

PSICOSSOMÁTICA: UMA COMPARAÇÃO ENTRE A VISÃO MÉDICA/ PSIQUIÁTRICA E A PSICOLÓGICA

PSYCHOSOMATIC: A COMPARISON BETWEEN MEDICAL/PSYCHIATRIC AND PSYCHOLOGICAL VISION

¹PINTO, L. B.; ²KOBORI, E. T.

^{1e2}Departamento de Psicologia - Centro Universitário das Faculdades Integradas de Ourinhos

RESUMO

A psicossomática surge de uma visão amplamente traçada por aspectos religiosos e supersticiosos, que considerava o homem como responsável por sua própria doença. A sistematização da medicina estabelece o corpo humano como uma unidade funcional, em que sintomas e a doença possuem relação como uma dificuldade moral, tendo a doença como punição visando a purificação e cura do paciente em seu aspecto moral. A fim de identificar de qual maneira é vista a psicossomática pelo viés médico/psiquiátrico, foram realizadas pesquisas bibliográficas no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5, e a Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10.

Palavras-chave: Psicossomática. Médico. Psiquiatria. Doença. Diagnóstico.

ABSTRACT

The psychosomatic emerges from a widely view traced by religious and superstitious aspects, who regarded man a responsible from his own illness. The systematization of medicine establishes the human body as a functional unit, in which symptoms and the disease have a relationship as a moral difficulty, having the disease as punishment for the purification and healing of the patient in its moral aspect. In order to identify how psychosomatic is seen by the medical/psychiatric bias, bibliographical research was conducted in the Manual Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5, and Classification of mental disorders DSM-5.

Keywords: Psychosomatic. Doctor. Psychiatry. Disease. Diagnosis.

INTRODUÇÃO

O estudo da psicossomática teve seu início na Grécia Antiga e foi influenciado por sua cultura fortemente marcada por traços religiosos e seus deuses portadores de poderes curativos. Havia a noção de que o homem seria constituído não somente do corpo e suas funções, mas também de uma essência imaterial, a alma, que favorece o adoecimento pela perversão dos humores e tendo a cura através do processo de purgação do corpo para a purificação da alma (VOLICH, 2010).

A partir da sistematização da medicina, destaca-se a influência das emoções sobre os órgãos, admitindo o corpo humano como uma unidade funcional e trazendo a constatação da relação entre sintomas somáticos e a doença como uma dificuldade moral ocorrida por uma condição de punição que

visa a purificação. Com a observação no leito do enfermo, bem como suas doenças e suas evoluções de maneira específica, chega-se à conclusão de que é necessário que se tenha uma concepção clara de cada enfermidade e seu curso provável, desta forma, estudando cada paciente de maneira completa (VOLICH, 2000, p. 37).

Em sua estruturação, a psicossomática passa a ser vista pelo viés médico como um conceito de adoecimento através das relações mente-corpo, cuja evolução Mello Filho (1992) cita em três fases:

- a) Fase inicial ou psicanalítica, em que os estudos sobre a gênese inconsciente predominavam, bem como os benefícios secundários do adoecer;
- b) Fase intermediária, que se caracterizou pelo estímulo à pesquisa em homem e animais, principalmente nas pesquisas sobre estresse, influenciada pelo modelo behaviorista;
- c) Fase atual ou multidisciplinar, em que emerge a importância da visão social da psicossomática em que vários profissionais da saúde interagem acerca do tema.

Em comparação à visão médica/psiquiátrica da doença psicossomática, Joyce McDougall (2013, p. 3) cita em sua obra que as causas de sintomas psicológicos se encontram no próprio sujeito, diante de um funcionamento mental que não utiliza linguagem, reagindo ao sofrimento psicológico através de manifestações psicossomáticas, uma vez que o sujeito tende a somatizar quando circunstâncias externas ou internas ultrapassam seus modos de resistência habituais.

