein e Putnam, 1986[29] apud Kuyk et al. 1996). A partir desta escala de avaliação, vários estudos foram realizados. Nesta direção, segundo Kuyk et al. (1996), alguns estudos (Chu e Dill, 1990; Irwin, 1994)[30] demonstraram que os traumas, ou seja, o abuso sexual, o abuso físico e o abuso emocional podem tornar algumas pessoas mais susceptíveis a desenvolverem fenômenos dissociativos, inclusive patológicos.

No contexto das crises não-epilépticas psicogênicas, em 1997, Alper et al. aplicaram a Dissociative Experience Scale – DES e observaram um

---

[29] Bernstein EM, Putnam FW. Development, reliability, and validity of a dissociative scale. *J Nerv Ment Dis*. 1986;174:727-735.

[30] Chu JA, Dill DL. Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *Am J Psychiatry.*1990;147:887-892. Irwin HJ. Proneness to dissociation and traumatic childhood events. *J Nerv Ment Dis*. 1994;8:456-460.

aumento de sintomas dissociativos, tanto, em pacientes com crises não-epilépticas conversivas, como, em pacientes com epilepsia parcial complexa.

Prueter et al. (2002), apesar das limitações metodológicas de seu estudo, encontraram uma incidência significativa de sintomas dissociativos em pacientes com crises pseudoepilépticas e em pacientes com associação de epilepsia e crises pseudoepilépticas, quando comparados a um grupo de pacientes com epilepsia e, por fim, concluem que a dissociação, embora não seja o único fator, está na patogênese das crises pseudoepilépticas.

Uma vez examinados os estudos recentes sobre a dissociação no contexto das crises não-epilépticas, vale a pena discutir alguns aspectos sobre a dissociação.

Segundo Ellenberger (1994), foi Pierre Janet (1859-1947) quem primeiro propôs que o psiquismo não é uma unidade e que determinados fatores podem conduzí-lo a uma ruptura e conseqüente “dissociação”. Segundo Pereira (2008), o próprio Freud sentiu-se ameaçado por Janet ao tomar contato com a sua tese de filosofia, apresentada em 1889, na qual Janet sustentava que fenômenos mentais inconscientes estariam na base dos estranhos sintomas da dissociação histérica.

Ainda nesta direção, vale lembrar que a separação dos distúrbios dissociativos e dos distúrbios conversivos que surgiu com o DSM-I, em 1952, e se radicalizou no DSM-III, em 1980, baseada em aspectos descritivos, não levou em conta as intrincadas relações entre conversão e dissociação desenvolvidas por Freud. Na Comunicação preliminar (1893),

Freud relata suas primeiras observações sobre as relações entre a dissociação e a histeria. Nas suas palavras, “a divisão da consciência, que é tão marcante nos casos clássicos conhecidos sob a forma de ‘dupla consciência’, acha-se presente em grau rudimentar em toda a histeria” (p.57). Já, nos Estudos sobre a histeria (1893-1895) existem várias discussões sobre a divisão da consciência e a conversão. No caso da Srta. Elizabeth von R., por exemplo, Freud (1893-1895a) discute os mecanismos em que a dissociação e a conversão ocorrem simultaneamente.

Desta forma, torna-se claro que também foram retirados do distúrbio conversivo, os mecanismos dissociativos a ele subjacentes. A separação dos distúrbios dissociativos da conversão contribuiu para a pulverização da histeria que ficou distribuída ao longo de uma série de categorias nosológicas, conforme a descrição dos sintomas apresentados pelos pacientes. Esta fragmentação dificulta a detecção e a compreensão dos fenômenos histéricos e, certamente, impede um diálogo com outras áreas do conhecimento, como com a própria psicanálise.

A dissociação, por sua vez, que se restringiu às manifestações mentais da histeria, permaneceu silenciosa até a década de 80, quando do surgimento no DSM-III, do transtorno de múltiplas personalidades e do transtorno de estresse pós-traumático.

Segundo Hacking (2000), o termo dissociação, por sua vez, diz respeito a inúmeras experiências mentais diferentes e com pouco em comum entre si. A criação de um instrumento de avaliação de experiências dissociativas, o Dissociative Experience Scale – DES procurou

homogeneizá-las, tornando as experiências dissociativas em um fato objetivo e gerando uma idéia de que há um continuum destas experiências dissociativas. Desta forma, procurou-se garantir que a dissociação pudesse tornar-se um objeto de conhecimento científico estável e objetivo, contribuindo, assim, com as pesquisas no âmbito da memória.

Kirmayer e Santhanam (2001) em um estudo de corte antropológico apontam para as relações existentes entre os sintomas conversivos e a dissociação. Segundo os autores, os sintomas conversivos, mais do que outras formas de manifestações somáticas, são experiências influenciadas pela cultura e pelas práticas sociais, o que, por sua vez, modelam os processos cognitivos envolvidos com a atenção e com o controle sobre o próprio corpo, o que possibilita experiências dissociativas. Muitas culturas sancionam estas experiências dissociativas sob a forma religiosa ou sob outros rituais, o que torna este processo cognitivo mais facilmente disponível, sob determinadas circunstâncias.

Ainda para Kirmayer e Santhanam (2001), as teorias psiquiátricas atuais entendem a dissociação como o resultado de um trauma. Muito longe de ser uma resposta automática, para estes autores, a dissociação pode ser entendida como padrões de comportamentos, culturalmente intrincados que, de forma consciente e não-consciente são aprendidos e orquestrados pelas ações dos outros, sobre o indivíduo. Esta perspectiva social da histeria, por sua vez, pode contribuir para a sua compreensão, para além dos aspectos psicológicos e comportamentais (Kirmayer e Santhanam, 2001).

Desta forma, percebe-se que existem diferentes vertentes discursivas que passam pela dissociação e que, minimamente, incluem a histeria e a psicanálise; as experiências culturalmente sancionadas e a antropologia; e os distúrbios dissociativos e a psiquiatria atual. Apesar das aparentes semelhanças, os pressupostos epistemológicos envolvidos são diversos e a negação destas diferenças obstaculiza a investigação e a compreensão da trama de conceitos envolvidos com a dissociação.

Uma vez que foram tecidas considerações sobre a dissociação, vale a pena, sucintamente, esclarecer o conceito de trauma, tão relacionado à memória, à dissociação, à conversão, ao transtorno do estresse pós-traumático e às crises não-epilépticas psicogênicas. Sabe-se que as experiências traumáticas são "choques psicológicos" e que este termo tornou-se metáfora para qualquer coisa que seja desagradável. Entretanto, conforme aponta Young (1995), embora, ainda hoje, o termo trauma tenha uma conotação "cirúrgica", este, anteriormente, referia-se somente a um ferimento corporal que necessitasse de cuidados imediatos, em geral, para estancar o sangue ou cuidar dos ossos afetados. O trauma passou do corpo para a mente somente há um século.

A relação entre trauma e memória foi investigada por Esther Fischer-Homberg[31] (1975 apud Hacking, 2000), no seu estudo histórico sobre neuroses traumáticas. Esta autora denominou este processo de "psicologização do trauma", o que foi corroborado por Micale (1989).

---

[31] Fisher-Homber E. *Die traumatische Neurose: vom Somatischen zum sozialen Leiden*. Berna: Huber; 1975.

Segundo estes autores, o trauma já estava completamente “psicologizado” pelas teorias de Freud, em 1897. Uma vez que, de acordo com a sua teoria, a histeria era causada por memórias reprimidas de sedução, uma ocorrência que não deixava cicatriz, nem lesão física, mas deixava conseqüências psicológicas marcantes. Entretanto, segundo vários autores (Micale, 1989; Young, 1995; Hacking, 2000) não foi Freud quem criou esta concepção do trauma psicológico. O trauma psicológico já estava em circulação, em 1885, quando Freud chegou em Paris, para estudar com Charcot.

Segundo Young (1995), o trauma psicológico surge com o processo de industrialização. No final do século XIX, foram construídas estradas de ferro e com isso surgiram muitos traumas com sintomas neurológicos. Os médicos ingleses foram os primeiros a se depararem com esta situação clínica. O artigo mais marcante sobre este assunto foi o On railway and other injuries of the nervous system (1866) de John Erichsen, professor de cirurgia. Erichsen, assim como outros cirurgiões que atendiam os pacientes com sintomas atribuídos a acidentes férreos, dividiam os pacientes em três grupos. No primeiro grupo, o paciente após sofrer o choque, apresentava lesão no tecido nervoso e subseqüentes sintomas de paralisia e de amnésia. No segundo grupo, o paciente após sofrer o choque, não apresentava lesões visíveis, mas passava a sofrer dos mesmos sintomas que os pacientes do primeiro grupo, com paralisia e amnésia. Estes casos clínicos foram inicialmente denominados de “trauma moral” e depois “trauma psicológico”, o que, rapidamente, foi associado à histeria. Finalmente, no terceiro grupo, o

paciente, simplesmente, produzia voluntariamente os sintomas com o intuito de obter os benefícios destinados às vítimas de acidentes férreos.

Neste ponto, dois aspectos parecem relevantes. Primeiramente, chama a atenção a preocupação dos médicos em se fazer a diferenciação do trauma psicológico e do fingimento, o que denota a já então proximidade entre os fenômenos histéricos e a simulação. Em segundo lugar, o trauma físico produzia amnésia e o paciente, em geral, não se lembrava do choque. Nesta direção, algo semelhante ocorria com a histeria, em que o trauma psicológico que produzia os sintomas não podia não ser lembrado pelo paciente.

Assim, nota-se que a concepção de trauma psicológico é recente e que esta designação surgiu no contexto da industrialização. Em outras palavras, no processo de modernização, o termo trauma que servia para designar um evento agudo e grave, e que envolvia conhecimentos médicos, foi estendido ao domínio das experiências mentais influenciando, assim, uma série de teorias psicológicas.

O intuito de discutir os conceitos de abuso, de dissociação e de trauma foi o de possibilitar uma melhor compreensão destes conceitos e suas articulações com as crises não-epilépticas psicogênicas. Entretanto, pretende-se, também, com a revelação histórica destes, estabelecer outras possíveis relações com o conhecimento. Desta forma, não se pode mais conceber os conceitos de abuso, de dissociação ou de trauma de forma universal. As diferenças históricas e epistemológicas precisam ser levadas

em consideração para que possam ser delineados novos objetos de investigação e os verdadeiros diálogos de conhecimento.

Finalmente, propõe-se, a discussão da última categoria analítica definida, o uso do video-EEG que foi marcante para o diagnóstico das crises, a partir da década de 80. Para tanto, inicialmente, faz-se o exame dos artigos que discorrem sobre o tema, para depois discuti-los.

7 Crise não-epiléptica psicogênica e vídeo-EEG

A partir das experiências de Liske e Forster, em 1964, e de outros neurologistas que filmaram as crises dos pacientes com epilepsia de difícil controle (Penry et al.,1975; Porter et al.; 1977)[32] houve um aumento, desta prática, nos serviços de epilepsia, o que foi facilitado pela possibilidade tecnológica de filmar e registrar, as crises, através do vídeo-cassete, a partir dos anos oitenta. Antes da discussão sobre a influência do vídeo-EEG, vale conhecer os artigos que envolvem o seu uso no diagnóstico das crises não-epilépticas psicogênicas.

Depois dos relatos pouco sistematizados do uso de filmagens, os estudos de King et al. (1982), de Gulick et al. (1982), de Wilkus et al. (1984), Gumnit e Gates (1986) e Pierelli et al. (1989) comprovam a importância da monitorização contínua pelo vídeo-EEG no diagnóstico da crise pseudoepiléptica.

Meierkord et al. (1991) dão legitimidade ao uso do vídeo-EEG no diagnóstico da crise pseudoepiléptica, ao estudarem uma amostra com 110 pacientes, número superior às amostras de estudos anteriores.

Leis et al. (1992) criticam o uso do vídeo-EEG por considerá-lo um procedimento de alto custo e nem sempre disponível. Uma série de artigos subseqüentes opõem-se a esta idéia. Devinsky e Gordon (1998), no seu

---

[32] Porter RJ, Penry JK, Lacy JK. Diagnostic and therapeutic re-evaluation of patients with intractable epilepsy. *Neurology* 1977;27:1006-11. Penry J, Porter R, Dreifus F. Simultaneous recording of absence seizures with video-tape and electroencephalography. *Brain* 1975; 98:427-40.

artigo, advertem que nem as características semiológicas das crises, nem os testes de personalidade ou exames subsidiários caracterizam, especificamente, as crises não-epilépticas psicogênicas, o que torna o uso da monitorização por vídeo-EEG um procedimento de diagnóstico necessário, eficaz e confiável.

