

A Histeria vista de um ângulo cognitivista (*)

N. FÉLIX DA COSTA (**)

«A origem dos meus heterónimos é o fundo traço de hysteria que existe em mim.»

Fernando Pessoa

«Tudo o que se relaciona com a histeria é obscuro e leva, quem investiga, a conclusões erradas e enganosa.»

Karl Jaspers

INTRODUÇÃO

A histeria ocupa uma posição central na história da Medicina e da Psiquiatria. Desde os egípcios, no papiro de Ebers, quadros clínicos sobreponíveis ao da histeria aparecem descritos no capítulo das doenças ginecológicas e até Babinsky com os seus «critérios de inorganicidade» não cessam de nos interrogar sobre a relação do que é claramente orgânico com os sintomas fun-

cionais mais dependentes da actividade psicológica.

O problema da articulação corpo-mente (a glândula pineal era, para Descartes o local onde «o corpo toma as ordens da alma»), provavelmente um problema mal posto, desde que é posto, passa assim, numa parte importante, pela histeria; as múltiplas filosofias que o debateram, as várias teologias que o regulamentaram, as prescrições de muitos sistemas éticos se não podiam impedir a desventura da doença do corpo visavam conter (e reprimir) as dramáticas perturbações da ordem e da racionalidade vigente que as manifestações históricas constituíam. De resto os aspectos mais pitorescos, aparatosos ou fantásticos da actividade médica envolvem muitas vezes quadros clínicos gerados por mecanismos históricos.

É descabido salientar a importância da Psicanálise pela rotura cultural que repre-

(*) Este trabalho constitui um breve resumo dos resultados referentes aos doentes histéricos no âmbito dum estudo mais vasto englobando nove outros grupos experimentais realizado na Cadeira de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina de Lisboa sob a orientação do Prof. J. L. Simões da Fonseca o qual constituiu a tese de mestrado do autor.

(**) Assistente de Psicologia Médica na Faculdade de Medicina de Lisboa.

senta nas atitudes face à compreensão das perturbações mentais e, talvez ainda mais pela acentuação da continuidade filogenética ao nível dos processos motivacionais básicos até à nossa espécie. Ora a Psicanálise quer como teoria psicopatológica quer como teoria do desenvolvimento normal da personalidade quer ainda como prática psicoterapêutica constituiu-se, na clínica e na interacção com a histeria.

A história da histeria, desde os sacerdotes egípcios que a marcaram com o cunho da sexualidade, aos templos gregos onde as pítias do templo de Delfos representavam uma forma de histeria com uma inserção social de elevado estatuto cuja produção verbal em estado crepuscular era muito considerada, os histriónicos romanos de Soranus e Galeno, os maus tempos para os histéricos que ardiam sob a acusação de bruxaria durante a longa Idade Média, as várias teorias da degenerescência já não do útero mas do sistema nervoso, dos médicos modernos passando pela florescente clínica do genial Mesmer até ao surgir da escola alemã a partir do idealismo de Kant e mais tarde, Freud e todos os outros médicos de sólidas crenças positivistas, e, por outro lado, a influência da Fenomenologia de Husserl a partir de Jaspers, desde sempre a histeria existiu como uma forma estruturada de expressão do sofrimento mental e, como tal, desde sempre ocupara um lugar importante nas páginas da Medicina.

Paradoxalmente é um inglês pouco tradicionalista, Slater, quem, em 1961, afirma a ausência de especificidade nosológica do diagnóstico de histeria: «se encontramos sinais de histeria e mais nada isso quer dizer que ainda não fomos suficiente fundo» e comenta num tom algo histriónico: «o diagnóstico de histeria é um disfarce para a ignorância e uma fértil fonte de erros clínicos». Guze em 1967, subscrevendo as críticas de Slater relativamente à histeria pela impossibilidade desta preencher os critérios

de validação diagnóstica decalcados do modelo médico biológico, propõem uma redefinição de histeria como um quadro polissintomático resuscitando as descrições antigas de Briquet (1849) e Savill (1909). Esta perspectiva informa a fragmentação da histeria em itens múltiplos na DSM-3 como se a validade das partes superasse a não fiabilidade diagnóstica da histeria inteira.

A nossa opinião é diversa. Existe uma ampla evidência sugerindo a existência por um lado de mecanismos neurofisiológicos filogeneticamente antigos suportando respostas hiperexpressivas com uma qualidade semelhante aos comportamentos histéricos e, por outro lado, ao nível psicológico, a existência duma organização da personalidade ou estabilizada no decurso do desenvolvimento ou reactivamente «mutante» em que o histrionismo é a característica mais saliente.

