

Bruxism as mechanism subserving hysteria: a new theory

O artigo *Bruxism as mechanism subserving hysteria: a new theory* constitui um ótimo argumento de como a semiologia clínica é o melhor terreno para dirimir as hipóteses etiológicas e as formas de diagnóstico. Considerando-se a tendência, hegemônica desde o DSM-III, à decomposição dos quadros clínicos em eixos independentes, à autonomização de sintomas e à flutuação transversal de signos, notamos que a pesquisa em saúde mental, especialmente nos estudos mais clínicos, vem se caracterizando por estratégias investigativas que privilegiam a correlação de evidências em detrimento de sua organização diagnóstica. Assim há estudos sobre transtornos de personalidade sem qualquer teoria abrangente do funcionamento da personalidade. A personalidade tornou-se assim um conceito operacional. Isso abriu as portas para a produção de *clusters*, ou subgrupos de sintomas cada vez menores o que coloca em xeque a unidade clínica do sintoma de origem. Por exemplo, encontrou-se uma estrutura tetra-fatorial para a alexitimia, ou seis *clusters*, para o Transtorno Obsessivo-Compulsivo, ora, isso coloca em dúvida a unidade nosológica destes quadros. No entanto esta decomposição é efeito do método de segmentação do comportamento que se separa de qualquer pressuposto teórico sobre o funcionamento da personalidade. Este metodologismo traz consigo outro fenômeno anti-clínico, a saber, a produção de quadros que são metodologicamente consistentes e, no entanto inúteis do ponto de vista diagnóstico.

Se na década de 80 criticava-se as categorias nas quais se baseavam os exames e procedimentos psicológicos acusando a sua recorrente hipótese circular de conceitos (ex: a inteligência é o que os testes medem e aquilo que os testes medem é a inteligência), hoje esta forma de raciocínio expandiu-se para o conjunto das pesquisas que enfatizam o chamado Eixo II do DSM-IV (Transtornos da Personalidade e Retardo Mental). Uma versão um pouco diferente deste problema é encontrada nas pesquisas que enfatizam o Eixo I, uma vez que neste escopo costuma-se privilegiar investigações nas quais a circularidade inclui a responsividade à intervenção (ex. quais transtornos de humor respondem a quais antidepressivos assumindo-se que a própria tipificação da depressão deva incluir suas formas de reatividade à intervenção terapêutica). Rodrigues *et al.* observaram que este movimento traduz-se pela ênfase da pesquisa psiquiátrica em dois tipos abrangentes de pesquisa, os estudos de tipo fenomenológico descritivo e os estudos que abordam correlações entre fenômenos psicopatológicos e eventos de diversas ordens¹. Deixam-se de lado, nesta medida, os estudos que aspiram a síntese de informações e a investigação do curso e prognóstico dos quadros clínicos.

Ora, a presente pesquisa coloca-se de forma reversa a estas tendências, mostrando como é possível utilizar procedimentos de avaliação sem recair na segmentação abrasiva e dispersiva do raciocínio clínico diagnóstico. Isso pode ser atribuído, em parte, à característica estratégica de seu objeto: o bruxismo. Considerado a partir do Eixo I, o bruxismo poderia ser investigado como (a) efeito secundário de um transtorno de ansiedade, (b) um transtorno somatoforme independente (c) um transtorno adjuvante do sono e ainda, hipoteticamente, (d) um transtorno do impulso. Isso sem mencionar a potencial indução do fenômeno associada à ingestão de substâncias. Ora, como notaram Goldman *et al.* a diversidade etiológica do bruxismo não deveria excluir sua integração à um modo constante de responder a certas experiências². O que nosso grupo de pesquisadores parece ter captado é que esta dispersão diagnóstica do fenômeno é um efeito da fragmentação de uma única entidade clínica: histeria. Sua decomposição em diversos subgrupos clínicos, ao modo de síndromes, sintomas e signos que se poderia estudar de forma autônoma e flutuante, produz. Daí que sua abordagem parta de um deslocamento sutil do quadro conhecido como *Transtorno da Personalidade Histriônica* para a reintrodução da categoria de *Personalidade Histérica*, ausente no DSM-IV³. A questão seria meramente nominal não fosse a consequência integrativa gerada pela reutilização desta categoria, a saber:

- (1) A justificação da distribuição extremamente desigual da amostra: 160 mulheres e 22 homens.
- (2) A distinção entre os mecanismos causais primários (agressividade e hostilidade) dos efeitos secundários, mas não menos importantes (hiper e hipo sensibilização à dor) e das séries clínicas associadas (dores de cabeça, dores nas costas, fibromialgia).
- (3) O que leva à distinção semiológica crucial entre somatização, conversão e fenômenos psicossomáticos. As somatizações correspondem a efeitos sistêmicos de hipo ou hiper estimulação (por exemplo, derivados do sistema imunológico), conversões correspondem a formações simbólicas isoláveis segundo a hipótese da regressão de sentido e da fixação de gozo (por exemplo, mimesis de processos orgânicos) e fenômenos psicossomáticos correspondem a déficits de simbolização associados com verdadeiras lesões de órgão (por exemplo, como se verifica em afecções dermatológicas como vitiligo e psoríase).
- (4) Ora, o que o estudo em questão percebeu bem é que o bruxismo ocorre ao modo do que antes chamávamos de síndrome, ou seja, um aglomerado relativamente estável de signos e sintomas que incluem somatizações, formações de sintoma (conversão), ansiedade e agressão.
- (5) Uma vez realizada esta ilação clínica basta verificar que a severidade do bruxismo associa-se com a severidade de respostas de tipo histérico. Ainda, que altos escores para histeria deveriam ser congruentes com altos escores tanto para o sintoma do bruxismo quanto para o signo clínico da hostilidade. Finalmente, altos escores para histeria deveriam confirmar-se pelo aumento da sensibilidade à dor, associada ao aparelho de mastigação.
- (6) O MMPI e o Cook-Medley permitiram que tais hipóteses fossem verificadas, com especial relevância para a qualificação da dor.

Pode-se discutir se as hipóteses hermenêuticas associadas à oralidade histérica ou ao mecanismo de produção de sintomas por introversão da hostilidade ou por acentuação da culpa são de fato consistentes com as mais recentes pesquisas psicanalíticas sobre a histeria. Seria uma temeridade concluir que o bruxismo é apenas um sintoma apendicular da histeria, é provável que muitas formas de bruxismo não encontrem qualquer relação com a *Personalidade Histérica* e suas variantes. O fato clínico é que a piora do bruxismo (de suave para severo) concorda com o direcionamento para a histeria. Aqui é possível atribuir esta limitação do estudo a uma definição excessivamente operacional de histeria (baseada na presença de signos diacríticos e não no funcionamento psíquico), definição apesar de tudo necessária para a consistência metodológica.

É preciso mencionar que o estudo em questão possui uma particularidade já observada por psicanalistas com relação à forma de apresentação clínica preferencial da histeria. As grandes históricas descritas por Freud⁴ com seus sintomas exuberantes e suas manifestações espetaculares encontram-se com menor frequência a partir dos anos 1950⁵. Ocorre que esta avaliação foi questionada por clínicos que observaram que o declínio da aparição destas formas clínicas verifica-se principalmente nos grandes centros urbanos do ocidente. Nas regiões com formas de sociabilidade mais tradicionais, em sociedades holistas e em certos ambientes rurais as antigas formas clínicas da histeria continuavam presentes de forma recorrente. Ora, esta observação concorda com o fato de que a pesquisa apresentada nos traz dados de uma região do país que confere com a contra-argumentação dos psicanalistas. Talvez esta seja também uma posição vantajosa para recorrer ao pensamento clínico de forma menos segmentar e não obstante mais rigorosa do que se tem verificado nos “grandes centros”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodrigues ACT, Banzato CEM. Estudos Psicopatológicos na Psiquiatria Atual. Rev Latinoam Psicopatol Fund 2004;7(4):155-64.
2. Goldman MJ, Guthrie TG. Bruxism and sexual abuse. Am J Psychiatry 1991;148:8.
3. DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais). American Psychiatric Association. Porto Alegre: Artmed, 2002, 880p.
4. Freud S. Estudos sobre Histeria (1893). In: Freud S. Obras Completas de Sigmund Freud V-III. Buenos Aires: Amorrortu, 1988.
5. Woerner PI, Guze SB. A Family and Marital Study of Hysteria. Br J Psychiatr 1968; 114:161-8.

Christian Ingo Lenz Dunker

Psicanalista, Professor Livre Docente do Departamento de Psicologia
Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo