

SÍNDROMES PSICOSSOMÁTICAS NA PRÁTICA CLÍNICA

Uma Proposta de Critérios Diagnósticos

ANTÓNIO BARBOSA

Clínica Psiquiátrica Universitária. Núcleo de Psiquiatria de Ligação
Faculdade de Medicina de Lisboa. Hospital de Santa Maria. Lisboa

R E S U M O

Apresenta-se a versão portuguesa dos critérios diagnósticos propostos por um grupo de investigação europeu para doze síndromes clínicas psicossomáticas relevantes para a prática clínica. Estes síndromes podem ocorrer em diferentes fases de uma grande variedade de doenças e a sua detecção precoce pode conduzir a uma abordagem mais integrada do doente.

S U M M A R Y

PSYCHOSOMATIC SYNDROMES IN GENERAL PRACTICE Proposed Diagnostic Criteria

The following is a translation of the proposed diagnostic criteria established by a European group for twelve common psychosomatic syndromes found in general clinical practice. Many of them have the potential to occur during different stages of a large variety of diseases and their detection could lead to better holistic provision of health care.

INTRODUÇÃO

A Psiquiatria desenvolveu nas últimas duas décadas um esforço classificativo enorme no sentido de definir critérios rigorosos para definição das entidades psiquiátricas.

A utilidade e credibilidade das duas classificações internacionais de doenças mentais – a DSM-IV¹ e a ICD-10² requereu uma centralização dos seus propósitos clínicos, investigacionais e educacionais e um amplo apoio numa base empírica.

Estas classificações, de grande utilidade na prática clínica, têm facilitado a investigação e melhorado a comunicação entre investigadores e clínicos, entre psiquiatras, outros médicos e outras profissões de saúde, pela clareza da linguagem, definição de critérios sintéticos e declaração explícita dos constructos que imbricam os critérios.

Para além destas vantagens, reconhecem-se alguns reducionismos e limitações gerais deste tipo de procedi-

mentos, de que não nos iremos ocupar em profundidade, contudo, neste trabalho.

Tomaremos unicamente como referência os tópicos (perturbações da adaptação, factores psicológicos que afectam as doenças médicas e perturbações somatomorfas) que se reportam a um domínio designado genericamente por «medicina psicossomática», *interface* preferencial entre a psiquiatria e as várias especialidades médicas, e partimos da constatação de que as duas classificações citadas são ainda imprecisas nesses tópicos, necessitando no nosso entender de serem aprofundadas e reformuladas no futuro.

Por exemplo, a categoria **perturbações da adaptação** reflecte claramente um modelo unifactorial de doença, em que o *stressor* é pobremente especificado e em que se ignora o desenvolvimento longitudinal dessas afecções. A categoria **factores psicológicos que afectam o estado físico** para além de englobar na mesma categoria aspectos de natureza diferente (doenças mentais e sintomas psicológicos, traços de personalidade e estilos de

lidar com problemas, comportamentos de saúde desadaptados, respostas fisiológicas relacionadas com o *stress* e outros factores não especificados que afectam o estado físico geral) é pouco específica e pouco clara na relação temporal entre o factor psicológico, o seu significado e o início ou exacerbação da doença física, assumindo por isso um valor classificativo limitado e não contribuindo utilmente para a investigação e para a comunicação clínica entre especialistas, para além da redundância genérica da designação escolhida para esta categoria já que os factores psicossociais contribuem sempre numa forma ou doutra para todas as doenças, como, aliás, o modelo biopsicossocial nos informa³. Sob o tópicó de **perturbações somatomorfes**, reproduz-se afinal o dualismo questionável entre mente/corpo e introduz-se a dicotomia orgânico/psicogénico retirada de qualquer enquadramento conceptual⁴. Todas as perturbações incluídas neste grupo são referidas a padrões normativos insuficientemente definidos (ex. a queixa ... é grosseiramente excessiva para o que seria de esperar...).

Em síntese estas categorias são marcadamente insuficientes e revestem-se de pouca utilidade para a prática clínica e de investigação.

Por outro lado, existe já um substancial corpo de evidência científica acumulada em áreas como a medicina psicossomática⁵, somatização, acontecimentos de vida e personalidade, cujos conceitos e constructos não têm sido operacionalizados, nomeadamente por estas duas classificações, e que, portanto, não estão acessíveis aos médicos clínicos.