Embora sejam notáveis os avanços da Psiquiatria desde o princípio do século no domínio da sua fundamentação científica a verdade é que se encontra enclausurada entre a sistematização kraepeliana e o edifício freudiano. Os estudos cognitivos visam a construção de modelos da doença mental com potência explicativa que ponham em relevo aspectos psicopatológicos que outras teorias prescindiram e que se revelem importantes para a explicação do adoecer mental.

No presente trabalho resumimos alguns aspectos do estudo do padrão histórico de comunicação interpessoal num set experimental de situações sociais restritas em que os sujeitos histéricos são descritos a partir das características semânticas das suas intervenções. Mesmo por referência aos outros grupos nosológicos considerados resulta claro, como veremos, a existência de um perfil histórico deste modo encontrado sem fazer recurso a sinais ou sintomas psicopatológicos.

A intenção não é construir mais um teste psicológico mas antes radica numa posição epistemológica própria:

1 — Será possível definir um modo de relacionamento histórico numa situação social experimental e, apenas através dele, recuperar o diagnóstico clínico?

2 — Poderão os dados da relação interpessoal incorporar uma distorção típica do modo de reagir do doente histórico que define um estilo, isto é, será possível da observação sincrónica do comportamento social e sem perguntar nada sobre os sintomas a reencontrar nas atitudes e comportamentos relacionais marca da evolução diacrónica da personalidade e a sua estruturação cognitiva histórica?

METODOLOGIA

A amostra é integrada por 15 doentes históricos utentes da consulta de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria cujo diagnóstico foi fundamentado no estudo psicopatológico e psicométrico de cada caso. O critério de inclusão na amostra era a existência de sintomas de conversão e/ou dissociativos e/ou duma personalidade histórica; a existência de sintomas de outras linhas diagnósticas era critério de exclusão da amostra.

A média de idades era 28,3 anos; 12 doentes eram do sexo feminino e 3 do masculino. Em 50% tinham apenas 4 anos de escolaridade, 1 era analfabeto; 1 tinha um nível de instrução universitário.

Cada sujeito assistia à representação monótona por quatro investigadores do Laboratório da Cadeira de Psicologia Médica de quatro situações sociais: na primeira pedia-se-lhe que participasse numa experiência farmacológica, na segunda era envolvido numa discussão familiar, na terceira integrariam com ele como se estivesse para ser internado num hospital e na última situação era acusado de um delito não explícito

da mesma forma que num tribunal. As situações nunca eram denotadas como tal; os sujeitos eram antes solicitados, numa interrupção que acontecia de oito em oito frases, através sempre das mesmas doze perguntas feitas por um quinto investigador, a exporem as hipóteses que iam construindo sobre o que se estava a passar. Embora variasse o conteúdo semântico das frases lidas é constante a sua densidade de informação no que respeita a atributos relacionais entre as personagens envolvidas, atributos afectivos, normativos e valorativos de tal modo que o grau de complexidade e o nível de abstracção é mantido aproximadamente constante durante toda a experiência.

As respostas às perguntas em cada interrupção foram gravadas e constituem o material que analisámos. Elas caracterizam o estado dos conhecimentos do sujeito relativamente à situação, a sua capacidade de os manter actualizados e testar a sua adequação através da redundância da informação a que iam tendo acesso. Identificámos empiricamente, isto é sem referência a qualquer quadro teórico ou a dados psicopatológicos, um elevado número de operações que os sujeitos realizavam sobre os conteúdos a que eram expostos as quais foram depois colapsadas nas seguintes vinte categorias semânticas:

- 1 — Referências elementares.
- 2 — Agregação de referências ou referências com dois níveis lógicos.
- 3 — Referências complexas.
- 4 — Caracterizações a partir da posição do próprio.
- 5 — Caracterizações a partir da posição dos outros.
- 6 — Declarações vivenciais complexas.
- 7-10 — Caracterizações afectivas ou valorativas positivas ou negativas acerca do próprio ou dos outros.
- 11 — Declarações normativas.
- 12 — Distorções dos dados com retorno à referência.

- 13 — Subinclusão.
- 14 — Holofrasias (declarações muito curtas).
- 15 — Regidez.
- 16 — Declarações de incapacidade.
- 17 — Declarações de doença ou sintomas.
- 18 — Declaração de estar a ser tratado ou ajudado.
- 19 — Grandes distorções sem retorno, reorganizações, deslocações e translações de conteúdos.
- 20 — Comentários complexos mistos afectivos e referenciais.

Cada sujeito é apenas descrito pela frequência de cada categoria no total das respostas em cada uma das quatro situações.