METODOLOGIA

Esta pesquisa trata-se de uma revisão bibliográfica sobre a visão médica/psiquiátrica encontrada na Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento CID-10 e Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5, junto de artigos científicos oriundos das plataformas digitais Scielo e Google Acadêmico, assim como obras que pesquisam a origem da psicossomática desde a antiguidade, até a atualidade, analisando assim como o conceito de psicossomática era considerado desde a Grécia Antiga, até a psicossomática psicanalítica de Joyce McDougall.

DESENVOLVIMENTO

Tendo o corpo como um objeto capaz de ser observado a partir de diversas perspectivas, a psicossomática ocorre através do corpo como raiz de qualquer processo psíquico. Após anos de estruturação da psicossomática, a visão médica adota um conceito de adoecimento pelas relações mente-corpo (MELLO FILHO, 1992).

De uma perspectiva histórica, a psicossomática pelo viés médico no Brasil considera o aspecto subjetivo da doença biológica, tendo sido estudada por médicos psiquiatras que atuavam no campo de saúde mental. Inicialmente, a prática foi dirigida apenas por médicos, e foi necessário que outras áreas da saúde fossem abrangidas para que qualquer profissional da saúde atue nesta prática de forma integral, visando estudar a relação mente-corpo favorecida por profissionais comprometidos com o cuidado e dimensão da patologia, a condição do doente, de forma a fazer as orientações fundamentadas, abandonando o aspecto médico original apenas para breves explicações (MELLO FILHO, 1992).

A descrição clínica apresentada no CID-10 (1993) evita o termo “psicossomático”, usando “transtornos somatoformes”. A explicação para esta alteração é a de que o primeiro nome sugere a conclusão de que fatores psicológicos não possuem um papel importante na ocorrência e evolução de doenças que não levam esta nomenclatura. Sendo assim, o CID-10 (1993) exhibe os transtornos somatoformes como uma condição de apresentação repetitiva de sintomas físicos persistentes que não possuem base física, porém mantém íntima relação com eventos desagradáveis e conflituosos.

O CID-10 (1993) descreve no item F45.0 o Transtorno de Somatização, em que os principais aspectos são sintomas físicos múltiplos presentes por muitos anos antes do paciente ser encaminhado para a psiquiatria. A maioria dos pacientes possui grande dificuldade com os serviços médicos devido ao fato das investigações serem infrutíferas. Os sintomas podem ser relacionados a qualquer parte do corpo, desde sensações gastrointestinais desconfortáveis, até alterações cutâneas, sendo estas as mais comuns.

A Organização Mundial da Saúde através do CID-10 (1993) estabelece como requisito definitivo para o diagnóstico a presença de a) pelo menos dois anos de sintoma físico que não possua qualquer explicação; b) recusa em aceitar a falta de diagnóstico médico para a o seu sintoma; c) grau de comprometimento de convívio social e familiar atribuídos às consequências do sintoma.

Ainda é necessário que se faça a diferenciação correta de transtornos físicos, transtornos afetivos, transtornos hipocondríacos e transtornos delirantes. O CID-10 (1993) define o transtorno físico como o paciente com somatização duradoura, dando ênfase às queixas físicas, independente da idade do paciente. Os transtornos afetivos (depressivos) e de ansiedade estão comumente acompanhados dos transtornos de somatização, colocando a idade de 40 anos como o início das manifestações do transtorno depressivo. O transtorno hipocondríaco leva o paciente a pedir diversos diagnósticos de diferentes profissionais da doença subjacente, em contrapartida, teme o uso de medicamentos e seus efeitos colaterais. Já os transtornos delirantes incluem a esquizofrenia com delírios somáticos e transtornos depressivos com delírios hipocondríacos em sua qualidade de crença, apresentando menor quantidade de sintomas físicos e mais constantes. Caso o sintoma possua menos de dois anos, tornam-se menos notáveis e passam a ser classificados no item F45.1, caracterizado como Transtorno Somatoforme Indiferenciado, em que existem múltiplas queixas, persistentes e variadas, mas não possuem um quadro clínico completo característico do transtorno de somatização.

