

SOMATIZAÇÃO FUNCIONAL

Uma Revisão do Conceito

Cristina FABIÃO, Manuela FLEMING, António BARBOSA

RESUMO

Os autores reúnem e analisam textos sobre a história do conceito de histeria. Nesses textos a histeria é fundamentalmente considerada uma patologia de origem orgânica (uterina) e, na Idade Média, evidência de possessão demoníaca. Do século XVII em diante, para além das concepções etiopatogénicas, são também considerados os aspectos ligados ao diagnóstico diferencial com outras entidades afins e à terapêutica utilizada em cada época. Mesmo nos séculos seguintes, raros são os autores que, como Sydenham, consideram a histeria uma entidade multidimensional.

O empiricismo propiciou descobertas na biologia e fisiologia, gerais e do sistema nervoso, e deu origem à formulação das Teorias da Irritação da Espinal Medula e Reflexa. Estas teorias conduziram a tratamentos estritamente orgânicos da histeria, como foram as histerecptomias para alívio dos sintomas somáticos ligados a esta patologia.

A introdução da hipnose nos meios médicos, levada a cabo por Charcot, no século XIX, permitiu a observação do elemento da sugestão (elemento não orgânico) que acompanha os sintomas da histeria. Dois dos seus discípulos, Janet e Freud, vão definir e isolar mecanismos psíquicos do sintoma histérico: a dissociação da consciência (Janet) e a conversão (Freud). Este último desenvolveu um método terapêutico de natureza psicológica.

São discutidas as implicações terapêuticas e a pertinência da distinção entre somatização inespecífica ou funcional (de origem somática) e somatização ligada aos mecanismos da dissociação e conversão (de origem psíquica), bem como a evolução dos sistemas internacionais classificativos da somatização e as questões levantadas pelos algoritmos escolhidos para a arrumação dos sintomas.

Faz-se uma revisão dos estudos empíricos relevantes sobre a natureza da associação da somatização com as perturbações depressivas e ansiosas, na população geral.

Enumeram-se um conjunto de características que permanecem nas descrições clínicas destas entidades nosográficas e que não estão integradas nos critérios diagnósticos das perturbações somatoformes, cuja validade de critério permanece fraca.

Extraem-se conclusões sobre as dificuldades e consequências das mudanças defendidas por alguns autores relativamente a novas arrumações nosográficas das síndromes somatoformes.

C.F., M.F.: Departamento de Ciências do Comportamento. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS). Universidade do Porto. Porto. Portugal.

A.B.: Centro de Bioética. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Lisboa. Portugal.

© 2011 CELOM

SUMMARY

FUNCTIONAL SOMATIZATION A Conceptual Review

The authors have brought together and analysed texts about the history of the concept of hysteria. In these texts hysteria is fundamentally considered a disease of organic origin (of the womb), and, in the Middle Ages, evidence of demonic possession. From the XVII century onwards, apart from the etiopathogenic concepts, also taken into consideration are aspects connected to the differential diagnosis with other similar entities and the therapy used in each period. Even, in subsequent centuries, authors such as Sydenham, who consider hysteria to be a multidimensional entity, are rare.

Empiricism has contributed to discoveries in biology and physiology, both general and of the nervous system itself, and given birth to the formulation of the Spinal Irritation Theory and Reflex Theory. These theories have led to strictly organic treatment of hysteria, in the same way that hysterectomies were performed to alleviate somatic symptoms connected to this disease.

The introduction of hypnosis in medical practice, with Charcot in XIX century, allowed for the element of suggestion to be observed (a non organic element) which accompanies the symptoms of hysteria. Two of his disciples, Janet and Freud, would define and isolate psychic mechanisms in the symptoms of hysteria: Dissociation of the consciousness (Janet) and Conversion (Freud). The last one developed a therapeutic method of a psychological nature for hysteria.

The therapeutic implications and the pertinence of the distinction between unspecific somatization or functional (of somatic origin) somatization and somatization linked to disassociation mechanisms and conversion (psychic origin) are discussed as well as the evolution of international classification systems of somatization and the questions posed by the algorithms chosen for the cataloguing of symptoms.

A revision of the relevant empirical studies about the association of somatization with depressive and anxiety disorders, within the general population, is made.

The characteristics that permeate the clinical descriptions of somatoform disorders (whose validity criteria remain weak) and are not integrated within the diagnostic criteria for somatoform disorders are considered.

We draw conclusions about the difficulties and consequences of the changes that some authors advocate in relation to the new classification system for somatoform syndromes.

INTRODUÇÃO

Ao longo da história tem sido difícil distinguir entre as várias formas de perturbações somatoformes (PSF) e outras síndromes afins. Ainda hoje, os estudos publicados referem as dificuldades relacionadas com a distinção entre somatização, hipocondria, neurastenia (actual síndrome de fadiga crónica), perturbações dissociativas, perturbação conversiva, perturbações da adaptação e da personalidade com sintomas somatoformes e perturbações factícias. Estas dificuldades persistem, apesar de já serem válidas,

e bastante próximas das que são aceites actualmente, definições antigas de alguns destes conceitos clínicos, como é, por exemplo o caso da definição de hipocondria, através da qual Sims, em 1799, diferenciava este quadro da histeria e da melancolia: os doentes hipocondríacos estariam numa situação em que *praticamente toda a sua mente era preenchida com [preocupações sobre] o estado da sua saúde, que eles imaginam que é infinitamente pior do que [de facto] é*¹.

Do ponto de vista clínico, existem zonas de transição entre os conceitos nosográficos referidos e casos que apresen-

tam mais do que uma das síndromes mencionadas, isto é, populações que apresentam comorbilidades, como se tornará saliente, ao longo desta revisão.

Contudo, procuraremos delimitar apenas o conceito de somatização funcional, diferenciando-o e inventariando as afinidades existentes com alguns dos restantes quadros referidos.

A somatização funcional esteve integrada no quadro clínico da histeria até à DSM-II (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-II)².

HISTÓRIA DO CONCEITO

O útero como Factor Etiológico - I (Antiguidade)

Existem textos egípcios, datados de 1900 A. C., que atribuem a etiologia da histeria ao deslocamento ou migração, através do corpo, do útero³.

Hipócrates (460-370 A. C.) situava a origem das doenças mentais no cérebro e contribuiu enormemente para separar a medicina clínica das crenças religiosas³ enfatizando a prioridade que devia ser atribuída à observação dos doentes. Contudo, pensava que a histeria tinha origem no útero, que secaria e perderia peso devido à abstinência sexual. Procuraria, então, recuperar, *subindo* em direcção ao abdómen, o hipocôndrio, o coração e a garganta, provocando directamente os sintomas comuns no quadro da histeria, incluindo o *globus histericus*, pela pressão que causava a sua migração para esta região⁴.

O modelo de Platão (429-347 A. C.) compreendia o espírito dividido em três secções, dispostas hierarquicamente: o desejo, com sede na região pélvica, as emoções, com sede no coração, e o conhecimento, com sede no encéfalo^{3,5}. Em relação à histeria, Platão escreveu que *a matriz é um animal que deseja ardentemente engendrar crianças. Quando permanece muito tempo estéril depois da puberdade, tem dificuldade em suportá-lo, indigna-se, percorre todo o corpo, obstruindo saídas do ar, parando a respiração, lançando o corpo em perigos extremos e ocasionalmente várias doenças, até que o desejo e o amor reúnam o homem e a mulher e façam nascer um fruto*⁶. A concepção de que o útero seria um *animal vivo* no interior do corpo feminino atravessou os séculos e podia ainda detectar-se nas narrativas populares de algumas regiões europeias no século XX e nas fichas clínicas de doentes dessas regiões⁷. Existem inúmeros relatos de intervenções *cirúrgicas*, que baseando-se na sugestão, consistiam na simulação, por parte dos médicos, da extracção do corpo da mulher do suposto animal (em algumas regiões e casos, um sapo)⁷. Galeno (129-199) entendia que o útero produzia uma secreção análoga ao sémen e a sua estase, na ausência

de actividade sexual, causaria os sintomas na histeria. A retenção da secreção seminal teria uma acção tóxica no sangue e arrefeceria o corpo dando origem às crises hísticas, que podiam igualmente acontecer no homem, em virtude da retenção do sémen⁴. As teorias de Galeno sobre a histeria vão manter-se como válidas durante cerca de um milénio³.

A Histeria como Possessão Demoníaca

Alguns autores⁴ atribuem às ideias de Santo Agostinho (354-430) sobre a vontade, que terão exercido uma prolongadíssima influência na igreja e sociedade medievais³, a responsabilidade pelo facto de a Inquisição, instituída no século XIII³, perspectivar os sintomas da histeria como manifestação de um pacto voluntariamente assinado com o demónio. O tratamento seria do âmbito da teologia e dos exorcistas. As consequências práticas destes postulados foram a morte na fogueira de pessoas com histeria⁴. Existem relatos dos esforços desenvolvidos por médicos, no início do século XVII, para tentar salvar jovens mulheres da condenação a este tipo de morte, pelas autoridades religiosas, alegando que eram portadoras dos sintomas da histeria⁴.

Na primeira metade do século XVII, numa região em que as guerras religiosas do século anterior tinham deixado marcas (Loudun, França) assiste-se a uma explosão de casos de *possessões*, sobretudo no convento da recém-criada Ordem das Ursulinas. Este fenómeno terá inclusivamente atraído visitantes...constava-se que era frequente verem-se pessoas *a voar sobre o pináculo das igrejas*. No inventário das monjas identificadas como estando *possuídas*, vem sempre referido o sítio onde se encontrava alojado o demónio ou demónios: *no estômago; sob a anca direita; na parte anterior do cérebro; vai e vem em todas as partes do corpo; alojado sobre o coração, na omoplata direita, obcecada pelo demónio fornicação*, etc⁸. Na resolução da complexa situação criada em Loudun, vemos já implicadas, não só as autoridades eclesiásticas e políticas, mas também autoridades em medicina⁹. Esta é, segundo Michel de Certeau, uma das características que permitem constituir este século como um tempo de charneira em relação ao *corpus* teórico das queixas somáticas e da histeria⁹. A demanda de acolhimento para uma satisfação ideal do desejo, no limite da ligação à realidade, ora com a face de hipo-sexualidade e aura de santidade ora com a face de hiper-sexualidade e *ninfomania*, propicia a intervenção deste tipo de autoridades, muitas vezes solicitadas para fins terapêuticos. Tal demanda ainda hoje se mantém, para alguns autores, como uma das características do quadro¹⁰.

As Mudanças de Paradigma com Início no Século XVII

A partir do século XVII, a secularização da ideia de alma ou de espírito carrega para o âmbito da ciência realidades que eram, até aí, do âmbito da teologia e da filosofia⁵. No final do processo, já no séc. XIX, a noção de psiquismo herda elementos constitutivos do antigo operador que o conceito de alma constituía.

A força vital substituiu-se, no domínio do saber, ao princípio da alma, que no pensamento antigo seria um sistema psicofisiológico⁵. Este desaparecimento da alma e a localização do princípio vital no interior do organismo é uma das características da revolução vitalista que contribuiu para estabelecer a Biologia como uma disciplina⁵. A divisão vai estabelecer-se em torno da questão da origem dessa força, energia ou élan vital: divina e não controlável pelo indivíduo (Stahl, entre outros), ou física e exclusivamente confinada ao corpo, como por exemplo para os pensadores fisicalistas do século XIX¹¹. Segundo as correntes monistas tudo se reduz ao corpo/matéria ou tudo é, finalmente, espírito³, enquanto que, de acordo com as dualistas, corpo e espírito são irreduzíveis, advogando alguns pensadores, como Espinoza, a existência de um paralelismo psico-físico³, e deixando a questão da relação do corpo com o espírito em aberto, sem a pretensão de querer prematuramente definir os locais ou formas do encontro dos dois elementos.

Ao dualismo cartesiano, à luz do qual o corpo era como que um maquinismo cujo funcionamento poderia ser explicado pela física, sendo a alma de natureza divina, e algo externo ao corpo, vêm a suceder-se as ideias de Stahl, posteriormente muito influentes na escola de psicologia alemã do início do séc. XIX, que restabelecem o primado da alma⁵. O corpo ganharia vida apenas pela acção daquela⁵. Segundo Smadja, os postulados de Stahl representariam um sistema psicogenético radical *avant la lettre*⁵. Para este autor, a alma seria o princípio da ordem, mas este conceito de princípio organizador tinha conotações morais. Assim, as desordens ou desregulações que acontecem à pessoa, tanto no âmbito físico como psíquico, decorreriam de desordens da vida moral. Reconhecemos nesta concepção alguns dos elementos presentes ainda na prática e cultura terapêuticas actuais, contra os quais os doentes, particularmente os somatizadores, se insurgem. Alguns investigadores pretendem eliminar este tipo de concepção, antiquíssima e sempre presente, que entende a doença como uma espécie de castigo divino para as desordens do comportamento, que coloniza o diagnóstico de somatização, mudando o nome das perturbações, como acontece agora com o movimento para mudar o nome das perturbações somatoformes¹²⁻¹⁴.

Os Empiricistas Refutam a Etiologia Centrada no Útero - I (século XVII)

Thomas Sydenham (1624-1689), amigo e seguidor das ideias de Locke, acreditava que todo o conhecimento provinha da observação e entendia que se deviam colocar de lado os sistemas e hipóteses filosóficos³, a fim de garantir boas condições de observação dos fenómenos. As suas descrições sobre a histeria foram extensas e abrangentes, holísticas, diríamos hoje. Concluiu que a histeria era uma afecção multifactorial, determinada por factores físicos e psicológicos, incluindo os familiares, podendo ocorrer nos dois sexos. Estava inteirado da interacção entre factores pessoais e constrangimentos sociais no desencadear dos sintomas. Quanto à descrição do quadro, referiu que a histeria era uma patologia *crónica das mais comuns* e que os sintomas histéricos *podem simular praticamente todas as formas sintomáticas das doenças verdadeiramente orgânicas*³. Diferenciava-a da hipocondria (declarando embora que são muito próximas) a qual seria muito mais frequente nos homens¹.

Sims (1799) fez a distinção entre histeria, hipocondria e melancolia. Na histeria o humor seria inconstante (mutável), enquanto que na hipocondria era deprimido¹. Porém, os quadros de hipocondria e histeria definidos pelos dois últimos autores incluíam sintomas depressivos e ansiosos¹. Na sua celebrada nosografia publicada em 1769, William Cullen integrou a classe das neuroses e trouxe firmemente para a teoria das queixas somatoformes o sistema nervoso (contra as teorias que defendiam o útero como a sede da patologia na histeria)⁷. Cunhou o termo de neurose para designar perturbações que não implicavam uma lesão de órgão e que, por isso, *eram imputadas a uma desregulação funcional dos nervos* que regeriam o funcionamento das vísceras. Estas perturbações funcionais nada teriam a ver com a loucura tratada pelos alienistas de então¹⁵.

Útero Como Factor Etiológico - II

Teoria da irritação da espinal medula

O interesse crescente pela investigação do sistema nervoso está na base da perda de influência das teorias que faziam intervir os humores e os fluidos internos na explicação dos sintomas somáticos, tendo aberto caminho para as teorias da irritação da espinal medula e reflexa, que dominaram os meios médicos e psiquiátricos do século XIX⁷. Contudo, veremos adiante como, sob a égide sobretudo da segunda destas teorias, que usava conceitos resultantes da investigação empírica, os órgãos responsabilizados pelos sintomas somáticos não explicados foram novamente o útero e, agora, os ovários e o clítoris.

