

# HISTERIA E PERTURBAÇÃO CONVERSIVA

Henrique Costa Pinto\*, Sónia Ramos\*\*, Rui Coelho\*\*\*

## Resumo

*Neste trabalho os autores procedem à revisão do conceito de histeria desde a sua descrição original até à sua aplicação mais actual. Fazem também referência às diversas propostas etiopatogénicas e clínicas desta perturbação, discutem as principais características do tipo de personalidade frequentemente associada, bem como as principais patologias a ter em conta no diagnóstico diferencial. Finalizam com uma breve referência respeitante ao prognóstico e ao tratamento.*

**Palavras-chave:** *Histeria; Personalidade histérica; Epilepsia.*

## A HISTÓRIA DA HISTERIA

A denominação de histeria é já bastante antiga, tendo-lhe sido feita uma primeira referência no papiro egípcio de Kahun onde se defendia que seria causada por deslocações anormais do útero para o interior do corpo e que o tratamento indicado consistia no uso de fumigações de ervas cheirosas de forma a tentar repeli-lo novamente para uma posição inferior. Posteriormente surge Hipócrates, em 460 a.C., que tenta diferenciar as diferentes formas clínicas da patologia tendo em conta as diferentes posições ocupadas pelo útero<sup>(1)</sup>.

Na Antiguidade Clássica duas ideias prevalecem: por um lado a histeria é considerada uma doença orgânica resultante da migração do útero através do corpo; por outro, existe também uma forte associação à continência sexual. Já na Idade Média, e devido à influência da Igreja nessa altura, a noção de histeria deixa de ser relacionada com a sexualidade e surge como uma doença associada à religião, ao demónio, às ideias mágicas e sobrenaturais, às histórias de possessão e feitiçarias<sup>(2,3)</sup>. Nesta altura, as neuroses desempenharam um papel crucial na história da civilização, acreditando-se que surgiam na forma de epidemias em consequência de contágio psíquico<sup>(4)</sup>.

Na altura do Renascimento, Paracelso foi o primeiro a publicar um livro sobre

\* Assistente Hospitalar de Psiquiatria no Hospital S. Gonçalo, Amarante.

\*\* Interna Complementar de Psiquiatria no Hospital de Magalhães Lemos, Porto.

\*\*\* Chefe de Serviço de Psiquiatria no Hospital de S. João. Professor Associado de Psiquiatria e Saúde Mental na Faculdade de Medicina do Porto.

patologia psiquiátrica defendendo que “todas as doenças do espírito são da terra e não dos céus”. Este autor propôs a existência de causas psicogenéticas e fantasiosas na etiopatogenia da histeria. Thomas Sydenham (século XVII), faz a distinção entre causalidade externa (perturbações excessivas do espírito) e causalidade interna (ruptura do equilíbrio entre o corpo e o espírito) e faz referência à elevada ocorrência de simulações, mentiras e superficialidade por parte destes doentes<sup>(5)</sup> aos quais se refere como “aqueles que amam sem medida quem mais tarde odeiam sem razão”<sup>(6)</sup>. Assim, no Renascimento a etiopatogenia da histeria não está ainda totalmente definida.

No século XIX, são três as teorias que predominam:

- *Teoria psicológica de Pinel*: este autor foi o primeiro a inserir a histeria na classificação de Neuroses, sendo então definida como uma neurose genital, particularmente frequente na mulher na qual o psiquismo desempenhava um papel fulcral<sup>(7)</sup>;
- *Teoria de tendência organicista de Griesinger*: para Griesinger a histeria é a expressão de um sofrimento global dos centros nervosos e a sua etiopatogenia reside em lesões do aparelho genital. Esta teoria vai de certa forma ao encontro da teoria que existia na Antiguidade, ao atribuir à insatisfação sexual a grande responsabilidade pelo desenvolvimento da histeria<sup>(6)</sup>;
- *Teoria do magnetismo animal de Mesmer*: Mesmer foi tido na sua época como um médico “maldito” que trabalhava com base no desconheci-

do. Desenvolveu uma teoria que defendia que um fluido magnético sairia de certos indivíduos favorecendo a ocorrência de quadros convulsivos e de estados de transe<sup>(6)</sup>.