Em seu item F54, o CID-10 (1993) destaca Fatores psicológicos e de comportamento associados a transtornos ou doenças classificadas em outros locais, sendo este com a única definição proveniente do título, demonstrando a dificuldade da medicina e da psiquiatria em fornecer um diagnóstico correto ao que corresponde aos diversos aspectos da psicossomática.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5 (2014) possui um novo conceito diagnóstico baseado em seu modelo antecessor, útil para profissionais de atendimento primário. Para que seja feito o diagnóstico na classe de sintomas somáticos, é preciso que os sintomas tenham relação entre sentimentos, comportamentos e pensamentos anormais, caracterizados não propriamente como um sintoma somático, mas sim da

forma como se apresentam e se interpretam, considerando componentes cognitivos, comportamentais e afetivos para que esta reflexão seja feita de uma forma abrangente.

A diferença apontada entre o CID-10 (1993) e DSM-5 (2014, p.308) é que este último considera “transtorno somatoforme” um termo confuso, utilizando então “transtorno de sintoma somático e transtornos relacionados”, por indicar que a nomenclatura anterior não apresentava clareza, tornando os diagnósticos de difícil entendimento por não disporem uma fronteira diagnóstica. Por possuírem graus variados, não se faz confiável conceder um diagnóstico pelo fato de os sintomas não portarem uma causa médica, uma vez que acabavam sendo vistos de forma pejorativa, como se não fossem reais. Desta forma, a nova classificação do DSM-5 (2014) estabelece o diagnóstico baseado em sintomas somáticos perturbadores associados a sentimentos, comportamentos e pensamentos considerados anormais como resposta ao sintoma.

O DSM-5 (2014) exhibe como um fator que pode contribuir para o transtorno de sintomas somáticos a vulnerabilidade biológica e genética, como indivíduos mais sensíveis a dor, experiências traumáticas precoces, assim como culturas que não valorizam tanto o sofrimento psíquico quanto o sofrimento físico.

É critério diagnóstico do DSM-5 o que se apresenta no item 300.82 (F45.1) como Transtorno de Sintomas Somáticos, sendo estes sintomas causadores de aflição e perturbação da vida diária, assim como comportamentos, sentimentos e pensamentos relacionados aos sintomas somáticos, que aparecem de forma excessiva e persistente acerca da gravidade de seus próprios sintomas. Os altos níveis de ansiedade também estão relacionados aos sintomas, assim como o tempo e energia dedicados as preocupações com a saúde. Embora apresente somente um sintoma, o DSM-5 (2014) coloca como critério diagnóstico o indivíduo portador de diversos provocadores de sofrimento que perturbem a vida diária. Geralmente a dor é localizada e específica, associada ou não a outras condições médicas, uma vez que a falta de explicação para um sintoma não é critério suficiente para a obtenção de um diagnóstico.

Outro critério adotado para o diagnóstico é a preocupação excessiva com doenças, junto à avaliação de seus sintomas físicos como ameaçadores, pensando no pior à própria saúde. Diante deste fator, a qualidade de vida torna-se prejudicada.

Com a grande procura de serviços médicos para o mesmo sintoma, raramente são tratadas as preocupações do indivíduo, visto que o sintoma não corresponde as intervenções médicas realizadas. Devido ao fato de o médico ser o primeiro profissional procurado para investigação e tratamento de sintomas recorrentes, com o surgimento de uma doença psicossomática, o saber médico é desafiado, pois as respostas do paciente não correspondem à proposta de tratamento medicamentoso. Myssior et al. (2008, p. 180) afirma a importância da articulação entre o saber médico e o psicanalítico, pois verifica o funcionamento emocional e a influência da dimensão psíquica frente as questões que proporcionam o adoecimentos.