Kuyk et al. (1997) fazem uma minuciosa revisão dos problemas técnicos envolvidos com a monitorização pelo vídeo-EEG, que incluem os problemas com a correta interpretação do traçado e o fato da ausência de alterações eletroencefalográficas não excluir o diagnóstico de epilepsia, já que as crises parciais podem não ser detectadas no EEG. Além disso, algumas crises parciais, particularmente as crises frontais e temporais, podem ter características que sugerem crise não-epiléptica. Holmes e Dodrill (1998) realizam um estudo nesta direção, em que investigam o uso do vídeo-EEG nos pacientes com sintomas subjetivos, sejam estes as crises parciais ou as crises psicogênicas.

Martin et al. (1998) publicam um estudo em que comparam os custos destinados aos pacientes que tiveram o diagnóstico de crise não-epiléptica psicogênica com o uso do vídeo-EEG, seis meses antes do diagnóstico e seis meses após o diagnóstico. Foi apontada uma redução de 84% nas despesas relacionadas às crises após seis meses do diagnóstico o que, segundo os autores, demonstra o benefício da utilização da monitorização pelo vídeo-EEG, mesmo sendo um procedimento oneroso.

Devinsky (1998), no editorial do *Epilepsia*, considera o uso do vídeo-EEG como o padrão ouro no diagnóstico das crises não-epilépticas

psicogênicas e enfatiza que o seu uso “revolucionou” o diagnóstico das crises conversivas. Nas suas palavras, “se, há 10 anos, a suspeita de crise não-epiléptica psicogênica era rara, hoje, tornou-se comum”.

Parra et al. (1999), chamam a atenção para o aumento no número de laboratórios de vídeo-EEG nos EUA, no Canadá e na Europa, o que acarreta uma maior suspeita e reconhecimento das crises não-epilépticas psicogênicas. Ainda segundo os autores é interessante observar que, durante os anos iniciais do uso do vídeo-EEG, os neurologistas estavam mais inclinados a, equivocadamente, diagnosticar as crises não-epilépticas como crises epilépticas. Entretanto, nos últimos anos, a situação inverteu-se e há uma tendência a diagnosticar crise não-epiléptica psicogênica para qualquer evento paroxístico atípico, inclusive crises epilépticas.

Reuber et al. (2002a) apontam que, apesar do uso do vídeo-EEG, existe, ainda, uma grande demora na formulação do diagnóstico das crises não-epilépticas, com uma média de tempo para a formulação diagnóstica de 7,2 anos.

Benbadis et al. (2004) publicam um artigo no qual defendem a redução do tempo de monitorização pelo vídeo-EEG para cerca de 1-2 horas, com indução de crises por placebo e sugestão. A vantagem desta redução de tempo seria tornar o vídeo-EEG mais disponível, menos custoso e mais rápido. A limitação diz respeito às possíveis alterações interictais que, para este autor, não são muito freqüentes, afetando somente 10 a 15% dos pacientes. Nesta mesma direção, Reuber et al. (2002b) realizaram um estudo em que analisam o significado diagnóstico das anormalidades de

EEG em pacientes com crise não-epiléptica psicogênica. Encontraram que pacientes com crise não-epiléptica isolada apresentam cerca de duas vezes mais alterações não-específicas no EEG, quando comparados a indivíduos saudáveis e, portanto, alertam para que tais achados não sejam confundidos com indicativos para o diagnóstico de epilepsia

Uma outra linha de investigação no uso do vídeo-EEG é a busca de padrões semiológicos para as crises não-epilépticas. Selwa et al. (2000) resumem, no seu artigo, algumas destas classificações. Gumnit e Gates (1986) dividiram as crises não-epilépticas entre as que se assemelhavam às crises generalizadas e as que se assemelhavam às crises parciais. Betts e Boden (1992a) classificaram as crises em três grupos. No primeiro grupo, os pacientes caem suavemente e não se machucam. Estas crises são desencadeadas, em geral, por situações conflitivas. O segundo grupo é o mais dramático e os pacientes gritam e se debatem. No terceiro grupo, o paciente segura a respiração e começa a se debater. Estas crises tendem a ser mais noturnas. Já, Henry e Drury (1998) dividiram as crises em convulsiva, hipocinética e hipotônica. Gröppel et al. (2000) analisaram a semiologia clínica das crises por análise de *cluster* encontraram três grupos de *clusters*, no *cluster* I, há movimentos clônicos e hipermotores de extremidades, oscilação do quadril, movimento de cabeça e postura tônica da cabeça; no *cluster* II, há tremor de extremidades e no *cluster* III, há apenas queda ao solo.

Finalmente, o artigo publicado por Harden et al. (2003) discute, a partir de entrevistas realizadas com neurologistas e psiquiatras, os diferentes

pontos de vista, no que concerne ao uso do vídeo-EEG. Os autores observaram que os neurologistas e os psiquiatras discordam sobre o uso do vídeo-EEG. Apesar de seu uso estar bem estabelecido, os psiquiatras não o reconhecem como principal instrumento para diagnóstico das crises não-epilépticas e acreditam que os próprios médicos acabam colaborando, iatrogenicamente, com o problema diagnóstico das crises. Os neurologistas, por sua vez, na maior parte das vezes, acreditam que os pacientes sejam "culpados" pelas crises não-epilépticas psicogênicas e minimizam a sua própria importância na condução destes casos.

A partir do exposto, fica claro que o uso inicial do vídeo-EEG tinha por objetivo esclarecer as próprias crises epilépticas e que o seu uso, no diagnóstico das crises não-epilépticas, é posterior. Esta tecnologia passa, então, por uma legitimação científica e econômica. Seu uso foi tão disseminado que se passou a detectar mais crises não-epilépticas psicogênicas, com o risco, inclusive, de minimizar as crises epilépticas. Nesta direção, torna-se clara a relação entre o vídeo-EEG e o aumento da detecção das crises não-epilépticas psicogênicas, assim, como o aumento de pesquisas e artigos. Também são levantadas uma série de questões técnicas, como o tempo de permanência na unidade do vídeo-EEG e a interpretação correta dos traçados. Entretanto, apesar da consolidação do seu uso na neurologia, o mesmo não ocorreu na psiquiatria.

Uma vez que o vídeo-EEG foi considerado o padrão-ouro de diagnóstico, uma série de estudos foram desenvolvidos, com o objetivo de captar as características que pudessem diferenciar as crises não-epilépticas

psicogênicas das crises epilépticas. Vale a pena tomar conhecimento destes estudos.

7.1 Diferenciação entre crise não-epiléptica psicogênica e crise epiléptica

Toone e Roberts (1979), no seu artigo publicado no *The Journal of Nervous and Mental Disease* e Poulose e Shaw (1977), no seu artigo publicado no *American Journal of Psychiatry*, relatam casos semelhantes. Tratam-se de pacientes que foram internados, em regime de urgência, por crises recorrentes que sugerem um estado de mal epiléptico, mas, que, na realidade, eram crises não-epilépticas psicogênicas. Esta situação clínica ilustra a preocupação em diferenciar as crises, pois muitos destes pacientes são internados, entubados e puncionados de forma iatrogênica.

Gould et al. (1986) publicam um estudo, no *The Journal of Mental and Nervous Disease*, em que avaliam a confiabilidade de alguns sintomas e características associados à histeria como, por exemplo, as crises pseudoepilépticas, os ganhos secundários e *la belle indifference*[33]. Concluíram que os sintomas "histéricos" podem estar presentes em diversas patologias e, ao examinarem retrospectivamente os prontuários dos pacientes, constataram que as mulheres, os homens homossexuais, os

[33] *La belle indifference* foi um aspecto da histeria descrito por Freud e que diz respeito a uma aparente falta de preocupação do paciente a despeito dos seus sintomas físicos. Ver: Stone et al., 2006.

portadores de problemas psiquiátricos e os pacientes com problemas psicológicos estavam mais propensos a receber o diagnóstico de histeria.

Stone et al. (2006) publicam no *British Journal of Psychiatry* um artigo nesta mesma direção. Os pesquisadores procuram determinar a relevância da *la belle indifference* na diferenciação dos sintomas conversivos, inclusive no caso das crises pseudoepilépticas. Os autores concluíram que *la belle indifference* não é um critério válido para diferenciar os sintomas conversivos dos sintomas de origem orgânica.

Ramani et al. (1980), no seu já citado artigo publicado no *American Journal of Psychiatry*, referem que os critérios clínicos da crise histérica pouco mudaram desde que o neurologista inglês Gowers, contemporâneo de Charcot, os delineou, em 1901. Segundo Gowers, o início da crise histérica pode ser repentino ou gradual e, em geral, tem uma duração mais prolongada que a crise epiléptica. A crise pode ocorrer na presença de outras pessoas ou em resposta a alguma situação conflitiva. A crise histérica é atípica e descoordenada, diferente da crise epiléptica que tem uma manifestação estereotipada, em que, por exemplo, o movimento tônico é seguido da fase clônica. O desvio do olhar, a hiperatividade autonômica, o sinal de Babinsky, a mordedura da língua, a incontinência urinária e a confusão pós-ictal estão ausentes na crise histérica. As lesões corporais são raras e a sugestão pode, dramaticamente, desencadear e finalizar uma crise.

Lesser et al. (1983a) alertam para o problema que algumas crises epilépticas com sintomas sensoriais ou psíquicos, em função da

sintomatologia muito peculiar ou muito sutil, podem ser, equivocadamente, diagnosticadas como crise pseudoepiléptica. O estudo de Kanner et al. (1990) caminha nesta mesma direção e demonstra que as crises epilépticas da área suplementar motora podem sugerir, equivocadamente, uma crise não-epiléptica psicogênica. Por outro lado, o estudo de Peguero et al. (1995) aponta que as lesões no corpo, em conseqüência das crises, e a incontinência urinária e fecal também, ao contrário do que se pensava, podem estar presentes entre os pacientes com crise não-epiléptica psicogênica.

Kuyk et al. (1997) apontam que nenhuma característica psicológica é específica para a crise pseudoepiléptica. Já Francis e Baker (1999), no seu artigo de revisão, chamam a atenção para o fato de que, além de ser um diagnóstico formulado a partir da exclusão da epilepsia e de outros problemas fisiogênicos, na maioria das vezes a investigação do transtorno de crises não-epilépticas não progride porque não se alcança as etapas finais do processo diagnóstico da própria epilepsia.

Ettinger et al. (1999b) realizam um estudo com o objetivo de diferenciar as crises a partir dos sintomas pós-ictais e concluem que os sintomas pós-ictais, tais como dor de cabeça e cansaço, têm pouca sensibilidade na diferenciação das crises. Geyer et al. (2000) investigam, por sua vez, a relação entre o movimento de oscilação da pelve e as crises não-epilépticas. Apesar do movimento de oscilação pélvica estar, historicamente, associada às crises histéricas, esta manifestação também pode ocorrer em pacientes com crises epilépticas. No que diz respeito à semiologia pós-ictal e

ictal, somente estas duas pesquisas foram selecionadas pela revisão realizada por Cuthill e Espie (2005), que consideraram a sensibilidade e a especificidade dos procedimentos diagnósticos para diferenciar as crises epilépticas das crises não-epilépticas psicogênicas,

Finalmente, Chung et al. (2006) realizam um estudo com o objetivo de diferenciar as crises e concluem que os pacientes com crise não-epiléptica psicogênica fecham os olhos no início das crises, enquanto os pacientes com epilepsia permanecem com os olhos abertos durante a crise.

Uma outra linha de investigação com a finalidade de diferenciar as crises diz respeito ao uso de exames subsidiários. O exame mais comum é a dosagem sérica de prolactina depois da crise. Segundo o estudo de Anzola (1993), a prolactina sérica dosada até depois de uma hora da crise pode ter um valor preditivo para crise epiléptica em até 89%.

7.2 Associação da crise não-epiléptica psicogênica com crise epiléptica

A coexistência da histeria e da epilepsia foi descrita por alguns médicos franceses ainda na segunda metade do século XIX. Beau[34] observou que alguns pacientes histéricos sejam, ao mesmo tempo,

[34] Beau B. Récherches statiques pour servir a l'histoire de l'epilepsie et de l'hysterie. *Arch Gen Med*. 1836;11:328-352.

epilépticos. Landouzy[35] postulou a "coexistência das duas neuroses, com diferentes ataques" ao qual denominou de histero-epilepsia, termo este que foi amplamente utilizado por Charcot e Gowers (Massey e McHenry, 1986).

Do ponto de vista clínico, a associação das crises pode levar a quadros bastante complexos, principalmente em função das particularidades clínicas da própria epilepsia. No artigo *Epilepsy, hysteria and "possession"* publicado no *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Glaser (1978), traça as linhas de convergência e separação entre as várias situações clínicas que envolvem a crise epiléptica, a crise histérica e os quadros psicóticos, que podem estar associados a alguns tipos de epilepsia, especificamente, as epilepsias do lobo temporal. Segundo o autor, em função das manifestações dos quadros psicóticos e da dramaticidade das crises histéricas que podem, por sua vez, estar associadas à epilepsia, concebeu-se uma idéia de que os pacientes com epilepsia pudessem mais facilmente ser "possuídos" por entidades espirituais ou por demônios, o que certamente, contribuiu para dificultar ainda mais a compreensão dos casos clínicos.