O final do século XIX vai ser marcado por Charcot, um neurologista que introduziu a noção de “lesão dinâmica” e aplicou à histeria a metodologia da Neurologia, efectuando uma observação e descrição rigorosas dos sintomas e uma posterior correlação anátomo-clínica<sup>(2)</sup>. Este autor argumentava que existiria na sua génese patologia do Sistema Nervoso Central (SNC), pelo que a histeria não seria exclusiva das mulheres, e que factores psicogénicos estariam também envolvidos, tendo desta forma valorizado a hipnose na histeria<sup>(1)</sup>.

O interesse de Charcot pela histeria derivou do facto de dirigir em Salpêtrière uma secção hospitalar onde predominava a patologia histerica e epiléptica e de ter verificado que os doentes histericos optavam, muitas vezes, por imitar as crises dos epilépticos, o que o levou mesmo a utilizar nessas situações a expressão “histero-epilepsia”<sup>(6)</sup>. Embora alguns autores dividam as crises descritas por Charcot em quatro ou cinco fases (como P. Pichot)<sup>(8)</sup>, optou-se por seguir a descrição de três fases de acordo com Debray:

- movimentos epileptóides (com imobilização, sustendo a respiração e acabando por passar à fase seguinte);
- contorções e grandes movimentos;
- atitudes passionais (onde o doente vai reviver cenas violentas ou eróticas)<sup>(9)</sup>.

Babinski, aluno de Charcot, defende que a histeria surge muito relacionada com a sugestibilidade e sugere o termo “Pitiatismo”, procedendo à separação entre o que pertence ao campo da Psiquiatria e o que mais respeito diz à Neurologia<sup>(3)</sup>.

Pierre Janet, também discípulo de Charcot, defendia que a histeria decorria de um enfraquecimento da tensão psíquica que originava choques emocionais e recordações traumáticas<sup>(3)</sup>. Janet descreveu os fenómenos dissociativos como estados em que o indivíduo, despersonalizado, se entrega a actos automáticos não registados pela memória<sup>(9)</sup>, apresentando os doentes com esta patologia uma enorme facilidade para vivenciar com intensidade as imagens e por elas se hipnotizar<sup>(5)</sup>.

Podemos, contudo, referir que a grande revolução no campo de histeria se deve ao enorme contributo de Freud, também este trabalhou com Charcot. Juntamente com Breuer, Freud publica o caso de Anna O. – uma jovem doente que apresentava perturbações como paralisias, confusão mental e inibição as quais, sob efeito da hipnose, se foram esvanecendo<sup>(9)</sup>.

Posteriormente, Freud acaba por abandonar a hipnose como forma terapêutica recorrendo então ao método de associação livre<sup>(6)</sup>. Define, também, conversão histérica como “a transposição de um conflito psíquico e tentativa de resolução do mesmo em sintomas motores e sensitivos”; desenvolve as noções de inconsciente e recalçamento e, influenciado por Sydenham e Pinel, elabora a noção de neurose<sup>(5)</sup>.

## EPIDEMIOLOGIA

A perturbação conversiva é a perturbação somatoforme mais frequente podendo surgir em qualquer idade sendo, no entanto, mais comum em adolescentes e adultos jovens. Surge preferencialmente no sexo feminino<sup>(2)</sup>; ao longo da história a generalidade dos autores atribuíram esta patologia quase exclusivamente ao sexo feminino. Os gregos não admitiam a ocorrência desta patologia nos homens uma vez que para eles se tratava de uma patologia provocada pela deslocação do útero. Areteo de Capadócia, na Antiguidade, detectou casos de histeria em indivíduos do sexo masculino e também Sydenham, no século XVII, torna a colocar essa possibilidade<sup>(5)</sup>. No século XIX, Pinel, Carter e Griesinger defendem a histeria como entidade nosológica exclusiva do sexo feminino enquanto que posteriormente Charcot, Babinski e Freud admitem a ocorrência dessa perturbação, também, no homem<sup>(4)</sup>.

No que respeita à prevalência da patologia alguns estudos relatam taxas de 33%, no entanto, estas variam bastante em função das regiões e da cultura sendo notório um predomínio em populações rurais, com baixo nível de escolaridade e culturalmente menos desenvolvidas<sup>(2)</sup>.

