



**PADRÕES DA REALIDADE PSÍQUICA IMPLICADOS NA GÊNESE SINTOMATOLÓGICA DO TRANSTORNO DE SINTOMAS SOMÁTICOS: UMA ANÁLISE CONCEITUAL E SOBRE A ABORDAGEM CLÍNICA ATUAL****PSYCHIC REALITY PATTERNS IMPLIED IN THE SYMPTOMATOLOGICAL GENESIS OF SOMATIC SYMPTOM DISORDER: A CONCEPTUAL ANALYSIS AND ON THE CURRENT CLINICAL APPROACH**MACHADO, Maicon Santiago Aliaga<sup>1</sup>**RESUMO**

O estudo dos transtornos de sintomas somáticos (SSD) é apresentado neste trabalho desde o âmbito das indagações fenomenológicas da vida psíquica, passando pelos campos das ciências psicológicas e dos questionamentos sobre a complexa relação entre mente e corpo. Os aspectos conceituais da argumentação, elaborada em torno dos problemas da subjetividade e das particularidades mentais do indivíduo, encerram uma estrutura epistemológica previamente proposta na literatura. Os sintomas psíquicos mais frequentes e os correspondentes transtornos de somatização se encontram enumerados na sua forma mais restritiva quanto às descrições mais sistemáticas e critérios diagnósticos, nas revisões do DSM (hoje DSM-V), no CID-10 e no CID-11. A abordagem do conceito diagnóstico foi realizada considerando estes critérios, ao lado dos demonstrativos clínicos e epidemiológicos na atenção primária de saúde. Os dados apontaram uma incidência importante tanto dos quadros de somatização como de patologias a eles associadas.

Palavras chave: Fenomenologia. Mente. Sintomas. Somatização. Clínica.

**ABSTRACT**

The study of somatic symptom disorders (SSD) is presented in this work from the scope of phenomenological inquiries of psychic life, passing through the fields of psychological sciences and questions about the complex relationship between mind and body. The conceptual aspects of the argument elaborated around the problems of subjectivity and the individual's mental particularities enclose an epistemology previously proposed in the literature. The most frequent psychic symptoms and their corresponding somatization disorders are listed in their most restrictive form in terms of more systematic descriptions and diagnostic criteria, in the DSM revisions (today DSM-V), in the ICD-10 and in the ICD-11. The diagnostic concept approach was

---

<sup>1</sup> Graduado em Educação Física pela Fundação Karnig Bazarian (FKB); Pós graduado em Fisiologia das Capacidades Motoras e Bioenergética (FKB-UCC); Especialista em Medicina do Esporte pela Faculdade Unyleya; Especialista em Neurociência e Biologia Celular (UBI, Espanha); Mestrando em Neurociências com área de concentração em Neuropsicologia Clínica pela Universidade ISEP (México). E-mail: mikesanthi054@gmail.com

carried out according to these criteria, along with clinical and epidemiological evidence in primary health care. The data showed a significant incidence of both somatization and associated pathologies.

Keywords: Phenomenology. Mind. Symptoms. Somatization. Clinic.

## 1. INTRODUÇÃO

De acordo com as pesquisas atuais, o transtorno de sintomas somáticos (SSD - Somatic Symptom Disorders), conhecido anteriormente por termos como "transtorno somatoforme" e "transtornos psicossomáticos", enquanto uma resultante de eventos desordenados da fenomenologia psíquica, se mostra dentro de um problema difícil de se resolver. Apesar dos importantes avanços da Medicina nas últimas quatro décadas, ainda não há bases neurobiológicas bem estabelecidas para novos protocolos de pesquisa sobre os estados mentais. Com efeito, os impasses conceituais sobre a relação mente e corpo, além de dificultar a compreensão da singularidade do sujeito psíquico, tornam ainda mais difícil a busca por respostas objetivas para a descrição das origens das sensações corporais, isto é, para a explicação da gênese dos sintomas somáticos.

Como será mostrado ao longo deste trabalho, estudos mais relevantes a respeito das incidências de SSD são os que se implementam na prática médica, em que estes eventos são percebidos, ou, mais particularmente, em contextos nos quais certos casos de perturbações psíquicas associadas com algias e estados psicogênicos se mostram mais evidentes. O levantamento de dados sobre o SSD e transtornos relacionados comumente faz referência a situações mais específicas, fechadas em certas frentes de atenção à saúde que, em geral, se encontram previamente posicionadas para tais detecções, bem como para realizar uma intervenção mais direcionada em casos de pacientes ditos "psicossomáticos". As pesquisas têm por base conceitual, como critérios diagnósticos e padrão descritivo, o DSM (atualmente na quinta revisão - DSM-5), o CID-10 e o CID-11, norteando desse modo as bases para a abordagem das manifestações clínicas associadas a uma ausência patológica primária. Em síntese, os estudos do SSD consideram também a

frequência dos casos registrados de consultas médicas de pacientes sem doença orgânica diagnosticada, além daqueles quadros de somatização que aparecem durante as rotinas de tratamento de outras patologias.