Na década de 1980, Ramani et al. (1980), no seu já citado artigo publicado no *American Journal of Psychiatry* referem que as crises histéricas são raras entre os pacientes com epilepsia. Lesser et al. (1983b), observam que somente 10% dos pacientes com crise pseudoepiléptica apresentavam epilepsia associada.

---

[35] Landouzy H. *Traite de l´hysterie*. Paris: J.B. et G. Balliere; 1846.

Somente em 1996, Devinsky et al. publicam um estudo em que investigam, em uma amostra mais significativa, a prevalência da associação entre crise não-epiléptica psicogênica e crise epiléptica. Neste estudo, 20% dos pacientes com crise não epiléptica psicogênica apresentaram esta associação. De maneira geral, os estudos apontam uma prevalência de associação que varia entre 8 e 60%, onde a maior parte das séries de pacientes varia entre 10 e 25% (Lesser et al., 1983b; McDade e Brown, 1992; Özkara e Dreifuss, 1993). Um estudo sobre a incidência de crises não-epilépticas psicogênicas, realizado na Islândia, apontou que 50% dos pacientes com crises não-epilépticas psicogênicas apresentavam também epilepsia (Sigurdardottir e Olafsson, 1998).

A associação dos dois tipos de crise levanta questões sobre a etiologia das crises. Nesta direção, Devinsky e Gordon (1998) publicam o artigo *Epileptic seizures progressing into nonepileptic conversion seizures*, onde os autores propõem que a própria fisiopatologia das crises parciais poderia facilitar o surgimento das crises não-epilépticas psicogênicas e, desta forma, inclusive, fornecer uma explicação para a associação tão freqüente das duas crises.

Em 2001, Benbadis et al. publicam um estudo em que somente 10% dos pacientes com crises não–epilépticas psicogênicas apresentavam epilepsia associada, o que contesta os resultados da maioria dos outros estudos, com prevalências mais elevadas. Possivelmente, um tempo de permanência menor no vídeo-EEG contribuiu para este contestado resultado. De qualquer forma, os autores, com estes resultados iniciam uma

discussão que vale a pena ser conhecida. Acreditam que os estudos que apontam para maiores prevalências de associação estão equivocados e que com isso, não só mais pacientes acabam fazendo uso desnecessário de drogas antiepilépticas, mas, também, que a situação, do duplo diagnóstico, traz dificuldades para que os pacientes aceitem o diagnóstico e o tratamento para a crise não-epiléptica psicogênica.

LaFrance (2002), em nota de correspondência, contesta os autores porque não acredita ser este o motivo da não aderência ao tratamento. Segundo este autor, os médicos neurologistas são eficazes no diagnóstico das crises. Entretanto, o vídeo-EEG, no máximo, confirma o diagnóstico de crise não-epiléptica psicogênica, mas não garante o tratamento. Ainda segundo LaFrance, a dificuldade deste tratamento é a mudança de uma condição médica neurológica para uma psiquiátrica, ou seja, sai o “problema cerebral” e entra o “problema mental”.

Benbadis (2002), em nota de correspondência, faz a réplica concordando, que o tratamento é difícil, mas “por definição”, as crises não-epilépticas psicogênicas são um distúrbio psiquiátrico e, portanto, se existe alguma falha no tratamento, é de natureza psiquiátrica e não neurológica. O neurologista deve fazer o diagnóstico e encaminhar ao psiquiatra, embora, segundo o autor, os neurologistas também cometam falhas, ao encaminhar os pacientes, o que provavelmente corrobora o insucesso do tratamento.

Resumidamente, o levantamento dos artigos permite resgatar que, após a legitimação do uso do vídeo-EEG, na década de 1980, o foco que prevaleceu nos estudos foi o de diferenciar as crises epilépticas das crises

não-epilépticas psicogênicas. Inicialmente, houve um grande entusiasmo, por parte dos neurologistas, que acreditavam na completa e clara separação das crises, pois esta garantiria a especificidade das disciplinas envolvidas. Aos neurologistas caberia o diagnóstico e tratamento das crises epilépticas e aos psiquiatras, caberia o tratamento das crises não-epilépticas psicogênicas. Entretanto, os estudos realizados a partir de 1990 mostraram que esta diferenciação, ao contrário do que se pensava, não era tão simples, e que, surpreendentemente, a associação dos dois tipos de crises é bastante comum. Finalmente, a correspondência entre alguns importantes autores, em 2002, sobre a associação dos dois tipos de crises aponta para a frustração diante da dificuldade na abordagem e tratamento dos casos.

Uma vez apresentados os artigos que comprovam o domínio do vídeo-EEG, propõe-se uma discussão que permite compreender a inserção do vídeo-EEG no contexto da medicina ocidental contemporânea.

7.3 Domínio da visão e vídeo-EEG

Os artigos sobre o vídeo-EEG, a partir da década de 80, remetem, inevitavelmente às representações pictóricas e fotográficas da histeria, tão valorizadas por Charcot e seus discípulos, no final do século XIX. Longe de querer esgotar o assunto, cabe, contudo, resgatar alguns aspectos que possam servir como guia à presente discussão.

O surgimento de instrumentos de visualização do corpo, no século XIX, tais como o oftalmoscópio, o laringoscópio e outras ferramentas, permitiram visualizar diversos órgãos e lesões internas sem ter que recorrer à cirurgia ou à dissecação (Porter, 1993). Estes instrumentos colocavam ênfase especial na visão, em detrimento do uso dos outros sentidos, especialmente, a audição e o tato. A introdução do exame de raios-X, por exemplo, substituiu a visão pelo tato, no diagnóstico das fraturas ósseas. O domínio da visão sobre a audição surge quando, se utiliza, preferencialmente, o exame de raios-X, ao invés do estetoscópio (Ortega, 2005).

Segundo Saurí (1984), foi justamente, neste contexto que a histeria começou a ser, cientificamente, estudada. Influenciada pelo Iluminismo, privilegiou-se o modo visual de conhecimento, com ênfase nas características visíveis. Neste referencial teórico postula-se que os objetos estão inseridos em um espaço, o que torna necessário “vê-los” de forma clara e distinta. Sob o ponto de vista patológico, as “figuras” mórbidas estão contidas em um espaço indiferente e inerte, e são reveladas através do olhar médico treinado, que observa e ordena (Saurí, 1984).

Neste ponto, insere-se a atuação de Charcot. Segundo Didi-Huberman (2007), em consonância com o olhar clínico emergente do século XIX, investigado por Foucault (1998), Charcot desenvolve uma clínica baseada na observação e na classificação das manifestações das patologias. Este foi o caso da histeria, particularmente, das crises histéricas, cujas manifestações chamaram a atenção de Charcot e de outros médicos.

Entretanto, são, justamente, as formas mais ostensivas de manifestação que levaram a uma concepção essencialmente figurativa da histeria, o que, por sua vez, fez com que o conhecimento organizado sobre esse quadro, tivesse como referência, os sintomas mais ostensivos da crise. Este fato teve consequências significativas sobre o conceito de histeria (Saurí, 1984).

Desta forma, segundo Didi-Huberman (2007), Charcot não só descreveu e sistematizou os diferentes ataques histéricos, relacionando-os a uma iconografia, mas, principalmente, ao conceituar um tipo geral de crise histérica, o ”grande ataque histérico”, criou o seu próprio conceito nosológico de histeria, atribuindo-lhe, assim, uma identidade visual. Ainda segundo Didi-Huberman (2007), Charcot não só torna *La Salpêtrière* um centro destacado de assistência e ensino, mas também cria um serviço de fotografia, que contava com a colaboração de seus discípulos médicos e de fotógrafos, com o objetivo de aprimorar o olhar médico. As fotografias das crises histéricas contemplavam os diferentes projetos de Charcot. Em primeiro lugar, a fotografia garantia a legitimidade científica à observação clínica das crises, pois possibilitava sua objetivação. Em segundo lugar, as fotografias das crises podiam ser arquivadas e, desta forma, contribuir para o diagnóstico dos pacientes. Finalmente, em terceiro lugar, a fotografia facilitava a transmissão dos conhecimentos sobre a histeria, o que por sua vez uniformizava o olhar médico sobre a histeria (Didi-Huberman, 2007).

Na sua obra *La invención de la histeria*, Didi-Huberman (2007) estabelece as relações entre a emergência histórica do conceito de histeria, na época de Charcot, e a possibilidade da sua representação visual através

da fotografia. Este autor considera que foi a possibilidade da construção do discurso visual, através da fotografia, que permitiu a concepção do próprio conceito de histeria. Em outras palavras, Didi-Huberman não está preocupado somente com o conhecimento específico sobre a histeria, mas, sim, com a emergência histórica de um novo objeto de saber cuja representação estabeleceu-se através da fotografia.

Segundo Didi-Huberman (2007), se por um lado, para Charcot, a fotografia legitima, cientificamente, suas observações sobre a histeria, por outro lado, este procedimento exige recursos cênicos para a sua realização. Nesta direção, o autor relata as várias motivações para os gestos e poses das pacientes diante da máquina fotográfica. Trata-se, por exemplo, de uma paciente que almeje colocar um personagem em cena; outra paciente que busca, sim, através do recurso fotográfico um esclarecimento sobre o seu diagnóstico e um tratamento; ou ainda uma outra paciente que deseja ter contato com a novidade tecnológica representada pela máquina fotográfica. Em outras palavras, o autor revela os aspectos subjetivos envolvidos com o procedimento objetivante da fotografia das crises.

Desta forma, Didi-Huberman (2007) chama a atenção para a relação entre o aparato técnico desenvolvido por Charcot, para captar as manifestações histéricas, e a própria visibilidade dos sintomas produzidos pelas pacientes que, através de gestos e posturas, colaboravam com a captação das manifestações histéricas através da lente da máquina fotográfica.

Assim, Didi-Huberman (2007), em consonância ao pensamento de Saurí (1984), aponta que a imagem fotográfica acabou por “cristalizar” a crise histérica, inclusive tornando-a vulgar, em função das características mais ostensivas e dramáticas. Certamente esta condição contribuiu para dificultar a aproximação e a compreensão do sofrimento destas pessoas. Por outro lado, houve uma “estetização” da histeria, garantindo, assim, a sua própria existência como doença.

Segundo Saurí (1984), entretanto, no próprio campo dominante da visão é que se encontrará o “germe” da mudança epistemológica, da visão para a escuta. Este fato se dará no interior da prática da hipnose, também desenvolvida por Charcot. Sem ter condições de levar muito adiante esta interessante discussão sobre a hipnose, o fato é que, em torno da década de 1890, estabeleceu-se um debate sobre as técnicas envolvidas com a hipnose, entre Charcot, representante maior da *La Salpêtrière*, e o reconhecido médico Bernheim (1837-1919), da escola francesa de Nancy. O mais interessante é que o próprio Freud, na sua obra, descreve a atuação de Bernheim que, após despertar um paciente do seu estado hipnótico, insistiu veementemente para que o paciente relatasse suas experiências durante o estado hipnótico. Freud surpreende-se com o fato de que o paciente, aos poucos revelasse com detalhes, suas experiências, até, então, do ponto de vista médico, consideradas inacessíveis à mente humana (Freud, 1886-1889).

Em função desta experiência observada por Freud, quando da sua estada em Nancy, e de outras questões inerentes à hipnose e à sugestão,

Freud filia-se à posição de Bernheim. Os hipnotizadores de Nancy, diferentes de Charcot, estavam dispostos não somente a ver a crise, mas também a escutar o paciente. Berheim, por exemplo, interessava-se pela narrativa do paciente. Segundo Saurí (1984), esta atitude teve influência decisiva sobre Freud, indicando uma mudança clínica e epistemológica importante, em que há uma valorização do subjetivo e da escuta, retirando, assim, a primazia do visual.

Evidentemente, esta mudança epistemológica é determinada, também por vários outros fatores. No final do século XIX, o próprio naturalismo cientificista passa a ser alvo de críticas e sob o ponto de vista da histeria, ocorrem mudanças significativas. Enquanto Charcot, para “ver melhor”, faz uso do hipnotismo, Freud, para “escutar melhor”, faz uso da “livre associação”. A palavra, pronunciada pelo paciente ou pelo médico passa a ter um valor primordial (Saurí, 1984). Neste contexto, ocorre não somente o desenvolvimento da psicanálise, mas, também, de uma série de manifestações artísticas, seja na literatura, seja nas artes plásticas, voltadas à questão da subjetividade.