RESULTADOS

Usando o método da análise discriminante multivariada e a análise factorial comparamos de seguida o perfil do grupo de doentes histéricos com os nove grupos seguintes estudados por outros investigadores da Cadeira de Psicologia Médica num total de 150 sujeitos:

- Voluntários normais.
- Adolescentes com problemas de adaptação.
- Neuróticos fóbico-obsessivos.
- Depressivos reactivos.
- Depressivos neuróticos.
- Depressivos endógenos.
- Epiléticos centrencefálicos.
- Epiléticos temporais.
- Esquizofrénicos paranóides.

O programa de análise discriminante calcula, tomando em conta a variância intra-grupo, as variáveis que optimizam as separações intergrupos definindo funções dis-

criminantes ao longo das quais se dispõem os grupos e que, cruzadas duas a duas, constituem um espaço no qual é possível fazer a representação gráfica dos sujeitos. O programa calcula ainda o quiquadrado das médias de utilização de cada variável para cada grupo. As separações entre todos os grupos obtida deste modo foi altamente significativa.

Na primeira situação (Gráfico 1), as variáveis que mais contribuem para o posicionamento dos histéricos no eixo 1 foram: 1) declarações de doença, 2) referências simples e 3) declarações afectivas positivas atribuídas aos outros; no eixo 2 foram 1) holofrasias, 2) acentuações semânticas e 3) rigidez. Comparativamente à amostra de normais ressalta a escassa utilização de caracterizações complexas e a maior rigidez o que se mantém nas situações seguintes.

Na segunda situação (Gráfico 2) as variáveis mais relevantes no eixo 1 foram: 1) declarações afectivas e valorativas negativas sobre o próprio, 2) declarações afectivas e valorativas positivas sobre os outros e 3) declarações de doença e sintomas; no eixo 2 foram: 1) rigidez, 2) holofrasias e 3) acentuações e pequenas distorções. É muito saliente o papel das caracterizações afectivas, por referência aos normais, na estratégia de funcionamento destes doentes.

Na terceira situação (Gráfico 3) as categorias semânticas mais discriminantes no eixo foram: 1) holofrasias, 2) referências elementares e 3) declarações de receber ajuda ou tratamento; no eixo 2 foram: 1) acentuações e pequenas distorções, 2) referências elementares e 3) declarações de estar a receber ajuda ou tratamento. Mantem-se a mesma estrutura cognitiva.

Na quarta situação (Gráfico 4) as variáveis que mais separam os histéricos no eixo 1 foram: 1) referências simples, 2) holofrasias e 3) caracterizações da posição dos outros. Enquanto os sujeitos normais caracterizam a situação em termos factuais e as caracterizações afectivas negativas são atri-