Como fatores de risco e prognóstico, o DSM-5 destaca que podem ser classificados em temperamentais, ambientais e modificadores de curso:

Temperamentais: O traço de personalidade afetividade negativa (neuroticismo) foi identificado como um fator correlacionado/de risco independente para muitos sintomas somáticos. Ansiedade ou depressão comórbida é um aspecto comum e pode exacerbar os sintomas e a incapacidade.

Ambientais: O transtorno de sintomas somáticos é mais frequente em indivíduos com poucos anos de instrução e baixo nível socioeconômico e nos que tenham sofrido recentemente eventos estressantes na vida.

Modificadores do curso: Sintomas somáticos persistentes estão associados a aspectos demográficos (sexo feminino, idade mais avançada, menos anos de instrução, baixo nível socioeconômico, desemprego), história relatada de abuso sexual ou outra adversidade na infância, doença psiquiátrica crônica ou transtorno psiquiátrico concomitante (depressão, ansiedade, transtorno depressivo persistente [distímia], pânico), estresse social e fatores sociais reforçadores como benefícios obtidos com a doença. Fatores cognitivos que afetam o curso clínico incluem sensibilidade à dor, atenção elevada a sensações corporais e atribuição de sintomas corporais a uma possível doença médica em vez de reconhecê-los como um fenômeno normal ou estresse. (DSM-5, 2014, p. 353).

Mesmo com a diversidade cultural, as questões diagnósticas possuem um padrão similar em relação à procura por reparação do sintoma em busca de tratamento. Em diversas culturas há uma preocupação nos prejuízos causados

pelos sintomas, apesar da generalização entre sintomas somáticos e depressão em todo o mundo (DSM-5, 2014, p. 355).

Os transtornos somatoformes são caracterizados por sintoma físico que sugere uma condição médica. Por ter sua descrição como uma condição médica geral, não são explicados como efeito de uma substância, ou mesmo como transtorno mental, demonstrando ser uma questão de causa necessariamente médica (CAPITÃO; CARVALHO, 2006).

O viés psicanalítico ilustra que o psicossoma provém de fonte interna ou externa, e é passível de manifestar-se ainda na primeira infância, pois se refere a dramas psicológicos incapazes de serem expressos por não possuírem uma representação. Diante do sofrimento psíquico, McDougall (2013) esclarece quando as palavras não carregadas de conteúdo afetivo, não possuem valor simbólico, ou seja, a palavra não carrega o afeto referente, tornando a vulnerabilidade psicossomática aumentada, pois o sujeito se torna passível de somatizar a dor mental quando ocorre a falha de suas defesas habituais frente ao sofrimento psíquico.

Pacientes psicossomáticos se apresentam, conforme McDougall (2013) desenvolve em sua teoria, que o paciente é como um sujeito desafetado, no que se refere as emoções vividas precocemente por seus analisandos, pois tais emoções demonstram ameaças a integridade e identidade. Por este motivo, é ejetado do consciente qualquer resquício de representação carregada de afeto, passando a se comportar como se esta representação jamais tivesse ocorrido. As palavras ficam bloqueadas pelo fato do psiquismo exprimi-las e, desta forma, McDougall (2013) conclui que quando o sujeito não dispõe livremente de palavras, a descarga é ocasionada pelo funcionamento somático.

De acordo com Barreto (2011), o paradigma médico é de ordem organicista, referindo-se a sintomas e tratamentos de um discurso que não condizem com o paciente, o que ocasiona uma relação genérica entre médico e paciente. O saber médico passa a procurar dispositivos disponíveis ao seu alcance a fim de nortear o seu diagnóstico. Desta forma, o paciente não é reconhecido por sua singularidade na medicina, uma vez que o saber médico está relacionado a transtornos, e a psicologia está relacionada a subjetividades.