## ETIOPATOGENIA

A etiopatogenia difere no sexo feminino e no sexo masculino, sendo no primeiro género mais frequente a ocorrência de conflitos afectivos e sexuais como desencadeadores do fenómeno e, no segundo

género acidentes laborais traumatizantes e factores relacionados com situações de guerra<sup>(2)</sup>.

A *teoria psicanalítica* defende que esta perturbação tem a sua origem na repressão de conflitos intrapsíquicos inconscientes convertendo a ansiedade a eles associada em sintomatologia do foro somático localizada em regiões específicas do corpo. Esta redução de ansiedade pode ser considerada como um ganho secundário sendo a sua permanência e gravidade reforçadas pelo facto de o paciente estar enredado num conflito insolúvel pelo qual não se sente responsável. Quando os impulsos sexuais ou agressivos surgem num campo de forte inibição de sua expressão, o conflito resultante sobrepõe-se aos mecanismos normais de defesa do Eu do indivíduo e surge, então, uma formação de compromisso sintomática na qual existe a expressão parcial do impulso primitivo sem que o indivíduo perceba a sua vontade inconsciente e o desejo inaceitável. Tanto o ganho primário como o ganho secundário fazem parte da síndrome associada à perturbação conversiva. Os doentes obtêm um ganho primário ao manterem os conflitos internos fora da sua consciência e um ganho secundário pelo facto de, ao se encontrarem doentes, conseguirem obter dispensas de obrigações e de situações sociais, ao mesmo tempo que obtêm apoio por parte de outras pessoas<sup>(10)</sup>.

Para Freud a origem da histeria pode ser hereditária: os histéricos têm uma disposição hereditária para perturbações da actividade nervosa sendo frequente encontrar entre os seus familiares uma prevalência aumentada de epilepsia e debilidade mental<sup>(4)</sup>.

Segundo os defensores da *teoria comportamentalista* as perturbações conversivas são adquiridas por aprendizagem mediante condicionamento clássico. Os indivíduos aprendem na infância a agir como doentes manejando desta forma situações de maior gravidade conflitual ou que exigem maior responsabilidade<sup>(5)</sup>.

Os sintomas conversivos podem ainda ser entendidos tendo por base a *teoria sócio-cultural* que os encara como uma forma de comunicação relativamente a um sentimento que tem a sua expressão bloqueada por restrições quer pessoais quer culturais ou ainda como uma forma de manipulação do comportamento dos outros<sup>(10)</sup>.

Vários autores têm, ainda, enfatizado a existência de *factores biológicos* na etiopatogénese da perturbação conversiva. Pierre Flor-Henry sugeriu a existência nestes doentes de uma hipofunção dos sistemas do hemisfério não-dominante, uma hiperfunção do hemisfério dominante e relações inter-hemisféricas anormais. Também alguns estudos neuropsicológicos têm valorizado um comprometimento subtil da vigília-atenção e da memória a curto prazo, uma maior sugestibilidade e dependência nestes doentes e a ocorrência de uma disfunção dos hemisférios não-dominante direito e especialmente do dominante esquerdo. Esta teoria da localização cerebral pode, de certa forma, contribuir para uma melhor compreensão do facto de esta patologia ocorrer com maior frequência no sexo feminino. Sabendo-se já que as mulheres apresentam uma maior instabilidade da organização hemisférica direita, foi pro-

posta a existência de alterações no hemisfério esquerdo que poderiam interferir nas funções estabilizadoras inibitórias transcalsas normais de um hemisfério contralateral direito instável<sup>(10)</sup>.

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

As crises histéricas geralmente são breves e surgem muitas vezes relacionadas com situações de conflito. Actualmente é raro encontrar-se na clínica o “grande ataque à Charcot”, que consistia numa espectacular crise de agitação psicomotora na qual o simbolismo sexual muitas vezes estava presente<sup>(3)</sup>.

