



SOMATIZAÇÃO

A somatização resulta em queixas físicas sem explicação. A somatização vai de sintomas leves relacionados ao estresse à debilitação severa. Os pacientes costumam responder à simples tranquilização, mas aqueles mais comprometidos requerem intervenções especificamente elaboradas para evitar a exposição desnecessária a procedimentos de diagnóstico e tratamentos perigosos, caros e frustrantes. O sofrimento emocional ou as situações de vida difíceis são experimentados como sintomas físicos. Os pacientes que somatizam apresentam-se com queixas físicas para as quais não se encontra explicação fisiológica.

Não se encontrou causa orgânica para avaliação de sintomas comuns, como tonturas, dor no peito ou cansaço. Os pacientes que somatizam passam por uma quantidade enorme de atendimento médico. Estes pacientes geram um custo médico nove vezes maiores que os demais pacientes. Apesar de quantidades substanciais de atendimento médico, os pacientes que somatizam relatam altos níveis de incapacidade e de sofrimento. São pacientes difíceis de tratar.

A somatização é um diagnóstico de exclusão extremamente freqüente. Essa é uma abordagem cara e frustrante para pacientes com queixas múltiplas e crônicas. A somatização não é doença específica, mas um processo com espectro de expressão. Os sintomas incluem exagero de sintomas comuns relacionados ao estresse, como cefaléia, tonturas ou lombalgia que se inicia após uma discussão conjugal, divórcio, traição, desavenças familiares e profissionais ou ainda diante de situações novas como: novo emprego. Também o número e a complexidade dos sintomas, as numerosas avaliações por outros médicos pode ser um sinal para se considerar a somatização como diagnóstico. Aspectos como vários (mais de três) sintomas vagos ou exagerados, freqüentemente em sistemas orgânicos diferentes e evolução crônica (ou seja, história de tais sintomas há mais de dois anos), contribuem para o diagnóstico.

Os pacientes que somatizam têm muitos sintomas em vários sistemas orgânicos e que duram tempo demais. A intensidade dos sintomas costuma chamar a atenção do médico por ser desproporcional com relação ao aspecto saudável do paciente. Transtornos psiquiátricos e psicossociais têm forte associação com transtornos somatoformes. Pacientes com afecções psiquiátricas comuns, como depressão e ansiedade, podem apresentar sintomas somáticos inespecíficos, incluindo cansaço, dores, palpitações, tonturas e náuseas.

Pacientes com transtorno de somatização comumente têm depressão coexistente (até 60%), transtornos ansiosos, como o transtorno do pânico ou o transtorno obsessivo-compulsivo (até 50%), transtornos de personalidade (até 60%) ou



transtorno por abuso de substâncias psicoativas. Pesquisas têm sugerido uma associação entre somatização e uma história de abuso sexual ou físico. A avaliação médica inicial deve incluir uma análise do prontuário e pesquisar se o paciente tem afecções psiquiátricas comuns. Com o passar do tempo, pelo fato de ser uma patologia de pouca resposta ao tratamento medicamentoso, haverá uma deterioração da relação médico-paciente o que implicará numa resistência do paciente de continuar tratando-se com o mesmo médico. Inicia-se o processo de faltar às consultas, visitar outros profissionais, pronto-socorros, hospitais, etc...

Ninguém entende completamente a fisiopatologia da somatização. No entanto, quatro mecanismos psicológicos são frequentemente discutidos:

Amplificação da sensação corporal: preocupações com doença física podem concentrar a atenção do paciente em variações comuns das sensações corporais até o grau em que se tornem perturbadoras e desagradáveis. Estas sensações (sudorese, palpitação, tremor, vômito, ...) fornecem ao paciente uma falsa confirmação sobre a presença de uma patologia. A percepção de tais sensações alteradas então parece exacerbar as preocupações do paciente, o que aumenta ainda mais a ansiedade e amplifica as sensações.

O paciente identificado: quando um sistema familiar está em conflito, identificar uma pessoa como paciente pode fornecer o foco que estabilize o sistema familiar e amenize os sentimentos de ansiedade dentro da família. Os membros sabem como interagir entre si no contexto de doença (chamado "benefício secundário da doença", sob certo aspecto, estar doente é bom para uma dada situação, pois evita a responsabilidade). O médico tem que ter o cuidado de não reforçar esta dinâmica problemática ao concentrar o atendimento médico na incapacidade e na doença do paciente que somatiza. Os familiares costumam ter a tendência de resistir a mudanças de atitude no que diz respeito a supervalorizar os sintomas do paciente, continuar a ter pena, ceder as contínuas demandas de levar ao hospital, proto-socorro, telefonar para o médico inúmeras vezes, dificultando assim a tomada de consciência da paciente de que sua cura depende de uma mudança de atitude. Atitude esta que inclui sair do lugar de vítima e deixar de ter pena de si mesma.

A necessidade de estar doente: nos pacientes que somatizam, as queixas vêm e vão em resposta a situações de estresse, medo, responsabilidade, tomada de atitude. A somatização é a expressão de "dor psíquica" sob a forma de queixas corporais em pessoas que não têm a suficiente maturidade para expressar suas angústias e insatisfações por meio do diálogo. O paciente busca o papel de doente, o que lhe propicia o alívio de expectativas de que os demais lhe cobrem uma atitude (benefício primário) e proporciona atenção, cuidados, compensações financeiras (benefício secundário). Isso não é simulação ("fingir" conscientemente os sintomas) porque o paciente não está ciente do processo pelo qual os sintomas surgem, não consegue afastá-los e sofre com eles.

Dissociação: capacidade da mente de ter experiências sensoriais detalhadas e completas na ausência de estimulação sensorial real. Tais sintomas incluem flashbacks, experiências fora do corpo e despersonalização (sensação como se a pessoa não fosse ela mesma), sensação de dores pelo corpo, partes do corpo se torcendo. São sensações físicas no sistema nervoso central na ausência de estimulação física real.

Os mecanismos que comumente se pensa explicarem tal patologia se volta para a presença de sofrimento emocional reprimido por regras culturais e familiares e



dissociação. É importante para o paciente e seus familiares, procurar descobrir quais são as situações, valores, regras de conduta, frustração que o paciente tem vivenciado e que vai de encontro aos seus reais desejos de autorrealização.

Dr. Maurício Aranha - Médico pela Universidade Federal de Juiz de Fora; Especialista em Neurociência e Saúde Mental pelo Instituto de Neurociências y Salud Mental da Universidade da Catalunya; Pesquisador do Núcleo de Psicologia e Comportamento do Instituto de Ciências Cognitivas. E-mail: ma@icc-br.org

