

SINTOMA PSICOSSOMÁTICO VS. SINTOMA ORGÂNICO

A má fama da psicossomática

Carolina Baeza-Velasco*

Uma jovem mulher que sofre de múltiplos sintomas músculo-esqueléticos comenta: *“Já encontrei muita cara ruime desprezo pela minha pessoa: me tacharam de hiponcondríaca, não acreditaram na magnitude da minha dor e o que é pior, todos os especialistas que visitei insinuaram que era uma dor funcional ou psicógena...”*.

Os termos psicógeno, funcional e psicossomático, se utilizam em presença de uma manifestação patológica cuja origem não se encontra numa lesão ou alteração orgânica, mas em um transtorno psíquico, ou cuja aparição e desenvolvimento se vêem influenciados de maneira importante por variáveis psicológicas.

Voltando ao comentário anteriormente citado, podíamos aventurarnos a dizer que a mulher dos sintomas músculo-esqueléticos interpreta (e por isso se sente ofendida), que o que lhe disse seu

médico na realidade é: *“nada falha no seu corpo, portanto a senhora está inventando os sintomas...”*.

Este comentário ilustra uma compreensão e uso despectivo do termo psicossomático, frequente não só entre os pacientes, mas também entre os profissionais da saúde. Um estudo observou que o conceito de psicossomática é tratado pejorativamente em 34% de 215 artigos científicos revisados em EEUU e UK, significando com essa palavra algo imaginário ou inventado¹. Se este uso pejorativo do termo se dá entre a comunidade científica, não é de estranhar que a idéia de que os processos psicológicos intervêm de maneira importante nas manifestações patológicas do corpo, seja visto de maneira reticente também por uma grande parte de pacientes, que podem sentir-se não levados a sério se suas queixas físicas são consideradas psicógenas.

*MA, Ph D(c) en Psiquiatria y Psicología Clínica, UAB. Miembro del consejo editorial de CNPs Contacto: cbaeza@neuropsicologia.cl

Parece que os sintomas têm um status segundo sua etiologia; não é o mesmo ter um sintoma de etiologia orgânica que um sintoma de etiologia orgânica pouco clara ou psicossomática. O primeiro goza de um status “privilegiado” com relação ao segundo. De acordo com Pedreira e Menendez², existe uma tendência muito extendida na prática clínica em considerar o sintoma psicossomático como “nervos”, “simulação”, etc., de tal forma que se rebaixa à categoria de “secundário”, “desdenhoso” ou “não científico”. Esta atribuição de “inutilidade”, é atribuída pela medicina tecno-científica, ávida sempre de novidade e exatidão⁸ e cujo paradigma descansa no modelo biomédico. Este modelo considera que qualquer doença se reduz a uma causa (agentes patógenos externos: vírus, infecções, etc. Ou agentes patógenos internos: desequilíbrio bioquímico) que se busca identificar e modificar. Se nutre do ponto de vista cartesiano, que divide as patologias em orgânicas quando um fator físico é identificado, e em funcionais quando este último é desconhecido. O dualismo resultante estabelece uma distinção radical entre doenças médicas e doenças psicológicas. O que é evidente hoje em dia, é que este modelo é limitado³, e insistir nele é esquecer o doente em todas suas dimensões e uma questão fundamental, como é que os processos psicológicos e somáticos ocorrem no mesmo organismo e não são que dois aspectos do mesmo processo⁴.

Nesse cenário, onde vemos que o considerado psicossomático tem esta espécie de “má fama”, é provável que uma parte importante dos pacientes, que recorrem à consulta médica com queixas físicas sem patologia orgânica detectável, levem de não bom grado um encaminhamento por parte do médico à

um profissional da saúde mental. Isso dificulta bastante que os pacientes consultem quem provavelmente devem, por preconceitos, atrasando os diagnósticos e tratamentos mais adequados a cada caso.

Também é certo, que além de preconceitos subjacentes, existe o problema da falta de formação dos médicos em questões de saúde mental, e seguramente, é precisamente essa falta de formação que fomenta os preconceitos. Se bem que lidar com angústias humanas é parte do cotidiano dos médicos e enfermeiras, o certo é que poucos recebem ainda a formação adequada que os capacite a aconselhar à pessoas com problemas emocionais. “*O programa de estudos das escolas de enfermagem e medicina, incluye pouco material sobre a maneira a qual um um profissional da saúde deveria lidar com o estrés e a angústia em qualquer área da medicina. Quando um médico encaminha pacientes angustiados a um assistente social, se existe um, é só pra conseguir transporte, oferecer dinheiro ou obter o consentimento dos parentes*”¹⁰.

Um estudo mostrou que quanto mais persistentes são os pacientes em negar a influência de fatores psicossociais nas somatizações, menor é a probabilidade dos clínicos reconhecer um transtorno psiquiátrico¹³, e os pacientes “somatizadores persistentes” vistos nesse estudo, não são uma porcentagem a desprezar, mas um 25% de 700 pessoas que constituem a amostra. Por outro lado, quando o paciente propõe um discurso “psicologizante” de seus padecimentos, ou seja, que estabelece uma relação entre suas queixas e eventos e/ou aspectos psicossociais, como é de se esperar, o reconhecimento dos transtornos psiquiátricos é maior¹³.

Isso mostra que o estilo da apresentação clínica tem um importante efeito nas taxas de reconhecimento dos problemas emocionais por parte dos clínicos¹⁴. Os pacientes “psicologizantes” não constituem uma maioria (15% no estudo mencionado anteriormente), o que ilustra novamente a necessidade de uma formação em questões psicológicas e psiquiátricas por parte dos profissionais da saúde. É tarefa e responsabilidade do clínico detectar a patologia e encaminhar, se necessário, a um profissional competente, como também facilitar, na medida do possível, uma boa aderência aos tratamentos e sugestões formuladas. Vemos que o discurso do paciente, a apresentação que faz dos seus sintomas, não facilita a tarefa de reconhecimento, com o que se deve aprender a “ler” as diferentes manifestações e expressões da psicopatologia¹².

Vemos que o problemático da falta de formação, os preconceitos (com a consequente estigmatização por todos conhecida em tudo que concerne à psicopatologia) e finalmente esta compreensão pejorativa da influência de fatores psicológicos na doença, vai além de alimentar o velho debate sobre a dualidade mente-corpo; fomenta preconceitos e resistências na população frente à consulta em saúde mental

Os sintomas medicamente inexplicáveis são altamente prevalentes, representam em torno dos 50% de todas as consultas médicas em atenção primária⁵, e os pacientes que o padecem fazem uso desproporcionadamente elevado de recursos sanitários, mostram-se insatisfeitos pela atenção médica recebida que não logra aliviar seus sintomas, tendem a negar a influência psicossocial nos seus sintomas e resistem à derivação psicológica/psiquiátrica⁶.

Com frequência as consequências destes sintomas não são menores, mas diminuem consideravelmente a qualidade de vida de quem o padece e provocam grande angústia. Estes pacientes têm taxas elevadas de licença por doenças, muitas vezes passam mais dias na cama que os pacientes com diversos transtornos médicos maiores e têm superiores taxas de desemprego. Além do mais, estes sintomas inexplicáveis desde o ponto de vista médico, são muitas vezes mais crônicos e mais resistentes que muitos dos sintomas com base orgânica⁶, assim que de trivial não têm nada. Perceber os preconceitos provenientes dos profissionais da saúde, que transmitem essa idéia da “supremacia” do orgânico frente ao psicológico, não ajudará à população a recorrer a quem deve recorrer. Já é motivo de resistência (ainda lamentavelmente) consultar ao psicólogo ou ao psiquiatra quando o motivo da consulta é reconhecido como emocional, ainda mais resistência encontraremos frente à interconsulta psiquiátrica e/ou psicológica quando a queixa é física. Os estudos mostram que os índices de encaminhamento à saúde mental giram entre 1,2 e 4,2%, isso é 10 vezes menos que a prevalência dos transtornos psiquiátricos. 50% - 91% das indicações do interconsultor não são seguidas. Quando as indicações de interconsulta são farmacológicas, estas se cumprem com maior frequência (70%) mas quando se trata de psicoterapia, a indicação de interconsulta se cumpre numa baixíssima porcentagem (12%)¹¹, e lamentavelmente não nos surpreende. O modelo médico está muito interiorizado na população, os pacientes estão acostumados (e inclusive esperam) tratamentos nos que sua atitude é passiva (o fato de que lhes chamemos “pacientes” aos usuários dos serviços de

saúde, é bastante revelador), como ocorre quando seguimos um tratamento farmacológico; aqui se espera o efeito do fármaco e não há uma maior colaboração por parte do paciente que a auto-administração das boas doses prescritas e comparecer às consultas médicas. Nesse sentido, uma psicoterapia requer uma participação ativa, o que envolve mais esforço a diferentes níveis: o custo econômico, tempo, já que inclusive a terapia tem uma duração limitada, se deve assistir a uma série de sessões, e sobretudo compromisso e participação.