Partindo da visão médica/psiquiátrica descrita pelos manuais CID-10 e DSM-5, é possível observar a diversa gama de sintomas, contendo vários itens como específicos da psicossomática, assim como a hipocrondria, característica em pacientes que apresentam ansiedade. Conforme cita Torres e Crepaldi (2002), o paciente hipocondríaco é caracterizado como o sujeito com medo do adoecimento, ou então o convicto de estar doente, mas com a hipótese de exclusão de qualquer patologia orgânica, o que indica a necessidade de avaliação médica adequada. Ainda assim, o autor se refere a hipocondria difícil de ser conceituada, pois inclui sintomas como a ansiedade com sua saúde, até a convicção de estar doente e medo da morte, expondo como grande característica a preocupação excessiva com as funções corporais, aproximando-se de transtornos de personalidade, sendo estes fatores apontadores da distância com o psicossoma.

Diante de todos os termos contidos nos manuais, observa-se a falta de um critério específico para que o psicossoma seja descrito e diagnosticado pela medicina como tal. Há uma tentativa de agrupamento de psicopatologias que guardam em seus sintomas a relação psique com o corpo, mas que diferem do que seria o psicossomático pela ótica psicológica, que vão desde sentimentos à hipocondria, passando por sintomas recorrentes de anos até questões temperamentais e ambientais, deixando evidente a falha do campo médico à frente de sintomas que se apresentam como biológicos, mas possuem raízes psíquicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das considerações realizadas, a relação entre o fato de a medicina não adotar critérios específicos para a realização de um diagnóstico satisfatório das manifestações psicossomáticas leva a recorrência da procura por diversos profissionais na tentativa de remediar seu sofrimento. A mudança da nomenclatura, no CID-10, do termo “psicossomático” para “transtornos somatoformes”, foi justificada pelo fato de que o primeiro não contempla outras doenças provenientes de fatores psicológicos relacionados com sintomas no corpo. Em outras palavras, o termo psicossomático não abarca outras psicopatologias que o CID-10 acredita serem da mesma ordem de sintomas.

Já o DSM-5 apresenta que para que o sujeito seja diagnosticado com uma doença psicossomática, deve ser predisposto biológica e geneticamente, e não permite que o sintoma seja critério suficiente para o diagnóstico.

Para que a doença psicossomática possa ser diagnosticada de forma correta, efetiva e satisfatória, deve ser investigada a raiz de processos psíquicos desde a infância, de fatores que foram vividos, mas não são representados por palavras carregadas de afetos, mas aparecem de forma sutil, como atividades sublimadas ou na vida onírica, característicos da visão da psicologia.

REFERÊNCIAS

BARRETO, R. A.. **Humanização da Medicina: Psicanálise, maternagem e estilo de vida.** Estudos de Psicanálise: Belo Horizonte, n. 36, p. 149-155, dez. 2011.

CAPITÃO, C. G.; CARVALHO, E. B. **Psicossomática:** duas abordagens de um mesmo problema. PSIC – Revista de Psicologia da Vetor Editora, v. 7, n. 2, p.21-29, jul-dez, 2006.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. **DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

MCDUGALL, J. **Teatros do corpo:** o psicossoma em psicanálise. São Paulo: Martins Fontes, 2013.

MELLO FILHO, J. **Psicossomática hoje.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

MYSSIOR, S. G.; FONTES, M. J. F.; FERREIRA, R. A.; MARQUES, M. C. O tratamento psicanalítico associado ao tratamento clínico em uma criança com dermatite atópica: o caso R. **Revista Médica de Minas Gerais.** Belo Horizonte, v. 18, n. 18, p. 179-183, jan. 2008.

Organização Mundial da Saúde. **CID-10** Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento. Porto Alegre: Artmed, 1993.

TORRES, A. R; CREPALDI, A. L. Sobre o transtorno de pânico e a hipocondria: uma revisão. **Revista Brasileira de Psiquiatria.** São Paulo, v. 24, n. 3, p. 144-151, jan. 2002.

VOLICH, M. R. **Psicossomática:** de Hipócrates à psicanálise. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.