No século XX, as crises histéricas e a histeria foram progressivamente tornando-se objetos de investigação da psicanálise, em um longo processo de diferenciação com a psiquiatria e a neurologia. Conforme verificado na periodização proposta para as crises não-epilépticas psicogênicas, estas somente voltam a ser discutidas, pela psiquiatria, nas décadas de 1960 e 1970 e mais intensamente, a partir da década de 1980, a despeito das investigações desenvolvidas pela psicanálise. Chama a atenção a retomada

do modo visual do conhecimento proporcionado pelo vídeo-EEG e por outras tecnologias, como a ressonância magnética de crânio. Vale a pena discutir alguns aspectos deste domínio visual, em detrimento de uma escuta individualizada.

Segundo Ortega (2005), no século XX ocorreu a hegemonia absoluta da visão e o declínio do tato e da audição, não apenas no campo estritamente biomédico, mas no âmbito sociocultural mais abrangente. Ainda segundo o autor, no início do novo milênio, mediante as técnicas de imagem do corpo, é a imagem quem ganha o estatuto de realidade. A imagem do corpo é lançada como o corpo-objeto da tradição anátomo-funcional da medicina ocidental contemporânea. Desta forma, segundo o autor, “as novas tecnologias estão contribuindo para a desincorporação da subjetividade e para a virtualização e objetivação da corporeidade, tornando obsoleto o próprio corpo”.

Evidentemente, estas tecnologias de imagem do corpo, que incluem o vídeo-EEG, a ressonância magnética, o PET, o SPECT, têm importância significativa no diagnóstico das crises não-epilépticas psicogênicas, da epilepsia e de inúmeras outras condições médicas. O êxito destas tecnologias é incontestável, entretanto, dada a enorme difusão e o sucesso na mídia, essas extrapolam o campo estritamente biomédico e se introduzem no campo sociocultural, influenciando os modelos de corpo, de subjetividade e de doença. Nesse sentido, torna-se importante investigar as conseqüências epistemológicas, antropológicas e socioculturais da visualização do corpo, para além dos benefícios clínicos e terapêuticos.

Segundo Ortega (2005), o problema fundamental da apreensão do corpo, exclusivamente, na sua dimensão visual, em detrimento do tato e da audição é a “descorporificação da subjetividade”, em função de uma série de características próprias da visão. Enquanto a visão fornece os conhecimentos estáveis das coisas, a audição revela os eventos particulares. Enquanto, o tato aproxima o objeto e compele a um movimento, a visão busca o distanciamento e o envolvimento motor não é necessário. Ainda, segundo o autor, esta ausência de atividade motora colabora com a negação da experiência de estar implicado na observação, fornecendo, assim, uma imagem neutra e objetiva do corpo, em função da falta da experiência de interação.

Em outras palavras, o domínio visual, descolado dos demais sentidos, não concebe um corpo, na sua unidade e subjetividade, mas um corpo fragmentado, objetivado ou virtualizado, de acordo com a tradição anátomo-funcional da biomedicina e das tecnologias da visualização médica. Segundo Ortega (2005), o corpo é a maneira de exprimir nosso ser no mundo, uma experiência que implica o conjunto dos sentidos e que escapa à mera apreensão visual, inclusive porque não leva em consideração os referenciais de espaço e tempo e a historicidade necessários às experiências do próprio corpo.

Sob esta ótica, questiona-se não somente a primazia epistemológica e sociocultural da visão, mas também se torna mais fácil compreender os motivos da explosão do número de artigos sobre as crises não-epilépticas psicogênicas, envolvendo o vídeo-EEG, a partir da década de 1980. A

tradição anátomo-funcional e a história das tecnologias de visualização médica do corpo testemunham a forte relação do visual com a verdade científica convencional. Desta forma, a neurologia, depois de décadas em silêncio, no que concerne às crises não-epilépticas psicogênicas, faz uso das imagens, através do vídeo-EEG, para buscar a verdade científica sobre as crises não-epilépticas psicogênicas. Entretanto, a detecção dos dois tipos de crises, a epiléptica e a não-epiléptica, com suas respectivas etiologias, e, principalmente, as dificuldades concernentes ao tratamento dos pacientes com crises não-epilépticas psicogênicas desafiam este modo de conhecimento.

8 Implicações práticas e atuais das crises não-epilépticas psicogênicas – proposta de abordagem

No editorial, publicado no *Epilepsia*, em 2004, LaFrance e Devinsky apontam para problemas clínicos atuais, no que diz respeito às crise não-epilépticas psicogênicas nos âmbitos da neurologia e da psiquiatria e sugerem algumas soluções.

Segundo estes autores, de forma muito promissora, os campos distintos da neurologia e da psiquiatria vêm se aproximado, sob uma perspectiva unificadora, nas concepções de mente e cérebro. Nesta direção, o crescente conhecimento sobre os "distúrbios paroxísticos", tanto na neurologia, como na psiquiatria, é um dos aspectos compartilhados por estas duas disciplinas, usualmente dicotomizadas, e que poderá servir de ponte de ponte entre as duas disciplinas. Os autores denominam de "distúrbios paroxísticos", os distúrbios neurológicos e psiquiátricos, cujos sintomas se manifestam de forma aguda e que depois remitem. Estes incluem a enxaqueca, o acidente vascular cerebral, o ataque isquêmico transitório, a epilepsia, os distúrbios de humor e as crises de pânico. Para os autores, este também seria um possível modelo para a abordagem da crise não-epiléptica psicogênica.

Ainda segundo LaFrance e Devinsky (2004), a "década do cérebro" trouxe muitos avanços nos diagnósticos e nas propostas terapêuticas para estes distúrbios paroxísticos, entretanto, as crises não-epilépticas psicogênicas continuam no impasse entre a neurologia e a psiquiatria. Houve, sim, uma "explosão" de conhecimentos sobre as crises não-

epilépticas psicogênicas, a partir dos anos oitenta, em grande parte devido ao advento do vídeo-EEG, o padrão-ouro de diagnóstico. Entretanto, em contraste com os avanços do diagnóstico e do tratamento da epilepsia, dos distúrbios do humor ou de ansiedade, poucos avanços ocorreram com as crises não-epilépticas psicogênicas, principalmente, no diz respeito ao tratamento.

Para os autores, a falta de um "responsável", ou seja, a ausência de uma disciplina que se aproprie das crises não-epilépticas psicogênicas como um assunto específico do seu campo, parece ser um dos mais relevantes fatores para explicar os poucos avanços, principalmente, nos tratamentos realizados. Se o acidente vascular cerebral, a epilepsia e a enxaqueca têm uma "casa" na neurologia, e se os distúrbios do humor e os distúrbios de ansiedade têm uma "casa" na saúde mental, nenhuma disciplina "reivindicou" a crise não-epiléptica psicogênica. O fato da crise não-epiléptica psicogênica situar-se nesta linha fronteiriça entre a neurologia e a psiquiatria faz com que muitos pacientes sejam impropriamente diagnosticados e tratados. Até mesmo quando o paciente é corretamente diagnosticado por um neurologista, a única abordagem oferecida é a recomendação do atendimento em saúde mental, o que, na maioria das vezes, acarreta uma perda de seguimento. Os psicólogos e os psiquiatras, por sua vez, quando recebem os pacientes encaminhados pelos neurologistas com o diagnóstico de crise não-epiléptica psicogênica têm dúvidas sobre o diagnóstico e, com isso, passam uma mensagem

ambivalente ao paciente sobre o seu diagnóstico, o que contribui para a perpetuação do problema (LaFrance e Devinsky, 2004).

Uma solução cogitada por LaFrance e Devinsky (2004) diante dos problemas clínicos enunciados é a “unificação” das duas disciplinas, neurologia e psiquiatria. Entretanto, conforme vem sendo apontado, no presente estudo, não se trata, simplesmente, de um problema terminológico, existem implicações históricas e epistemológicas envolvidas. Conforme apontado por Burtt (1983) e ressaltado por Camargo Jr. (2005), existe uma ocultação metafísica na medicina ocidental contemporânea, influenciada pela doutrina positivista, que dificulta uma reflexão crítica sobre as próprias teorias e princípios envolvidos em cada uma das disciplinas.

Um outro aspecto relevante é a crença dos autores que, somente, através do incremento técno-científico é possível alcançar o êxito na abordagem das crises. Em outras palavras, os autores acreditam que o modelo de um “distúrbio paroxístico” e uma disciplina que seja a “casa” das crises não-epilépticas psicogênicas poderiam fornecer às crises não-epilépticas psicogênicas as características anátomo-funcionais de uma doença e a especialização médica, garantindo, assim, não somente a legitimidade científica, própria da medicina ocidental contemporânea, mas, também uma ampliação das possibilidades de intervenções técno-científicas.

Nesta direção, Schraiber (1997) aponta que, ao mesmo tempo em que as práticas de saúde experimentam notável desenvolvimento científico e tecnológico, existe também, já há alguns anos, uma sensível crise de legitimação. Ao se destacar tal reflexão para o contexto das crises não-

epilépticas psicogênicas, pode-se pensar que o desenvolvimento científico-tecnológico possibilitou a formulação do diagnóstico de crise não-epiléptica psicogênica, mas não garantiu, como apontam LaFrance e Devinsky (2004), uma abordagem adequada e bem sucedida.

Entretanto, a proposta de LaFrance e Devinsky, em resposta aos problemas apontados, por eles mesmos, na prática clínica, não está nem na reflexão sobre as conseqüências de todo o aparato de conhecimentos técnicos e científicos sobre a vida dos pacientes com crises, nem nas relações, efetivamente, estabelecidas entre estes conhecimentos e a prática médica. A proposta dos autores é realizar mais avanços técno-científicos.

Deve-se esclarecer que não se trata aqui, em repudiar o desenvolvimento técno-científico, e nem, por outro lado, em acreditar que, somente, o desenvolvimento técno-científico possa garantir a superação dos problemas da prática médica atual, mesmo porque, conforme salienta Ayres (2004), existe um caráter contraditoriamente central das tecno-ciências da saúde, já que elas também constroem grande parte das experiências vividas em relação às quais são construídas as próprias concepções de saúde.

A experiência prática com o atendimento psiquiátrico a pacientes com diagnóstico de crises não-epilépticas psicogênicas, ao mesmo tempo em que exemplifica os paradoxos na história de seu conceito, acima explorados, apontam para alternativas de desenvolvimento conceitual e prático para o manejo do quadro pela psiquiatria contemporânea. Propõe-se, nesse sentido, o cotejamento da discussão histórico-conceitual acima realizada com a discussão de uma abordagem que o PROJEPSI – Projeto Epilepsia e

Psiquiatria vem desenvolvendo na atenção a pacientes com quadro de crises não-epilépticas psicogênicas no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Para tanto, será dado seguimento ao relato do caso de S., apresentado no início deste estudo.

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

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

Os registros do EEG apontaram traços normais, a despeito do número elevado de crises com manifestação convulsiva. Após estudo cuidadoso do caso, foram realizados os diagnósticos de crise não-epiléptica psicogênica e

de ausência de epilepsia. As drogas antiepilépticas e os antipsicóticos foram gradualmente retirados. Vale ressaltar que existe na comunicação do diagnóstico, uma preocupação estratégica de, simplesmente, não se retirar do paciente o diagnóstico de epilepsia, mas, sim, também, de se introduzir o diagnóstico de crises não-epilépticas psicogênicas. A paciente parecia não acreditar no diagnóstico. Após a comunicação, a paciente teve mais crises e foi parar no pronto-socorro, diversas vezes, apesar da orientação, dadas aos cuidadores, para não fazê-lo, já que a internação no pronto-socorro e todos os procedimentos, punções, medicações, entubação, causam mais iatrogenia. No primeiro atendimento, no ambulatório do PROJEPSI, a paciente "incorporou" a mulher brava, uma ex-bandida, e acabou nos expulsando da sala, impedindo qualquer comunicação.

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

importância ao café bem passado e a conversa fluiu de forma muito agradável, envolvendo S., os cuidadores e nós, os visitantes.

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

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

para a festa do batizado de seu neto. Por fim, S. virou uma grande aliada, ao compartilhar a sua experiência com os novos pacientes, principalmente, nas situações mais tensas. Após alguns meses, e com a ajuda da equipe do hospital psiquiátrico, S. foi morar fora dos muros do hospital. Mais recentemente, S. realizou um sonho; foi morar na praia; simplesmente, porque descobriu que gostava da brisa, do sol e do mar.

A partir deste relato de caso e das exposições anteriores, propõe-se algumas discussões.

O primeiro ponto diz respeito, simplesmente, à possibilidade de um encontro terapêutico, ou seja, um encontro que, além de levar em conta os sintomas, as medicações, e os exames, "procura o significado da própria presença de um diante do outro" (Ayres, 2004). Inicialmente, S. evitava o encontro e este foi buscado, ativamente, pela equipe. Provavelmente, a busca por um encontro terapêutico é uma das questões centrais, no âmbito da psiquiatria contemporânea. Paradoxalmente, ao abordar as experiências psíquicas, a psiquiatria atual dá ênfase à doença, em detrimento dos aspectos subjetivos, essenciais ao próprio encontro terapêutico.