A Associação Européia de psiquiatria de vínculo e psicossomática (European Association of Consultation Liaison Psychiatry and Psychosomatics: EACLPP), prepara um documento que tem por objetivo melhorar a qualidade da atenção recebida pelos pacientes que têm “sintomas sem explicação médica”. Neste, apontam como se fez evidente o termo “sintomas inexplicáveis medicamente”, é em si um obstáculo para melhor atenção, sendo difícil de aceitar por alguns pacientes e médicos. E isso devido a que define os sintomas pelo que não são, e não pelo que são, e reflete justamente o pensamento dualista na qual os sintomas são “orgânicos” ou “não orgânicos” / “psicológicos”⁹.

E aprendemos muito bem isso da divisão mente-corpo, divisão que sem dúvida foi útil, já que permitiu avançar no estudo do nosso complexo funcionamento. Divisão útil mas teórica ao fim, e isso custa mais lembrar-se. Na verdade, nenhuma doença é unicamente orgânica ou psíquica³. Quando falamos de psicossomática hoje em dia, não nos referimos tampouco que a psique por si só, sem a participação do somático é capaz de suscitar um transtorno corporal, isso é uma ilusão. Não podemos hoje em dia acreditar numa onipotência do mental, capaz de criar um transtorno somático sem uma predisposição somática⁷. Uma concepção moderna do psicossomático será a adoção de uma visão multidimensional que respeita nossa complexidade humana³. Cada doença deve ser considerada como um transtorno complexo e potencialmente invalidante tanto no plano físico como psicológico, portanto é necesario empreender uma avaliação diagnóstica e uma intervenção que integre estes aspectos³, transmitir esta idéia aos pacientes e às novas gerações de profissionais é um grande desafio.

“O maior erro que se pode cometer no tratamento de doenças é que existam médicos para o corpo e médicos para a alma, quando não é possível separar um do outro (...). É nessa totalidade que devem fixar-se: pois quando o todo está doente, é impossível que uma parte desse todo se encontre sã.”

Fedro (Platón)

REFERÊNCIAS

1. Stone, J., Colyer, M., Feltbower, S., Carson A., & Sharpe, M. (2004). Psychosomatic: A systematic review of its meaning in newspaper articles. *Psychosomatics*, 45;287-290.
2. Pedreira, J.L. & Menendez, F. (1981) El síntoma psicossomático en la infancia: Valoración psicodinámica. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatria* 1, 0: 81-93.
3. Trombini, G. & Baldoni, F. (2005), La Psychosomatique: L'équilibre entre corps et esprit. In Press, Paris.
4. Alexander, F. (1950), La médecine psychosomatique. Ses principes et ses applications, Payot, Paris.
5. Avila, LA.(2006) Somatization or psychosomatics symptoms?, *Psychosomatics*, 47:163– 166.
6. Barsky, A., Orav, E., Bates, D. (2005) Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Arch Gen Psychiatry*. 62:903-910.
7. Chemouni, J. (2005), Psychosomatique de l'enfant et de l'adulte. Armand Colin, Paris.
8. Keller, P-H. (2008), La question psychosomatique. Dunod, Paris.
9. Henningsen, P., Rief, W., Sharpe, M. & White, P. (2010) Is there a better term than "Medically unexplained symptoms"? *Journal of Psychosomatic Research* 68; 5–8.
10. Federacion Mundial por la Salud Mental (2009) Salud Mental en la atención primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental. Retrieved from <http://www.mex.ops-oms.org/documentos/eventos/saludmental09.pdf>
11. Fabrissin J. (n. d.) Eficacia y efectividad de la interconsulta y la psiquiatría de enlace. Retrieved from <http://www.scribd.com/doc/20089750/Eficacia-y-Efectividad-de-Interconsulta-Psiquiatria>
12. Baeza-Velasco, C. & Bulbena, A. (2010). Association entre anxiété et hyperlaxité articulaire: revue de la littérature. *Annales Médico-Psychologiques* 168:263–267.
13. Kirmayer, L., Robbins, J., Dworkind, M. et al. (1993). Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 150:734-741.
14. Kirmayer, L. (2001). Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: implications for diagnosis and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62:22-28.