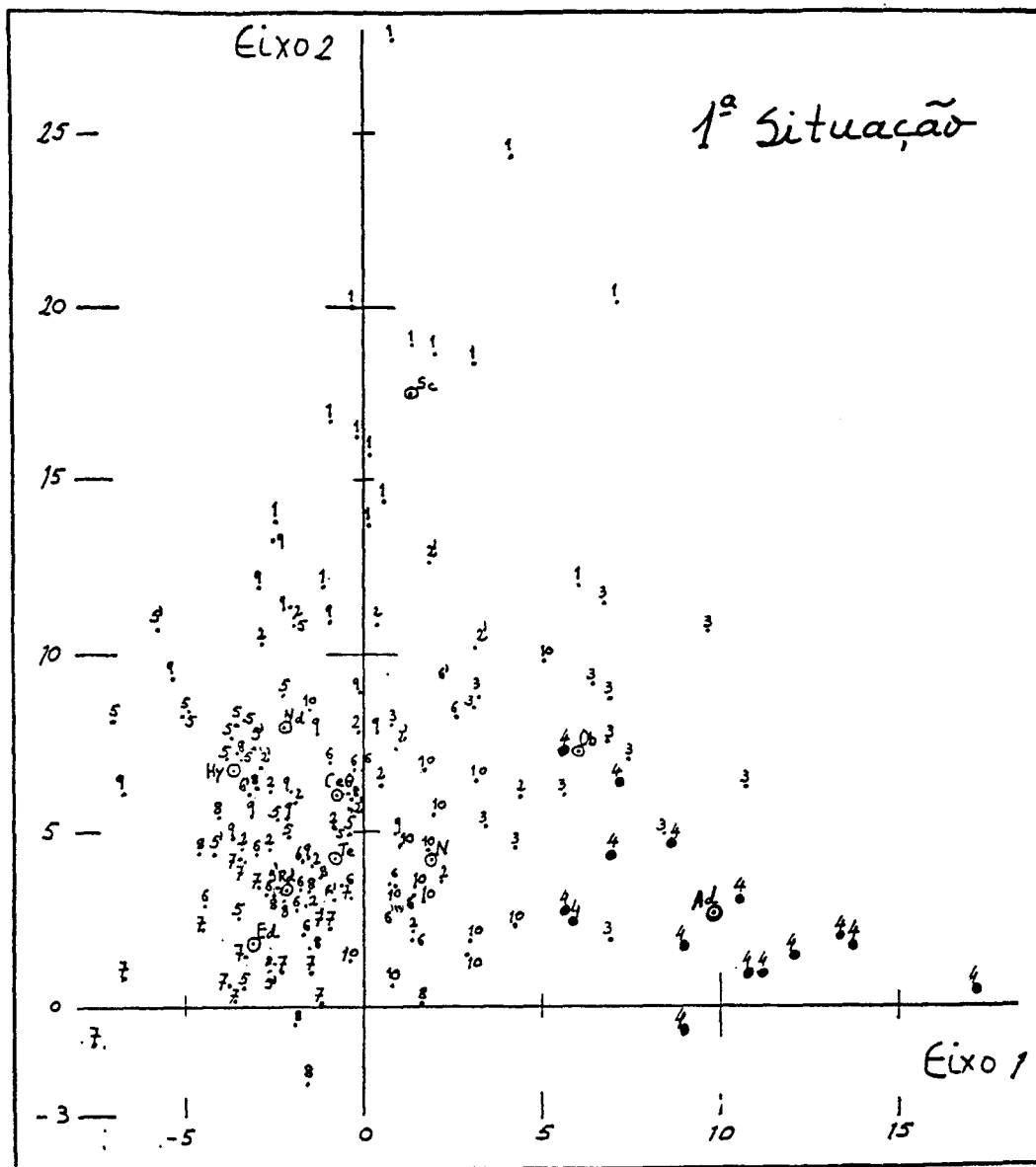


Gráfico 1—Código usado: 1) Esquizofrénicos (Sc); 2) Epiléticos centro-encefálicos (Ce); 3) Neuróticos obsessivos (Ob); 4) Adolescentes patológicos (Ad); 5) Neuróticos histéricos (Hy); 6) Epiléticos temporais (Te); 7) Deprimidos endógenos (Ed); 8) Deprimidos reactivos (Rd); 9) Neuróticos deprimidos (Nd); 10) Normais (An)

buídas aos outros que, de facto, as produzem, os sujeitos histéricos atribuem a si próprios características negativas e, distorcendo os factos, características afectivas positivas aos outros. Embora o recurso às pequenas distorções e acentuações semânticas seja

igualmente frequente em ambas as amostras os normais utilizam-nas num contexto muito mais flexível em que a rigidez e as holo-frasias, fenómenos de desconexão e desadaptativos frequentes nos histéricos, escasseiam.