## **2. ASPECTOS CONCEITUAIS E PSICBIOLÓGICOS DO TRANSTORNO DE SINTOMAS SOMÁTICOS (SSD)**

### **2.1. VIDA PSÍQUICA E SUAS VARIÁVEIS FENOMENOLÓGICAS**

A compreensão mais aceita do conceito de *transtorno de sintomas somáticos* (SSD) tem mostrado um maior significado quando considerada a definição fenomenológica de "vida psíquica". As definições correntes, dentre as mais empregadas na literatura médica, comumente não se atêm aos aspectos subjetivos profundos, padrões intransferíveis e estados qualitativos do psiquismo humano, um fato teórico que sempre passa despercebido. Isso implica que a complexidade conceitual deste transtorno não nos permite fazer uma descrição sucinta a respeito dele.

A complexidade das abordagens sobre a vida psíquica, mais comuns nos textos de Psiquiatria, tem sido amplificada nas últimas quatro décadas na tentativa de cobrir lacunas conceituais diversas que, ao final, quase sempre acabam transferindo os problemas para os aspectos ambientais da vivência comum (quando tidos como geradores de ansiedade, estresse emocional, depressão, traumas, mudanças na rotina cotidiana, etc.), os quais em conjunto com os sintomas orgânicos (sensações físicas de dores, mal estar, taquicardias, cansaço contínuo e náusea, entre outros), acabam por compreender, na prática, toda a explicação correntemente aceita (DIMSDALE, 2020a).

A princípio podemos dizer que uma condição existencial contínua, sendo ela típica e intuitiva da individualidade mental, que institui um ente vigilante e, desse modo, da qual procede uma atividade anímica vital, constitui a vida psíquica (BELLO, 2007; BETSCHART, 2016). Trata-se, portanto, não apenas de um potencial consciente que traduz a realidade percebida, mas também de um princípio causal que se expressa na automaticidade implícita da singularidade vital, tal que circunscreve o sujeito psíquico (GOTO, 2013; ALFIERI, 2014).

Em essência, de acordo com levantamentos teóricos recentes comparados com os estudos de numerosos casos clínicos, registrados nas publicações das últimas quatro décadas de literatura médica, sua conjuntura fenomenológica se identifica como clinicamente complexa, variável, diversa, recorrente e modular, incluindo ainda eventos individuais que podem ser classificados, do ponto de vista psicofisiológico, como padrões somáticos intervenientes e, do ponto de vista clínico, endógenos (HAAKON, 2017; COELHO e ÁVILA, 2007; PARKER *et al*, 1984). Partindo destes pressupostos, as citadas manifestações, com suas influências globais sobre a funcionalidade do corpo humano, podem ser definidas ainda, como formações potencialmente oriundas da variabilidade fenomenológica causal de estados anímicos subjacentes à individualidade passiva do sujeito psíquico (MORAES e COSTA, 2020; BICEAGA, 2010).

## 2.2. ENTENDENDO O CONCEITO DE TRANSTORNO DE SINTOMAS SOMÁTICOS

O transtorno de sintomas somáticos (SSD) tem sido frequentemente definido na literatura médica como sendo *sensação de eventos sintomáticos orgânicos, intrusivos e individuais, associados a preocupações excessivas e pensamentos exacerbados sobre o próprio corpo*. De acordo com as revisões dos estudos do comportamento humano realizadas por Alcion Sponholz Junior (2017), o SSD compreende clinicamente um conjunto de eventos corporais sem explicação física, com histórico de visitas e investigações médicas com negativas para estudos físicos (EF) e clínicos (EC), padrões internos de depressão, ansiedade e/ou abuso de substâncias, estados sintomáticos múltiplos e inexplicáveis com amplificação de sensações corporais, tais que podem estar ou não acompanhados de uma dependência orgânica de certos medicamentos (geralmente ansiolíticos e analgésicos) (JUNIOR, 2017). Ou seja, de acordo com esta definição, que reafirma as classificações atuais, estes eventos que, em sua essência são quadros tipicamente somáticos, sem explicação médica de sua etiologia para o diagnóstico definitivo do transtorno e de suas variantes de somatização, constituem manifestações clínicas sintomáticas orgânicas acompanhadas do exacerbo dos processos mentais

associados a estes eventos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020; REED *et al*, 2019). E estes processos mentais exacerbados, por sua vez, caracterizam-se como pensamentos excessivos, quadros de ansiedade, preocupação exagerada e níveis desproporcionais de expectativa e de perturbação emocional diante dos estímulos habituais do ambiente externo (MERK & CO, INC., RAHWAY, 2020).

Além dos processos psicofisiológicos, os mecanismos associados à manifestação de doenças físicas e suas características clínicas passaram, inicialmente, a ser absorvidos, pouco a pouco, como objetos de estudo da Psicanálise e, posteriormente, da Psicopatologia (CUKIERT e PRISZKULNIK, 2000). Contudo, apesar deste fato, ao longo de seu trabalho de teorização, Sigmund Freud preferiu atentar-se ao estudo dos transtornos mentais com maior ênfase, dando às investigações das influências psíquicas como vertentes orgânicas de doenças físicas uma importância secundária (HAYNAL e PASINI, 1983).

De acordo com Lipowski (1998), o Transtorno de Somatização é "a tendência para experienciar e comunicar distúrbios e sintomas somáticos não explicados pelos achados patológicos, atribuí-los a doenças físicas e procurar ajuda médica para eles" (LIPOWSKI, 1998). Este quadro, clinicamente complexo, tem procedência em eventos profundos tais que se apresentam, na maioria dos casos, sob aspectos mais psíquicos e perturbativos e menos funcionais e analisáveis (DIMSDALE, 2020b; FIRST, 2022). Ou seja, geralmente não é possível encontrar, clinicamente, quaisquer correspondentes fisiopatológicos seguros que permitam à Medicina estabelecer uma relação procedimental clara com os sintomas físicos referidos pelo paciente (JORNAL DA USP, 2021).

### **3. OS SINTOMAS SOMÁTICOS E A REALIDADE PSÍQUICA**

#### **3.1. ESTADOS PSÍQUICOS: INTROSPECÇÃO E A GÊNESE FENOMENOLÓGICA DO TRANSTORNO DE SINTOMAS SOMÁTICOS**

De acordo com os estudos realizados por Hobson e McCarley (1977), os *estados psíquicos ou mentais* deveriam ser entendidos como "fenômenos aleatórios",

isto é, padrões de expressão transparentes que, devido à sua autonomia pura, não apresentam relação intrínseca com a funcionalidade do cérebro. Esta concepção aponta para a possibilidade de um agente psíquico mais profundo fazendo a subjetividade emergir, sendo, portanto, impossível ter suas variáveis identificadas por vias neurobiológicas. Outros autores, como Mark Solms (2000) e Stephen LaBerge (1980) tentaram explicar os estados psíquicos explorando os processos mentais dos sonhos e dos padrões do sono.

Para Solms, os sonhos constituem indicadores funcionais do psiquismo individual, que expressam desejos, emoções e afetos, entre outros aspectos instintivos (SOLMS, 2000). Para LaBerge, os padrões de sono têm relação com uma volição funcional da mente, como por exemplo, em um de seus estudos dos sonhos lúcidos com voluntários humanos, ele concluiu que o cérebro passa gradativamente do sono REM para o estado de vigília, modulando a frequência das ondas alfa no lobo occipital, como sinal de processamento de informações visuais no momento em que a pessoa está acordando (LABERGE, 1980).

O que podemos conceber destes estudos é que, na base das manifestações dos eventos aqui exemplificados, se mostra um padrão causal subjacente, evidenciando um estado implícito de interação ininterrupta com a realidade. Este padrão de interação profunda com o mundo fica sempre bem estabelecido em qualquer estudo sobre estados psíquicos ou mentais, independentemente do tipo de abordagem utilizada para decodificar o funcionamento psíquico, apresentando-se como um fenômeno automático, profundo, contínuo e inconsciente.

Com base nestas pesquisas, em estudos relacionados com estes e de acordo com resultados de colaboradores, podemos dizer que as funções emocional, mnésica e pensante se expressam mediante uma sofisticada natureza dinâmica e relacional, através de ações operadas de formas consciente e inconsciente, de acordo com as tendências biogenéticas da individualidade e da introspecção humana (BETSCHART, 2017).

### **3.2. DESCRIÇÃO GERAL DA SINTOMATOLOGIA DO SSD: ASPECTOS SEMIOLÓGICOS SUBJETIVOS E PADRÕES INTRAPSÍQUICOS**

As diversas manifestações clínicas dos quadros sintomáticos de SSD se relacionam frequentemente com o aumento da percepção sensorial de desconfortos e dores viscerais (viscerocepção), alterações fisiológicas dos ritmos vitais cardíacos (FC) e da respiração (FR), alteração da pressão arterial (PA) (barorrecepção) e dos estados disposicionais fundamentais (sensações de fadiga, ansiedade, depressão ou cansaço persistente). Entre os sintomas clássicos mais frequentemente relatados na literatura estão presentes os desconfortos gástricos, intestinais e cardíacos, além das dores abdominais e nas regiões anterior e posterior do tórax (que geralmente se confunde com problemas cardíacos ou infarto do miocárdio) (HOSPITAL SANTA MÔNICA, 2019).

As características clínicas do SSD e transtornos relacionados estão elencados dentro dos quadros clínicos dos transtornos de somatização. Estes incluem os tipos mais comuns de sensações, perturbações e estados mentais que concorrem com as diferentes somatizações. Para uma melhor compreensão destes eventos, incluem também estados mentais que podem agravar outros problemas de saúde já instalados, sendo apresentados aqui como decorrentes fatores psicológicos que se associam com o modo como o paciente interpreta seu próprio estado de saúde física (Tabela 1).

Dentre algumas características clínicas clássicas e determinantes da sintomatologia do SSD e dos desvios de somatização a eles associados, as principais são as seguintes:

1. Resposta desproporcional dos mecanismos neuroviscerais às variações homeostáticas do organismo interno (exagero psicofísico da percepção individual e/ou psicogenia de sensações), que decorrem normalmente do controle visceral pelos setores automáticos do SNA e que podem variar as intensidades de funções como peristaltismo, digestão alta, ritmo respiratório, reflexo simpático [que tem influência sobre os níveis de flatulência] e padrões do trânsito intestinal, entre outros. (DEJOUR, 1998; FINK, 2018).
2. Desadaptação gradual dos processos mentais relativos aos mecanismos sensoriais

de respostas sintomáticas (ex: um simples desconforto muscular pode passar a ser facilmente percebido como uma dor visceral ou em um órgão específico) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993).

3. Inadequação intrínseca dos padrões mentais de percepção das sensações corporais, comprometendo-os como fonte primordial subjetiva de percepção sobre a integridade da saúde física (perda da atribuição segura da função fundamental da dor como um sinal fundamental de alerta para a presença de patologias ou infecções) (MORAES, 2023).

4. Apresentação de sintomas de ansiedade e depressão, acompanhados de medo irracional de uma doença orgânica, sensações exacerbadas de dores e desconfortos, ações excessivamente cuidadosas e pensamentos exagerados e compulsivos sobre o próprio estado de saúde/doença (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 1952).

5. Manifestações de certos sintomas físicos que passam a ser erroneamente interpretados como doenças graves, necessidade de diagnósticos invasivos e, muitas vezes, confundidos com quadros de emergência cirúrgica (muito comuns no caso do Transtorno de Ansiedade por Doença). (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION 2014; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Apesar de o SSD se mostrar mais comum em mulheres jovens, de acordo com a revisão DSM-III-R, a história dos sintomas físicos tem início antes dos 30 anos, com os agravantes problemas de padrões relacionais, psicossociais e quase sempre presentes o uso de medicamento e a procura por consulta médica. Além destes fatos, os critérios diagnósticos incluíram o número mínimo de 13 sintomas físicos para homens e mulheres entre 35 sintomas válidos, com um agrupamento somatoforme (DSM e CID-10), onde os sintomas não podem ser explicados fisicamente, acompanhados de graus de comprometimento das questões sociais e familiares.

As alterações das funções sociais, ocupacionais e pessoais devem aparecer ligadas com oito sintomas, na seguinte forma: sintomas dolorosos (4), gastrointestinais (2), sintoma sexual (1) e sintoma pseudo neurológico (1) (DSM-IV e DSM-IV-TR) (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 1980, 1994 e 2000).

**Tabela 1.** Tipos de transtornos de somatização e interpretação dos respectivos processos psicológicos gerados a partir da fenomenologia do psiquismo individual.

TIPOS FENOMENOLOGIA PSÍQUICA (Terminologia médica <u>oficial</u> ) eventos intrapsíquicos)	DE	TRANSTORNO (Interpretação dos
<p>Presença de <b>perturbação psicológica profunda</b>;</p> <p>Presença de <b>memória social perturbadora</b>;</p> <p>Padrões <b>subjativos complexos, intensos e desenvolvidos</b>; <b>Transtorno de <u>conversão</u> (FND)</b> (Transtorno de sintomas neurológicos interferem funcionais - OMS, 1993; EDWARDS e BHATIA, 2012) <b>psicogênica com paralisias, perda de visão, audição ou da sensibilidade tátil em certas partes do corpo (i.e. eventos inibitórios no SNC).</b></p>	<p><b>inconscientemente</b></p> <p>Padrões sintomáticos graves e que até o ponto de <b>alterar funções</b></p> <p>Ocorrência</p>	
<p>Presença de <b>sensação mental de doença(s)</b>;</p> <p>Presença de <b>desvios do pensamento para o corpo</b>;</p> <p>Padrões subjativos de <b>medo de uma doença grave</b>;</p> <p><b>Preocupações excessivas sobre sensações normais; Transtorno de sintomas somáticos (<u>SSD</u>)</b> estado de saúde; (Trs. psicossomáticos ou <u>somatoformes</u>) próprio estado DSM (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 1952) horas, dias ou semanas; pensamento quanto aos <b>padrões de funcionamento normal do corpo</b> (p.ex. ruídos estomacais normais, interpretados como curso de uma doença no aparelho digestivo).</p>	<p><b>Preocupações <u>irracionais</u> com o Exacerbo do pensamento sobre o de saúde ao longo de Exacerbo do</b></p>	

Construção mental de idéias de doenças cardíacas;

Construção mental de idéias de diversos sintomas;

Projeção imaginativa de sintomas graves (alegar

Transtorno factício (EDIS)  
sangue na urina, diarrréia, etc.);

(Síndrome de Munchausen -  
de idéias de prognósticos;

DIMSDALE, 2020; MANUAL MDS,

fingida de uma doença

2020; AMERICAN PSYCHIATRY

acreditar cada vez mais

ASSOCIATION, 2014)

características clínicas e sua condição médica;

Simbolização inconsciente de dores e ansiedades;

Simulação de história clínica e de novos sintomas.

amigdalite, febre,

Expressão intrapsíquica

Pensamento de imposição

a si próprio, de modo a

nas

Desenvolvimento psíquico de angústias profundas;

Interpretação mental negativa de funções normais

Transtorno de ansiedade por doença (IAD)  
batimentos

(Transtorno Hipocondríaco)

digestivo normal, etc.);

DSM-5 (2014) e CID-11 (WHO, 2018)

ressignificação extrema

do organismo como doenças (p. ex.

cardíacos, desconforto

Simbolização mental de

dos sintomas (medo dos "reais significados" dos

sintomas e pavor à qualquer nova sensação física).

Fatores psicológicos que afetam outros problemas de saúde (MANUAL MDS, 2020)

Em geral, o comportamento cético ou negativo de resposta psíquica a um diagnóstico real de doença física pode agravar um quadro clínico e causar outros. Do mesmo modo, quadros de ansiedade, nervosismo e estresse podem, com o tempo, afetar o desempenho cardíaco e/ou desencadear HTA (hipertensão arterial). Além disso, problemas psicológicos e depressão podem ser instalados após o diagnóstico de uma doença orgânica. Nestes casos são frequentes os casos em que o paciente não dá a importância devida aos sintomas, ao acompanhamento médico e ao tratamento prescrito, o que também pode culminar nos mesmos males aqui listados, além de eventos secundários a estes.

Fontes: MERK & CO, INC., RAHWAY, 2020 (fora dos EUA e Canadá: MANUAL MDS), ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (1993), AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION (1952/2014), WORLD HEALTH ORGANIZATION (2018) e EDWARDS e BATHIA (2012).

## **4. ASPECTOS CLÍNICOS DA INFLUÊNCIA DA SUBJETIVIDADE SOBRE O CORPO**

### **4.1. CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS E DADOS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICOS**

O conhecimento dos critérios diagnósticos do SSD está relacionado com as características clínicas do transtorno, a saber, o modo como se manifestam os sintomas e como cursam seus aspectos psíquicos individuais. Pacientes com SSD se queixam frequentemente de sintomas que tendem a ser múltiplos e perturbadores, interferindo negativamente com as atividades da vida cotidiana (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2014). De modo geral, os sintomas podem ser descritos como exacerbo dos estados atencionais quanto ao significado das sensações corporais, produzindo ansiedades, preocupação excessiva com o estado de saúde próprio e busca frequente por consultas médicas, mesmo após obter diagnósticos negativos para as alegadas doenças físicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Uma vez se situando nas bases clínicas dos sintomas, a identificação de suas variáveis os torna mais factíveis de serem diagnosticados (Tabela 2).

Os critérios diagnósticos podem ser aplicados de acordo com as orientações do DSM-V, especificando-se de modo mais direto e simplificado os tipos de processos mentais e comportamentais que se associam com os sintomas característicos do transtorno somático, tais como: 1. Pensamentos frequentes sobre a possível gravidade dos sintomas; 2. Desenvolvimento de ansiedade excessiva com relação aos sintomas; 3. Desenvolvimento de preocupação exagerada com o estado da própria saúde. De modo geral, os sintomas podem variar ao longo do tempo e sua persistência característica é de mais de seis meses, estando a gravidade do quadro relacionada com as quatro intensidades do transtorno, as quais são definidas de acordo com as variáveis graduais do mesmo (DSM LIBRARY, 2013).

**Tabela 2.** Critério diagnóstico simplificado do transtorno de sintomas somáticos (SSD).

VARIÁVEIS	CLASSIFICAÇÃO DO TRANSTORNO	DESCRIÇÃO DAS ____(INTENSIDADE)
sintoma	Leve ____(1)	Presença de um único
sintomas	Moderado ____(2+)	Presença de dois ou mais
queixas somáticas ____ (=n)	Grave	Presença de múltiplas
grave, tempo de comprometimento	--- Persistente	Presença do quadro mais de 6 meses e psicossocial

Fontes: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016.

De acordo com Daschevi (2014), a prevalência de SSD em adultos é de 5 a 7%, sendo mais frequente em mulheres, apresentando-se juntamente com os transtornos associados. Na atenção primária, os relatos mais comuns das queixas dos pacientes são comumente prejuízos pessoais, laborais e psicossociais (DASCHEVI, 2014). Apesar do fato de não haver até a presente data boas estimativas para registros epidemiológicos fiáveis, é possível afirmar que a prevalência de SSD é maior que a do transtorno apontado no DSM-IV, onde o quadro se limita a dados bem especificados (< 1%). Por outro lado, os casos de transtornos somáticos que se encontram fora do conceito restritivo (ditos somatoformes indiferenciados) apresentam maior incidência na população adulta do que os primeiros (em torno de 19 %).

Uma amostra de 312 pacientes em cuidado primário realizada por Warren e colaboradores (2015), de casos sindrômicos funcionais, apontaram que em torno e 90% dos pacientes com síndrome de fadiga crônica, 77% dos casos de fibromialgia e 69% dos casos de síndrome do intestino irritável não foram diagnosticados com transtornos somáticos pelos médicos atuantes na assistência primária de saúde (WARREN e CLAUW, 2012). Este fato mostra o quanto os critérios disponíveis para o diagnóstico de transtornos somáticos são insuficientes quando se está diante das

variações sintomatológicas dos quadros de SSD, sobretudo em contexto clínico de múltiplas possibilidades de doenças orgânicas com queixas similares.

De acordo com um estudo de Löwe *et al. apud* Afonso (2016, p. 11), além do subdiagnóstico, consequência do problema acima exemplificado, verifica-se ainda a barreira do *overlap* de patologias, o que torna bem mais difícil realizar um diagnóstico adequado e estabelecer um tratamento eficaz (LÖWE *et al*, 2008). Este estudo foi feito no ano de 2008, com a colaboração de 2091 participantes que estavam sendo atendidos em clínicas de cuidados primários nos Estados Unidos da América, através da aplicação de três questionários aprovados pela National Health Survey (NHS). Seu objetivo era fazer o levantamento das incidências de depressão (PHQ-8), de ansiedade (GAD-7) e de somatização (PHQ-15).

De acordo com Löwe *et al.*, todos os casos confirmados de depressão foram de 6,6%. Todos os casos de ansiedade foram de 8,0%. E todos os casos de somatização foram de 9,5% (*apud* AFONSO, 2016, p. 10).

As intersecções dos quadros mostraram a presença da somatização em diferentes proporções em cada uma das patologias. Para a depressão, o estudo apontou em 1,6% dos casos avaliados a presença de transtornos de somatização sem a variante ansiedade, com 2,3% dos casos apresentando ansiedade associada ao transtorno. E 1,7% dos quadros de depressão não apresentaram ansiedade nem somatização associadas. Para a ansiedade, o estudo mostrou ausência de somatização em 1,1% dos casos, 2,3% dos casos junto com transtornos de somatização associados a depressão e 1,2% dos casos com somatização sem apresentar depressão. E 3,4% dos quadros de ansiedade não apresentaram depressão nem somatização associadas. Para a somatização, o estudo mostrou que houve presença de depressão sem ansiedade em 1,6% dos casos, ansiedade sem depressão em 1,2% dos casos de somatização e presença de depressão associada à ansiedade em 2,3% dos casos de transtornos somáticos. E 4,4% de todos os quadros de somatização não apresentaram ansiedade nem depressão associadas ao transtorno. Os dados aqui ordenados estão em conformidade com os resultados apresentados por Löwe *et al. apud* Afonso (2016, p. 10).

De acordo com Haug e colaboradores (2004), os critérios de perturbação de

somatização definidos segundo o DSM-IV (> 12 sintomas) estão presentes em pacientes que majoritariamente não apresentam quadros de ansiedade e depressão tão frequentes, mas que se mostraram na lista dos reais somatizadores, com características alexitímicas (comunicação pobre de sentimentos) ou escassa expressão emocional (HAUG *et al.*, 2004).

Com esta detecção podemos conceber, em contraposição ao DSM-5, que a lista de critérios que exclui sintomas concomitantes em razão da importância individual de poucos, não pode se mostrar capaz de cumprir a relação linear entre a presença do transtorno e o número de sintomas necessários para o diagnóstico adequado (AFONSO, 2016). Significa que o número de sintomas se mostra fundamentalmente importante, de modo a permitir uma caracterização clínica mais fidedigna das perturbações mentais associadas com os transtornos de somatização.

#### 4.3. PERSPECTIVAS PSICOTERAPEUTICAS

As particularidades clínicas dos transtornos de sintomas somáticos (SSD) traduzem as necessidades reais e emergentes de atualização das abordagens, de avanços dos estudos sistemáticos, de análise das teorias existentes, de revisão dos casos clínicos mais frequentes e melhoramento dos critérios diagnósticos, o que inclui também algumas dificuldades que se encontram no DSM-5, dadas as mudanças linguísticas e estruturais operadas recentemente no manual (AFONSO, 2016; RIEF e MARTIN, 2014).

Outro problema muito presente do qual ainda não se tem consciência plena é a ocasião dada às complicações dos quadros de SSD, devido à falta de efetividade da atenção médica integrada aos serviços de saúde mental, fato pelo qual se fizeram necessárias revisões sucessivas dos manuais, tais como DSM-III-R, DSM-IV e DSM-IV-R, respectivamente (MAYOU *et al.*, 2005). De acordo com Gureje e colaboradores (1999), pelo menos 25% dos casos de atenção primária de saúde se devem a queixas de sintomas físicos sem quaisquer correspondentes orgânicos medicamente verificáveis, permanecendo sem explicação clínica (*apud* AFONSO, 2016, p. 4).

**Tabela 3.** Descrição dos aspectos subjetivos (sintomatológicos) e dos aspectos clínicos (do tratamento médico e psicoterapêutico) da abordagem dos transtornos de somatização.

ASPECTOS SUBJETIVOS (Sintomas somáticos)	ASPECTOS CLÍNICOS (Psicoterapia/Tratamento)
<b>Transtorno de sintomas funcionais (FND)</b>	
Psicogênias Atividade psíquica perturbadora Perda da sensibilidade tátil Perda da percepção visual Perda da percepção auditiva Paralisias de membro sup. ou inf. Outros (análogos)	Apoio clínico (Clínica Geral, Psiquiatria/Neuropsiquiatria e/ou Neurologia)  Psicoterapia (Psicologia/Psicanálise e/ou Terapia Cognitivo-Comportamental)
<b>Transtorno de Sintomas Somáticos (SSD)</b>	
Psicogênias Psiquiatria, Atividade psíquica perturbadora Preocupação excessiva com a saúde/doença Sensações corporais de doenças cardíacas Sensações corporais de doenças digestivas Dores corporais, cefaléia, mal estar e fadiga Ansiedade e/ou depressão Outros (análogos ou similares)	Apoio clínico (Clínica Geral ou em caso de tratamento de depressão)  Psicoterapia (Psicologia/Psicanálise e/ou Terapia Cognitivo-Comportamental)
<b>Transtorno factício (FDIS)</b>	
comprovação de Transtornos de ansiedade Transtornos de personalidade Dramatização de sensações Simulação de sensações Outros (similares)	Apoio médico sem eficácia (carece de estudos científicos)  Psicoterapia (especialmente a Terapia Cognitivo-Comportamental)
<b>Transtorno de Ansiedade por Doença (IAD)</b>	
Preocupação exagerada com as sensações Preocupação angustiante com a saúde Problemas com os relacionamentos pessoais Aumento da preocupação a cada nova sensação Medo dos significados dos sintomas físicos Aumento da ansiedade e manias de autoexame Outros (similares)	Apoio clínico (Clínica Geral, Psiquiatria/Neuropsiquiatria e/ou Neurologia)  Psicoterapia (em poucos casos, mediante Terapia Cognitivo-Comportamental)

**Fontes:** AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2014; DSM LIBRARY, 2013; MERK & CO, INC., RAHWAY, 2023; SCHOENBERG, 2007.

