



**HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM PSIQUIATRIA**

FERNANDA RUBIN DE MELLO

**O DESAPARECIMENTO DA HISTERIA NA PSIQUIATRIA:
UMA BUSCA DO DSM-I AO DSM-5-TR**

Porto Alegre

2024

**HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM PSIQUIATRIA**

FERNANDA RUBIN DE MELLO

**O DESAPARECIMENTO DA HISTERIA NA PSIQUIATRIA:
UMA BUSCA DO DSM-I AO DSM-5-TR**

**Trabalho de Conclusão de Residência
apresentado ao Programa de Residência
Médica em Psiquiatria do Hospital de Clínicas
de Porto Alegre como requisito parcial para a
obtenção do título de especialista em
Psiquiatria**

Orientador(a): Bruno Paz Mosqueiro

**Porto Alegre
2024**

CIP - Catalogação na Publicação

Rubin de Mello, Fernanda

O desaparecimento da histeria na psiquiatria: uma busca do DSM-I ao DSM-5-TR / Fernanda Rubin de Mello.

-- 2024.

29 f.

Orientador: Bruno Paz Mosqueiro.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de
Clínicas de Porto Alegre, Psiquiatria, Porto Alegre,
BR-RS, 2024.

1. Histeria. 2. Manual Diagnóstico e Estatístico de
Transtornos Mentais. I. Paz Mosqueiro, Bruno, orient.
II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

RESUMO

Título: O Desaparecimento da Histeria na Psiquiatria: Uma busca do DSM-I ao DSM-5-TR

Contexto: O desenvolvimento e transformação do conceito de histeria ao longo das décadas têm uma longa e complexa história que reflete mudanças nas perspectivas da medicina, cultura e sociedade. Com o progresso científico, o entendimento da histeria começou a se modificar e, o surgimento do sistema classificatório em psiquiatria, Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM), influenciou na sistematização do conceito em diagnósticos mais específicos.

Método: Revisão das mudanças diagnósticas do conceito de histeria pelas sucessivas edições do DSM até o atual DSM-5-TR. **Resultados:** O presente estudo identificou 36 citações do termo histeria ao longo das edições do DSM, com importante declínio no número de citações a partir do DSM-III em 1980. No DSM, a histeria nunca foi tratada como uma única condição diagnóstica, como proposto pela psicanálise, mas foi sendo fragmentada em categorias específicas, como os transtornos somatoformes, dissociativos, conversivos e de personalidade.

Discussão: O declínio no número das citações pode ser entendido pelos viés do abandono dos conceitos psicanalíticos na psiquiatria a partir do DSM-III além do esforço para diminuir o estigma que a palavra "histeria" carrega. Além disso, o avanço sociocultural influenciou a forma como a histeria se manifesta, podendo ser explicado pelos fenômenos de "desvitorianização" da sociedade e da "alfabetização psicológica". **Conclusões:** A diminuição das citações do termo "histeria" nos DSMs, a fragmentação do conceito inicial em categorias específicas, e as mudanças na expressão fenomenológica da doença nos ajudam a refletir sobre como os transtornos mentais são moldados pelo contexto histórico e social.

Palavras-Chave

Histeria, Sistemas Classificatórios, Diagnóstico, Personalidade, DSM, Psiquiatria

ABSTRACT

Title: The Disappearance of Hysteria in Psychiatry: A study from DSM-I to DSM-5-TR

Background: The development and transformation of the concept of hysteria over the decades have a long and complex history that reflects changes in medical, cultural, and societal perspectives. With scientific progress, the understanding of hysteria began to evolve, and the emergence of the classificatory system in psychiatry, the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), influenced the systematization of the concept into more specific diagnoses. **Method:** Review of the diagnostic changes in the concept of hysteria throughout the successive editions of the DSM, up to the current DSM-5-TR. **Results:** This study identified 36 references to the term hysteria across the DSM editions, with a significant decline in mentions starting with DSM-III in 1980. In the DSM, hysteria was never treated as a single diagnostic condition, as proposed by psychoanalysis, but was instead fragmented into specific categories, such as somatoform, dissociative, conversion, and personality disorders. **Discussion:** The decline in mentions can be understood as a result of the shift away from psychoanalytic concepts in psychiatry beginning with DSM-III, as well as efforts to reduce the stigma associated with the word "hysteria." Additionally, sociocultural advancements influenced how hysteria manifests, which can be explained by the phenomena of the "de-Victorianization" of society and "psychological literacy." **Conclusions:** The decrease in references to the term "hysteria" in the DSM, the fragmentation of its initial concept into specific categories, and the changes in the phenomenological expression of the condition help us reflect on how mental disorders are shaped by historical and social contexts.

Keywords

Hysteria, Classificatory Systems, Diagnosis, Personality, DSM, Psychiatry

SUMÁRIO

1. Introdução	5
2. Justificativa	7
3. Métodos	8
4. Resultados	9
5. Discussão	18
6. Considerações Finais	22
7. Referências	23
8. Anexo	25

1. INTRODUÇÃO

O conceito de “histeria” tem uma história complexa, que reflete as mudanças da medicina, cultura e da sociedade ao longo dos séculos. As primeiras descrições do termo francês “*hystérique*” (“histérico” em português - derivado de “útero”) surgiram em 1568 e eram usadas para descrever características consideradas exclusivamente femininas. Já “*hystérie*” (“histeria” em português) começou a ser mencionado somente a partir de 1731 (Rey; Collectif, 2005). Na época de Hipócrates, a doença foi descrita como um “distúrbio do útero errante”, onde se acreditava que o útero saía da sua posição normal na pelve e vagava pelo corpo, causando sintomas físicos variados nos locais onde estivesse (Allexander; Selesnick, 1977; Isaac; Chand, 2006).

Alguns autores, como Thomas Sydenham, já mencionavam, nos séculos XVII e XVIII, uma relação entre os sintomas físicos da “histeria” e condições emocionais. Contudo, foi apenas no século XIX que essa conexão começou a ser mais aceita, junto com a ideia de que a histeria também poderia ocorrer em homens (Ellenberger, 1974). Os estudos de Jean-Martin Charcot no final do século XIX foram fundamentais para avançar no entendimento dessa condição. Charcot identificou dois tipos principais de manifestações clínicas: os estigmas, que eram crônicos, como visão tubular, hemianestesia ou paralisia; e os ataques paroxístmicos, como a “grande crise histérica convulsiva”, caracterizada por quatro fases: período epileptoide, contorcionismo, atitudes passionais (incluindo o famoso *arc-de-cercle*) e delírio (Bogousslavsky, 2020).