Um segundo ponto interessante é pensar que os avanços científicos e tecnológicos permitiram que um diagnóstico equivocado de epilepsia, que perdurou por tantos anos, fosse excluído. Entretanto, este fato, por si, não resolve o problema das crises da paciente. Não se trata, simplesmente, em "retirar" o diagnóstico de epilepsia. Ao contrário, na maior parte das vezes, este tipo de procedimento se mostra desastroso e o paciente passa a apresentar mais crises. Cabe aqui então resgatar, no encontro terapêutico a

dimensão prática[36] envolvida no cuidado, entendida no sentido daquilo que se refere ao cotidiano das pessoas, aos seus horizontes existenciais, às suas possibilidades e escolhas. Deve-se estabelecer um diálogo entre a dimensão prática e técno-científica.

Particularmente, no caso das crises não-epilépticas psicogênicas, propõe-se, junto aos pacientes e familiares, o uso da própria linguagem técno-científica, tão valorizada pelos pacientes e pela cultura, para comunicar-lhes a ausência de epilepsia e a presença de um novo diagnóstico, a crise não-epiléptica psicogênica. Na perspectiva prática que, inevitavelmente, está relacionada às dimensões teóricas e técnicas, almeja-se resgatar os aspectos subjetivos e singulares do paciente, muitas vezes, por ele mesmo renegados.

Embora, paradoxalmente, na psiquiatria contemporânea, a subjetividade e a singularidade sejam pouco valorizadas, torna-se difícil conceber uma prática clínica que não leve em consideração estes aspectos. Isto porque as práticas de saúde devem ser guiadas para além da referência de normalidade morfofuncional, à idéia mais ampla de "felicidade" (Ayres, 2004). Sob esta perspectiva, a saúde não deve ser entendida como algum estado "completo de bem estar físico, mental e social", mas, sim, "um horizonte normativo que enraíza na vida efetivamente vivida pelas pessoas aquilo que elas querem e acham que deve ser a sua vida, suas relações,

---

[36] Segundo Ayres (2004), este conceito é derivado da filosofia aristotélica, repercutido em nossos dias pela hermenêutica filosófica, que diz respeito a um saber conduzir-se frente ás questões da práxis vital que não segue leis ou modos de fazer conhecidos *a priori*, mas desenvolve-se como um tipo de racionalidade que nasce da práxis e a ela se dirige de forma imediata na busca da construção compartilhada da "boa vida".

seus projetos" (Ayres, 2004). Nessa perspectiva, só será possível dar o tipo de atenção à saúde que as pessoas efetivamente necessitam a partir das suas revelações subjetivas e singulares, acessadas em encontros intersubjetivos autênticos e efetivos.

Conforme aponta Ayres (2004), o êxito técnico de uma intervenção e o sucesso prático não são a mesma coisa e, ao mesmo tempo, um depende radicalmente do outro. O êxito técnico do controle das crises de S. deu-se na medida do alcance da sua felicidade, seja pela moradia fora do hospital, pela volta à escola, pela vida na praia. Estas conquistas, por sua vez, foram favorecidas pela segurança da ausência de crises.

No contexto das crises não-epilépticas psicogênicas, qualquer êxito técnico e sucesso prático, dependem de um diálogo, que se reformula, constantemente, entre a psiquiatria e a neurologia. Este, por sua vez, necessita de esforços coletivos e pragmáticos, entendidos nos termos, *habermasianos* de um processo público de interação entre diversas pretensões, exigências e condições de validade das diversas proposições e interesses em disputa (Habermas, 2003; Ayres, 2004). Em outras palavras, alcançar esta condição de parceria só tornou-se possível, no caso descrito, quando os coordenadores das equipes travaram um verdadeiro diálogo, em que as intenções, as necessidades e as especificidades dos dois grupos disciplinares foram contempladas e respeitadas. Evidentemente, trata-se de um equilíbrio delicado, mas construído e reconstruído, periodicamente, e que tem, como norte, um compromisso com o bem estar do paciente.

A intervenção da avaliação neurológica permitiu afastar um conjunto de possibilidades diagnósticas que, permanecendo, tenderiam a levar a intervenções terapêuticas e a um padrão de uso dos serviços de saúde potencialmente danosos para a paciente e seu entorno. Por outro lado, viu-se que, afastada a gênese neurológica, uma abordagem psiquiátrica integradora alcançou expressivo sucesso.

No caso de S., considerou-se o conjunto do quadro sintomatológico, buscando interpretá-lo por meio da interação dialógica com a paciente, por mais difíceis que tenham sido no início as condições desse diálogo. Logrou-se tocar, por essa via, uma importante situação de isolamento pessoal e, ao mesmo tempo, um poderoso potencial reconstrutivo, terapêutico: a experiência de “reconhecimento mútuo” (Ayres, 2004) que se tornaram a via de efetivo cuidado de S.

Talvez esteja aí um indício para a compreensão do solo comum que sustentou os diferentes discursos que buscaram conferir objetividade às crises não-epilépticas psicogênicas ao longo de sua história, seja como histeria, como distúrbio conversivo ou como conseqüência de abuso ou de um distúrbio do estresse pós-traumático – discursos obstaculizados em seu desenvolvimento conceitual, por razões de ordem interna e externa à ciência. Por outro lado, o quadro de crise não-epiléptica psicogênica e sua acidentada trajetória conceitual talvez configurem uma situação de ruptura, uma nova oportunidade para a exploração de caminhos para a psiquiatria, e para as práticas de saúde, de um modo geral. Sem desprezar os avanços alcançados em outras condições clínicas, o obstáculo representado pelas

crises não-epilépticas psicogênicas talvez possam abrir um novo lugar para as totalidades interpretativas, a intersubjetividade e as experiências sociais e existenciais como legítimos caminhos para o raciocínio psicopatológico e correlato cuidado de pacientes em situações de sofrimento psíquico.

9 Conclusões

O presente estudo não tem o propósito de aceitar ou rejeitar qualquer um dos enunciados apresentados, sejam sobre o quadro das crises não-epilépticas psicogênicas, seja sobre a sua inserção na psiquiatria ou na neurologia. Propõe-se, sim, a um exame da coerência argumentativa, das repercussões desse exame e de sua conseqüente validade prática.

A partir de um recorte histórico da epilepsia e da contextualização histórica da histeria, no meio médico, pôde ser verificado que ambos os conceitos, de histeria e epilepsia, vêm sendo reformulados ao longo do tempo, caminhando em sentido oposto à concepção de doença da racionalidade da medicina ocidental contemporânea. A negação dos pressupostos epistemológicos e as narrativas históricas mais lineares, muito frequentes no contexto da medicina, favorecem a concepção de uma doença "natural", presente de forma acabada e estável na natureza.

Esta perspectiva, por um lado, possibilita a inclusão da medicina e, particularmente da psiquiatria, no domínio das ciências experimentais, que são mais valorizadas socialmente. Por outro lado, neste processo, problemas de natureza conceitual e epistemológicos são relegados para o plano dos implícitos e privados de reflexão crítica, o que contribui para uma série de impasses e dificuldades concretizados na prática clínica. Parte da dificuldade da abordagem conceitual das crises não-epilépticas psicogênicas é o efeito deste processo.

Ainda nesta perspectiva, na medida em que a psiquiatria não é uma atividade contemplativa mas, sim transformadora, (Berrios, 2008) almejam-se sistemas de classificação que possam produzir informações novas sobre os objetos classificados. O modelo atualmente concebido de “mental” ainda está vinculado aos pressupostos da anátomo-clínica setecentista e os sistemas classificatórios são ancorados na biologia, com uma desvalorização das concepções de doenças que tomam por base a busca de totalidades compreensivas para a conceituação dos sintomas.

Frente a esta realidade, particularmente, nas crises não-epilépticas psicogênicas, os sistemas convencionais de classificação dos distúrbios mentais não contemplam satisfatoriamente as suas especificidades. Ao contrário, na medida em que alguns termos, como “histeria”, e as teorias a ela subjacentes, foram retirados, do DSM, ou fragmentados, ocorreu uma obstaculização do desenvolvimento conceitual, acarretando uma maior dificuldade na detecção e compreensão do problema.

Por sua vez, a periodização das crises não-epilépticas psicogênicas nos últimos quarenta anos demarcou períodos de menor e maior produção acadêmica a respeito, oscilando entre as duas disciplinas especializadas, que foram fortemente influenciadas pelas tecnologias, linhas de pesquisa e determinados diagnósticos psiquiátricos. De maneira geral, conclui-se que o problema das crises não-epilépticas psicogênicas é uma condição de sofrimento negligenciada pela psiquiatria contemporânea. Os motivos deste fato são, para além das questões epistemológicas e históricas, certamente, também, o crescente papel que as indústrias farmacêuticas exercem na

escolha de classes clínicas (Berrios, 2008), o que se reflete em termos de investimentos assistências e de pesquisa.

Finalmente, sob a perspectiva da prática clínica, as crises não-epilépticas psicogênicas, com todo o seu dramático apelo visual, tão bem captado pelo aparato técno-científico, necessitam de uma inflexão na abordagem. Desta forma, privilegiando-se, a dimensão dialógica (Ayres, 2004) do encontro, ocorre não somente um interesse autêntico em ouvir o outro, mas, também, em fazer-se ouvir, configurando-se, assim, um diálogo legítimo que permite a construção compartilhada de experiências vividas e projetadas que não sejam restritas às crises.

10 Anexos

Anexo – A

Critérios de diagnóstico para "reação conversiva", segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-I*[37] (APA, 1952).

Conversion reaction

Instead of being experienced consciously (either diffusely or displaced, as in phobias) the impulse causing the anxiety is "converted" into functional symptoms in organs or parts of the body, usually those that are mainly under voluntary control. The symptoms serve to lessen conscious (felt) anxiety and ordinarily are symbolic of the underlying mental conflict. Such reactions usually meet immediate needs of the patient and are, therefore, associated with more or less obvious "secondary gain." They are to be differentiated from psychophysiologic autonomic and visceral disorders. The term "conversion reaction" is synonymous with "conversion hysteria." Dissociative reactions are not included in this diagnosis. In recording such reactions the symptomatic manifestations will be specified as anesthesia (anosmia, blindness, deafness), paralysis (paresis, aphonia, monoplegia, or hemiplegia), dyskinesis (tic, tremor, posturing, catalepsy).

[37] Não foi encontrado tradução para o português.

Anexo - B

Critérios de diagnóstico para neurose histérica, tipo conversiva segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-II*[38] (APA, 1968)

Hysterical neurosis

This neurosis is characterized by an involuntary psychogenic loss or disorder of function. Symptoms characteristically begin and end suddenly in emotionally charged situations and are symbolic of the underlying conflicts. Often they can be modified by suggestion alone. This is a new diagnosis that encompasses the former diagnoses "Conversion reaction" and "Dissociative reaction" in DSM-I. This distinction between conversion and dissociative reactions should be preserved by using one of the following diagnoses whenever possible.

Hysterical neurosis, conversion type

In the conversion type, the special senses or voluntary nervous system are affected, causing such symptoms as blindness, deafness, anosmia, anaesthesias, paraesthesias, paralyses, ataxias, akinesias, and dyskinesias. Often the patient shows an inappropriate lack of concern or belle indifference about these symptoms, which may actually provide secondary gains by winning him sympathy or relieving him of unpleasant responsibilities. This type of hysterical neurosis must be distinguished from psychophysiologic

[38] Não foi encontrado tradução para o português.

disorders, which are mediated by the autonomic nervous system; from malingering, which is done consciously; and from neurological lesions, which cause anatomically circumscribed symptoms

Anexo – C

Critérios de diagnóstico para o distúrbio conversivo segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-III*[39] (APA, 1980)

Diagnostic criteria for Conversion Disorder

A. The predominant disturbance is a loss of or alteration in physical functioning suggesting a physical disorder.

B. Psychological factors are judged to be etiologically involved in the symptom, as evidenced by one of the following:

   (1) there is a temporal relationship between an environmental stimulus that is apparently related to a psychological conflict or need and the initiation or exacerbation of the symptom

   (2) the symptom enables the individual to avoid some activity that is noxious to him or her

   (3) the symptom enables the individual to get support from the environment that otherwise might not be forthcoming

C. It has been determined that the symptom is not under voluntary control.

D. The symptom cannot, after appropriate investigation, be explained by a known physical disorder or pathophysiological mechanism.