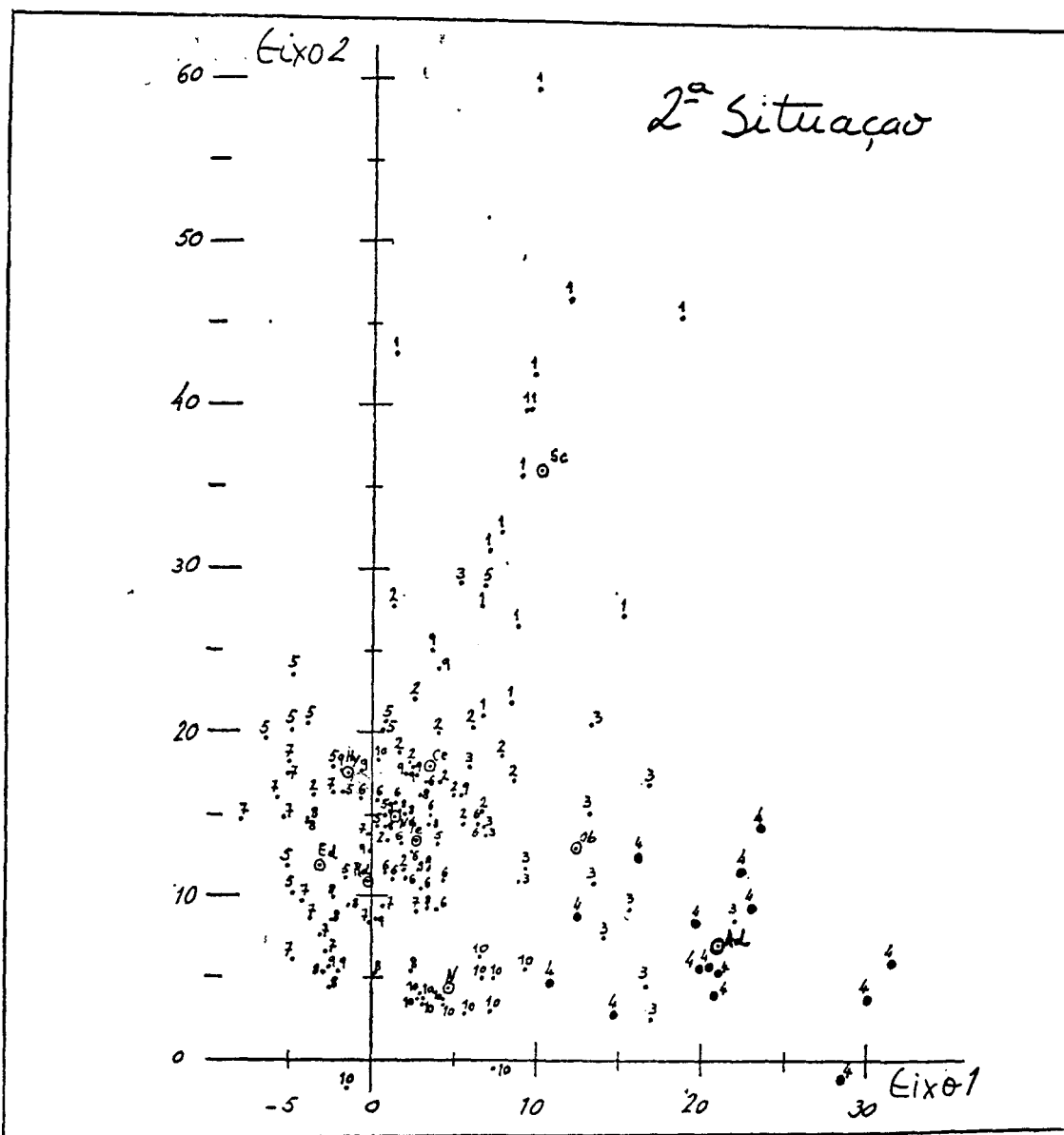


Gráfico 2 — Código usado: 1) Esquizofrênicos (Sc); 2) Epilépticos centro-encefálicos (Ce); 3) Neuróticos obsessivos (Ob); 4) Adolescentes patológicos (Ad); 5) Neuróticos histéricos (Hy); 6) Epilépticos temporais (Te); 7) Deprimidos endógenos (Ed); 8) Deprimidos reactivos (Rd); 9) Neuróticos deprimidos (Nd); Normais (An)

CONCLUSÕES

Comparando os nossos resultados com a amostra de voluntários normais desenha-se com nitidez um perfil histérico com as seguintes características:

1 — Baixa capacidade de referência e de elaboração cognitiva da informação que se traduz num reduzido esforço de adaptação cognitiva às solicitações exteriores.