Charcot, percebendo a ausência de lesões orgânicas detectáveis no cérebro, reforçou a ideia de uma “lesão cerebral dinâmica” para explicar a origem dos sintomas, apesar desse conceito já ter sido proposto anteriormente por Briquet em 1859 (Briquet, 1859). Ele descreveu a histeria como manifestações físicas que imitavam doenças neurológicas, mas sem lesões detectáveis. Inicialmente, Charcot não incluía fatores psicológicos como parte das causas da histeria. Porém, nos anos de 1880, ele começou a considerar a influência de traumas físicos e emocionais, chegando a identificar casos de histeria em homens enquanto estudava os efeitos desses traumas (Richer, 1881).

Com o passar do tempo e o avanço da psiquiatria, o entendimento sobre a histeria evoluiu de forma significativa, assim como a mudança nas suas manifestações clínicas. O termo “histeria” foi gradualmente abandonado, enquanto seus sintomas passaram a ser reclassificados em categorias diagnósticas mais específicas, como os transtornos somatoformes, dissociativos e de personalidade. Essa transição foi consolidada com a publicação do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM), especialmente a partir do DSM-III, em 1980. Esse marco representou o afastamento da psiquiatria do modelo psicanalítico e sua aproximação de abordagens biológicas e baseadas em evidências (Hyer; Spitzer, 1978; Mayes; Horwitz, 2005).

Este estudo se propõe a explorar como o conceito de histeria evoluiu ao longo das edições do DSM, chegando ao atual DSM-5-TR, e a refletir sobre como seu legado histórico ainda impacta a psiquiatria contemporânea.

1. JUSTIFICATIVA

“Histeria” é um termo histórico que desempenhou um papel importante no desenvolvimento da psiquiatria. Com o passar dos anos, esse termo caiu em desuso, embora os sintomas que anteriormente eram associados à histeria continuem amplamente prevalentes na população atual. Manifestações como cefaleia, lombalgia, sintomas gastrointestinais e fadiga representam cerca de 50% das consultas médicas em atenção primária no mundo ocidental, mas aproximadamente um terço desses sintomas crônicos não pode ser atribuído a uma doença reconhecida (Löwe *et al.*, 2024). Atualmente, esses sintomas são classificados como transtornos de sintomas somáticos, transtornos neurológicos funcionais e transtornos dissociativos, são sensações subjetivas do paciente, muitas vezes de difícil caracterização pelo médico. Para compreender melhor essa gama de sintomas, anteriormente agrupados sob o conceito unitário de “histeria”, é importante analisar a história de sua descrição inicial e sua evolução, tanto no termo quanto na apresentação fenomenológica.

METODOLOGIA

3.1. Objetivos

3.1.1. Objetivo geral

- a) Revisar as mudanças diagnósticas do conceito de histeria pelas sucessivas edições do DSM até o atual DSM-5-TR.

3.1.2. Objetivos específicos

- a) Descrever detalhadamente as citações e diagnósticos relacionados a histeria desde o primeiro DSM até os sistemas classificatórios atuais no DSM-5-TR.
- b) Compreender cronologicamente os momentos de mudança no número de citações e uso do termo ao longo das edições do DSM.
- c) Compreender as principais dimensões de sintomas relacionados à histeria ao longo das edições do DSM.

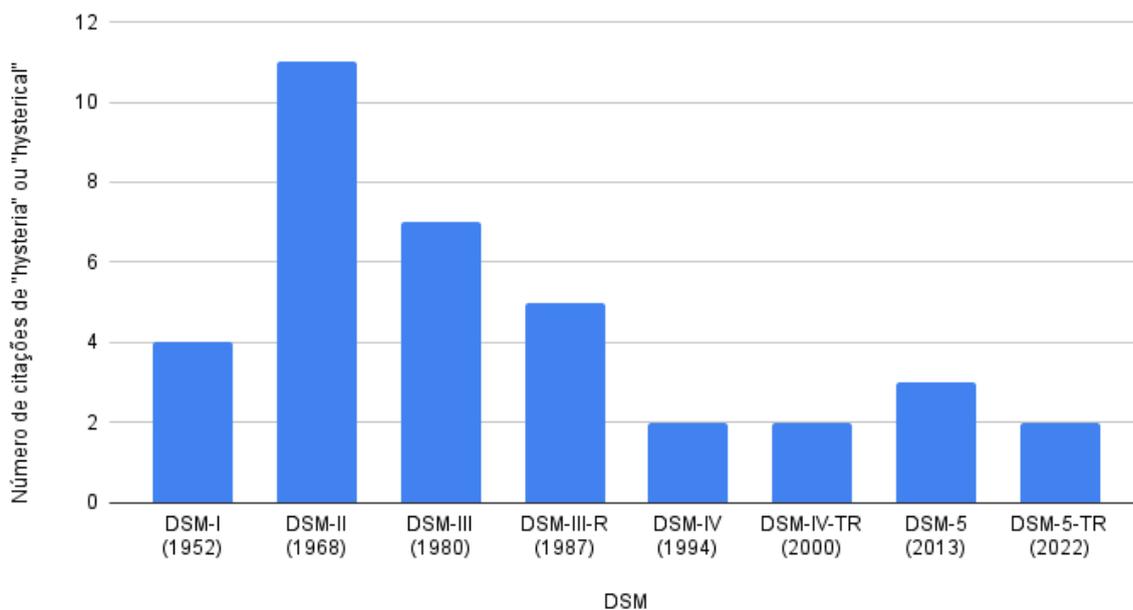
3.2 Métodos

- a) Revisão detalhada de todas as menções do conceito de histeria e diagnósticos relacionados e suas mudanças ao longo das edições do DSM.
- b) Elaboração de gráfico com número de citações diretas do termo *hysteria* ou *hysterical*.
- c) Elaboração de uma tabela para visualizar e analisar as menções e características anteriormente relacionadas a histeria desde o primeiro DSM até os sistemas classificatórios atuais no DSM-5-TR. Optou-se por manter a nomenclatura original do texto em inglês para evitar confundidores na tradução dos termos originais.
- d) Divisão das menções nas principais dimensões diagnósticas em que o termo se mostrou presente.