Entre 1757 e 1766, Haller, um empiricista, publica que as fibras musculares, quando tocadas, encurtavam por momentos e depois se mostravam irritáveis: *a característica da irritabilidade consiste no facto de que um estímulo leve produz um movimento sem proporção com o estímulo e de que [o músculo] continua a fazer o mesmo repetidamente desde que a fibra permaneça viva*³. A partir destas experiências, em 1780, Brown postulava que todos os tecidos eram irritáveis⁷. A doença ocorreria quer quando os tecidos eram pouco excitados, quer quando eram demasiado excitados. Todas as questões epistemológicas e metodológicas inerentes a este *salto* do tecido muscular para o nervoso, e no organismo humano, foram esquecidas, dado que as propostas de Brown tiveram uma enorme receptividade. Este *salto* elevou a *irritabilidade* à categoria de uma entidade patológica sólida⁷. Mas isso só aconteceu porque certos clínicos, como Broussais, depois de 1808, começaram a usar o termo *irritação* e o termo *inflamação* como se sinónimos fossem⁷. Era suposto que a inflamação implicava a existência de lesão orgânica. O tomar os dois termos no mesmo pé corresponderia, hoje, a dizer que os sintomas medicamente inexplicados têm uma explicação orgânica comprovada, tal como tantos doentes somatizadores desejam ouvir. Já no século XIX, existem cartas de médicos, dirigidas às doentes, pedindo desculpa pelo facto de ter ressaltado da consulta havida a ideia de que a origem da perturbação podia ser psíquica⁷.

Nos primeiros anos do séc. XIX, a teoria da *simpatia entre os órgãos* (Galeno) – segundo a qual um órgão doente poderia causar sintomas num outro órgão dele afastado - tinha muitos adeptos⁷. Mas, enquanto que a inflamação poderia ser comprovada no órgão determinante, pela observação dos sinais que a acompanham, o órgão determinante, na irritação produzida noutro órgão, à distância, tinha que ser inferido. Este facto deixava talvez demasiada liberdade ao critério do observador, na decisão sobre qual seria o órgão distante causador da queixa somática⁷. Robert Whytt demonstrou em 1750, através de experiências em animais, que era a espinal medula, e não os gânglios do abdómen, a responsável pela comunicação nervosa, na acção reflexa⁷. Veio a diferenciar os quadros da histeria, da hipocondria e da exaustão nervosa³. Todavia, embora concedesse que as emoções também tinham uma cota parte de responsabilidade, Whytt entendia que os sintomas nervosos resultavam da perturbação dos sistemas nervosos na espinal medula. Poucos anos depois da publicação do seu livro, os doentes chegavam, numerosos, aos consultórios, às termas e demais locais de consulta, queixando-se de que tinham o sistema nervoso tenso e irritável⁷ enquanto que alguns médicos culpavam Whytt por ter feito sofrer do sistema nervoso pes-

soas que, anos antes, *nem saberiam que tinham nervos*³... A evolução da conceptualização que é feita pelas elites e pelos médicos e a sua popularização modula a evolução da sintomatologia na somatização, conformando-a às conceptualizações existentes⁷ e determina ainda o local/instituição apropriado para cuidar e tratar dos casos sintomáticos. As teses da simpatia entre os órgãos e a descoberta da existência do arco reflexo levavam a afirmar que a irritação da medula espinal poderia ocasionar sintomas em locais distantes. Como comprovar que a causa de um sintoma periférico estava de facto sediada na espinal medula? Player, em 1821, publica referência ao facto de ter encontrado *pontos dolorosos* na coluna de algumas das suas doentes, que, até aí, não tinham tido consciência da existência dessa dor (quer dizer que estavam sem sintomas, na coluna, até que a sua atenção foi nela centrada)⁷. Este autor continuou a publicar artigos em que referia a existência de hipersensibilidade, não já em alguns pontos, mas em toda a coluna vertebral, cujo tratamento local permitiria a resolução de afecções *no estômago e em geral*⁷. Para o tratamento local, directamente na pele, sobre a coluna, Player recomendava a aplicação de ventosas, a sangria e a provocação de supuração purulenta pela introdução cirúrgica, na pele, de sedenhos (sedas de cauda de animais ou com outra origem). Este tipo de intervenções, sobretudo se repetidas, levava a que os doentes intervencionados passassem meses e anos imobilizados, no leito⁷. Em 1828, Thomas Brown cunhou o termo de *Irritação da espinal medula* e fazia o diagnóstico da perturbação da seguinte forma: se um doente apresentava dor em alguma zona do corpo, pressionava pontos da coluna (podendo também ser tocados com algo embebido em água quente), até que algum suscitasse a dor de que o doente se queixava, noutro local, assumindo que esta *irradiação distintamente fornecia a conexão entre as duas* [dores]⁷. Nas mulheres, os sintomas estariam relacionados com *a acção peculiar do útero*⁷: algumas cegavam, outras apresentavam vômitos, paralisia dos membros, incapacidade para deglutir sólidos⁷. Apresentavam, outras vezes, marcha instável e joelhos que mal podiam suportar o peso do corpo⁷. A teoria da *irritação da espinal medula* permitia a respeitabilidade de um diagnóstico de doença estritamente orgânica e permitia que, ao abrigo da *simpatia entre os órgãos*, se incluísse de novo o útero na etiopatogenia da doença, ligando a mente, a espinal medula e a pélvis num círculo de relações.

Em 1855, um cirurgião londrino, Frederic Skey, tal como outros médicos seus contemporâneos haviam reconhecido, referia a facilidade com que os doentes histéricos conseguem reproduzir os sintomas neurológicos e observava que certos locais de veraneio estavam repletos de *centenas de*

*mulheres jovens que estavam confinadas à posição de deitadas durante anos, excluídas da sociedade (...) simplesmente porque uma esponja quente lhes tinha suscitado uma sensação de mal-estar, ou se preferirem de dor, numa dada vértebra*⁷.

Teoria Reflexa (Neurose reflexa)

A teoria reflexa, que pode ser encarada como uma variante da teoria anteriormente abordada, comprovadamente defendida tanto por médicos como por médicas⁷, ligou tenazmente o útero ao cérebro (onde antes existia uma relação de *simpatia* entre órgãos era agora observada a manifestação do arco reflexo em acção). O útero, que tinha sido destronado pela coluna, como local de intervenção terapêutica recuperou a centralidade perdida anos antes. Bomberg, em 1857, entendia que era a irritação dos órgãos genitais a responsável pelos sintomas, na histeria. Contudo os órgãos genitais das mulheres estariam *num estado de permanente irritação*, ao contrário do que acontecia nos homens, cujos genitais só ocasionalmente estariam *irritados*⁷. Por essa razão, a histeria apresentava uma frequência mais elevada nas mulheres. Laycock (1846) localizava a irritação nos ovários⁷. Estes pressupostos determinaram a massificação da histerectomia, da ovariectomia e da clitoridectomia ou cauterização do clítoris como tratamento das crises e sintomas histéricos, nas mulheres, a partir da puberdade. A primeira das intervenções era ainda efectuada nos Estados Unidos, com esta indicação, durante o primeiro quartel do século XX⁴. Para proceder a este tipo de ablações, o quadro de pessoal dos asilos psiquiátricos compreendia ginecologistas⁷. Os meios técnicos sofisticados dos séculos XIX e XX permitiram a erradicação do órgão considerado o responsável pelos sintomas histéricos, desde a antiguidade. No final do século XIX, foram escritos artigos científicos que atribuíam ao útero inúmeras doenças do foro oftalmológico, e, quase todo o tipo de doenças⁷. Um dos últimos capítulos da teoria reflexa foi o dos tratamentos em otorrino-laringologia, para controlo dos sintomas histéricos, celebrizados pela correspondência entre Freud e Fliess⁷.

Simultaneamente, alguns clínicos estariam mais cientes da contribuição da vertente psicogénica na manifestação dos sintomas. Atribuíam a convicção existente em tantas doentes de que tinham doença pélvica à sugestibilidade⁷. Advogavam que o tratamento deveria consistir em desfocar a atenção do doente em relação à doença e que, em muitos casos, o médico deveria abster-se de intervir⁷. Estão documentados casos em que a procura obstinada da operação pélvica era o principal sintoma apresentado e casos de homens (raros) que reclamavam igualmente a

castração⁷.