E. The symptom is not limited to pain or to a disturbance in sexual functioning.

F. Not due to Somatization Disorder or Schizophrenia.

---

[39] Não foi encontrado tradução em português

Anexo – D

Critérios diagnósticos para transtorno conversivo, segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-III-R* (APA, 1987)

A. Perda ou alteração do funcionamento físico que sugere distúrbio físico.
B. Presume-se que fatores psicológicos estão etiologicamente relacionados ao sintoma, por causa de uma relação temporal entre um estressor psicossocial que está aparentemente relacionado com um conflito ou necessidade psicológica e início ou exacerbação do sintoma.
C. A pessoa não está consciente de intencionalmente produzir o sintoma.
D. O sintoma não é um padrão de resposta culturalmente sancionado e não pode, após investigação apropriada, ser explicado por um transtorno físico conhecido.
E. O sintoma não é limitado à dor ou a uma perturbação funcional sexual.

Anexo – E

Critérios diagnósticos para transtorno conversivo, segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-IV* (APA, 1994)

A. Um ou mais déficits sensoriais ou motores voluntários, que sugerem uma condição neurológica ou médica

B. Fatores psicológicos estão relacionados, uma vez que o início ou exacerbação do sintoma ou do déficit é precedido por conflitos ou estressores.

C. O sintoma ou déficit não é produzido intencionalmente como ocorre na simulação e no distúrbio factício.

D. O sintoma ou déficit, após investigação apropriada, não pode ser explicado na sua totalidade por uma condição médica, pelos efeitos direto do uso de uma substância, ou por uma experiência ou comportamento culturalmente sancionados.

E. O sintoma ou déficit causa sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional, ou justifica uma avaliação médica.

F. O sintoma ou déficit não é limitado à dor ou a uma perturbação funcional sexual, não ocorre exclusivamente durante o curso do transtorno de somatização

10 Bibliografia

10.1 Artigos selecionados como fonte histórica primária

Artigos dos periódicos: *American Journal of Psychiatry*, *British Journal of Psychiatry, The Journal of Nervous and Mental Disease, Epilepsia,* Seizure e Neurology

Aldenkamp AP, Mulder OG. Behavioural mechanisms involved in pseudoepileptic seizures: a comparison between patients with epileptic seizures and patients with pseudoepileptic seizures. *Seizure.* 1997;6:275-82.

Alper K, Devinsky O, Perrine K, Luciano D, Vazquez B, Pacia S, Rhee E. Dissociation in epilepsy and conversion nonepileptic seizures. *Epilepsia*. 1997;38(9):991-7.

Alper K, Devinsky O, Perrine K, Vazquez B, Luciano D. Nonepileptic seizures and childhood sexual and physical abuse. *Neurology*. 1993;43:1950-3.

Anzola GP. Predictivity of plasma prolactin levels in differentiating epilepsy from pseudoseizures: a prospective study. *Epilepsia*. 1993;34(6):1044-8.

Benbadis SR. How many patients with psychogenic nonepileptic seizures also have epilepsy? [letter]. *Neurology.* 2002;58(6):990-1.

Benbadis SR, Agrawal V, Tatum IV WO. How many patients with psychogenic nonepileptic seizures also have epilepsy? *Neurology*. 2001;57:915–7.

Benbadis SR, Siegrist K, Tatum IV WO, Heriaud L, Anthony K. Short-term outpatient EEG video with induction in the diagnosis of psychogenic seizures. *Neurology*. 2004;63:1728–30.

Betts T, Boden S. Diagnosis, management and prognosis of a group of 128 patients with non-epileptic attack disorder. Part I. *Seizure.* 1992a;1:19-26.

Betts T, Boden S. Diagnosis, management and prognosis of a group of 128 patients with non-epileptic attack disorder. Part II. Previous childhood sexual abuse in the aetiology of these disorders. *Seizure.* 1992b;1:27-32.

Binzer M, Stone J, Sharpe M. Recent onset pseudoseizures-clues to aetiology. *Seizure.* 2004;13:146-155.

Bowman ES, Markand ON. Psychodynamics and psychiatric diagnoses of pseudoseizure subjects. *Am J Psychiatry.* 1996;153(1):57-63.

Brown RJ, Schrag A, Trimble MR. Dissociation, chidhood interpersonal trauma, and family functioning in patients with somatization disorder. *Am J Psychiatry*. 2005;162:899-905.

Cartmill A, Betts T. Seizure behaviour in a patient with post-traumatic stress disorder following rape. Notes on the aetiology of ‘pseudoseizures’ [case report]. *Seizure.* 1992;1:33-6.

Chodoff P. Hysteria and women. *Am J Psychiatry*. 1982;139(5):545-51.

Chung SS, Gerber P, Kirlin KA. Ictal eye closure is a reliable indicator for psychogenic nonepileptic seizures. *Neurology*. 2006;66:1730-1.

Cuthill FM, Espie CA. Sensitivity and specificity of procedures for the differential diagnosis of epileptic and non-epileptic seizures: a systematic review. *Seizure.* 2005;14:293-303.

D'Alessio L, Giagante B, Oddo S, Silva WW, Solís P, Consalvo D, Kochen S. Psychiatric disorders in patients with psychogenic non-epileptic seizures, with and without comorbid epilepsy. *Seizure.* 2006;15:333-9.

Devinsky O. Nonepileptic psychogenic seizures: quagmires of pathophysiology, diagnosis, and treatment [editorial]. *Epilepsia.* 1998;39(5):458-62.

Devinsky O, Gordon E. Epileptic seizures progressing into nonepileptic conversion seizures. *Neurology*. 1998;51(5):1293-6.

Devinsky O, Sanchez-Villasenor F, Vazquez B, Kothari M, Alper K, Luciano D. Clinical profile of patients with epileptic and nonepileptic seizures. *Neurology.* 1996;46(6):1530-3.

Ettinger AB, Devinsky O, Weisbrot DN, Ramakrishna RK, Goyal A. A comprehensive profile of clinical, psychiatric, and psychosocial characteristics of patients with psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia.* 1999a;40(9):1292-8.

Ettinger AB, Weisbrot DM, Nolan E, Devinsky O. Postictal symptoms help distinguish patients with epileptic seizures from those with non-epileptic seizures. *Seizure.* 1999b;8:149-51.

Francis P, Baker GA. Non-epileptic attack disorder (NEAD): a comprehensive review. *Seizure.*1999;8:53-61.

Geyer J, Payne TA, Drury I. The value of pelvic thrusting in the diagnosis of seizures and pseudoseizures [brief communications]. *Neurology*. 2000;54(1):227.

Glaser GH. Epilepsy, hysteria, and "possession" - a historical essay. *J Nerv Ment Dis*. 1978;166(4):268-74.

Gould R, Miller BL, Goldberg MA, Benson DF. The validity of hysterical signs and symptoms. *J Nerv Ment Dis*. 1986;174(10):593-7.

Green A, Payne S, Barnitt R. Illness representations among people with non-epileptic seizures attending a neuropsychiatry clinic: a qualitative study based on the self-regulation model. *Seizure.* 2004;13:331-9.

Gröppel G, Kapitany T, Baumgartner C. Cluster analysis of clinical seizure semiology of psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia*. 2000;41(5):610-4.

Gross M. Pseudoepilepsy: A study in adolescent hysteria. *Am J Psychiatry*. 1979;136(2):210-3.

Gulick TA, Spinks IP, King DW. Pseudoseizures: ictal phenomena. *Neurology*. 1982;32:24-30.

Gumnit RJ, Gates JR. Psychogenic seizures**.** *Epilepsia.* 1986;27(Suppl.2):124-9.

Harden CL, Burgut FT, Kanner AM. The diagnostic significance of video-EEG monitoring findings on pseudoseizure patients differs between neurologists and psychiatrists [brief communications]. *Epilepsia*. 2003;44(3):453-6.

Henrichs TF, Tucker DM, Farha J, Novelly RA. MMPI indices in the identification of patients evidencing pseudoseizures. *Epilepsia*. 1988;29(2):184-7.

Henry TR, Drury I. Ictal behaviors during nonepileptic seizures differ in patients with temporal lobe interictal epileptiform EEG activity and patients without interictal epileptiform EEG abnormalities. *Epilepsia*. 1988;39(2):175-82.

Holmes MD, Dodrill CB. What is the significance of subjective events recorded during long-term EEG video monitoring? *Epilepsia*. 1998;39(8):857-62.

Jawad SSM, Jamil N, Clarke EJ, Lewis A, Whitecross S, Richens A. Psychiatric morbidity and psychodynamics of patients with convulsive pseudoseizures. *Seizure.* 1995; 4:201-6.

Kalogjera-Sackellares D, Sackellares JC. Personality profiles of patients with pseudoseizures. *Seizure.* 1997;6:1-7.

Kanner AM, Morris HH, Lüders H, Dinner DS, Wyllie E, Medendorp SV, Rowan AJ. Supplementary motor seizures mimicking pseudoseizures: some clinical differences. *Neurology*. 1990;40:1404-7.

King DW, Gallagher BB, Murvin AJ, Smith DB, Marcus DJ, Hartlage LC, Ward III LC. Pseudoseizures: diagnostic evaluation. *Neurology*. 1982;32:18-23.

Krumholz A. Nonepileptic seizures: diagnosis and management. *Neurology*. 1999;53(Suppl 2):76-83.

Krumholz A, Niedermeyer E. Psychogenic seizures: a clinical study with follow-up data. *Neurology*. 1983;33:498-502.

Kuyk J, Leijten F, Meinardi H, Spinhoven P, Van Dyck R. The diagnosis of psychogenic non-epileptic seizures: a review. *Seizure.* 1997;6:243-53.

Kuyk J, Van Dyck R, Spinhoven P.The case for a dissociative interpretation of pseudoepileptic seizures. *J. Nerv Ment Dis*. 1996;184(8):468-74.

LaFrance Jr. WC. How many patients with psychogenic nonepileptic seizures also have epilepsy? [letter]. *Neurology.* 2002;58(6):990.

LaFrance Jr. WC, Devinsky O. The treatment of nonepileptic seizures: historical perspectives and future directions. *Epilepsia*. 2004;45(Suppl 2):15-21.

Lancman ME, Brotherton TA, Asconapé JJ, Penry JK. Psychogenic seizures in adults: a longitudinal analysis. *Seizure.* 1993;2:281-6.

Leis AA, Ross MA, Summers AK. Psychogenic seizures: ictal characteristics and diagnostic pitfalls. *Neurology*. 1992;42:95-9.

Lesser, RP. Psychogenic seizures. *Neurology.* 1996;46(6):1499-507.

Lesser RP, Lueders H, Conomy JP, Furlan AJ, Dinner DS. Sensory seizure mimicking a psychogenic seizure. *Neurology*. 1983a;33:800-2.

Lesser RP, Lueders H, Dinner DS. Evidence for epilepsy is rare in patients with psychogenic seizures. *Neurology*. 1983b;33:502-4.

Liske E, Forster FM. Pseudoseizures: a problem in the diagnosis and management of epileptic patients. *Neurology.* 1964;14:41-9.

Martin RC, Gilliam FG, Kilgore M, Faught E, Kuzniecky R. Improved health care resource utilization following video-EEG confirmed diagnosis of nonepileptic psychogenic seizures. *Seizure.* 1998;7:385-90.

Massey EW, McHenry Jr. LC. Hysteroepilepsy in the nineteenth century: Charcot and Gowers. *Neurology*. 1986;36:65-7.

McDade G, Brown SW. Non-epileptic seizures: management and predictive factors of outcome. *Seizure.* 1992;1:7-10.

Meierkord H, Will B, Fish D, Shorvon S. The clinical features and prognosis of pseudoseizures diagnosed using video-EEG telemetry. *Neurology*. 1991;41:1643-6.

Merskey H, Trimble M. Personality, sexual adjustment, and brain lesions in patients with conversion symptoms. *Am J Psychiatry.* 1979;136(2):179-82.

Mökleby K, Blomhoff S, Malt UF, Dahlström A, Tauböll E, Gjerstad L. Psychiatric comorbidity and hostility in patients with psychogenic nonepileptic seizures compared with somatoform disorders and healthy controls. *Epilepsia*. 2002;43(2):193-8.

Özkara C, Dreifuss FE. Differential diagnosis in pseudoepileptic seizures. *Epilepsia*.1993;34(2):294-8.

Pakalnis A, Drake Jr. ME, Phillips B. Neuropsychriatric aspects of psycohgenic status epilepticus. *Neurology*. 1991;41:1104-6.

Pankratz L. Historical note on pseudoseizures [letter]. Neurology. 1989;39:750.

Parra J, Iriarte J, Kanner AM. Are we overusing the diagnosis of psychogenic non-epileptic events? *Seizure.* 1999;8:223-7.

Peguero E, Abou-Khalil B, Fakhoury T, Mathews G. Self-injury and incontinence in psychogenic seizures. *Epilepsia*. 1995;36(6):586-91.