4. RESULTADOS

O primeiro DSM foi publicado em 1952 na tentativa de começar a uniformizar os diagnósticos dos transtornos mentais. Desde o primeiro DSM, o diagnóstico de histeria como uma condição única, como descrito no século XIX, nunca foi mencionado, mas o termo "histeria" seguiu sendo usado em diversos contextos. O número total de citações do termo entre todos os DSMs foi de 36, com o máximo de 11 vezes no DSM-II e o mínimo de 2 vezes nos DSM-IV, DSM-IV-TR e DSM-5-TR. As citações do termo foram reduzidas no decorrer das publicações, principalmente após a publicação do DSM-III, como pode ser visto no gráfico abaixo.

Citações de "hysteria" ou "hysterical" nos DSMs



4.1. DSM-I (1952)

No DSM-I, o termo "histeria" é mencionado 4 vezes, sendo 3 dentro do capítulo sobre Transtornos Psiconeuróticos, na seção de Reações Psiconeuróticas: Reações Conversivas, Reações Dissociativas e Reações Fóbicas. Além disso, aparece 1 vez no capítulo de Reação de sintoma específicos.

- a) Reações Conversivas: No conceito de reações conversivas, o termo "histeria conversiva" é utilizado como sinônimo da condição, que é descrita como a

conversão de um impulso ansioso em sintomas funcionais em órgãos ou partes do corpo. Esses sintomas funcionais têm como objetivo reduzir a ansiedade consciente do indivíduo. As manifestações sintomáticas podem incluir: anestesia (como anosmia, cegueira, surdez), paralisia (como paresia, afonia, monoplegia ou hemiplegia) e discinesia (tais como tiques, tremores, posturas anormais, catalepsia).

- b) Reações Dissociativas: No caso das reações dissociativas, o termo "histeria" é mencionado para indicar que, no passado, esse tipo de reação era classificado como um "tipo de histeria conversiva". No entanto, no DSM-I, a dissociação já é apresentada como um diagnóstico separado da conversão. As reações dissociativas são descritas como uma desorganização significativa da personalidade, com base em um distúrbio neurótico. Esse distúrbio pode se manifestar de várias formas, incluindo: Fuga (um "correr sem rumo"), estupor (ou "congelamento"), despersonalização, amnésia, estado de sonho, sonambulismo, entre outros.
- c) Reações Fóbicas: No conceito de reações fóbicas, o termo "histeria" é citado para esclarecer que o conceito atual de fobia inclui alguns casos que, anteriormente, eram classificados como "ansiedade histérica". No entanto, nas edições posteriores do DSM, o termo "histeria" deixa de ser utilizado nesse contexto.
- d) Reação de sintoma específico: Esse capítulo engloba os distúrbios da linguagem, fala, enurese, sonambulismo e outros. O termo é usado para descrever um diagnóstico diferencial, alegando que, se o distúrbio da fala for um sintoma temporário de uma histeria de conversão ou de doença orgânica, ele não é incluído neste capítulo.

4.1.1 Dimensões de sintomas relacionados historicamente à histeria mas que não mencionam o termo "histeria":

- a) Somatização e Transtornos Psicofisiológicos Autonômicos e Viscerais: Embora o termo "histeria" não seja especificamente utilizado neste capítulo, a descrição sintomática desses transtornos está alinhada com alguns sintomas

da histeria proposto no século XIX, que os vê como a expressão visceral de afetos que são amplamente reprimidos e não se tornam conscientes. Os sintomas desses transtornos são descritos no DSM-I como resultado de um estado crônico e exagerado da expressão fisiológica normal das emoções, com a parte subjetiva do sentimento sendo reprimida. A diferenciação desses transtornos em relação às reações de conversão é feita no DSM-I pelos seguintes critérios: Envolvimento de órgãos e vísceras que são inervados pelo sistema nervoso autônomo, e portanto não estão sob controle voluntário total ou percepção consciente; ausência de alívio da ansiedade com a manifestação dos sintomas; origem fisiológica dos sintomas, em vez de uma origem simbólica (como nas reações de conversão); mudanças estruturais frequentes, que podem representar risco à vida do paciente.

- b) Dimensão de Personalidade e a “Personalidade emocionalmente instável”:
Nesses casos, o indivíduo reage com excitabilidade e ineficácia quando confrontado com estresses menores. Seu julgamento pode ser pouco confiável sob pressão, e seu relacionamento com outras pessoas é continuamente marcado por atitudes emocionais instáveis, devido a uma forte hostilidade, culpa e ansiedade mal controladas. Esse conceito mais amplo irá se diferenciar em diversos outros nos próximos DSMs, sendo um deles a Personalidade Histórica no DSM-II.

4.2. DSM-II (1968)

No DSM-II, o termo "histeria" é mencionado 11 vezes, em 8 contextos diferentes. Essas menções aparecem em 3 capítulos: no de Neuroses, no de Transtornos de Personalidade e Alguns Outros Transtornos Mentais Não Psicóticos e no de Transtornos Psicofisiológicos. Dentro do capítulo de Neuroses, o termo é utilizado inicialmente ao diferenciar neurose de psicose, afirmando que a neurose histérica é uma exceção, pois pode apresentar algumas características encontradas em pacientes psicóticos. Também é presente nos conceitos de Neurose histérica tipo conversiva e Neurose histérica tipo dissociativa, além de compor o diagnóstico diferencial da Neurose Neurastênica e Neurose Hipocondríaca com as Neuroses histéricas.

No capítulo de Transtornos de personalidade, ele é citado na definição de Personalidade histérica e como diagnóstico diferencial de Personalidade Explosiva com Neurose histérica. Já no capítulo de Transtornos psicofisiológicos ele é citado dentro do Transtorno psicofisiológico musculoesquelético, sendo usado para dizer que o diagnóstico deve ser diferenciado de Neurose Histérica, por mais que seja difícil essa distinção.