Segundo Shorter (2002), desde o momento em que se descobriram as vias nervosas mediante as quais uma sensação poderia desencadear uma acção involuntária, foi induzido o aparecimento massificado da histeria com sintomatologia motora espectacular, que floresceu nas enfermarias da Salpêtrière, no pontificado de Charcot.

Os empiricistas refutam a etiologia centrada no útero-II (séc. XIX)

Enquanto as teorias da irritação e reflexa estavam no seu apogeu, Paul Briquet publicou, em 1859, o seu tratado sobre a histeria⁶ no qual apresenta conclusões e argumentos provenientes da observação de 430 casos, internados, ao longo de 10 anos e observados por vários médicos, que não discutiriam entre si as opiniões clínicas acerca dos casos observados: 1) a histeria não decorre de patologia uterina; 2) não é pelo facto de possuir um útero que a mulher se desenvolve física e psiquicamente (argumentava com resultados de casos autopsiados por si próprio); 3) a histeria não é exclusiva do género feminino (apresenta casos de homens por si observados) embora as mulheres *estejam expostas 20 vezes mais que os homens*; 4) a histeria seria uma *neurose do encéfalo, cujos fenómenos aparentes consistiriam principalmente na perturbação dos actos vitais que servem para a manifestação das sensações afectivas e das paixões*. Os sintomas da histeria não seriam mais do que *a repetição pura e simples dos actos* e sinais (tonalidades de voz, expressões faciais, gestos, movimentos) que, *aumentados, enfraquecidos ou pervertidos*, costumam *manifestar para o exterior os estados anímicos, as necessidades e os desejos*; 5) Elaborou um inventário de sintomas relacionados com a sensibilidade dolorosa, distribuídos por 22 secções (hiperestesias, dermatalgias, gastralgias, artralgia, hiperestesia das vias respiratórias, cefalalgia, etc), seguidos de secções em que se arrumavam outro tipo de sintomas (espasmos, ataques histéricos, contracções dos músculos, paralisia histérica, etc.)⁶. A observação fenomenológica fina e cuidadosa de Briquet conduzia, contudo, a intervenções terapêuticas organicistas, semelhantes às usadas pelos médicos que seguiam as teorias anteriormente mencionadas, dado o pressuposto de que as alterações da vida mental observadas decorriam de perturbação orgânica do encéfalo⁶.

Na sua definição de histeria, Briquet tinha considerado a heterogeneidade e polimorfismo do quadro, ao afirmar que ele compreenderia *três síndromes: a personalidade histérica; os fenómenos conversivos e os sintomas somáticos crónicos e múltiplos*, isto é, a somatização

funcional¹⁶.

Da histeria como doença mental orgânica (cerebral) à histeria como perturbação mental

Charcot (1825-1893) dedicou grande parte do seu labor científico à investigação das causas da histeria, procurando conformá-la ao modelo anatomo-clínico aceite nas escolas médicas de então. Entendia que a pressão exercida sobre os *pontos histeriformes* poderia sustentar ou provocar um ataque histerico, dando grande destaque à pressão dos ovários, como terapia⁷. Contudo, ao introduzir a hipnose, nos meios médicos do século XIX¹⁵, veio a concluir que, para além de uma fraqueza constitucional com vulnerabilidades neurológicas³, existiam também, e contra as suas hipóteses iniciais, causas psíquicas, no desencadear dos sintomas (que podiam ocorrer através da sugestão)¹⁵. No final da sua vida, declarava que a histeria seria, em grande parte, *uma doença mental*¹⁵. Durante anos postulou que as crises de histeria motoras seguiam sempre a mesma sequência, obedecendo a *leis*. Este tipo de crises terá praticamente deixado de ocorrer após a sua morte e a dispersão dos seus alunos. Charcot tinha o hábito de permitir a entrada de leigos, nos anfiteatros, durante as suas aulas, desconhecedor do efeito que tal procedimento poderia ter na manifestação dos sintomas na histeria⁷. Desconhecia o efeito corrosivo que a evolução da histeria pode ter sobre a imagem pública de um médico, efeito que, no entanto, tinha sido relatado, à data, por vários clínicos⁷ quando referiam o ridículo de verem os seus esforços junto de um doente serem votados ao fracasso, enquanto uma visita do doente a um curioso que usasse a sugestão, poderia eventualmente fazer desaparecer por completo o sintoma⁷. A passagem de Freud, pelas enfermarias da Salpêtrière, bem como a de Janet, influenciou os estudos e teorias posteriores de ambos sobre este tipo de quadros clínicos.

Pierre Janet (1859-1947) entendia que as neuroses resultavam de uma *fraqueza moral particular consistindo na falta de poder, por parte do sujeito, para reunir, condensar a sua realidade psicológica e assimilá-la à personalidade*³. Uma das suas contribuições mais marcantes terá sido a caracterização de alguns fenómenos dissociativos (divisão na personalidade) em virtude da intolerância a experiências dolorosas. Existiria, na histeria, uma retracção no campo da consciência. Contudo, não atribuíam os sintomas à existência de conflito no interior da personalidade, mas à fraqueza constitucional supra-citada³. Quer as teorias de Janet, quer as de Freud vão abrir uma nova etapa nos modelos de compreensão da histeria.

Resumo intercalar da evolução do conceito de somatização

Antes do desenvolvimento das teorias com componente psicogenética vincada, podem colocar-se em evidência alguns características específicas da histeria:

1 - A existência de um elevado número de sintomas somáticos, na ausência de lesão ou mecanismo patofisiológico conhecido. Desde Sydenham esses sintomas foram identificados como podendo mimetizar praticamente todas as doenças orgânicas conhecidas. Paul Briquet, em 1859, publica já uma listagem e sistematização por aparelhos e sistemas dos sintomas somatoformes.

2 - A mimetização dos sintomas perfigura doença orgânica de difícil diagnóstico diferencial, permitindo a colocação dos sintomas nessa margem de ignorância dos médicos, de cada época, que obriga e garante mais facilmente novos e, por vezes prolongados, procedimentos diagnósticos. Por exemplo, a teoria da *irritação da medula espinal* é contemporânea de casos relativamente frequentes de tuberculose óssea com a mesma localização e obrigava a diagnóstico diferencial em relação a esta doença⁷.

3 - A atribuição dos sintomas a uma doença orgânica é, por vezes, acompanhada pelo comportamento anormal de doença, definido por Pilowsky¹⁷. A busca reiterada de tratamentos específicos, que começa a dirigir-se para os médicos, a partir sobretudo do século XVIII, traduz o intenso sofrimento e insatisfação experimentados pelos doentes em causa. Este fenómeno é hoje designado por *Comportamento Anormal de Doente*¹⁷.

4 - O facto de tantos clínicos, filósofos e estudiosos de vários sectores se terem comprometido com uma explicação etiológica da doença, sem que fosse possível a aceitação de um diagnóstico menos ambicioso, meramente sindromático, poderá estar relacionado com a pressão social e individual para que os clínicos formulassem uma explicação (atribuição) para os sintomas. A ser assim, estaria reforçado o impacto do sofrimento e mal-estar sublinhado, no ponto anterior.

5 - Não sendo apanágio exclusivo do sexo feminino, a histeria manifestava-se maioritariamente nas mulheres: 20 casos de mulheres para cada caso masculino, segundo as estimativas de Briquet.

6 - A distinção muito clara, feita pelo menos desde Sims (1799), entre hipocondria e histeria.

7 - Desde o século XVIII, alguns clínicos detectaram a propensão para a sugestibilidade nos doentes que apresentavam sintomas medicamente não explicados. Esta sugestibilidade tornou-se extraordinariamente saliente nas doentes da Salpêtrière, dirigida por Charcot.

8 - Eventualmente a característica enunciada previamente conduz a que batalhões de doentes, que sofrem sem encontrar um coerente sistema de atribuições, esteja disponível, pelo menos desde o século XVIII no contexto da relação médico-doente, para as chamadas doenças da moda, sempre aguardando uma nova nomenclatura que re-introduza a dúvida acerca da organicidade do quadro.