É comum os pacientes terem dificuldade em recordar alguns acontecimentos podendo surgir a denominada amnésia infantil (amnésia essencialmente focalizada naquela altura da vida); a amnésia selectiva (que representa o esquecimento de uma experiência considerada pelo doente como vergonhosa ou punível) ou ainda episódios amnésicos agudos especialmente nos indivíduos do sexo masculino (geralmente por detrás destes episódios agudos encontram-se situações de guerra que se revelaram traumatizantes)<sup>(2)</sup>.

Os *sintomas sensoriais* conversivos mais frequentemente observáveis são a anestesia, a hiperestesia e as parestesias das extremidades. Todas as modalidades sensoriais podem estar envolvidas sendo a sua distribuição inconsistente com a de uma doença neurológica central ou periférica. Os sintomas conversivos, não raramente, envolvem os órgãos dos sentidos especiais produzindo cegueira, visão em

túnel e surdez uni- ou bilateral. Na cegueira de etiopatogenia histérica as pupilas são foto-reactivas e os seus potenciais evocados visuais no electroencefalograma (EEG) são consistentes com os de uma visão normal<sup>(10)</sup>.

As algias são também bastante frequentes, podendo ocorrer isoladas, fixas, temporárias ou de forma mais persistente. As algias explicam, de alguma forma, a frequência excessiva com que os indivíduos com perturbação histérica recorrem ao médico, a abundância de exames complementares de diagnóstico e, ainda, os erros de diagnóstico que muitas vezes culminam em intervenções médicas excessivas e desnecessárias<sup>(2)</sup>.

No que diz respeito a *sintomatologia do foro motor* podem surgir fraqueza, paralisas ou paresias (geralmente do lado não dominante do doente, com manutenção dos reflexos neurológicos normais e sem se verificar fasciculação, atrofia muscular ou anomalias electromiográficas), movimentos involuntários, tremores rítmicos, espasmos episódicos, tiques, quedas, blefaroespasma, torcicolo, opistótono. Pode, também, observar-se a ocorrência de pseudoconvulsões que geralmente não são seguidas por um período de apatia, de sonolência ou de confusão e nas quais há preservação de reflexos corneanos, pupilares e mandibulares, além da ausência de respostas extensores plantares<sup>(10)</sup>. Também uma marcha atáxica e vacilante com contracções e abalos grosseiros, agitação das extremidades superiores e frequente incapacidade em ficar em pé sem apoio pode estar presente (astasia-abasia). Geralmente a astasia-abasia é bastante comum no sexo feminino, tem a duração

de algumas semanas a alguns meses e é precedida de sentimentos de insegurança e de crises de angústia<sup>(2)</sup>.

*Sintomas viscerais* que ocorrem com alguma frequência são o vômito psicogénico (em que a avaliação gastrointestinal não evidencia perturbação orgânica significativa), a retenção urinária (em que na avaliação urológica a dinâmica intracistométrica é normal), pseudociese (que se caracteriza por cessação da menstruação, abdómen protuberante e elevação das hormonas séricas), a síncope e a diarreia<sup>(10)</sup>. Podemos também observar espasmos faríngeos que geralmente são conhecidos pela denominação de “bola esofágica ou globo histérico”<sup>(2)</sup>.

Quando a perturbação histérica ocorre no sexo masculino estão por vezes presentes alterações da sexualidade como a disfunção erétil e a ejaculação precoce, podendo estes indivíduos representar perante a sociedade o papel de sedutores dada a sua tendência para a conquista (*Don Juanismo*)<sup>(5)</sup>.

Uma histeria de conversão autêntica é muito rara nas crianças, sendo mais frequentemente encontrada neste grupo etário as somatizações mistas com uma vertente neurótica e uma vertente psicossomática<sup>(3)</sup>. É relativamente frequente as raparigas apresentarem as seguintes características de personalidade: sugestibilidade, tendência à imitação, hiperemotividade e exaltação imaginativa. As crianças usam frequentemente o corpo como forma de expressão do seu sofrimento e angústia, pelo que é habitual encontrarem-se manifestações somáticas

como vômitos, dores abdominais e perturbações do sono sem que essas manifestações constituam mecanismos de natureza histérica<sup>(11)</sup>.