- a) Neurose x Psicose: A ansiedade é a característica principal das neuroses. Ela pode ser sentida e expressa de forma direta ou controlada de maneira inconsciente e automática por meio de mecanismos como conversão, deslocamento e outros processos psicológicos. As neuroses, em contraste com as psicoses, não apresentam distorções graves ou interpretações equivocadas da realidade externa, nem desorganização severa da personalidade. Uma possível exceção a isso é a neurose histérica, que alguns acreditam poder, ocasionalmente, ser acompanhada por alucinações e outros sintomas encontrados nas psicoses.
- b) Neuroses Histéricas: As neuroses histéricas no DSM-II englobam os diagnósticos de "Reação conversiva" e "Reação dissociativa" do DSM-I. Elas são caracterizadas por uma perda ou distúrbio funcional psicogênico involuntário. Os sintomas dessas neuroses geralmente começam e terminam de forma súbita, especialmente em situações emocionalmente carregadas, são simbólicos de conflitos subjacentes e frequentemente podem ser modificados por sugestão.
 - Neurose histérica tipo conversiva: Os sintomas afetam os sentidos especiais ou o sistema nervoso voluntário, levando a condições como cegueira, surdez, anosmia, anestésias, parestesias, paralisias, ataxias, acinesias e discinesias.
 - Neurose histérica tipo dissociativa: Alterações no estado de consciência ou na identidade do paciente, resultando em sintomas como amnésia, sonambulismo, fuga e personalidade múltipla.
- c) Neurose Neurastênica: É descrita como uma condição marcada por queixas de fraqueza crônica, fadiga fácil e, por vezes, exaustão. Segundo o DSM-II, ao contrário da neurose histérica, as queixas da neurose neurastênica são

genuinamente angustiantes para o paciente, e não há ganhos secundários associados. No DSM-I, essa condição era chamada de "Reação psicofisiológica do sistema nervoso".

- d) Neurose Hipocondríaca: Definido como preocupação excessiva com o corpo e medo de supostas doenças em vários órgãos. Embora esses medos não sejam de natureza delirante, como ocorre nas depressões psicóticas, eles persistem apesar de garantias e esclarecimentos. A condição difere da neurose histérica, pois não há perdas reais ou distorções de função.
- e) Personalidade Histérica: O DSM-II introduz pela primeira vez o conceito de "Personalidade Histérica", que é substituído pelo termo "Transtorno de Personalidade Histriônica" nas edições seguintes. Os pacientes com esse transtorno exibem padrões de comportamento caracterizados por excitação, instabilidade emocional, hiperreatividade e auto-dramatização. A auto-dramatização é orientada principalmente para a busca de atenção, e frequentemente tem um caráter sedutor, independentemente de o paciente estar ciente de suas intenções.
- f) Personalidade Explosiva: Esse padrão de comportamento é caracterizado por explosões intensas de raiva ou agressividade verbal ou física que são marcadamente diferentes do comportamento habitual do paciente, podendo ele sentir arrependimento e remorso após os episódios. Se o paciente apresentar amnésia em relação às explosões, o diagnóstico de neurose histérica não psicótica, estado de mal epilético ou psicose com epilepsia deve ser considerado.
- g) Transtorno psicofisiológico musculoesquelético: Transtornos psicofisiológicos no geral são transtornos físicos de origem psicogênica. As mudanças fisiológicas associadas são aquelas normalmente observadas em certos estados emocionais, mas, nesse caso, são mais intensas e sustentadas. O Transtorno psicofisiológico musculoesquelético, em específico, se aplica a distúrbios musculoesqueléticos, como dor nas costas, câibras musculares, mialgias e cefaleias tensionais, nos quais fatores emocionais desempenham

um papel causal. A diferenciação da neurose histérica com é de suma importância e, por vezes, extremamente difícil.

4.2.1 Dimensões de sintomas relacionados historicamente à histeria mas que não mencionam o termo "histeria":

- a) Dimensão de dissociação e as "Neuroses de despersonalização": Essa síndrome é dominada por uma sensação de irrealidade e de distanciamento em relação a si mesmo, ao corpo ou ao ambiente. Uma experiência breve de despersonalização não é necessariamente um sintoma de doença.

4.3. DSM-III (1980)

No DSM-III, o termo "histeria" é citado 7 vezes, sendo majoritariamente utilizado para se referir a diagnósticos anteriores, como contextos históricos. Ele é empregado inicialmente no capítulo introdutório para falar sobre a classificação de Transtornos Neuróticos, depois é citado 3 vezes no capítulo de Transtornos Somatoformes e então nos capítulos de Transtornos Dissociativos, Transtorno de Personalidade Histriônica e Transtorno Factício.

- a) Introdução - Transtornos Neuróticos: Ao longo do desenvolvimento do DSM-III, a omissão da classe diagnóstica de Neuroses presente no DSM-II foi uma questão de grande preocupação para muitos clínicos. Quando Freud usou pela primeira vez o termo "psiconeurose", ele estava se referindo a apenas quatro subtipos: neurose de ansiedade, histeria de ansiedade (fobia), neurose obsessivo-compulsiva e histeria. Freud utilizava o termo tanto de forma descritiva (para indicar um sintoma doloroso em um indivíduo com teste de realidade intacto) quanto para indicar o processo etiológico (um conflito inconsciente que gerava ansiedade e levava ao uso desadaptativo de mecanismos de defesa, resultando na formação de sintomas). No entanto, não há consenso sobre como definir "neurose", e o termo "transtorno neurótico" é usado no DSM-III sem implicar um processo etiológico especial. O transtorno neurótico, definido descritivamente, é aproximadamente equivalente ao conceito psicanalítico de "neurose sintomática" (distinto da "neurose de caráter", que é aproximadamente equivalente ao conceito de Transtorno de Personalidade no DSM-III).

- b) Transtornos Somatoformes: As características essenciais deste grupo de transtornos são sintomas físicos que sugerem um transtorno físico (daí o termo Somatoforme), mas para os quais não há achados orgânicos demonstráveis ou mecanismos fisiológicos conhecidos.
- Transtorno conversivo: É um tipo de transtorno somatoforme. Os sintomas de conversão mais evidentes e "clássicos" são aqueles que sugerem uma doença neurológica, como paralisia, convulsões, cegueira, anestesia e parestesia. O DSM-III esclarece que o Transtorno Conversivo foi descrito no DSM-II como "neurose histérica do tipo conversiva".
 - Globus hystericus: O termo também é mencionado como um sintoma de transtorno conversivo.
 - Transtorno de somatização: O DSM-III menciona que esse transtorno anteriormente era conhecido como "histeria" ou síndrome de Briquet.
- c) Transtornos Dissociativos: Nesse capítulo, o termo "histeria" é utilizado para indicar que o Transtorno dissociativo foi descrito no DSM-II como neurose histérica do tipo dissociativa.
- d) Transtorno de Personalidade Histriônica: O termo "histeria" é utilizado para mostrar que, em classificações anteriores, esse transtorno era denominado "personalidade histérica".
- e) Transtorno Factício: No capítulo sobre Transtornos Factícios, o termo "histeria" aparece para esclarecer que, no passado, esse transtorno estaria incluído dentro da categoria de histeria.