9 - E a etiologia desta entidade nosográfica foi, para a maior parte dos autores, biológica e orgânica. Estes critérios etiológicos revelaram-se inconsistentes e talvez este historial explique uma parte da rejeição dos mentores das classificações actuais em relação à etiologia. Excluindo o critério dos sintomas inexplicados numerosos, só em raros casos (por exemplo, Sydenham) os autores avançam outros critérios clínicos, de natureza psico-social. A dificuldade na validade de critério para a somatização, não é, portanto, uma dificuldade recente.

TEORIAS PSICANALÍTICAS

Freud iniciou a sua carreira de investigador, pela mão de Brücke, uma das figuras proeminentes da Sociedade Fisicalista de Berlim, segundo a qual não existiam *forças activas no organismo que não as forças físico-matemáticas*⁷, mas frequentava as conferências de Brentano, que se opunha às ideias fisicalistas que dominavam as escolas médicas europeias, e traduzia para o alemão o livro de um autor francês que defendia serem os sintomas físicos na histeria resultado da sugestão, Bernheim¹¹. Apesar de o ideário fisicalista (monista) perpassar numa primeira tentativa para explicar a vida psíquica a partir de correntes de *energia vital* que circulavam em estruturas físicas semelhantes aos neurónios¹⁸, viu-se obrigado, posteriormente, a reconhecer que construía os seus modelos no contexto do chamado *paralelismo psico-físico*: trabalhava com dois mundos diferentes que se regiam por leis e pressupostos diferentes (o sistema nervoso e o organismo, por um lado, e o aparelho psíquico ou mental, por outro). Assim, não ignorou os dados de natureza cognitiva, emocional e simbólica, que o método psicanalítico ia permitindo isolar. Ao definir fundamentos para uma alternativa terapêutica não organicista (enquanto aplicava e modificava os conhecimentos acumulados pelas correntes que trabalhavam com a hipnose, nos meios não médicos¹¹ e o método catártico de Breuer¹¹), enveredou por uma teoria explicativa de teor psicogenético mais vincado.

Freud distinguia a histeria (uma psico-neurose), na qual o sintoma teria origem psíquica e seria a expressão simbólica de um conflito sexual infantil recalçado, da neurastenia e hipocondria (neuroses actuais) que eram definidas como

somáticas na sua origem, resultando da acumulação de tensão sexual sem objecto no presente¹⁹, não acessíveis ao método psicanalítico²⁰. O termo *conversão histórica*, proposto por John Ferriar, em 1795²¹, foi retomado e definido por Freud como resultante do recalçamento, na histeria, de certas ideias e pensamentos incompatíveis com a sensibilidade moral da pessoa²². A *energia libidinal* ligada a essa ideia incompatível ou insuportável, seria dissociada da ideia e transformada em sintoma somático. Esta transformação foi designada, por Freud, de conversão²². Os dois tipos de sintomas somáticos (conversivos e neurasténicos) poderiam estar presentes no mesmo sujeito (neuroses mistas)²³. A perturbação conversiva, nas classificações actuais, é a entidade nosológica mais próxima do conceito psicanalítico de conversão histórica. Todos os elementos psíquicos referidos, a propósito da conversão, estão ausentes do conceito de ansiedade somática, própria da neurastenia, no modelo freudiano, que é semelhante ao actual conceito de somatização funcional, segundo o qual nenhum elemento simbólico ou cognitivo faz parte do quadro. A diferenciação entre histeria de conversão e somatização inespecífica deve a sua relevância ao facto de determinar abordagens diferentes, no que respeita à instituição de uma psicoterapia²⁰. Tal distinção perde relevância quando não existe a possibilidade de recurso a este tipo de abordagens terapêuticas. Uma diferenciação entre estes dois tipos de quadros vem a ser retomada e aprofundada com contribuições de vários autores psicanalíticos. Exemplos de estruturas propensas à somatização inespecífica (sem elementos psíquicos associados) seriam os pensamento e funcionamento operatórios, nos quais existiria uma pobreza ao nível da capacidade de fantasiar, de identificar e de expressar sentimentos, bem como uma forte aderência do pensamento e do discurso aos elementos concretos e objectivos da realidade, com o excessivo apagamento da subjectividade (Escola Psicossomática de Paris)²⁴. Outros autores psicanalíticos diferenciavam entre personalidades cujos sintomas se inserem em estruturas capazes de suportar o conflito das instâncias do eu e outras cuja estrutura não atingiu esse nível de diferenciação e em que os sintomas decorreriam de um défice na personalidade, sendo que alguns aspectos deste último tipo de personalidades devem ser entendidos como *paragens* no desenvolvimento cognitivo e afectivo e não tanto em termos de conflito e de defesa²⁵. O termo *somatização* foi cunhado por Steckel, já no início do século XX, e então definido como *a conversão de estados emocionais em sintomas físicos*²¹ dada a existência de uma neurose *profundamente sediada*. Era, assim, ignorada a distinção freudiana entre ansiedade com origem psíquica e atribuível a conflitos inconscientes e

ansiedade com origem somática, inespecífica. Alexander²¹ mantém o conceito freudiano de conversão e defende que as perturbações orgânicas que afectavam órgãos sob o controle do sistema autónomo vegetativo (as *neuroses vegetativas*) seriam a consequência não-simbólica (logo inespecífica) de estados emocionais crónicos. No seu modelo, os conflitos poderiam originar sintomas somáticos não necessariamente através da conversão freudiana. No que diz respeito à hipertensão arterial, por exemplo, os conflitos poderiam aumentar a zanga, mas a hipertensão arterial não surgiria **em vez de** um afecto ligado a uma ideia, era antes o componente fisiológico da zanga²¹. Kohut relata situações clínicas nas quais uma extrema ansiedade de fragmentação parece encontrar alívio e uma sensação de integração do eu através da eclosão dos sintomas somáticos, que seriam, neste caso, uma última defesa contra a ansiedade psicótica de fragmentação²⁶.

A SOMATIZAÇÃO COMO EXPRESSÃO DE MAL-ESTAR SOMÁTICO VERSUS PSÍQUICO: À INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

Em 1968, segundo Lipowsky, a somatização seria *uma tendência para experimentar, conceptualizar e comunicar estados psicológicos sob a forma de sintomas somáticos, mudanças funcionais e metáforas somáticas*², estando implícita uma relação causal entre o sofrimento psicológico e os sintomas somáticos. Mais tarde, o mesmo autor, considerando que *a psicanálise usou o termo somatização para designar um mecanismo de defesa inconsciente e pretendendo definir a somatização de uma forma descritiva, entende-a como uma tendência para experimentar e comunicar ansiedade somática e sintomas não baseados em achados patológicos, para os atribuir a doença física e para procurar ajuda para eles*. Referiu ainda que *os somatizadores experimentam e comunicam experiências que são, de facto, primariamente somáticas e não mal-estar psicológico*¹. Esta alteração do conceito de somatização, feita por Lipowsky, de um polo em que se assume que existem apenas causas psíquicas, para um outro que seria apenas somaticamente fundamentado, ilustra a passagem de um paradigma (a somatização secundária a problemas psicológicos, hoje grosseiramente coincidente com o conceito de *somatização de apresentação*) a outro (a somatização como decorrente da ansiedade somática, hoje designada como funcional). Não considera que existam dois tipos de mecanismos ou processos para a somatização, até num mesmo caso. Coloca um problema de investigação: não tendo sido comprovado, empiricamente, que a somatização seja sempre causada por perturbações

psicológicas e emocionais, que metodologias utilizar para estudar a sua etiologia e a natureza da sua relação com os problemas psicológicos? Estas questões de investigação têm sido analisadas sobretudo nos estudos que investigam a natureza da associação entre somatização e perturbações depressivas e de ansiedade (as perturbações psiquiátricas mais frequentemente estudadas no que respeita à associação com a somatização, nos Cuidados Primários (CP).