Pierelli F, Chatrian GE, Erdly WW, Swanson PD. Long-term EEG-video-audio monitoring: detection of partial epileptic seizures and psychogenic episodes by 24-hour EEG record review. *Epilepsia*. 1989;30(5):513-23.

Poulose KP, Shaw AA. Rapidly recurring seizures of psychogenic origin. *Am J Psychiatry*. 1977;134(10):1145-6.

Prueter C, Schultz-Venrath U, Rimpau W. Dissociative and associated psychopathological symptoms in patients with epilepsy, pseudoseizures, and both seizure forms. *Epilepsia*. 2002;43(2):188-92.

Ramani SV, Quesney LF, Olson D, Gumnit RJ. Diagnosis of hysterical seizures in epileptic patients. *Am J Psychiatry*. 1980;137(6):705-9.

Reuber M, Fernández G, Bauer J, Helmstaedter C, Elger CE. Diagnostic delay in psychogenic nonepileptic seizures. *Neurology*. 2002a;58:493-5.

Reuber M, Fernández G, Bauer J, Singh DD, Elger CE. Interictal EEG abnormalities in patients with psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia*. 2002b;43(9):1013-20.

Rosenberg HJ, Rosenberg SD, Williamson PD, Wolford II GL. A comparative study of trauma and posttraumatic stress disorder prevalence in epilepsy patients and psychogenic nonepileptic seizure patients. *Epilepsia*. 2000;41(4):447-52.

Sackellares JC, Giordani B, Berent S, Seidenberg M, Dreifuss FE, Vanderzant CW, Boll TJ. Patients with pseudoseizures: intellectual and cognitive performance. *Neurology*. 1985;35:116-9.

Şar V, Akyüz G, Kundakçi T, Kiziltan E, Doğan O. Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. *Am J Psychiatry*. 2004;161:2271-6.

Savard G, Andermann F, Teitelbaum J, Lehmann H. Epileptic Münchausen's syndrome: a form of pseudoseizures distinct from hysteria and malingering [brief communications]. *Neurology*. 1988;38:1628-9.

Savard G, Andermann F, Teitelbaum J, Lehmann H. Historical note on pseudoseizures [letter]. *Neurology*. 1989;39:750.

Selwa LM, Geyer J, Nikakhtar N, Brown MB, Schuh LA, Drury I. Nonepileptic seizure outcome varies by type of spell and duration of illness. *Epilepsia*. 2000;41(10):1330-4.

Sigurdardottir KR, Olafsson O. Incidence of psychogenic seizures in adults: a population-based study in Iceland. *Epilepsia*. 1998;39(7):749-52.

Silva W, Giagante B, Saizar R, D'Alessio L, Oddo S, Consalvo D, Saidón P, Kochen S. Clinical features and prognosis of nonepileptic seizures in a developing country. *Epilepsia*. 2001;42(3):398-401.

Stefanis C, Markidis M, Christodoulou G. Observations on the evolution of the hysterical symptomatology. *Br J Psychiatry*. 1976;128:269-75.

Stewart RS, Lovitt R, Stewart RM. Are hysterical seizures more than hysteria? A research diagnostic criteria, DSM-III, and psychometric analysis. *Am J Psychiatry*. 1982;139(7):926-9.

Stone J, Campbell K, Sharma N, Carson A, Warlow CP, Sharpe M. What should we call pseudoseizures? The patient's perspective. *Seizure.* 2003;12:568-72.

Stone J, Smyth R, Carson A, Warlow C, Sharpe M. La belle indifférence in conversion symptoms and hysteria - systematic review. *Br J Psychiatry*. 2006;188:204-9.

Szaflarski JP, Hughes C, Szaflarski M, Ficker DM, Cahill WT, Li M, Privitera MD. Quality of life in psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia*. 2003;44(2):236-42.

Testa SM, Schefft BK, Szaflarski JP, Yehn HS, Privitera MD. Mood, personality, and health-related quality of life in epileptic and psychogenic seizure disorders. *Epilepsia*. 2007;48(5):973–82.

Toone BK, Roberts J. Status epilepticus. An uncommon hysterical conversion syndrome. *J Nerv Ment Dis.* 1979;167(9):548-52.

Vanderzant CW, Giordani B, Berent S, Dreifuss FE, Sackellares JC. Personality of patients with pseudoseizures. *Neurology*. 1986;36:664-8.

Van Merode T, De Krom MCTFM, Knottnerus JA. Gender-related differences in non-epileptic attacks: a study of patients' cases in the literature. *Seizure.* 1997;6:311-5.

Wilkus RJ, Dodrill CB. Factors affecting the outcome of MMPI and neuropsychological assessments of psychogenic and epileptic seizure patients. *Epilepsia.* 1989;30(3):339-47.

Wilkus RJ, Dodrill CB, Thompson PM. Intensive EEG monitoring and psychological studies of patients with pseudoepileptic seizures. *Epilepsia*. 1984;25(1):100-7.

Ziegler FJ, Imboden JB, Meyer E. Contemporary conversion reactions: a clinical study. *Am J Psychiatry*. 1960;116:901-10.

10.2 Referências Bibliográficas[40]

Alam CN, Merskey H. The development of the hysterical personality. *Hist Psychiatry*. 1992;3:135-65.

American Academy of Neurology (AAN). Advocacy in action. *American Academy of Neurology News,* Minnesota. 2008a;21(5):6.

American Academy of Neurology (AAN). Flashback: 60 years of AAN. *American Academy of Neurology News*. Minnesota. 2008b;21(5):1.

Alfonso-Goldfarb AM, Ferraz MHM, Beltran MHR. A historiografia contemporânea e as ciências da matéria: uma rota cheia de percalços. In: Alfonso-Goldfarb AM, Beltran MHR (orgs.). *Escrevendo a história da ciência: tendências, propostas e discussões historiográficas.* São Paulo: Educ; 2004. p.49-73.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV).* 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Press; 1994.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III-R).* 3rd ed. revised. Washington DC: American Psychiatric Press; 1987.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III).* 3rd ed. Washington DC: American Psychiatric Press; 1980. [citado em 10 janeiro de 2010]. Disponível em: http://www.psychiatryonline.com/DSMPDF/dsm-iii.pdf.

---

[40] Os artigos citados de Benbadis et al., 2001; Devinsky, 1998; Ettinger et al., 1999a; Szaflarski et al., 2003; Silva et al., 2001 estão referenciados em **10.1**.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-II).* 2nd ed. Washington DC: American Psychiatric Press; 1968. [citado em 10 janeiro de 2010]. Disponível em: http://www.psychiatryonline.com/DSMPDF/dsm-ii.pdf.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-I)*. 1st ed. Washington DC: American Psychiatric Press; 1952. [citado em 10 janeiro de 2010]. Disponível em: http://www.psychiatryonline.com/DSMPDF/dsm-i.pdf.

Aragão L. *Habermas: filósofo e sociólogo do nosso tempo*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 2002.

Arnaud SM. *Narratives and politics of a diagnosis: the construction and circulation of hysteria as a medical category, 1730-1820* [tese]. New York: The City University of New York; 2007.

Ayres JRCM. *Epidemiologia e emancipação*. 2ª ed. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 2002a.

Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*. 2004;13(3):16-29.

Ayres JRCM. Para compreender el sentido prático de las acciones de salud: contribuciones de la hermenéutica filosófica. *Salud Colectiva*. 2008;4(2):159-72.

Ayres JRCM. *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia*. 2ª ed. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 2002b.

Ayres JRCM. Uma concepção hermenêutica de saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva.* 2007;17(1):43-62.

Bachelard G. *A filosofia do não*. Tradução de Joaquim José Moura Ramos. Lisboa: Editorial Presença; 1991.

Bachelard, G. *A psicanálise do fogo*. Tradução de Paulo Neves. São Paulo: Martins Fontes; 1994.

Benbadis SR. The problem of psychogenic symptoms: is the psychiatric community in denial? *Epilepsy Behav.* 2005;6:9-14.

Benbadis SR, Hauser AW. An estimate of the prevalence of psychogenic non-epileptic seizures. *Seizure.* 2000;9:280-1.

Benbadis SR, Lancman ME, King LME, Swanson. Preictal pseudosleep: a new finding in psychogenic seizures. *Neurology.* 1996;47:63-7.

Berrios GE. Classificações em psiquiatria: uma história conceitual. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2008;35(3):113-27.

Berrios GE. Prólogo. In: Luque R, Villagrán JM (eds.). *Psicopatologia descriptiva: nuevas tendencias*. Madrid: Trotta; 2000. p.13-6.

Berrios GE. *The history of mental symptoms*. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.

Berrios GE, Beer D. Unitary psychosis concept. In: Berrios G e Porter R (eds.). *A history of clinical psychiatry: the origin and history of psychiatric disorders*. London/ New Brunswick (New Jersey): The Athlone Press; 1995. p.313-335.

Berrios GE, Marková IS. Symptoms – historical perspective and effect on diagnosis. In: Blumenfield M, Strain JJ. *Psychosomatic medicine*. Filadélfia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p.27-38.

Betts T. Welcome to Seizure 1992 [editorial]. *Seizure*. 1992;1:1-2.

Betts T, Duffy N. Treatment of non-epileptic attack disorder (pseudoseizures) in the community. In: Gram L, Joannessen SI, Osteman PO, Sillanpaa, M (eds.). *Pseudo-epileptic seizures*. Briston: Wrightson Biomed Pub; 1993. p.109-21.

Bleicher J. *Hermenêutica contemporânea*. Lisboa: Edições 70; 2002.

Bowman ES. Pseudoseizures. *The Psychiatric Clinics of North America.* 1998;21:649-57.

Burnham JC. The founding of the Archives of Neurology and Psychiatry; or, what was wrong with the Journal of Nervous and Mental Disease? *J Hist Med Allied Sci*. 1981(36):310-24.

Burtt, EA. *As bases metafísicas da ciência moderna*. Brasília: Editora da Universidade de Brasília; 1983.

Camargo Jr. KR. A Biomedicina. *PHYSIS: Rev Saúde Coletiva.* 2005;15(suppl):177-201.

Camargo Jr. KR. *(Ir)Racionalidade médica: os paradoxos da clínica*. [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1990.

Canguilhem G. *Ideologia e racionalidade nas ciências da vida*. Tradução de Emília Piedade. Lisboa: Edições 70; 1977.

Cooper R. *Classifying madness, a philosophical examination of the diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Dordrecht (Holanda): Springer; 2005.

Dalgalarrondo P. As primeiras revistas psiquiátricas no Brasil e no mundo. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* 1999;21(4):237-8.

Dalgalarrondo P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed; 2000.

Delaporte F. A história das ciências segundo George Canguilhem. In*:* Portocarrero V (org.). *Filosofia, história e sociologia das ciências: abordagens contemporâneas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1998.

Didi-Huberman G. *La invención de la histeria: Charcot y la iconografia fotográfica de La Salpêtrière*. Madri: Cátedra; 2007.

Ellenberger H. *Histoire de la découverte de l'inconscient*. Paris: Fayard; 1994.

Engel M. Psiquiatria e feminilidade. In: Del Priore M (org.). *História das mulheres no Brasil*. São Paulo: Editora Contexto/FAPESP; 2002. p.322-61.

Fearing F. *Reflex action, a study in the history of physiological psychology.* Baltimore: Williams & Wilkins Company; 1930.

Foucault M. *As palavras e as coisas***.** São Paulo: Martins Fontes; 2000a.

Foucault M. *Doença mental e psicologia*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Edições Tempo Brasileiro; 2000b.

Foucault M. *História da loucura*. 7ª ed. São Paulo: Editora Perspectiva; 2003.

Foucault M. *O nascimento da clínica*. 5ª ed. Tradução de Roberto Machado. São Paulo: Editora Forense Universitária; 1998.

Foucault M. *O poder psiquiátrico*. Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Editora Martins Fontes; 2006.

Freud S. Estudos sobre a histeria (1893-1895a). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago; 1969. v.2, p.82-133.

Freud S. Estudos sobre a histeria (1893-1895b). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago; 1969. v.2, p.224-34.

Freud S. Estudos sobre a histeria (1893-1895c). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago; 1969. v.2, p.57-81.

Freud S. Prefácio à tradução de *la suggestion* de Bernheim (1886-1889). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago; 1969. v.1, p.111-21.

Freud S. Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar (1893). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago; 1969. v.2, p.39-52.

Gadamer H. *Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica.* Petrópolis: Editora Vozes; 1999.

Gates, JR. Epidemiology and classification of non-epileptic events. *In:* Gates JR, Rowan AJ (eds.). *Non-epileptic seizures*. 2ª ed. Boston: Butterworth-Heinemann; 2000. p.3-14.