4.3.1 Dimensões de sintomas relacionados historicamente à histeria mas que não mencionam o termo "histeria":

- a) Dimensão de somatização e "Transtornos Psicofisiológicos": No que diz respeito aos Transtornos Psicofisiológicos, o DSM-III altera o nome da categoria para Fatores Psicológicos que Afetam uma Condição Clínica, refletindo uma mudança na forma de entender a relação entre fatores psicológicos e sintomas físicos.

4.4. DSM-III-R (1987)

No DSM-III-R, o termo "histeria" é citado 5 vezes, mantendo os mesmos contextos do DSM-III. A principal mudança em relação ao DSM-III é que os trechos que faziam referência à descrição inicial dos transtornos neuróticos por Freud, que os classificava como "psiconeuroses" com quatro subtipos (neurose de ansiedade, histeria de ansiedade ou fobia, neurose obsessivo-compulsiva e histeria), foram excluídos. Da mesma forma, a descrição que indicava que, no passado, os transtornos factícios estavam incluídos na categoria de histeria, também foi removida.

4.5. DSM-IV e IV-TR (1994 e 2000)

No DSM-IV e DSM-IV-TR, o termo "histeria" é mencionado apenas 2 vezes. A primeira referência ocorre no capítulo dos transtornos somatoformes, mais especificamente no subcapítulo sobre transtornos conversivos, onde se esclarece que casos de "epidemia histérica", quando isolados, não são classificados como transtornos conversivos, a menos que o indivíduo apresente sofrimento significativo ou prejuízo clínico relevante. A segunda menção aparece no mesmo capítulo, no subcapítulo sobre transtorno de somatização, indicando que esse transtorno era anteriormente conhecido como "histeria" ou síndrome de Briquet.

4.5.1. Dimensões de sintomas relacionados historicamente à histeria mas que não mencionam o termo "histeria":

- a) Dimensão de somatização e "Fatores Psicológicos que Afetam uma Condição Médica"
- b) Dimensão de dissociação e "Transtornos Dissociativos"
- c) Dimensão de personalidade e "Transtorno de Personalidade Histriônica"

4.6. DSM-5 (2013)

No DSM-5, o termo "histeria" é mencionado 3 vezes, em contextos bastante distintos das edições anteriores. A primeira menção ocorre no capítulo sobre transtornos alimentares, no subcapítulo referente ao transtorno alimentar restritivo/evitativo. Lá, o termo é utilizado para descrever que a evitação ou restrição alimentar pode estar associada a uma resposta negativa condicionada, relacionada

à ingestão de alimentos após ou em antecipação a uma experiência aversiva. Nessa seção, os termos “disfagia funcional” e “globus hystericus” também são citados como formas de descrever essas condições.

As outras duas menções estão relacionadas à expressão "risos histéricos". No capítulo sobre transtornos do sono e vigília, no subcapítulo sobre narcolepsia, a expressão é utilizada para esclarecer que o ato de rolar no chão enquanto apresenta “risos histéricos” não se enquadra como narcolepsia. A terceira menção aparece no glossário de conceitos culturais de sofrimento, na descrição de "ataque de nervios". Esse termo é apresentado como uma forma de expressão emocional que pode incluir episódios semelhantes a paroxismos, como o “riso histérico”.

4.6.1 Dimensões de sintomas relacionados historicamente à histeria mas que não mencionam o termo “histeria”:

- a) Dimensão de conversão e “Transtornos Neurológico Funcional”
- b) Dimensão de somatização e “ Transtorno de Sintomas Somáticos” e “Fatores Psicológicos que Afetam uma Condição Médica”
- c) Dimensão de dissociação e “Transtornos Dissociativos”
- d) Dimensão de personalidade e “Transtorno de Personalidade Histriônica”

4.7. DSM-5-TR (2022)

No DSM-5-TR, o termo "histeria" é mencionado apenas duas vezes, nos mesmos contextos do DSM-5. A única diferença é que, no capítulo sobre transtornos do sono e vigília, especificamente no subcapítulo sobre narcolepsia, a frase que incluía a expressão "risos histéricos" foi removida. A divisão por dimensões se mantém a mesma do DSM-5.

4.8. Modelo dimensional alternativo do DSM-5 para os transtornos de personalidade

O transtorno de personalidade histriônica não é citado textualmente no modelo dimensional alternativo proposto, mas poderia ser caracterizado pelos seguintes traços: labilidade emocional (um aspecto da afetividade negativa), manipulação e busca de atenção (ambos aspectos do antagonismo), impulsividade (aspecto da desinibição) e desregulação cognitiva e perceptiva (aspecto do psicoticismo).

5. DISCUSSÃO

De forma geral, nos sistemas classificatórios do DSM, a histeria pode ser entendida sob 4 formas principais de apresentação clínica: sintomas conversivos, dissociativos, de somatização e os transtornos de personalidade (North, 2015). Ao longo do desenvolvimento DSM, o diagnóstico de "histeria" nunca foi utilizado de forma isolada ou como uma condição única, como nas descrições da psicanálise. Além disso, o termo foi progressivamente deixado de lado nas edições sucessivas do DSM, embora as categorias sintomáticas relacionadas continuassem presentes, com algumas mudanças de nomenclatura.

A queda do uso do termo "histeria" nos DSMs pode ser atribuída a vários fatores, entre eles estão o distanciamento da psiquiatria do modelo psicanalítico, marcado pela publicação do DSM III em 1980, e a estigmatização do termo, que, historicamente, esteve associado de forma exclusiva às mulheres (embora, ao longo do tempo, tenha ficado claro que homens também podem apresentar esses sintomas). Além da mudança na nomenclatura, uma hipótese descrita na literatura é de que tenha ocorrido uma mudança na expressão fenomenológica da doença ao longo do tempo, muito em função dos contextos sócio-culturais de cada período (Stone *et al.*, 2008).