Neste contexto apresentar-se-á a tradução de um conjunto de doze síndromes psicossomáticos operacionalizados que foram objecto do trabalho piloto de um grupo de investigação europeu a que pertencemos, e que pretendem ser uma primeira tentativa de definição de critérios a serem testados por trabalhos de campo que procuramos estimular com a apresentação desta versão portuguesa. Pensamos assim contribuir para estimular a investigação clínica nesta área, para aperfeiçoar os critérios agora expostos e para colher sugestões para eventuais outros síndromes não contemplados pelas duas classificações internacionais e relevantes para a prática da psicossomática. Esperamos que a divulgação destes síndromes encontre eco nos médicos clínicos, que na sua prática de internistas, de clínicos gerais ou de especialistas médicos se confrontem com problemas desta ordem e que esta tentativa de clarificação e precisão conceptual possa ajudar na comunicação entre médicos e psiquiatras interessados nesta área.

DESCRIÇÃO DE SÍNDROMES PSICOSSOMÁTICAS (CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS)

1. Alexitimia

A alexitimia é um conceito introduzido por Sifneos⁶ para descrever o empobrecimento da vida de fantasia de certos doentes resultando numa forma utilitária de pensar e numa inabilidade para descrever e sentir estados emo-

cionais e que se encontra associado a certas doenças psicossomáticas de evolução prolongada^{7,8}.

Crítérios diagnósticos para alexitimia (necessário A e B)

A) Pelo menos três das seis características seguintes:

1. Incapacidade de usar palavras apropriadas para descrever emoções.
2. Tendência para descrever detalhes em vez de sentimentos (ex. descrever as circunstâncias factuais de um acontecimento em vez dos sentimentos por ele despertados).
3. Vida pobre em fantasia.
4. Conteúdo do pensamento mais associado com acontecimentos externos factuais do que com fantasias ou emoções.
5. Desconhecimento de reacções somáticas comuns que acompanham a vivência de diferentes sentimentos.
6. Explosões ocasionais (violentas e muitas vezes impróprias) de comportamentos afectivos.

B) A alexitimia não ocorre na evolução de uma perturbação do humor, fobia social ou perturbação mental orgânica.

Especificar o tipo:

1. Constante.
2. Situacional (restringida à inibição da agressividade e/ou de comportamento assertivo).

2. Comportamento tipo A

Desde o estudo pioneiro de Friedman⁹ este perfil comportamental foi responsabilizado nos últimos trinta anos pelo aumento de risco relativo na doença coronária^{10,11}.

Crítérios diagnósticos para o comportamento tipo A (necessário de A a C)

A) Pelo menos cinco das nove características seguintes:

1. Excessivo envolvimento no trabalho e noutras actividades sujeitas a prazos definidos.
2. Constante sentimento de pressão (de urgência no tempo).
3. Manifestação de aspectos motores expressivos (modo de falar rápido e explosivo, movimentos corporais abruptos, tensão nos músculos faciais, gesticulação exuberante das mãos) indicando a sensação de estar sob a pressão do tempo.
4. Hostilidade e cinismo.
5. Humor irritável.
6. Tendência para intensificar as actividades físicas.
7. Tendência para intensificar as actividades mentais.
8. Desejo intenso de realização e de reconhecimento.
9. Elevada competitividade.

B) O comportamento favorece o aparecimento de respostas fisiológicas relacionadas com o stress que exacerbam ou precipitam os sintomas de uma doença médica.

C) O comportamento não ocorre na evolução de síndromes maníacos ou hipomaníacos.

3. Fobia de doença

Foi definido por Bianchi¹² como «um medo persistente e infundado de sofrer de uma doença», distinguindo-se da hipocondria (critérios descritos no DSM-IV¹) pela qualidade predominantemente fóbica tendendo a manifestar-se em ataques mais do que em preocupações ou crenças constantes e crônicas, e pela especificidade longitudinal dos sintomas que, nesta situação, se mantêm habitualmente no mesmo sistema ou órgão¹³.

Critérios diagnósticos de fobia de doença (necessário de A a D)

- A) Medo persistente e infundado de sofrer de uma doença específica (ex. cancro, SIDA) com dúvidas que persistem apesar de exames completos e tranquilização firme.
- B) Os medos tendem a manifestar-se mais sob a forma de ataques do que de preocupações constantes e crônicas, como acontece na hipocondria; pode-se associar a ataque de pânico em que o doente pode também agravar a percepção que tem das consequências dos sintomas.
- C) O objecto dos medos não muda com o tempo e a duração dos sintomas excede seis meses.
- D) Os medos não são secundários a perturbações do humor ou da ansiedade.

4. Tanafobia

Foi descrita por Ryle¹⁴ como sensação de morte eminente e convicção de vir a morrer cedo, a que acresce o medo de notícias relacionadas com mortes¹⁵.

Critérios diagnósticos de tanafobia (necessário de A a D)

- A) Ataques com a sensação de morte eminente e/ou convicção de morte a curto prazo, apesar de não haver razões médicas objectivas para tal receio.
- B) Medo intenso, persistente e evitamento de notícias que façam lembrar a morte (funerais, notícias necrológicas); a exposição a estes estímulos provoca invariavelmente uma resposta ansiosa imediata.
- C) O evitamento, a antecipação ansiosa e o mal-estar interferem significativamente com o nível de funcionamento da pessoa.
- D) A tanafobia não é secundária a perturbações do humor ou da ansiedade; os ataques não preenchem os critérios diagnósticos de perturbação de pânico.

5. Ansiedade com a saúde

Este termo engloba dimensões não específicas do comportamento anormal de saúde¹⁶ tais como preocupação com doenças, apreensão sobre dor e outras preocupações com sintomas corporais, habitualmente de curta duração (ao contrário das anteriores) e remissíveis à tranquilização médica¹³.

Critérios diagnósticos de ansiedade com a saúde (necessário de A a C)

- A) Preocupação geral com as doenças, inquietação com dores e sensações corporais (tendência para amplificar sensações somáticas) com menos de seis meses de duração.
- B) As preocupações e os medos aliviam rapidamente com tranquilização médica apropriada, mas, apesar disso, podem aparecer novas preocupações ao fim de algum tempo.
- C) As preocupações e os medos não são secundários a perturbações do humor e da ansiedade.

6. Negação da doença

Comportamento contra-fóbico de doença descrito em ambientes médicos e cirúrgicos^{16,17} e que pode incluir falha de adesão à terapêutica ou a procedimentos diagnósticos¹⁸.

Critérios diagnósticos da negação de doença (necessário de A a C)

- A) Negação persistente de ter uma doença e da necessidade de tratamento (não adesão, atraso na procura de cuidados médicos para sintomas graves e persistentes, comportamentos contra-fóbicos), como reacção aos sintomas, sinais, diagnóstico ou tratamento médico de uma doença.
- B) O doente foi informado de forma clara e correcta da situação médica e dos passos a seguir.
- C) A reacção não é secundária a uma perturbação do humor ou a uma doença neurológica (anosognosia).

7. Sintomas somáticos funcionais

A tendência de sentir e comunicar mal-estar psicológico através de sintomas físicos e procurar ajuda médica está associada¹⁹ a uma elevada percentagem de comorbilidade psiquiátrica.

Critérios para sintomas somáticos funcionais secundários a uma doença psiquiátrica (necessário A a D)

- A) Sintomas de estimulação do sistema nervoso autónomo (ex. palpitações, sudação, tremor) ou de perturbação médica funcional (ex. síndrome do cólon irritável, fibromialgia, astenia neurocirculatória) provocam mal-estar, recurso frequente a cuidados de saúde ou interferem com a qualidade de vida.
- B) O exame médico apropriado não detecta patologia orgânica responsável pelas queixas físicas.
- C) Uma doença psiquiátrica (que inclua os sintomas somáticos envolvidos dentro das suas manifestações) precede o início dos sintomas somáticos funcionais (ex. perturbação de pânico e sintomas cardíacos).
- D) Apesar do doente poder manifestar ansiedade com a saúde, não se observam os critérios para hipocondria ou fobia de doença.

8. Somatização persistente

Descrito por Kellner²⁰ em doentes que sofrem de várias doenças funcionais médicas de longa duração e que, contrariamente à definição de somatização da DSM-IV¹, os sintomas ocorrem no contexto de mecanismos psicofisiológicos conhecidos.

Critérios para somatização persistente (necessário de A a C)

- A) Perturbação médica funcional (ex. fibromialgia, fadiga, perturbações da motilidade esofágica, dispepsia não ulcerosa, síndrome do cólon irritable, astenia neurocirculatória, síndrome ureteral), cuja duração excede seis meses, provoca mal-estar, recurso frequente a cuidados de saúde ou interfere com a qualidade de vida.
- B) Sintomas adicionais de estimulação do sistema nervoso autónomo (envolvendo também outros sistemas) e efeitos secundários exagerados da medicação médica, indicando limiares baixos de tolerância à dor e a outras sensações e grande sugestibilidade.
- C) Os sintomas somáticos não ocorrem na evolução de uma perturbação do humor, da ansiedade ou de uma doença mental orgânica.

9. Sintomas de conversão

No DSM-IV a distinção entre somatização e conversão é feita, predominantemente, com base no número de sintomas em vez de características clínicas mais precisas²¹.

Critérios diagnósticos para sintomas de conversão (necessário de A a D)

- A) Um ou mais sintomas ou limitações da função sensorial ou motora voluntária, caracterizados por falta de plausibilidade anatómica ou fisiológica, e/ou ausência de sinais ou dados laboratoriais esperados, e/ou características clínicas inconsistentes; se estão presentes sintomas de estimulação do sistema nervoso autónomo ou de perturbação médica funcional, os sintomas de conversão devem ser proeminentes, provocando mal-estar, recurso frequente a cuidados de saúde ou interferindo com a qualidade de vida.
- B) Estão presentes pelo menos duas das seguintes características:
 1. Indiferença/ambivalência no relatar do sintoma (ex. o doente parece estar calmo e desafectado quando descreve os sintomas incapacitantes).
 2. Traços histriónicos de personalidade (expressão, linguagem e aspecto dramáticos e coloridos; grande sugestibilidade; mudanças rápidas de humor).
 3. Precipitação dos sintomas por *stress* psicológico (associação que o doente conscientemente desconhece).
 4. História de sintomas físicos semelhantes experimentados já pelo doente, observados noutra pessoa ou desejados para outra pessoa.

- C) Avaliação médica apropriada não detecta patologia orgânica que justifique as queixas físicas.
- D) Os sintomas somáticos não ocorrem na evolução de uma perturbação do humor ou da ansiedade ou de uma doença mental orgânica.

10. Reacção de aniversário

Esta reacção pode ser considerada uma forma particular de conversão ou outro tipo de somatização²².

Critérios diagnósticos para reacção de aniversário (necessário de A a C)

- A) Sintomas de estimulação do sistema nervoso autónomo (ex. palpitações, sudação, tremor) ou de perturbação médica funcional (ex. síndrome do cólon irritable, fibromialgia, astenia neurocirculatória) ou sintomas de conversão provocam mal-estar, recurso frequente a cuidados de saúde ou interferem com a qualidade de vida.
- B) Avaliação médica apropriada não detecta patologia orgânica que justifique as queixas físicas.
- C) Os sintomas começam quando o doente atinge a idade ou na data de aniversário em que um familiar significativo desenvolveu uma doença grave ou morreu; o doente desconhece esta associação).

11. Humor irritável

Existe extensa evidência científica sobre a relação da agressividade e do humor irritável com doença física quer de natureza orgânica quer funcional^{23,24}.

Critérios diagnósticos para humor irritável (necessário de A a D)

- A) Estado emocional caracterizado por humor irritável, que pode ser experimentado em episódios curtos, em circunstâncias particulares, ou pode ser prolongado e generalizado; requer um esforço adicional de controlo do indivíduo sobre o seu estado emocional ou pode resultar em irascibilidade verbal ou explosões de comportamento.
- B) A experiência da irritabilidade é sempre desagradável para o indivíduo e as manifestações comportamentais não têm o efeito catártico das explosões justificadas de agressividade.
- C) O estado emocional provoca respostas fisiológicas de resposta ao *stress* que precipitam ou aumentam os sintomas da doença médica.
- D) O humor irritável não é secundário a perturbação psiquiátrica (ex. depressão major ou perturbação de pânico) ou a comportamento tipo A.

12. Desmoralização

Vários estudos²⁵ apontam para os sentimento de desamparo, de desespero e de «retirada» como factores facilitadores de início de doenças para os quais se estava predisposto.

*Critérios diagnósticos de desmoralização
(necessário de A a D)*

- A) Estado emocional caracterizado pelo tom de consciência pelo doente de que falhou a realização das suas expectativas (ou a de outros) ou de que se sente incapaz de enfrentar alguns problemas pressionantes; o doente vivencia sentimentos de desespero e desamparo ou instala-se numa reacção de conservação-retirada (*giving-up*), caracterizada por deficiente/ausente reacção de luta, acquiescência e não resposta aos estímulos do meio.
- B) O estado emocional deve ser prolongado e generalizado (pelo menos um mês de duração).
- C) O estado emocional antecede imediatamente as manifestações de doença médica ou o agravamento dos seus sintomas.
- D) A desmoralização não é secundária a uma doença psiquiátrica (ex. depressão major ou perturbação de pânico).