2 — Dilatação das caracterizações afetivas muitas vezes com atribuições negati-

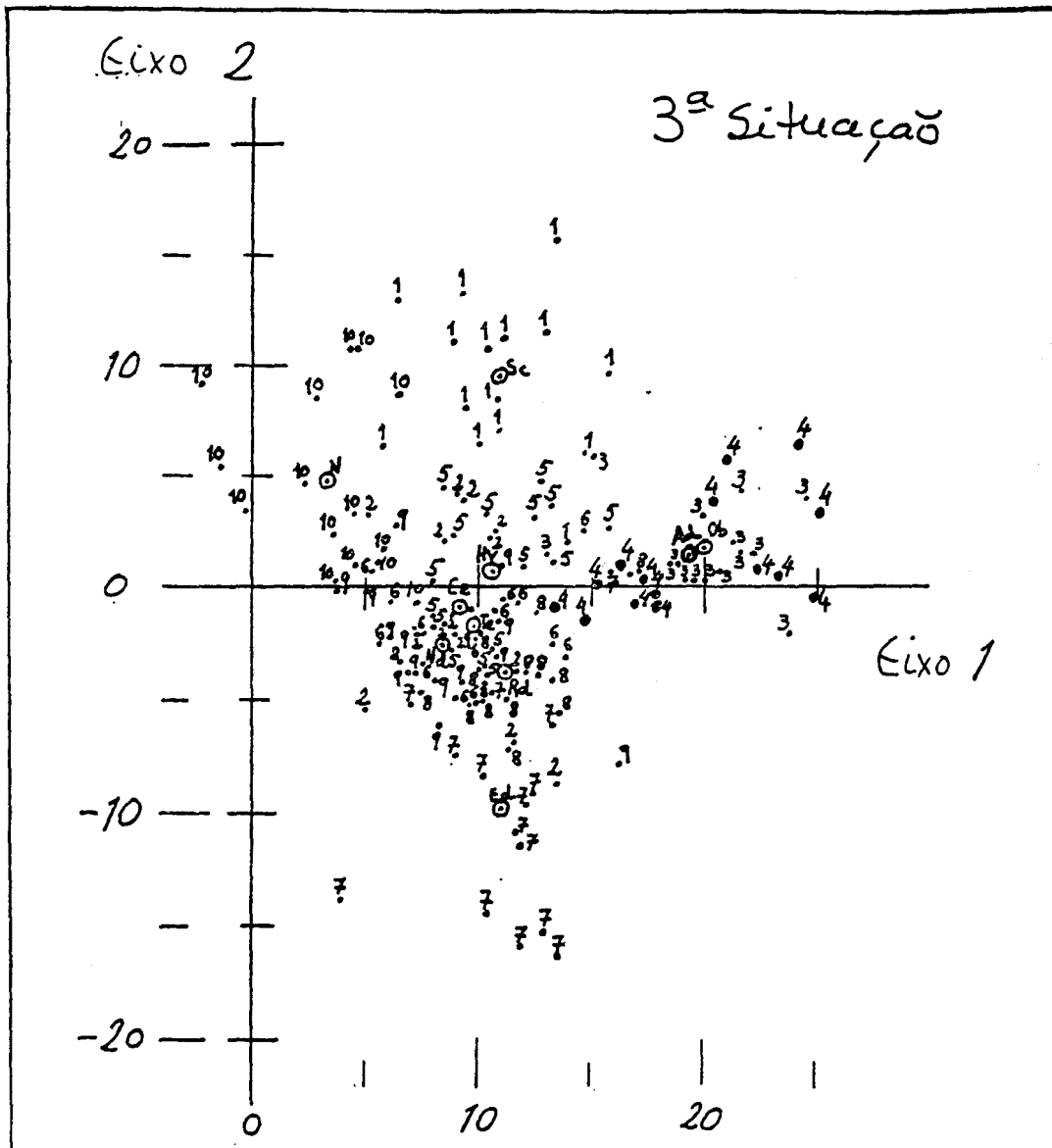


Gráfico 3 — Código usado: 1) Esquizofrênicos (Sc); 2) Epilépticos centro-encefálicos (Ce); 3) Neuróticos obsessivos (Ob); 4) Adolescentes patológicos (Ad); 5) Neuróticos histéricos (Hy); 6) Epilépticos temporais (Te); 7) Deprimidos endógenos (Ed); 8) Deprimidos reactivos (Rd); 9) Neuróticos deprimidos (Nd); Normais (An)

vas ao próprio distorcendo manifestamente os dados da realidade. Aparentemente trata-se menos duma forma de autodesvalorização de natureza depressiva mas antes dum padrão visando colocar o sujeito numa posição favorável na comunicação com os

outros que se manifesta pelos comportamentos de manipulação e sedução descritos na clínica.

3 — Na interpretação do significado das situações abundam as distorções do sentido; as declarações de doença, as justificações

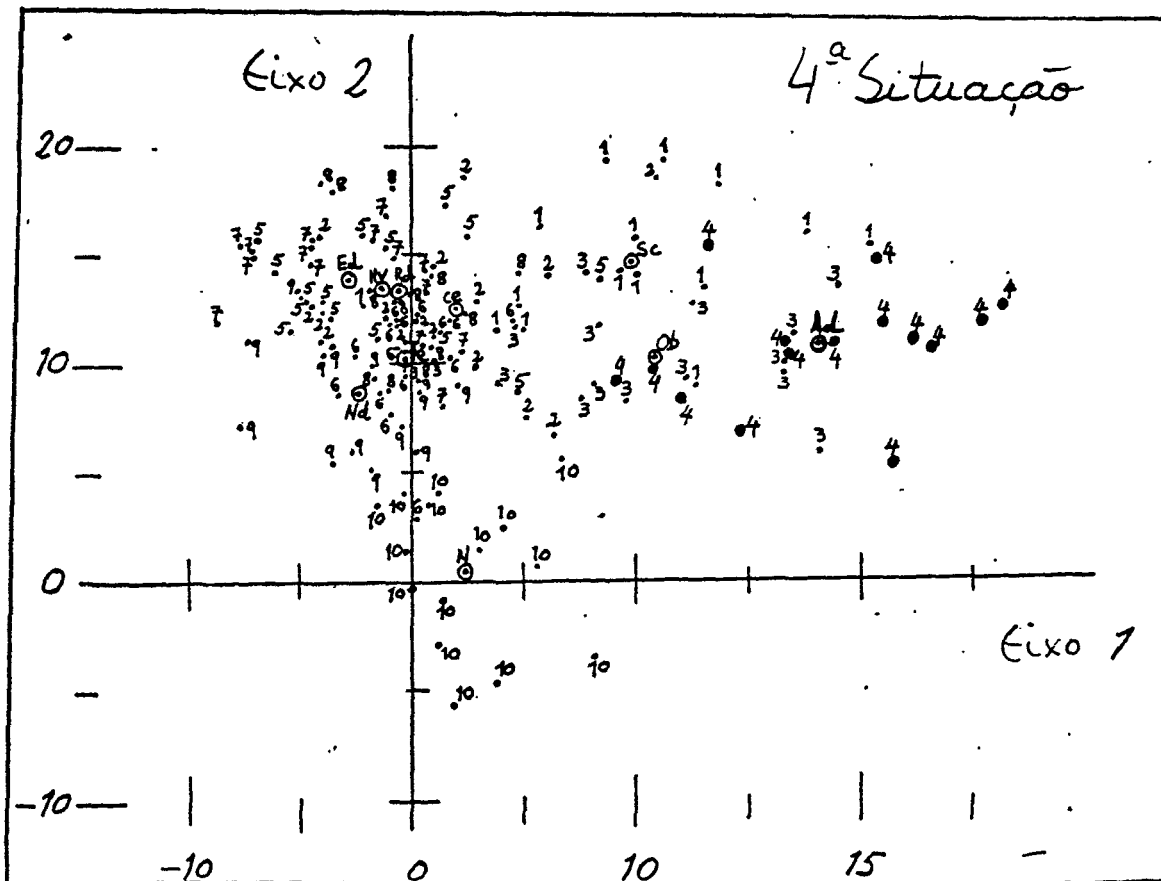


Gráfico 4—Código usado: 1) Esquizofrênicos (Sc); 2) Epilépticos centro-encefálicos (Ce); 3) Neuróticos obsessivos (Ob); 4) Adolescentes patológicos (Ad); 5) Neuróticos histéricos (Hy); 6) Epilépticos temporais (Te); 7) Deprimidos endógenos (Ed); 8) Deprimidos reactivos (Rd); 9) Neuróticos deprimidos (Nd); 10) Adultos normais (N)

pelos sintomas que sofrem, as declarações de estarem a ser ajudados ou tratados são enunciados abertamente contraditórios com a evidência dos factos. Contudo este tipo de afirmações actua eficazmente nas relações interpessoais, ao baixo nível de adaptação que estes doentes funcionam, permitindo-lhes receber mais atenção, ajuda e tolerância. Parece assim tratar-se duma tática reparadora e compensadora da escassa capacidade referencial destas pessoas.

4 — Elevada frequência de recurso a regras normativas favoráveis ou desfavoráveis com a finalidade de suprir a incapacidade de elaborar formas mais complexas de acção

antes procurando manipular a situação a seu favor.

5 — Marcada rigidez de toda esta complexa estrutura relacional, isto é, incapacidade de ensaiar outras táticas de interacção com as solicitações exteriores.

Todo o set cognitivo histérico parece constituir uma forma peculiar de evitamento da realidade fazendo recurso a uma estratégia complexa típica e invariante. Contudo o perfil descrito será mais uma estrutura generativa relacionada com as dificuldades de adaptação da histeria do que um mecanismo gerador dos sintomas. Pelo contrário é a própria produção de sintomas

que integra o padrão de lidar com as dificuldades.

Embora as perturbações histéricas possam, talvez, ter um estatuto nosológico mais nítido é indiscutível que ela nos surge como uma entidade própria pela natureza dos mecanismos patogénicos envolvidos e suficientemente característicos para permitir a sua clara distinção de outras perturbações psiquiátricas.