5.1. A publicação do DSM-III e o abandono da psicanálise

A publicação do DSM-III, em 1980, foi um marco de mudança significativa na forma como os transtornos mentais passaram a ser compreendidos e diagnosticados. Essa mudança surgiu em um momento de crise para a abordagem psicanalítica, que vinha sendo questionada por sua falta de evidências científicas, e ascensão da psiquiatria biológica e da indústria farmacêutica, que passou a alinhar os diagnósticos às exigências de ensaios clínicos para a produção de psicofármacos (Russo; Venâncio, 2006). As mudanças também refletiam pressões de seguradoras e políticas governamentais nos Estados Unidos, que exigiam diagnósticos mais claros e precisos para justificar os custos e os reembolsos de tratamentos. (Mayes; Horwitz, 2005).

Termos tradicionais da psicanálise, como “neurose” e o conceito de “histeria”, foram deixados de lado por carecerem de fundamentos científicos sólidos. O termo "histeria" foi abandonado como categoria diagnóstica ampla contida nas "neuroses" e foi redistribuída em categorias específicas, como os transtornos somatoformes, dissociativos, conversivos e transtorno de personalidade histriônica (Hyler; Spitzer, 1978; Russo; Venâncio, 2006).

5.2. Estigma

A origem do termo "histeria" reflete as ideias de diferentes períodos históricos. Derivado do grego *hystera*, que significa útero, o conceito estava baseado na antiga crença de que um "útero errante" era responsável pelos sintomas histéricos (Allexander; Selesnick, 1977). Essa visão sustentava que mulheres que não cumpriam os papéis tradicionais da época, como casar ou ter filhos, eram mais suscetíveis à condição. Soluções médicas incluíam intervenções invasivas, como a histerectomia, sob a justificativa de "corrigir" uma suposta falta sexual (Chodoff, 1974). Apesar de pensadores como Thomas Sydenham proporem explicações somáticas ou psicológicas para esses sintomas, a associação da histeria como uma condição exclusivamente feminina permaneceu até o final do século XIX e início do XX.

Foi apenas no século XX que o termo começou a ser revisto pela comunidade científica e que conceitos mais neutros, como os transtornos somatoformes e dissociativos, foram introduzidos. Em 1980, com o DSM-III, o termo "histeria" foi oficialmente eliminado, sendo substituído por categorias diagnósticas que abordavam os sintomas físicos e psicológicos de forma independente de estereótipos de gênero. Outra mudança significativa foi a substituição do "transtorno de personalidade histérica" pelo "transtorno de personalidade histriônico", também no DSM-III. Essa decisão foi resultado de críticas à conotação negativa e preconceituosa do termo "histérica", frequentemente usado de maneira pejorativa para descrever mulheres como emocionais em excesso, frívolas ou manipuladoras (Paulon, 2022).

5.3. Aspectos socioculturais na mudança da expressão fenomenológica da doença

Além da mudança do termo “histeria” em si no decorrer das décadas, é possível que a doença possa ter modificado sua manifestação clínica com a evolução social. As formas dramáticas, convulsivas e polisintomáticas da doença presente nos escritos de de Charcot de 1870 e 1880, e as floridas conversões motoras e sensoriais presentes nos escritos de Freud e Breuer, mais conhecido como Estudo Sobre a Histeria, de 1895, hoje são raros.

Segundo o autor Mark S. Micale, no seu artigo de 1993, nos últimos anos, duas explicações principais têm sido usadas para entender a diminuição dos casos de histeria no século XX: a da “desvitorianização” da sociedade e da “alfabetização psicológica” (Micale, 1993). Historiadores costumam relacionar esse “desaparecimento” a fatores socioculturais e psicológicos. No início do século passado, Freud sugeriu que as rígidas normas sociais e morais criavam uma repressão sexual tão intensa que resultava em homens neurastênicos e mulheres histéricas (Freud, 2014). Nas últimas décadas, a análise de Freud foi retomada e expandida por muitos historiadores, cientistas sociais e críticos culturais. De acordo com essa interpretação, a histeria seria um subproduto patológico do sistema social burguês vitoriano, caracterizado por confinamento sexual, opressão emocional e sufocamento social. Assim, o declínio da histeria seria visto como um reflexo da “desvitorianização” da sociedade (Micale, 1993).

Outra explicação é conhecida como o “argumento da alfabetização psicológica”. Segundo essa ideia, antes do século XX, as pessoas tinham menos consciência sobre os processos psicológicos e frequentemente transformavam suas angústias emocionais em sintomas físicos, um fenômeno chamado “somatização”. Com a chegada da chamada “sociedade psicológica” e a popularização de conceitos como o inconsciente e as doenças psicossomáticas, as pessoas passaram a compreender melhor as origens psicológicas desses sintomas. Assim, os sintomas histéricos perderam seu impacto social e a capacidade de proporcionar alívio emocional, forçando as pessoas a encontrarem formas mais sutis e sofisticadas de lidar com os desafios da vida, geralmente internalizando suas ansiedades (Micale, 1993).

Dados epidemiológicos reforçam essa teoria, mostrando que os casos de neuroses histéricas hoje se concentram mais em áreas rurais, classe social mais baixa, países ou comunidades com menor desenvolvimento econômico. Já nas sociedades industrializadas e ocidentalizadas, o declínio da histeria foi acompanhado por um aumento de diagnósticos de depressão e transtornos narcisistas, refletindo uma mudança nos modos de expressão do sofrimento emocional (Bogousslavsky, 2011).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conceito de "histeria" passou por diversas mudanças ao longo do tempo, tanto em como é nomeado quanto na forma como se manifesta. No DSM, a histeria nunca foi tratada como uma única condição diagnóstica, como proposto pela psicanálise, mas foi sendo fragmentada em categorias específicas, como os transtornos somatoformes, dissociativos, conversivos e de personalidade.

Um marco importante nesse processo foi o DSM-III, publicado em 1980, que refletiu o afastamento da psiquiatria do modelo psicanalítico em favor de abordagens mais científicas. Com isso, o termo "histeria" foi deixado de lado, diminuindo o estigma que a doença carregava e sua associação com estereótipos de gênero.