Os sintomas somáticos, como demonstrado ao longo deste trabalho, constituem estruturas complexas muito particulares, endógenas e associadas a eventos introjetivos inconscientes e à subjetividade profunda do sujeito psíquico

(PARKER *et al.*, 1984). Os transtornos de somatização, estudados no campo de investigação dos transtornos de sintomas somáticos (SSD) (MANUAL MSD, 2020) e da Medicina Psicossomática (STRAIN, 2017), ainda se mostram como fortes sinônimos de escassez de dados, falta de protocolos, de estudos e análises relativos à subjetividade humana, bem como de critérios diagnósticos mais adequados para identificar, reconhecer e abordar, clínica e cientificamente, os processos mentais relacionados com os sintomas de doenças corporais medicamente não verificáveis (AFONSO, 2016).

Como mostrado na Tabela 3, se nota que as propostas para o tratamento psicoterapêutico se convencionam mais em torno da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), oferecendo assim poucas opções para o acompanhamento do paciente naquelas elaborações mais profundas do psiquismo individual, ligadas a padrões mais particulares da subjetividade. Contudo, na esfera da estruturação psíquica é que se encontra a identidade, a introjeção, a formação do ego e os mecanismos intrínsecos da individuação (JUNG, 1978 e 1986; ERIKSON, 1956).

A importância das abordagens mais profundas do psiquismo inconsciente não anula a propriedade clínica das TCCs para os tratamentos, assim como a aplicação destas não implica abolir a importância daquelas. Além disso, diante de um diagnóstico confirmado de SSD não se deve excluir do paralelismo psicoterapêutico os protocolos de tratamento farmacológico, preservando-se as abordagens concomitantes em saúde mental, especialmente nos casos em que ansiedade e depressão estão associados aos transtornos de somatização (MERK & CO, INC., RAHWAY, 2020). Neste contexto, o ajustamento dos profissionais em uma intervenção colaborativa dos integrantes de uma equipe multidisciplinar ainda se mostra como o caminho mais fidedigno a ser tomado (SCHOENBERG, 2007). A cooperação cuidadosa repartida entre profissionais clínicos generalistas, especialistas (neurologista ou psiquiatra) e daqueles mais indicados para a particularidade de cada caso (psicanalistas, psicólogos e psicoterapeutas), caracteriza o modelo inclusivo mais adequado, equilibrado e humanizado ao paciente, constituindo um acompanhamento mais completo e um atendimento mais personalizado possível em saúde mental.

## 5. CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

A teorização científica e as pesquisas sobre o transtorno de sintomas somáticos (SSD) realizadas ao longo das últimas décadas, tendo como base os dados sintomáticos decorrentes de perturbações psíquicas, tem sido canalizada mediante abordagens fisiológicas ou orgânicas como uma "via verificável" de entrada no campo do diagnóstico de transtornos "mentais" de somatização. Contudo, o problema destas abordagens está na tendência ao mascaramento clínico, isto é, no fato de que tendo um número de sintomas orgânicos sem explicação médica, como critério central para diagnosticar SSD, constitui um padrão relatável do paciente, não um processo de confirmação verificável do profissional clínico.

Isso acomoda uma identificação psicopatológica sobre um quadro somático sem haver um contexto psíquico fielmente rastreado. Ou seja, o que se tem é uma descrição superficial dos estados de psiquismo e das perturbações mentais, que também acabam sendo confinadas no âmbito das interpretações de "variáveis apreciáveis pelos relatos", sem recursos mais visíveis de inferência psiquiátrica (em psicossomática) dos quadros mentais de perturbações, de sofrimentos e conflitos inconscientes no seio do psiquismo. Mesmo os critérios para o diagnóstico restritivo não se mostram capazes de atender a esta expectativa fenomenológica intrínseca, assim como os casos indiferenciados, já que ambos critérios implicam estereotipagem sistemática por repetibilidade objetiva. Este modelo de interpretação, seja na clínica médica ou usado como premissa para o *setting* psicoterapêutico, inviabiliza a compreensão dos padrões mais subjetivos associados à gênese psíquica dos sintomas corporais, assim como se limita ao mero retroalimentismo ideal entre psiquismo e somatização, não havendo, portanto, bases sólidas para se estabelecer o modelo mais fidedigno de acompanhamento ao paciente.

As propostas de pesquisa e dados epidemiológicos estão fundadas em estudos ainda pouco normatizados sobre a incidência de transtornos de sintomas somáticos e transtornos relacionados. Como mostrado ao longo do trabalho, a maioria dos estudos estão restritos ao contexto clínico dos problemas médicos em que o SSD é identificado, juntamente com outras patologias (*overlap*), como ocorre nos casos de transtornos de ansiedade e depressão, sendo estes em geral pouco frequentes relativamente ao

número de quadros confirmados de transtornos de somatização. Desse modo, o consenso científico atual deixa em aberto questionamentos centrais sobre o papel da memória, das sensações corporais e das variáveis psicofísicas no processo subjetivo da formação de ansiedade, depressão e perturbações mentais associadas à somatização.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, Joana Dias. **Perturbação de Sintomas Somáticos: Uma nova abordagem diagnóstica** (Trabalho Final de Mestrado). Faculdade de Medicina de Lisboa. Clínica Universitária de Psiquiatria: Universidade de Lisboa, 2016.