BIBLIOGRAFIA

- ARRIAGA, F.; e FONSECA, J. SIMÕES DA (1982) — «Centrencephalic and temporal lobe epileptics — some characteristics of their interpersonal relationships», *Acta Psiquiátrica Portuguesa*, 28: 77-84.
- COSTA, H. FÉLIX; e FONSECA, J. SIMÕES DA (1982) — «Some characteristics of the interpersonal relationships established by hysterical neurotic patients», *Acta Psiquiátrica Portuguesa*, 28: 65-70.
- FIGUEIRA, M. L.; e FONSECA, J. SIMÕES DA (1982) — «Some patterns of interpersonal relationships of paranoid schizophrenic patients», *Acta Psiquiátrica Portuguesa*, 28: 85-92.
- FONSECA, J. S. DA; FIGUEIRA, M. L.; GIL, M. T.; ARRIAGA, F.; LARA, E.; HORTA, M. P.; SILVA, A. (1981) — «When they interact socially do normal subjects know what is happening and is it true what they think?», *Acta Psiquiátrica Portuguesa*, 27: 11-22.
- FONSECA, J. SIMÕES DA; FIGUEIRA, M. L.; GIL, M. T.; ARRIAGA, F.; LARA, E.; HORTA, M. P.; FÉLIX, N. (1982) — «A System's Approach to the Communication Within a Restrict Social Group — 'Why Not?'» *Acta Psiquiátrica Portuguesa*, 27: 61-73.
- FONSECA, J. SIMÕES DA; ARRIAGA, F.; LARA, E.; FIGUEIRA, M. L.; GIL, M. T.; HORTA, M. P., FÉLIX, N. (1981) — «To be or not to be (Passive)? There are Some Conditions, Affirmative and Negative Declarations as well other questions to be answered», *Acta Psiquiátrica Portuguesa*, 27: 11-136.
- FONSECA, J. SIMÕES DA; LARA, E.; FIGUEIRA, M. L.; ARRIAGA, F.; GIL, M. T.; HORTA, M. P.; FÉLIX, N. Costa da (1982) — «Social Learning — Complexity Does not Allow Reductionism», *Acta Psiquiátrica Portuguesa*, 28: 11-24.
- FONSECA, J. SIMÕES DA; FIGUEIRA, M. L.; GIL, M. T.; ARRIAGA, F.; LARA, E.; HORTA, M. P.; FÉLIX, N. COSTA DA (1982) — «Some indicators of Social Indicators of Social Learning and their psychopathological Transformations» *Acta Psiquiátrica Portuguesa*, 28: 49-56.
- FONSECA, J. SIMÕES DA; FIGUEIRA, M. L.; GIL, M. T.; ARRIAGA, F.; LARA, E.; HORTA, M. P.; COSTA, N. FÉLIX DA (1982) — «Profiles of interpersonal relationships in different psychopathological groups: transformations of normal characteristics and two prediction» *Acta Psiquiátrica Portuguesa*, 28: 93-106.
- FONSECA, J. SIMÕES; FIGUEIRA, M. L.; ARRIAGA, F.; GIL, M. T.; LARA, E.; HORTA, M. P.; COSTA, FÉLIX DA (1982) — «Social Interactions in Restrict Social Groups — How Methods and Epistemic Viewpoints are Reflected in Results», *Acta Psiquiátrica Portuguesa*, 28: 125-135.
- FONSECA, J. SIMÕES DA (1983) — «System's Psychopathology» in *Acta of the 7th. World Congress of Psychiatry*. New York: Plenum
- GIL, M. T.; e FONSECA, J. SIMÕES DA (1982) — «Obsessive Neurotic Patients», *Acta Psiquiátrica Portuguesa*, 61-64.
- HORTA, M. P.; e FONSECA, J. SIMÕES DA (1982) — «Experimental study of interpersonal relationships in groups of adolescent subjects», *Acta Psiquiátrica Portuguesa*, 28: 57-60.
- HORTA, M. P.; e FONSECA, J. SIMÕES DA — «Characteristics of interpersonal relationships of normal adolescence and the obsessional cognitive set», 1983, 29, 17-23.
- LARA, E.; e FONSECA, J. SIMÕES DA — «Social interpersonal relationships under depression», *Acta Psiquiátrica Portuguesa*, 1982, 28, 71-76.



Assinaturas:

Normal:
2 200\$00

Instituições:
3 000\$00

**RECEBA A REVISTA
EM SUA CASA ANTES
DA DISTRIBUIÇÃO
NAS LIVRARIAS**

**GARANTE O ACESSO
A UM EXEMPLAR**

**A NOSSA CONTINUIDADE
E A MELHORIA DE QUALIDADE
TAMBÉM DEPENDE DE SI**

**COMPLETE
A SUA COLEÇÃO DE**

ANALISE PSICOLÓGICA

Volume I:

N.º 1: (Esgotado)
N.º 2: (Esgotado)
N.º 3: (Esgotado)
N.º 4: 400\$00

Volume II:

N.º 1: (Esgotado)
N.º 2: (Esgotado)
N.º 3: 400\$00
N.º 4: 400\$00

Série I:

N.º 1: 400\$00
N.º 2: 400\$00
N.º 3: 400\$00
N.º 4: 400\$00

Série II:

N.º 1: 400\$00
N.º 2/3: 550\$00
N.º 4: 400\$00

Série III:

N.º 1/2: 650\$00
N.º 3: 450\$00
N.º 4: 750\$00

Série IV:

N.º 1: 500\$00
N.º 2: 500\$00
N.º 3/4: 900\$00

Série V:

N.º 1: 950\$00
N.º 2: 600\$00
N.º 3: (Esgotado)
N.º 4: 1200\$00

Série VI:

N.º 1: 750\$00

Os números
esgotados
podem ser
fotocopiados
ao preço
de 600\$00

Faça o seu pedido, enviando cheque ou vale de correio em nome de:

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

rua Jardim do Tabaco, 44 — 1100 LISBOA