Além disso, as mudanças na sociedade impactaram a maneira como a doença se apresenta. As manifestações dramáticas da histeria, comuns nos séculos XIX, tornaram-se cada vez mais raras. Esse fenômeno pode ser explicado por duas teorias principais: a "desvitorianização" da sociedade, que reduziu a repressão emocional e sexual típica da era vitoriana, e a "alfabetização psicológica", que trouxe maior entendimento dos processos emocionais e deslocou o sofrimento para formas mais internalizadas, como depressão e transtornos narcisistas.

Essas transformações mostram como o conceito geral da histeria se mantém até hoje, porém dividindo-se em diagnósticos mais específicos e ajustando suas formas de expressão. Compreender essa evolução nos ajuda a refletir sobre como os transtornos mentais são moldados pelo contexto histórico e social.

7. REFERÊNCIAS

ALLEXANDER, Franz G.; SELESNICK, Sheldon T. **The History of Psychiatry: An Evaluation of Psychiatric Thought and Practice from Prehistoric Times to the Present**. Northvale, N. J.: Globe Pequot Publishing Group Inc/Bloomsbury, 1977.

BOGOUSLAVSKY, Julien. Hysteria after Charcot: Back to the Future. **Frontiers of Neurology and Neuroscience**, [s. l.], v. 29, p. 137–161, 2011.

BOGOUSLAVSKY, Julien. The mysteries of hysteria: a historical perspective. **International Review of Psychiatry**, [s. l.], v. 32, n. 5–6, p. 437–450, 2020.

BRIQUET, Pierre. **Traité Clinique Et Thérapeutique de l'Hystérie**. [S. l.: s. n.], 1859. Disponível em: Acesso em: 26 nov. 2024.

CHODOFF, Paul. The diagnosis of hysteria: An overview. **The American Journal of Psychiatry**, US, v. 131, n. 10, p. 1073–1078, 1974.

ELLENBERGER, Henri F. **A la découverte de l'inconscient**. [S. l.]: SIMEP, 1974.

FREUD, Sigmund. **Civilized' Sexual Morality and Modern Nervous Illness (1908)**. [S. l.]: White Press, 2014.

HYLER, Steven E.; SPITZER, Robert L. Hysteria Split Asunder. **Hysteria Split Asunder**, American Journal of Psychiatry, 1978. p. 1500–1504.

ISAAC, Mohan; CHAND, Prabhat K. Dissociative and conversion disorders: defining boundaries. **Current Opinion in Psychiatry**, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 61–66, 2006.

LÖWE, Bernd *et al.* Persistent physical symptoms: definition, genesis, and management. **The Lancet**, [s. l.], v. 403, n. 10444, p. 2649–2662, 2024.

MAYES, Rick; HORWITZ, Allan V. DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. **Journal of the History of the Behavioral Sciences**, [s. l.], v. 41, n. 3, p. 249–267, 2005.

MICALE, Mark S. On the “Disappearance” of Hysteria: A Study in the Clinical Deconstruction of a Diagnosis. **Isis**, [s. l.], v. 84, n. 3, p. 496–526, 1993.

NORTH, Carol S. The Classification of Hysteria and Related Disorders: Historical and Phenomenological Considerations. **Behavioral Sciences**, [s. l.], v. 5, n. 4, p. 496–517, 2015.

PAULON, Moreno. Hysteria: rise and fall of a baffling disease. A review on history of ideas in medicine. **Journal of Psychopathology**, [s. l.], p. 152–161, 2022.

REY, Alain; COLLECTIF (org.). **Le Dictionnaire Culturel En Langue Francaise**. Paris: Educa Books, 2005.

RICHER, Paul. **Études clinique sur l'hystéro-épilepsie ou grande hystérie**.

Précédé d'une lettre-préface de M. le professeur J.-M. Charcot. Paris: Adrien Delahaye et Émile Lecrosnier, 1881.

RUSSO, Jane; VENÂNCIO, Ana Teresa A. Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, [s. l.], v. 9, n. 3, p. 460–483, 2006.

STONE, Jon *et al.* The ‘disappearance’ of hysteria: Historical mystery or illusion? **Journal of the Royal Society of Medicine**, [s. l.], v. 101, n. 1, p. 12–18, 2008.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 1st ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1952.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-II**. 2nd ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1968.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III**. 3d ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1980.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III-R**. 3d ed, rev. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1987.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV**. 4th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1994.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR**. 4th ed, rev. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2000.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5**. 5th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2013.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition Text Revision: DSM-5-TR**. 5th ed, rev. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2022.

8. ANEXO (Tabela)

Dimensões	DSM-I	DSM-II	DSM -III	DSM-III R	DSM-IV e DSM-IV-TR	DSM-5 e DSM-5-TR*
Conversiva	<p>PSYCHONEUROTIC DISORDERS -PSYCHONEUROTIC REACTIONS - Conversion reaction: "The term "conversion reaction" is synonymous with "conversion hysteria."</p>	<p>NEUROSES " The neuroses, as contrasted to the psychoses, manifest neither gross distortion or misinterpretation of external reality, nor gross personality disorganization. A possible exception to this is hysterical neurosis, which some believe may occasionally be accompanied by hallucinations and other symptoms encountered in psychoses"</p> <p>- Hysterical neurosis, conversion type</p>	<p>(NEUROTIC DISORDERS) SOMATOFORM DISORDERS - Conversion disorder (or Hysterical neurosis, conversion type)</p> <p>"Sex ratio: No definite information is available; but one particular conversion symptom, globus hystericus, the feeling of a lump in the throat that interferes with swallowing, is apparently more common in females."</p>	<p>SOMATOFORM DISORDERS - Conversion disorder (or Hysterical neurosis, conversion type)</p> <p>"Sex ratio: No definite information is available; but one particular conversion symptom, globus hystericus, the feeling of a lump in the throat that interferes with swallowing, is apparently more common in females."</p>	<p>SOMATOFORM DISORDERS - Conversion Disorder: " In "epidemic hysteria," shared symptoms develop in a circumscribed group of people following "exposure" to a common precipitant. A diagnosis of Conversion Disorder should be made only if the individual experiences clinically significant distress or impairment."</p>	<p>SOMATIC SYMPTOM AND RELATED DISORDERS - Functional Neurological Symptom Disorder (Conversion Disorder)</p>