Gates JR, Erdhal P. Classification of non-epileptic events. In: Rowan AJ, Gates JR (eds.). *Non-epileptic seizures*. Boston: Butterworth-Heinemann; 1993. p. 21-30.

Goetz CG. Charcot and the myth of misogyny. *Epilepsia*. 1999;52:1678.

Greco M. The ambivalence of error: “scientific ideology” in the history of the life sciences and psychosomatic medicine. *Social Science & Medicine.* 2004;58:687-96.

Greenblatt SH. The major influences on the early life and work of John Hughlings Jackson. *Bulletin of the History of Medicine*. 1965;39:346-76.

Guerreiro CAM, Guerreiro MM, Cendes F, Lopes-Cendes I. Considerações gerais. In: Guerreiro CAM, Guerreiro MM, Cendes F, Lopes-Cendes I. Considerações gerais (orgs.). *Epilepsia*. São Paulo: Lemos Editorial; 2000. p.1-10.

Guggenheim FG, Smith GR. Somatoform disorders. In: Kaplan HI e Sadock BJ (eds.). *Comprehensive textbook of psychiatry*, 6th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. p.1251-70.

Gunderson JG, Phillips MD. Personality disorders. In: Kaplan HI, Sadock BJ (eds.). *Comprehensive textbook of psychiatry*, 6th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. p.1425-61.

Habermas J. *O discurso filosófico da modernidade*. Tradução de Ana Maria Bernardo. Lisboa: Publicações Dom Quixote; 1990.

Habermas J. *Racionalidade e comunicação*. Tradução de Paulo Rodrigues. Lisboa: Edições 70; 2002.

Habermas J. *Teoría de la acción comunicativa.* 4ª ed. Madrid: Taurus; 2003.

Hacking I. *Múltipla personalidade e as ciências da memória*. Rio de Janeiro: José Olympio Editora; 2000.

Hacking I. *The social construction of what?* Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press; 1999.

Hughlings Jackson J. Evolution and dissolution of the nervous system. In: Taylor J (org.). *Selected writings of John Hughlings Jackson.* London: Hodder and Stoughton; 1932a.

Hughlings Jackson J. Loss of speech with hemiplegia on the left side. In: Taylor J (org.). *Selected writings of John Hughlings Jackson.* London: Hodder and Stoughton; 1932d.

Hughlings Jackson J. On some implications of dissolution of the nervous system. In: Taylor J (org.). *Selected writings of John Hughlings Jackson.* London: Hodder and Stoughton; 1932b.

Hughlings Jackson J. Remarks on dissolution of the nervous system as exemplified by certain post-epileptic conditions. In: Taylor J (org.). *Selected writings of John Hughlings Jackson.* London: Hodder and Stoughton; 1932c.

Jaspers K. *Psicopatologia geral*. 8ª ed., Tradução de Samuel Penna Reis. São Paulo/Rio de Janeiro/Belo Horizonte: Editora Atheneu: 2000.

Japiassu H. *Como nasceu a ciência moderna – e as razões da filosofia -.* Rio de Janeiro: Imago Editora; 2007.

Japiassu H. *Introdução ao pensamento epistemológico*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves; 1992.

Japiassu H. *Para ler Bachelard*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves; 1976.

Kandel ER, Schwartz JH, Jessel TM. (orgs.). *Essentials of neural science and behavior*. Newark (New Jersey): Prentice Hall International; 1995.

King H. Conversion disorder and hysteria. In: Berrios G e Porter R (eds.). *A history of clinical psychiatry: the origin and history of psychiatric disorders*. London/ New Brunswick (New Jersey): The Athlone Press; 1995. p.442-50.

King H. *Hippocrates' woman, reading the female body in Ancient Greece*. New York: Routledge; 1998.

Kirmayer LJ, Santhanam R. The anthropology of hysteria. In: Halligan P, Bass C, Marshall J. (eds.). *Contemporary approaches to the study of hysteria*. Oxford: Oxford University Press; 2001, p. 251-70.

Kurcgant D. *A influência de Herbert Spencer (1820-1903) na concepção de John Hughlings Jackson (1835-1911) sobre o sistema nervoso e a epilepsia*. [dissertação]. São Paulo, Programa de Estudos Pós-Graduados em História da Ciência, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2002.

Kurcgant D, Marchetti RL, Marques AH, Marchetti LB. Crises pseudoepilépticas – diagnóstico diferencial. *Jornal Brasileiro de Epilepsia e Neurofisiologia Clínica.* 2000;6(1):13-8.

LaFrance WC, Benbadis SR. Avoiding the costs of unrecognized psychological nonepileptic seizures. *Neurology.* 2006; 66:1620-1.

Lennox WG. The reign of the uterus. *Epilepsia*. 1955;c4(1):91-8.

Lesley MA, Pritivera MD. Psychopathology and trauma in epileptic and psychogenic patients. *Psychosomatics.* 1996;37:438-43.

Mace C. All in the mind? The history of hysterical conversion as a clinical concept. In: Halligan P; Bass C; Marshall J. (eds.). *Contemporary approaches to the study of hysteria*. Oxford: Oxford University Press; 2001. p.1-11.

Machado R. *Foucault, a ciência e o saber*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 2006.

Marchetti RL, Castro APW, Daitio CS, Cremonese E, Ramos JMP, Gallucci Neto J. Attitudes of Brazilian psychiatrists toward people with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2004;5(6):999-1004.

Marchetti RL, Kurcgant D, Marchetti LB, Gallucci Neto J, Von Bismarck MA, Fiore LA. Resultados preliminares de um programa de tratamento de crises não-epilépticas psicogênicas. *Jornal Brasileiro de Epilepsia e Neurofisiologia Clínica.* 2007;13(4,Suppl 1):39-44.

Menezes PR. Validade e confiabilidade das escalas de avaliação em psiquiatria. *Revista de Psiquiatria Clínica.* 1998;25(5):214-6.

Mezan R. *Freud: a trama dos conceitos*. 4ª ed. São Paulo: Perspectiva; 2003.

Micale M. Hysteria and its historiography: a review of past and present writings. *Hist Sci*. 1989;27:223-61.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde*. 2ª ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 1992.

Minayo MCS. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: Minayo MCS, Deslandes SF. *Caminhos do pensamento – epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p.83-107.

Nalli M. Foucault: fenomenólogo "malgré lui?" In: Scavone L, Alvarez MC, Miskolci R (orgs.). *O legado de Foucault*. São Paulo: Editora Unesp; 2006. p.263-79.

Nemiah JC. Dissociative disorders. In: Kaplan HI, Sadock BJ (eds.). *Comprehensive textbook of psychiatry*. 4th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. p.1281-93.

Nierdermeyer E. *The epilepsies: diagnosis and management*. Baltimore: Urban & Schwarzwnberg; 1990.

Oppenheim J. *Shattered nerves: doctors, patients, and depression in Victorian England*. New York/Oxford: Oxford University Press; 1991.

Ortega F. Corpo e tecnologias de visualização médica: entre a fragmentação na cultura do espetáculo e a fenomenologia do corpo vivido. *PHYSIS: Rev Saúde Coletiva*. 2005;15(1):237-57.

Pagel W. The vindication of ´rubbish`. *Middlesex Hospital Journal.* 1945;45:42-5.

Palmer IP. War-based hysteria – the military perspective. In: Halligan P, Bass C, Marshall J. (eds.). *Contemporary approaches to the study of hysteria*. Oxford: Oxford University Press; 2001. p.12-35.

Pereira LMF. Os primeiros sessenta anos da terapêutica psiquiátrica no Estado de São Paulo. In: Antunes EH, Barbosa LHS, Pereira LMF (orgs.). *Psiquiatria, loucura e arte*. São Paulo: Edusp; 2002. p.33-53.

Pereira MEC. A paixão nos tempos do DSM: Sobre o recorte operacional do campo da psicopatologia. In: Pacheco Fo R. (org.). *Ciência, pesquisa, representação e realidade em psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000. p.119-52.

Pereira MEC. Pierre Janet e os atos psíquicos inconscientes revelados pelo automatismo psíquico das histéricas. *Revista Latinoamericana de Psicopatatologia Fundamental.* 2008;11(2): 301-9.

Peterson DB, Summer JW, Jones GA. Role of hypnosis in differentiation of epileptic from convulsive seizures. *Am J Psychiatry*. 1950;107:428-31.

Porter R. The rise of physical examination. In: Bynum WF; Porter R. (orgs.). *Medicine and the five senses*. Cambridge: Cambridge University Press; 1993. p.179-197.

Porter R. *Uma história social da loucura*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1991. p132-60.

Postel J, Quetel C (orgs.). *Nouvelle histoire de la psychiatrie*. Paris: Dunod; 1994.

Price BH, Adams RD, Coyle JT. Neurology and psychiatry: closing the great divide. *Neurology.* 2000;54:8-14.

Ragazzo PC. Eletroencefalografia: conceitos básicos. In: Guerreiro CAM, Guerreiro MM, Cendes F, Lopes-Cendes I. Considerações gerais (orgs.). *Epilepsia*. São Paulo: Lemos Editorial; 2000.p.75-80.

Richards, RJ. *Darwin and the emergence of evolutionary theories of mind and behavior*. Chicago/ London: The University of Chicago Press; 1987.

Shorvon S. The early history (1909-1961) of *Epilepsia*, the journal of the International League Against Epilepsy, and its echoes today. *Epilepsia* 2007;48(1):1-14.

Saurí JJ. *Las hysterias*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión; 1984.

Sakamoto AC, Garzon E, Fernandes RMF. EEG nas epilepsias e síndromes epilépticas. In: Guerreiro CAM, Guerreiro MM, Cendes F, Lopes-Cendes I. (orgs.). *Epilepsia*. São Paulo: Lemos Editorial; 2000. p.81-104.

Schraiber LB. *Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea; novos desafios e outros dilemas*. [tese de livre-docência]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1997.

Schwartz BE, Bickford RG, Rasmussen WC. Hypnotic phenomena, including hypnotically activated seizures, studied with electroencephalogram. *J Nerv Ment Dis*. 1955;122(6):564-74.

Scull DA. Pseudoseizures or non-epileptic seizures (NES); 15 synonyms. *J Neurol, Neurosurg Psychiatry*. 1997;62(2):200.

Sigurdardorttir KR, Olafsson E. Incidence of psychogenic seizures in adults: a population-based study in Iceland. *Epilepsia.* 1998;39:749-52.

Sirven JL, Glosser DS. Psychogenic nonepileptic seizures: theoretic and clinical considerations. *Neuropsychiatric Neuropsychol Behav Neurol.* 1998;11:225-35.

Spencer H. *The principles of biology.* London /Edinburgh: Williams and Norgate; 1899. 2 v.

Starks SL, Braslow JT. The making of contemporary american psychiatry, part I: patients, treatments, and therapeutic rationales before and after World War II. *Hist Psychol*. 2005;8(2):176-93.

Stone, M.H. *Healing the mind: a history of psychiatry from Antiquity to the present*. New York/London: WW Norton & Company, 1997.

Strachey J. Nota do editor inglês sobre Estudos sobre a histeria (1893-1895). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.* Rio de Janeiro: Imago; 1969. v.2. p.19-24.

Strecker E. The leaven of psychiatry in war and in peace [editorial]. *Am J Psychiatry*.1944;100:1-2.

Szaflarski JP, Ficker DM, Cahill WT, Privitera MD. Four-year incidence of psychogenic nonepileptic seizures in adults in Hamilton County, OH. *Neurology.* 2000;55:1561-3.

Temkin O. *The falling sickness: a history of epilepsy from the Greeks to the beginnings of modern neurology.* Baltimore/London: The Johns Hopkins University Press; 1994.

The Thomson Reuters Impact Factor. New York: Thomson Reuters; 2010 [citado 10 jan 2010]. Disponível em: http://thomsonreuters.com/products_services/science/free/essays/impact_factor/.

Trillat E. Conversion disorder and hysteria. In: Berrios G e Porter R (eds.). *A history of clinical psychiatry: the origin and history of psychiatric disorders*. London/ New Brunswick (New Jersey): The Athlone Press; 1995, p.433-41.

Trillat E. *História da histeria*. Tradução de Patrícia Porchat. São Paulo: Editora Escuta; 1991.

Trimble MR. Non-epileptic seizures. In: Halligan P, Bass C, Marshall J. (eds.). *Contemporary approaches to the study of hysteria*. Oxford: Oxford University Press; 2001.

Turner W. The borderline of epilepsy. *Epilepsia*. 1910;A2(2):101-10.

Veith I. *Hysteria: the history of a disease.* Chicago: University of Chicago; 1965.

Walczak TS, Papacostas S, Williams DT, Scheuer ML, Lebowitz N, Notarfrancesco A. Outcome after diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia.* 1995;36:1131-7.

Young A. *The harmony of illusions: inventing post-traumatic stress disorder*. New Jersey: Princeton University Press; 1995.