O problema da determinação da queixa somática

Bridges e Golbeg, em 1985, entendiam a somatização como resultado de causas e mecanismos psicológicos. No seu estudo de 1985, consideraram como critérios para somatização: 1) o comportamento de repetição de consultas, para problemas orgânicos, quando são exibidos sintomas psiquiátricos (abnormal illness behavior); 2) a atribuição de uma causa somática para o sintoma psiquiátrico (atribuição somática); 3) referência a sintomas psiquiátricos que justifiquem um diagnóstico psiquiátrico (presença de perturbação psiquiátrica); 4) na opinião do “psiquiatra investigador”, o tratamento da perturbação psiquiátrica subjacente conduziria a uma diminuição ou melhoria das queixas somáticas (resposta ao tratamento)²⁷. Na amostra de 500 novos casos, nos CP, 32% são *somatizadores puros* (sem diagnósticos psiquiátricos), ou seja exibem somatização funcional.

Garcia-Campayo et al (1999) procederam a uma revisão de todos os estudos, encontrados através da Medline, que, entre 1985 e 1998, aplicavam os critérios de Bridges e Golderg. A somatização emergiu como um diagnóstico *válido, fiável e estável ao longo do tempo*. Contudo, ao contrário do esperado, não foi possível distinguir os dois grupos, no que respeita a aspectos sócio-demográficos, problemas sociais ou histórias médicas e psiquiátricas. A única diferença demonstrável, entre os somatizadores e os psicologizadores, era a predominância de sintomas e perturbações depressivos entre os psicologizadores. Os dois grupos não apresentavam igualmente diferenças no que respeita aos traços hipocondríacos e ao *locus* de controlo²⁸. A dificuldade em diferenciar os dois tipos de somatização foi encontrada noutros estudos²⁹.

Atribuição da queixa somática: Somatizadores e psicologizadores

Kirmayer e Robbins levaram a cabo um estudo no qual a questão da relação causal entre perturbação psiquiátrica e sintomas somáticos foi investigada empiricamente. Definiram como sintomas somáticos decorrentes de perturbação psiquiátrica os que fossem apresentados por indivíduos que simultaneamente exibissem perturbação depressiva

ou ansiosa. Na amostra de 685 novos casos nos CP, encontraram três tipos de quadros com queixas somáticas: 1) os somatizadores com hipocondria, 7,7%; 2) os somatizadores de apresentação (somatização com perturbações psiquiátricas), 8%; 3) os somatizadores funcionais (nos quais não seriam demonstráveis problemas psicológicos concomitantes com a somatização), 16,6%. As três formas de somatização atingiam uma prevalência total de 26,6% e a comorbilidade entre elas era baixa³⁰. Estes resultados foram replicados por Garcia-Campayo et al, em Espanha. Embora a prevalência total (das três formas de somatização) fosse menor (21,3%), e a comorbilidade entre elas tivesse sido, neste estudo, mais elevada³¹.

Em 1993, Krimayer e Robbins, aprofundam os critérios de Bridges e Goldberg e publicam dados que permitem distinguir entre psicologizadores e somatizadores, no que diz respeito à atribuição conferida aos sintomas físicos medicamente inexplicados, nos CP³². Mas, enquanto que no estudo britânico quem era chamado a distinguir, em relação a cada doente, era o seu médico de família (critério considerado, por alguns, como subjectivo e dependente do sistema de atribuição mais frequente no clínico em causa)², no estudo canadiano quem decide se o caso é de um psicologizador ou não, é o doente, mediante a resposta dada a perguntas estandardizadas. Os psicologizadores são os casos que se apresentam com *pelo menos um problema psico-social*, no seu sistema de atribuições³² e portanto este grupo é mais abrangente que o dos “somatizadores de apresentação” que devem ter uma perturbação psiquiátrica. Geralmente os casos que não se qualifiquem para um diagnóstico psiquiátrico formal, caem no grupo da somatização funcional, e isto acontece a tantos mais destes casos quanto menor for o número de perturbações psiquiátricas pesquisadas nas amostras estudadas. Com a discriminação da somatização funcional, e através de esforços aturados para estabelecer um conceito de somatização unicamente descritivo, e supostamente desligado de teorias, tal como Taylor refere³³ terminou-se na *ressurreição do antigo conceito freudiano das neuroses actuais* com queixas físicas inespecíficas, de origem somática.

Somatização de apresentação e estudos de comorbilidade

Os estudos de comorbilidade das PSF permitem isolar o grupo dos somatizadores de apresentação e estimar a sua prevalência, desde que sejam avaliadas, na mesma amostra, as prevalências relativas das outras perturbações mentais, nomeadamente as perturbações de ansiedade e depressivas. Os padrões de comorbilidade das PSF podem sugerir chaves importantes para a investigação da etiologia das

mesmas e, portanto, para as alterações a fazer na actual classificação deste tipo de patologias³⁴.

Partindo dos dados obtidos num Programa Epidemiológico realizado nos Estados Unidos, Swartz et al³⁴ estimaram que os participantes com um diagnóstico, ao longo da vida, de Perturbação de Somatização (DSM-III) tinham uma probabilidade muito mais alta de ter uma história de perturbações da DSM-III: de pânico, 25 vezes mais, obsessivo-compulsiva, 12 vezes mais, depressão major, 11 vezes mais. Num estudo longitudinal de dois anos, Craig et al compararam a evolução de quatro grupos de doentes dos CP, com critérios semelhantes aos de Bridges e Goldberg. Os somatizadores definiam-se por apresentarem uma perturbação emocional e sintomas físicos que não podiam ser assacados a uma perturbação orgânica (somatização de apresentação). Procuraram reduzir a possibilidade de vieses introduzidos pelos sistemas de atribuição causal dos sintomas, próprios do entrevistador: a decisão sobre se os sintomas eram ou não medicamente inexplicados foi suportada por informação médica objectiva, através da consulta dos processos clínicos dos doentes e o diagnóstico de perturbação psiquiátrica foi aposto mediante o recurso, não a um, mas a dois entrevistadores, que usaram a Present State Examination³⁵. Concluíram que as alterações nos sintomas físicos dos somatizadores reflectiram, de uma forma muito próxima, o seu estado de activação emocional, ficando demonstrada a proximidade, no tempo, das alterações na gravidade quer do sintoma somatoforme quer do problema psico-social³⁵. O conceito de somatização de apresentação indica-nos que existe simultaneidade da queixa somática com uma perturbação depressiva ou ansiosa. O facto de não se afirmar, como Kirmayer e Robbins não afirmam, que existe uma simultaneidade entre uma perturbação somatoforme e uma perturbação depressiva ou ansiosa, parece subentender que o sintoma somatoforme se insere num quadro depressivo ou ansioso e apenas isso. Portanto, só a somatização funcional seria somatização verdadeira e, na somatização de apresentação, estaríamos em presença de uma quadro depressivo ou ansioso, com queixas somáticas, que não foi reconhecido pelo médico. Apesar de nos parecer que esta questão não é explicitamente abordada, ela parece-nos da maior importância. Há que ter em mente que um quadro de somatização crónico, com numerosas e incapacitantes queixas somatoformes (que não atingem contudo os critérios de Perturbação de Somatização), pode ser diagnosticado como *Depressão Major* e não como PSF, caso o indivíduo tenha perdido um sujeito significativo nos últimos 15 dias, mesmo que nunca tenha deprimido antes. Com efeito, quando estão presentes simultaneamente uma perturbação somatoforme e uma perturbação depressiva ou

ansiosa não podem aplicar-se os dois diagnósticos, a não ser nos casos, raros, da Perturbação de Somatização. Tal facto pode decorrer de serem as outras PSF diagnósticos *fracos*, na margem do diagnóstico *forte*, nuclear do grupo, a perturbação de somatização. Porém, podemos perguntar se esta subordinação dos diagnósticos das PSF aos diagnósticos de depressão, decorre de evidência científica ou decorre, eventualmente da maior facilidade em reconhecer clinicamente (e em rastrear) um quadro depressivo ou ansioso, ou de outro tipo de razões.

As questões relacionadas com a natureza da associação deste tipo de diagnósticos perpassam neste debate: será uma relação de causalidade? E, se sim, em que sentido? É a somatização que determina os outros quadros ou, pelo contrário são a ansiedade ou a depressão que precedem a somatização?