<p>Somática</p>	<p>PSYCHOPHYSIOLOGIC AUTONOMIC AND VISCERAL DISORDERS - Psychophysiological musculoskeletal reaction</p>	<p>PSYCHOPHYSIOLOGIC DISORDERS - Psychophysiological musculoskeletal disorder "Differentiation from hysterical neurosis is of prime importance and at times extremely difficult." NEUROSES - Neurasthenic neurosis (Neurasthenia) "This condition is characterized by complaints of chronic weakness, easy fatigability, and sometimes exhaustion. Unlike hysterical neurosis the patient's complaints are genuinely distressing to him and there is no evidence of secondary gain."</p>	<p>PSYCHOLOGICAL FACTORS AFFECTING PHYSICAL CONDITION</p> <p>NEUROTIC DISORDERS "When Freud first used the term "psychoneurosis," he was referring to only four subtypes: anxiety neurosis, anxiety hysteria (phobia), obsessive compulsive neurosis, and hysteria"</p> <p>SOMATOFORM DISORDERS - Somatization disorder "Common and chronic polysymptomatic disorder that begins early in life and that was previously referred to as either Hysteria or Briquet's Syndrome" - Psychogenic pain disorder - Hypochondriasis (or Hypochondriacal neurosis) -Atypical somatoform disorder</p>	<p>PSYCHOLOGICAL FACTORS AFFECTING PHYSICAL CONDITION</p> <p>SOMATOFORM DISORDERS - Somatization disorder: "Is a chronic, polysymptomatic disorder that begins early in life and that was previously referred to as either Hysteria or Briquet's Syndrome" - Somatoform pain disorder - Undifferentiated somatoform disorder - Somatoform disorder NOS - Body Dysmorphic Disorder (Dysmorphophobia) - Hypochondriasis (or Hypochondriacal Neurosis)</p>	<p>PSYCHOLOGICAL FACTORS AFFECTING MEDICAL CONDITION</p> <p>SOMATOFORM DISORDERS - Somatization Disorder "historically referred to as hysteria or Briquet's syndrome" - Pain disorder - Undifferentiated somatoform disorder - Somatoform disorder NOS</p>	<p>SOMATIC SYMPTOM AND RELATED DISORDERS - Somatic symptom disorder - Psychological Factors Affecting Other Medical Conditions</p>
<p>Dissociativa</p>	<p>PSYCHONEUROTIC DISORDERS - PSYCHONEUROTIC REACTIONS - Dissociative reaction: "Formerly, this reaction has been classified as a type of "conversion hysteria.""</p>	<p>NEUROSES - Hysterical neurosis, dissociative type -Depersonalization neurosis</p>	<p>(NEUROTIC DISORDERS) DISSOCIATIVE DISORDERS (OR HYSTERICAL NEUROSIS, DISSOCIATIVE TYPE) - Psychogenic amnesia - Psychogenic fugue - Multiple personality - Depersonalization disorder (or Depersonalization neurosis) - Atypical dissociative disorder</p>	<p>DISSOCIATIVE DISORDERS (OR HYSTERICAL NEUROSIS, DISSOCIATIVE TYPE) - Psychogenic amnesia - Psychogenic fugue - Multiple personality disorder - Depersonalization disorder (or Depersonalization neurosis) - Dissociative disorder NOS</p>	<p>DISSOCIATIVE DISORDERS - Dissociative amnesia - Dissociative fugue - Dissociative identity disorder -Depersonalization disorder - Dissociative disorder not otherwise specified</p>	<p>DISSOCIATIVE DISORDERS - Dissociative Identity Disorder - Dissociative Amnesia -Depersonalization / Derealization Disorder - Other Specified Dissociative Disorder - Unspecified Dissociative Disorder</p>

<p>Personalidade</p>	<p>PERSONALITY TRAIT DISTURBANCE - Emotionally unstable personality</p>	<p>PERSONALITY DISORDERS AND CERTAIN OTHER NONPSYCHOTIC MENTAL DISORDERS PERSONALITY DISORDERS - Hysterical personality (Histrionic personality disorder) -Explosive personality “If the patient is amnesic for the outbursts, the diagnosis of Hysterical neurosis...should be considered.”</p>	<p>PERSONALITY DISORDERS - Histrionic personality disorder: “In other classifications this category is termed Hysterical Personality”</p>	<p>PERSONALITY DISORDERS - Histrionic personality disorder: “In other classifications this category is termed Hysterical Personality”</p>	<p>PERSONALITY DISORDERS - Histrionic personality disorder</p>	<p>PERSONALITY DISORDERS - Histrionic Personality Disorder</p> <p>Modelo dimensional alternativo do DSM-V para os transtornos de personalidade Traços: labilidade emocional, manipulação, busca de atenção, impulsividade e desregulação cognitiva e perceptiva.</p>
<p>Outras Dimensões</p>	<p>PSYCHONEUROTIC DISORDERS -PSYCHONEUROTIC REACTIONS - Phobic reaction “The term is synonymous with the former term "phobia" and includes some of the cases formerly classified as "anxiety hysteria."”</p> <p>SPECIAL SYMPTOM REACTION “It would not be used for a speech impairment that was a temporary symptom of conversion hysteria or the result of any organic disease or defect.” - Learning disturbance - Speech disturbance - Enuresis - Somnambulism - Other</p>	<p>NEUROSES - Hypochondriacal neurosis “The condition differs from hysterical neurosis in that there are no actual losses or distortions of function”</p>	<p>FACTITIOUS DISORDERS “In the past, some of the disorders classified here would have been subsumed within the category of Hysteria”</p>			<p>AVOIDANT/RESTRICTIVE FOOD INTAKE DISORDER “The terms functional dysphagia and globus hystericus have also been used for such conditions”</p> <p>NARCOLEPSY “Episodes lasting hours or days, or those not triggered by emotions, are unlikely to be cataplexy, nor is rolling on the floor while laughing hysterically” * No DSM 5-TR essa frase foi retirada</p> <p>ATAQUE DE NERVIOS “The term “ataque de nervios” may also refer to an idiom of distress that includes any “fit”-like paroxysm of emotionality (e.g., hysterical laughing) and may be used to indicate an episode of loss of control in response to an intense stressor.”</p>