É raro o aparecimento de sintomatologia histérica após o período da menopausa, no entanto quando aparecem têm tendência a ser menos frequentes e a serem menos espectaculares e geralmente são desencadeados por acontecimentos relevantes como o falecimento do cônjuge ou o casamento de um filho<sup>(2)</sup>.

## A PERSONALIDADE HISTÉRICA

A personalidade histérica caracteriza-se por:

*Teatralismo*: a pessoa histérica adquire uma postura pouco natural, hiperexpressiva, plena de caricaturas e imitações que tem como objectivo final atrair a atenção dos outros<sup>(12)</sup>.

*Mitomania*: estes indivíduos têm uma enorme dificuldade em separar o real do imaginário, o verdadeiro do falso, os seus fantasmas da realidade, sendo frequente fazerem-se passar por outras pessoas que não elas próprias. A hiperfeminilidade das mulheres histéricas é muitas vezes uma forma de se esconderem de si próprias e se dissimularem perante os outros<sup>(12)</sup>.

*Falsificação da existência*: o histérico falsifica as suas recordações e a sua existência adquirindo uma linguagem exagerada, enfática, imprecisa e um comportamento inadaptado, acabando por viver, muitas vezes, num mundo totalmente factício. É o seu imaginário erótico que satisfaz a sua libido pois a verdadeira satisfação sexual é para estes indivíduos muito

difícil de obter. O prazer sexual das personalidades histéricas decorre essencialmente a nível dos seus fantasmas e não tanto no acto em si. Incapaz frequentemente de amar, a personalidade histérica não consegue separar-se de si mesmo e entregar-se livremente a outro<sup>(12)</sup>.

*Inconsistência do Eu:* O Eu dos indivíduos histéricos não é suficientemente consistente de forma a permitir resolver o conflito interno da sua identificação, o que inevitavelmente perturba as suas relações com os outros<sup>(12)</sup>.

*Sugestionabilidade:* é um fenómeno clássico na histeria. São pessoas de uma dependência extrema [inicialmente em relação a seus pais e posteriormente em relação ao(à) companheiro(a)]. Assim, uma personalidade histérica é, por natureza, influenciável, inconsistente, oscilante e versátil<sup>(12)</sup>.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Apresenta-se como um problema de diagnóstico de perturbação conversiva a dificuldade em excluir uma perturbação do foro orgânico. A existência de uma doença orgânica concomitante é comum em pacientes hospitalizados com perturbação conversiva e, evidências de uma perturbação neurológica actual ou de uma doença sistémica com atingimento cerebral foram relatadas em cerca de 25 a 50% dos doentes com perturbação conversiva.

### Epilepsia

A psiquiatria francesa do século XIX relacionava a epilepsia com as neuroses, mais concretamente com a histeria tendo mesmo chegado a surgir o termo histero-

-epilepsia. Contudo, Charcot no século XIX e Babinski no século XX estudaram mais aprofundadamente as manifestações histéricas e epilépticas passando a considerá-las entidades distintas<sup>(13)</sup>. Para Charcot a histero-epilepsia consistia numa situação grave de histeria a qual incluía em sua manifestação uma fase epileptóide. Freud defendia a total abolição do termo dado que para este autor constituíam duas patologias pouco relacionadas entre si e que só ocasionalmente se encontravam presentes no mesmo sujeito<sup>(4)</sup>.

Uma crise histérica geralmente ocorre durante o dia (podendo inclusive ocorrer várias vezes durante o dia) na presença de outras pessoas, tem factores desencadeantes habitualmente de ordem emocional<sup>(14)</sup>; um padrão de crise variável com auras aparatosas, início progressivo em que geralmente são tomadas por parte do paciente medidas de segurança e a perda de consciência quando existe é apenas parcial. As convulsões são anárquicas, o doente pode falar durante a crise<sup>(5,14)</sup>, o descontrolo de esfíncteres é ocasional, não é frequente ocorrer mordedura da língua e as consequências físicas da queda são pequenas lesões ou não ocorrem<sup>(4,5)</sup>. O doente responde de forma positiva a manobras sugestivas, a estímulos dolorosos e apresenta resposta plantar em flexão. A crise dura minutos ou mesmo horas sendo a sua recuperação, regra geral, rápida. A crise epiléptica, geralmente, tem um início brusco, sem auras aparatosas, pode ocorrer durante a noite estando o doente sozinho. O padrão das crises é constante e a perda de consciência é geralmente total. As convulsões são simétricas, organizadas, não intencionais, o doente não fala du-