Um estudo prospectivo e longitudinal³⁶, desenhado para responder ao tipo de problemas formulados, cobriu um período de cerca de quatro anos e foi realizado numa amostra representativa da população, de idades compreendidas entre os 14 e os 24 anos. Neste estudo, a grande maioria dos casos com somatização (79,8%) tinha simultaneamente, pelo menos, uma outra perturbação mental, avaliada pela M-CIDI (Munich-Composite International Diagnostic Interview). A perturbação de dor somatoforme estava fortemente associada com depressão *major*, perturbação de pânico e perturbação de stress pós-traumático, enquanto que a perturbação conversiva e dissociativa sem outra especificação estavam fortemente associadas às perturbações alimentares. A análise da relação temporal do início das PSF e do início das outras perturbações mentais que lhe eram comórbidas, sugere que a perturbação de dor somatoforme e a somatização são geralmente anteriores, no tempo, indicando que estas perturbações têm uma idade de início mais precoce que a das outras perturbações mentais (especialmente no que se refere às perturbações depressivas e de abuso de substâncias). Esta precedência temporal era menos clara no que se refere às perturbações de ansiedade, estando estes dados em linha com os estudos que encontram uma maior proximidade dos quadros ansiosos em relação à somatização (comparando com os quadros depressivos)³⁷. Participantes com perturbação conversiva ou dissociativa sem outra especificação, geralmente reportavam que a sua PSF tinha tido início depois da perturbação mental que lhe era comórbida³⁶. Quanto ao nível de incapacidades encontrado, os autores reportam que, comparando os participantes com diagnósticos somatoformes com os que exibiam outros problemas mentais, 4,2% dos primeiros tinham estado completamente incapacitados para as actividades da vida diária, pelo menos um dia do último mês,

contra 1% dos participantes pertencentes ao segundo grupo (controlando o efeito das perturbações mentais comórbidas), atestando a diferença ao nível da incapacidade ocasionada pelas PSF, mesmo já nestas idades mais jovens³⁶. Estes dados relativos à associação das PSF com as outras perturbações poderiam fazer pensar na hipótese de haver efectivamente uma precedência, no tempo, das primeiras em relação às segundas (sem com isto poder afirmar-se uma relação causal). Contudo, a análise posterior dos dados, levou Lieb et al³⁴ a referir que não existem dados nem estudos que permitam concluir, com segurança, que haja alguma relação de precedência (e muito menos de causalidade) de um tipo de patologias em relação ao outro e que os resultados existentes sugerem relações temporais *em ambas as direcções*: quer concedendo precedência às PSF, quer sugerindo que as perturbações de ansiedade e depressivas têm capacidade predictiva em relação às PSF.

Somatização funcional

Como se referiu, segundo Kirmayer e Robbins, a somatização funcional define-se pela existência de sintomas medicamente inexplicados, na ausência de perturbação psiquiátrica. Contudo, a definição tem sido aplicada, na esmagadora maioria dos estudos publicados nos CP, entendendo esta ausência de perturbação psiquiátrica, como ausência de perturbação depressiva ou de ansiedade, as mais comuns, neste contexto. Porém, se as psicoses e demências são frequentemente critérios de exclusão das amostras estudadas, o mesmo não acontece em relação às perturbações da personalidade, passíveis de influenciar o teor das queixas somatoformes e que aparecem altamente representadas, pelo menos nas amostras de doentes com perturbação de somatização³⁸.

As várias versões do Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, desde a DSM-III até à DSM-IV-TR, bem como a Classificação de Perturbações Mentais e Comportamentais da ICD-10 classificam, salvo raras excepções, as PSF como somatização funcional, uma vez que não são considerados sintomas psíquicos para as várias entidades nosográficas que o grupo integra. Exceptuando a ICD-10, quando requiere para a Perturbação de Somatização, o Comportamento Anormal de Doente e a Perturbação Conversiva, que deve ser precedida de “conflitos ou outros stressores”, na DSM-IV. O mesmo se pode dizer em relação às formas sub-clínicas ou ditas mais abrangentes: o SSI 4,6³⁹ e a Perturbação Multissomatoforme (MSD, Multisomatiform Disorder)⁴⁰. Apenas a Perturbação Somatoforme Polissintomática (PSD, Polysymptomatic Somatiform Disorder)⁴¹ integra critérios psicológicos e de comportamento. A grande diferença entre a ICD-10 e a

DSM-IV é o facto de a primeira ter colocado a Perturbação Conversiva (para a qual o conceito psicanalítico requeria a existência de dissociação) nas Perturbações Dissociativas e não nas Somatoformes. Este facto, ao arrastar os sintomas pseudo-neurológicos das PSF para as Perturbações Dissociativas, torna a critério para Perturbação de Somatização, na ICD-10, ainda mais restritivo, porque privado daqueles sintomas. Existem estudos actuais que continuam a fundamentar tal procedimento^{42,43}. Em relação à somatização funcional, um dos principais problemas de investigação é a validação dos pontos de corte que permitam a dicotomização das contagens de sintomas somatoformes e, assim, a obtenção de variáveis categoriais e não só contínuas. Para a particularização da forma como foram calculados os pontos de corte em cada sistema classificativo, e da sua evolução nos últimos anos, deve consultar-se o artigo de Gucht, já citado².

Na DSM-IV, a Perturbação de Somatização é definida pela reunião de oito sintomas somatoformes que devem estar distribuídos por quatro secções: gastro-intestinais; pseudo-neurológicos; de dor e sexuais. Na ICD-10, o ponto de corte situa-se nos seis sintomas, pertencentes a pelo menos duas secções de entre as seguintes: gastro-intestinais; cardiovasculares; genito-urinários e relativos à pele ou dolorosos. Os critérios adoptados pela DSM-III, DSM-III-R e DSM-IV têm revelado grande concordância entre si e com os critérios de Feigner, por sua vez decorrentes dos critérios de Briquet, operacionalizados por Perley e Guze, em 1962². Contudo, os critérios da ICD-10 não apresentaram o mesmo nível de concordância com os referidos anteriormente². Dado que os critérios das classificações acima mencionadas não abrangiam um número substancial de doentes com sintomas de somatização, os quais, embora não atingissem os critérios de Perturbação de Somatização, apresentavam níveis altos de incapacidade, foram propostos síndromes somatoformes com critérios não tão restritivos como os da Perturbação de Somatização (já mencionados) com a preocupação de que esses critérios tivessem o mesmo valor predictivo que os da Perturbação de Somatização³⁹⁻⁴¹, cujos pontos de corte foram definidos a partir do nível de incapacidade, consumo de consultas e perda de dias de trabalho^{39,40}.

CONCLUSÃO

Os estudos sobre a somatização, nos CP, não discriminam, habitualmente, entre somatizadores - somatização funcional - e psicologizadores - somatização com perturbação psiquiátrica (Bridges e Golberg, 1985) e/ou atribuição psíquica dos sintomas (Kirmayer e Robbins, 1993). Não

distinguem entre as três formas de somatização (hipocondríaca, funcional e de apresentação) e tomam a somatização no sentido geral. Para juntar às conclusões intercalares, já formuladas, referiremos os pontos seguintes:

➤ A somatização de apresentação não está solidamente definida porque ora se baseia na existência de diagnóstico psiquiátrico ora na existência de mero problema psicológico concomitantes. Além disso, nos estudos existentes, não têm sido incluídas todas as perturbações psiquiátricas. Se isso fosse contemplado, qual seria, então a prevalência deste tipo de somatização no conjunto da somatização geral?

➤ A fraqueza da validade de critério e da validade predictiva, encontradas para a somatização no sentido geral (o que não acontece para as validades convergente e divergente, com resultados mais consistentes em estudos de revisão), pode decorrer do facto de ser este tipo de somatização funcional um fenómeno inespecífico⁴⁴.

➤ A somatização funcional não tendo, na sua origem, um problema psíquico escondido ou *recalcado*, pode manifestar-se dada a existência de um défice na personalidade que poderia traduzir-se em Perturbação do Eixo II. Estes doentes careceriam, então, de uma terapêutica psicológica e não exclusivamente médica. Seria, nesse caso, mais adequado colocar estes diagnósticos nos eixos I e II e não no eixo III, tanto mais que esta decisão terá implicações ao nível do diagnóstico e sobretudo ao nível do *setting* escolhido para o tratamento.