CONCLUSÃO

Perante e evidência científica crescente de que as variáveis psicossociais têm um contributo etiológico em todas as doenças, variando, contudo, o seu peso relativo de doença para doença, de indivíduo para indivíduo, de episódio para episódio²⁶, importa desenvolver investigação que proporcione uma ajuda fenomenológica unificadora que permita a identificação do mal-estar psicossomático nas diferentes doenças médicas²⁷.

Assim como os síndromes clínicos de depressão têm diferentes manifestações nas doenças médicas é provável que estes padrões/síndromes psicossomáticos, como variáveis categoriais, possam ter expressão diferenciada: no contexto de várias doenças médicas, na respectiva evolução (fase prodrômica, aguda, subaguda, crónica, residual) e na respectiva modificação por meios medicamentosos ou psicoterapêuticos.

Procurou-se com a divulgação desta versão portuguesa lançar algumas bases para uma nova perspectiva da investigação psicossomática e suscitar críticas, sugestões e outros contributos. Foi assumida a ênfase fenomenológica deste tipo de investigação que procura estudar a grande variedade de respostas somáticas e mentais que o organismo humano pode oferecer para as diferentes situações da vida, através da sedimentação de critérios diagnósticos que esperamos possam ter valor clínico, prognóstico e terapêutico.

BIBLIOGRAFIA

1. APA: DSM-IV Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (4.ª edição). Lisboa. Climepsi Editores. 1996.
2. WHO: The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Geneva. WHO 1992.
3. ENGEL GL: The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977;196:129-36.
4. FAVA GA. The concept of psychosomatic disorder. *Psychother Psychosom* 1992; S8:1-12.
5. BARBOSA A: Aspectos psicossociais da úlcera duodenal. Tese de Doutoramento, Lisboa 1989.
6. SIFNEOS PE: The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom* 1973;22:255-62.
7. NEMIAH JC, FREYBERGER H, SIFNEOS PE: Alexithymia. A view of the psychosomatic process; in Hill, OW (ed.): *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*. London. Butterworths 1976:430-9.
8. PAULINO M, BARBOSA A, GODINHO J, SANTOS M: Reliability and criterion validity of a portuguese version of the Toronto Alexithymia Scale. *Acta Psiquiátrica Portuguesa* 1996;vol.42,3: 451-6.
9. FRIEDMAN M, ROSEMAN R: Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. *JAMA* 1959; 169:1286-96.
10. LITTMAN AB: Review of psychosomatic aspects of cardiovascular disease. *Psychother Psychosom* 1993;60:148-67.
11. CARDOSO RM: Enfarte de miocárdio. Tese de Doutoramento, Porto 1984.
12. BIANCHI GN: origins of disease phobia. *Aust NZ J Psychiatry* 1971;5:241-57.
13. FAVA GA, GRANDI S: Differential diagnosis of hypochondrial fears and beliefs. *Psychother Psychosom* 1991;55:114-9.
14. RYLE JA: Angor animi, or the sense of dying. *Guys Hosp Rep* 1928;78:230-5.
15. KELLNER R: Somatization and hypochondriasis. New York, Praeger 1986.
16. PILOWSKY I: Abnormal illness behaviour. *Psychother Psychosom* 1986;46:76-84.
17. WISE TN: Psychosomatic medicine. *Psychother Psychosom* 1986; 46:85-95.
18. TRAUSS DN, SPITZER RL, MUSKIN, P.R.: Maladaptive denial of physical illness. *Am J Psychiatry* 1990;147:1168-72.
19. FAVA GA, et al.: Neurocirculatory asthenia. *Acta Psychiatr Scand* 1994;89:314-9.
20. KELLNER R: Psychosomatic syndromes, somatization and somatoform disorders. *Psychother Psychosom* 1994;61:4-24.
21. ENGEL GL: Conversion symptoms; in Mac Bryde, C.M. Blacklow, R.S. (eds): *Signs and Symptoms*. Philadelphia, Lippincott 650-659.
22. FAVA GA, et al: Diagnostic criteria for use in Psychosomatic research. *Psychother Psychosom* 1995;63:1-8.
23. FAVA GA: Irritable mood and physical illness. *Stress Med* 1987; 3:293-9.
24. SNAITH RP, TAYLOR CM: Irritability. *Br J Psychiatry* 1985;147: 127-36.
25. SCHMALE AH: Giving up as a final common pathway of changes in health. *Adv Psychosom Med* 1972;7:20-40.
26. LIPOWSKI ZJ: Somatization. *Psychother Psychosom* 1987;47:160-7.
27. HALLIDAY JL: The significance of the concept of a psychosomatic affection. *Psychosom Med* 1945;7:240-5.