rante as crises, o descontrolo esfinteriano e a mordedura da língua são frequentes. Não raramente ocorrem traumatismos graves devidos às quedas. Estes doentes não respondem a manobras sugestivas ou a estímulos dolorosos. A crise epiléptica tem geralmente a duração de minutos, a recuperação é feita de forma progressiva, termina com estado confusional e mal-estar geral e acompanha-se de prolactinemia elevada e resposta plantar em extensão<sup>(5)</sup>. Outra característica diferencial é que o epiléptico se encontra pálido no início da crise e depois torna-se cianótico enquanto que o histérico mantém uma coloração de pele normal<sup>(4)</sup>.

É importante ter presente que a clínica é o elemento de diagnóstico mais importante e que apesar de o EEG poder revelar-se bastante útil na distinção entre histeria e epilepsia (uma vez que geralmente está normal quando estamos perante uma histeria e poder mostrar alterações patológicas na epilepsia) não serve isoladamente para fazer o diagnóstico. Convém, ainda, lembrar que a epilepsia e a histeria podem surgir no mesmo doente e que numa crise histérica o excesso de ansiedade pode favorecer no doente hiperpneia que pode conduzir a alcalose e desencadear, desta forma, um quadro orgânico<sup>(5)</sup>.

### **Perturbações factícias**

Estas perturbações constituem uma patologia grave no sentido em que o doente não hesita em ferir o próprio corpo para revelar uma perturbação somática. Assim, as perturbações factícias correspondem a sintomatologia física ou psíquica produzida intencionalmente, sendo o seu compor-

tamento voluntário e consciente o que as diferenciam da histeria de conversão, que por seu lado ocorre a um nível mais inconsciente<sup>(9)</sup>.

### **Tétano**

A associação entre tétano e histeria é já bastante antiga, uma vez que ambas podem ocorrer com convulsões, podendo ter factores desencadeantes comuns. O quadro clínico e a história progressiva do doente favorecem o diagnóstico diferencial entre as duas patologias<sup>(5)</sup>.

### **Hipocondria**

Na hipocondria o doente apresenta uma preocupação excessiva em ter doença grave e é dificilmente reassegurado pelo médico, apresentando-se por isso bastante angustiado, descrevendo pormenorizadamente as suas queixas, multiplicando as suas consultas no médico e pedindo de forma obstinada os mais variados exames complementares de diagnóstico. As queixas, geralmente, revelam-se em vários domínios orgânicos podendo ser cefaleias, dores torácicas, abdominais ou mesmo do foro ginecológico. Contrariamente ao doente histérico que ao converter a sua ansiedade acaba por mostrar-se indiferente aos sintomas (*"belle indifférence"*), o doente hipocondríaco revela-se bastante angustiado, reivindicativo, agressivo e isolado.

### **Síndrome de Ganser**

Foi descrito em 1897 por Ganser para caracterizar um quadro clínico apresentado por alguns prisioneiros que consistia numa alteração breve do estado mental, com um início e um fim brusco, que se acompanhava de perturbação da consci-

ência, de alucinações e de respostas “extravagantes”. Inicialmente este quadro clínico foi apenas descrito nos prisioneiros, tendo posteriormente sido observado em doentes com esquizofrenia, neurosífilis, acidente vascular cerebral, amnésia e pseudo-demência<sup>(5)</sup>.

## EVOLUÇÃO E PROGNÓSTICO

Cerca de 90 % dos doentes que apresentam uma perturbação conversiva melhoram dos seus sintomas em dias ou em menos de um mês; 75% dos doentes podem não vir a sofrer um novo episódio, embora 25% recidivem aquando de um intenso período de *stress*.

São factores de bom prognóstico o início súbito, a existência de *stress* facilmente identificável e a ausência de comorbilidade psiquiátrica.

O prognóstico torna-se mais desfavorável se os sintomas conversivos se mantiverem presentes por um período de tempo excessivamente prolongado<sup>(10)</sup>.

## TRATAMENTO

A resolução da sintomatologia pode ocorrer de forma espontânea, contudo, uma abordagem psicoterapêutica de apoio dirigida ao *insight* do doente revela-se de extrema importância nestas situações<sup>(10)</sup>. O tratamento psicoterapêutico organizado e prolongado como a psicoterapia psicanalítica tem clara indicação nesta patologia, contudo, no caso de sintomatologia conversiva persistente pode também ser útil o recurso à terapia comportamental e à hipnose<sup>(12,15)</sup>.

No tratamento sintomático, podem utilizar-se benzodiazepinas, neurolépticos sedativos e mesmo antidepressores<sup>(12)</sup>.

### Abstract

*The concept of hysteria is reviewed on this paper from the original description to its most modern application. In this process, the authors refer to the ethiopatogenic, clinical, diagnostic and therapeutical aspects of this entity.*

**Key-words:** *Hysteria; Histrionic personality disorder; Epilepsy.*

### BIBLIOGRAFIA

1. Melman C. *Nouvelles études sur l'hystérie*. Paris : Editions Joseph Clims, 53-70, 1984.
2. Lemprière TH, Féline A. L'hystérie. In *Psychiatrie de l'adulte*. TH Lemprière, A Féline. Paris: Masson, 96-111, 1996.
3. Chartier J. Structures névrotiques. In *Psychologie pathologique - théorique et clinique*. J Bergeret, JJ Boulanger, JP Chartier et al. 7<sup>ème</sup> édition. Paris: Masson.137-171, 1998.
4. Freud S. *Hysteria*. Rio de Janeiro: Editora Imago, 16-84, 1998.
5. Vallejo J. Hysteria. In *Introducción a la psicopatología y la psiquiatria*. Ruiloba JV. 4<sup>a</sup> ed., Barcelona: Masson. 417-435, 1998.
6. Costa NF. A história da histeria: os usos do conceito e as atribuições dos histéricos. *Psiquiatria na Prática Médica* 6(2): 61-72, 1993.
7. Bergeret J. As grandes estruturas de base. In *Personalidade normal e patológica*. Jean Bergeret. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 65-125, 1988.
8. Pichot P, Fernandes B. Psicopatologia das neuroses. In *Um Século de Psiquiatria e a Psiquiatria em Portugal*: Pierre Pichot, Barahona Fernandes. Lisboa: Roche Farmacêutica Química. 81-92, 1984.
9. Debray Q, Granger B, Azais F. Hystérie de conversion. Somatisation. Troubles factices. Hypocondrie. Dissociation. In *Psychopathologie de l'adulte*. Quentin Debray, Bernard Granger, Franck Azais. Paris: Masson, 148-170, 1998.
10. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Somatoform disorders. In *Synopsis of psychiatry*. Harold I Kaplan, Benjamin J Sadock, Jack A Grebb. 7<sup>th</sup> edition. Baltimore. Williams and Wilkins, 617-621, 1994.
11. Mazet P, Houzel D. Les troubles neurotiques chez l'enfant. In *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. P Mazet, D Houzel. Paris: Maloine, 291-312, 1996.
12. Hanus M. Hystérie de conversion. In *Psychiatrie de l'étudiant*. Michel Hanus. 9<sup>ème</sup> édition. Paris : Maloine, 158-172, 1996.

13. Palha AP. Os sintomas neuróticos na epilepsia. In *A epilepsia em psiquiatria- contribuição para o seu estudo*. A. Pacheco Palha. Dissertação de doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto, 51-68, 1985.
14. Gomes AA, Cortesão ED, Silva HR. As neuroses na praxis clínica. In *Psiquiatria, neurologia e saúde mental na praxis do clínico geral*. António A Gomes, Eduardo L Cortesão, Ermelinda S Silva. Lisboa:UCB, 181-215, 1986.
15. Ey H, Bernard P, Brisset C. A histeria. In *Manuel de psychiatrie*. Henry Ey, Paul Bernard, Charles Brisset. 5ª edição. Paris: Masson. Trad Brasileira por Paulo Geraldês e Sónia Ioannides. Manual de Psiquiatria: Editora Masson do Brasil. 472-489, s/d.