➤ A frequência com que a procura de organicidade e a recusa de um diagnóstico psicológico ocorrem podem estar também relacionadas com défices na personalidade (ao nível cognitivo e simbólico) que atraem o sujeito para explicações *objectivas e concretas*, como os doentes tanto solicitam.

➤ A multidimensionalidade das síndromes somatoformes não é considerada pelas classificações actuais que não incluem características psicológicas, factores interpessoais, características biológicas e de personalidade, bem como, na maior parte das perturbações, aspectos do comportamento anormal de doente.

➤ O discernimento entre perturbação conversiva e somatização funcional, só se justifica, se puderem ser oferecidos meios terapêuticos específicos a cada entidade. Mas são necessários estudos de validação empírica das intervenções psicoterapêuticas, sobretudo não cognitivistas, como as de inspiração psicanalítica⁴⁵.

➤ O debate sobre a etiologia e a classificação das PSF é grandemente influenciado pela disponibilidade de meios terapêuticos existentes nas sociedades e parece revelar uma disputa por estes grupos de doentes, protago-

nizada por várias especialidades médicas (o que se torna mais claro quando se pensa nas perturbações funcionais: fibromialgia, síndrome da fadiga crónica, etc), uma vez que o tipo de tratamento depende do setting⁴⁴.

➤ A inclusão das PSF no grupo das doenças físicas (eixo III) conduzindo a tratamentos puramente físicos, de onde se destacaram ao longo, sobretudo, do último século, voltará a repor a questão do diagnóstico e do tratamento no ponto em que se encontravam há mais de um século.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

REFERÊNCIA

- LIPOWSKI ZJ: Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry* 1988; 145:1358-68
- DE GUCHT V, FISHLER B: Somatization: a Critical Review of Conceptual and Methodological Issues. *Psychosomatics* 2002;43:1-9
- MILLON T: Masters of the Mind. Exploring the Story of Mental Illness from Ancient Times to the New Millennium. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc. 2004
- FINK P: From hysteria to somatisation: a historical perspective. *Nord J Psychiatry* 1996;50(5):353-63
- SMADJA C: Les modèles psychanalytiques de la psychosomatique. Paris: Presses Universitaires de France 2008
- BRIQUET P: Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie. Paris: Baillière & fils 1859
- SHORTER E: From Paralysis to Fatigue. A History of Psychosomatic Illness in the Modern Era. New York: The Free Press 1992
- CERTEAU M: La possession de Loudun. Paris: Gallimard 2005, Folio Histoire n° 139
- DOSSE F: Michel de Certeau. Le marcheur blessé. Paris: La Découverte 2002
- BOLLAS C: Hysteria. London/NY: Routledge 2000
- SYMINGTON N: A experiência analítica. Lisboa: Climepsi Eds 1999
- MAYOU R, KIRMAYER LJ, SIMON G, KROENKE K, SHARPE M: Somatoform Disorders: Time for a New Approach in DSM-V. *Am J Psychiatry* 2005;162:847-55
- STARCEVIC V: Somatoform Disorders and DSM-V: Conceptual and Political Issues in the Debate. *Psychosomatics* 2006;47(4):277-81
- KROENKE K, SHARPE M, SYKES R: Revising the classification of somatoform disorders: key questions and preliminary recommendations. *Psychosomatics* 2007;48(4):277-85
- WIDLÖCHER D: Concept de nevrose. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* 37-300-A-10
- KARVONEN JT: Somatization in Young Adults. The Northern Finland 1966 Birth Cohort Study. *Acta Univ Oul D* 2007;941
- PILOWSKI I: Abnormal Illness Behaviour: a review of the concept and its implications. In: Mchugh S, Vallis TM, eds. *Illness Behavior. A multidisciplinary model*. NY: Plenum Press 1986:391-6
- FREUD S: Projecto para uma Psicologia Científica 1895. In: *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago 1969
- FREUD S: Para uma introdução ao narcisismo 1914. In: *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago 1969
- FREUD S: Conferências introdutórias sobre psicanálise 1916-1917. In: *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago 1969;III
- TAYLOR GJ: Somatization and Conversion: Distinct or Overlapping Constructs? *J Am Acad Psychoanal Dynamic Psychiatry* 2003;31(3):487-508
- FREUD S: As neuro-psicoses de defesa. 1894. In: *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago 1969;III:56
- FREUD S: A sexualidade na etiologia das neuroses 1898. In: *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago 1969;III:249
- MARTY P, M'UZAN M: *La pensée opératoire*. *Rev Franç Psychoanal* 1963;27:1345-56
- STOLOROW R., LACHMANN FM: *Psychoanalysis of developmental arrests. Theory and Treatment*. New York: International Universities Press, Inc. 1980
- KOHUT H: *Análise do Self*. Rio de Janeiro: Imago Editora 1988
- BRIDGES KW, GOLDBERG DP: Somatic presentation of DSM III psychiatric disorders in primary care. *J Psychosom Res* 1985;29:563-9
- GARCIA-CAMPAYO J, SANZ-CARRILLO C: A review of the differences between somatizing and psychologizing patients in primary care. *Int J Psychiatry Med* 1999;29(3):337-45
- VERHAAK PF, TIJHUIS MA: The somatizing patient in general practice. *Int J Psychiatry Med* 1994;24 (2):157-77
- KIRMAYER LJ, ROBBINS JM: Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. *J Nerv Ment Dis* 1991;179: 647-55
- GARCIA-CAMPAYO J, LOBO A, PEREZ-ECHEVERRIA MJ, CAMPOS R: Three forms of somatization presenting in primary care settings in Spain. *J Nerv Ment Dis* 1998;186:554-60
- KIRMAYER LJ, ROBBINS JM, DWORKIND M, YAFFE MJ: Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Am J Psychiatry* 1993;150:734-41
- TAYLOR G: Somatoform Disorders. In: Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. *Disorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press 1997:114-37
- LIEB R, MEINLSCHMIDT G, ARAYA R: Epidemiology of the Association between Somatoform Disorders and Anxiety and Depressive Disorders: an Update. *Psychosom Med* 2007;69(9):860-3
- CRAIG TKJ, BOARDMAN AP, MILLS K et al: The South London Somatisation Study I. *Br J Psychiatry* 1993;163:579-88
- LIEB R, ISENSEE B, VON SYDOW K, WITTCHEN HU: The early developmental stages of psychopathology study (EDSP): a methodological update. *Eur Addict Res* 2000;6:170-82
- KELLNER R: Somatization: Theories and Research. *J Nerv Ment Dis* 1990;178 (3):150-60
- GARCIA-CAMPAYO J, ALDA M, SOBRADIEL N et al: Personality disorders in somatization patients: A controlled study in Spain. *J Psychosom Res* 2007; 62:675-80
- ESCOBAR JI, RUBIO-STIPEEC M, CANINO G, KARNOM: Somatic Symptom Index (SSI): a new and abridged somatization construct. Prevalence and epidemiological correlates in two large community samples. *J Nerv Ment Dis* 1989;177:140-6
- KROENKE K, SPITZER RL, DEGRURY FV et al: Multisomatoform disorder. An alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:352-8
- RIEF W, HILLER W: Toward empirically based criteria for the classification of somatoform disorders. *J Psychosom Res* 1999; 46:507-18
- NIJENHUIS ER: Somatoform dissociation: Major symptoms of dissociative disorders. *J Trauma Dissociation* 2000;1(4):7-32

43. ESPÍRITO SANTO H, PIO-ABREU JL: Dissociative disorders and other psychopathological groups: exploring the differences through the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). Rev Bras Psiquiatr 2007;29 (4):354-8

44. LOWE B, MUNDT C, HERZOG W et al: Validity of Current So-

matoform Disorder Diagnoses: Perspectives for Classification in DSM-V and ICD-11. Psychopathology 2008;41:4-9

45. BARKSKY AJ, BORUS JF: Functional Somatic Syndromes. Ann Intern Med 1999;130: 910-21