ALFIERI, Francesco. **Pessoa Humana e Singularidade em Edith Stein: uma nova fundação da antropologia filosófica**. São Paulo: Perspectiva, 2014.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. Washington DC: American Psychiatric Association, 1952.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: third edition**. 3. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV**. 4. edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV**. 4. edition text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Highlights fo changes from DSM-IV-TR to DSM-5**. Washington DC: American Psychiatric Association, 2013.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais**. 5a. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BELLO, Ales A. **Phenomenological Hyletics: the animal, the human, the divine**. In: A.-T. Tymieniecka, Phenomenology of life from the animal soul to the human mind: The human soul in the creative transformation of the mind (Vol. 94, pp 3-10). New York: Springer, 2007.

BETSCHART, Christof. **The Individuality of the Human Person**. In: A. Calcagno, Edith Stein: Women, Social-Political Phylosophy, Theology, Metaphysics and Public

History (pp. 73-86). New York: Springer, 2016.

BETSCHART, Christof. **Despliegue y Desarrollo de la Individualidad Personal según Edith Stein**. Steiniana, 2017.

BICEAGA, Victor. **The Concept of Passivity in Husserl's Phenomenology**. New York: Springer, 2010.

CARNEIRO, C. e ABRITTA, S. **Formas de existir: a busca de sentido para a vida**. Rev. abordagem gestalt. vol.14, 2008.

COELHO, C. L. S., and ÁVILA, L. A. **Controvérsias sobre a somatização**. Rev. Psiq. Clin., 2007.

CUKIERT, M. e PRISZKULNIK, L. **O corpo em psicanálise: algumas considerações**. Psychê: Revista de Psicanálise, 2000.

DASCHEVI, E. M. M. S. **Transtorno de sintomas somáticos**. Clínica Pensare: Psiquiatria & Psicologia, 2014. Disponível em: <http://clinicapensare.com.br/transtornos/transtorno-de-sintomas-somaticos/>. Acesso em: Dez. 2022.

DEJOURS, C. **Biologia, Psicanálise e somatização**. In: Volich *et al.* Psicossoma II - Psicossomática Psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

DIMSDALE, J. E. **Considerações gerais sobre o transtorno de sintomas somáticos e transtornos relacionados**. Manual MSD (Avaliação e revisão completa). University of California, San Diego, 2020a.

DIMSDALE, J. E. **Transtornos de sintomas somáticos**. Manual MSD (Avaliação e revisão completa). University of California, San Diego, 2020b.

DSM LIBRARY (2013). **Chapter 9. Somatic Symptom and Related Disorders**. Psychiatry online: American Psychiatric Association Publishing. Disponível em: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9781585624836.jb09>. Acesso em: Fev. 2023.

EDWARDS, M., and BHATIA, K. **Functional (Psychogenic) movement disorders: merging mind and brain**. Lancet Neurol, 2012.

ERIKSON, E. H. (1956). **The problem of ego identity**. Journal of American Psychoanalysis 4 (56-121).

FINK, B. **Introdução clínica à psicanálise lacaniana**. Editora Companhia das Letras, 2018.

FIRST, M. B. **Alterações de comportamento e personalidade**. Manual MSD

(Avaliado clinicamente). Columbia University, 2022.

GOTO, T. A. **A Alma como Realidade Psíquica na Fenomenologia**. Revista Cult, 2013.

HAAKON, Engen. **On the endogenous generation of emotion**. (MPI Series in Human Cognitive and Brain Sciences, 183). Leipzig: Max Planck Institute for Human Cognitive and Brain Sciences, 2017.

HAUG, T. T.; MYKLETUN, A.; DAHI, A. A. **The association between anxiety, depression, and somatic symptoms in a large population: the HUNT-II study**. Psychosom Med, 2004.

HAYNAL, A. e PASINI, W. **Manual de Medicina Psicossomática**. Estante Virtual: Masson, 1983.

HOBSON, J. A., and McCARLEY, R. W. **The brain as a dream state generator: an activation-synthesis hypothesis of the dream process**. The American Journal of Psychiatry, 1977. DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.134.12.1335>.

HOSPITAL SANTA MÔNICA. **Entenda o que são doenças psicossomáticas: qual a origem, sintomas e tratamentos**. Saúde Mental, 2019. Disponível em: <https://amp/s/hospitalsantamonica.com.br/entenda-o-que-são-doencas-psicossomaticas-qual-a-origem-sintomas-e-tratamentos/>. Acesso em: 03 Nov 2022,

JORNAL DA USP - **Na somatização o paciente não consegue diferenciar os sintomas físicos de origem psíquica de doença orgânica**. (Por Brenda Marchiori). Entrevistada: Dra. Bruna Rios (Pesquisadora do Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP (FFCLRP-USP), 2021. Disponível em: <https://jornal.usp.br/?p=412328>. Acesso em: 12 Dez. 2022.

JUNG, C. G. **Eu e o Inconsciente**. Petrópolis: Vozes, 1978.

JUNG, C. G. **Psicologia e Religião Ocidental**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1986.

JUNIOR, A. S. **Transtornos de Sintomas Somáticos e Transtornos Associados**. Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HC-FMRP-USP), 2017. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br>.

LABERGE, S. **Lucid dreaming: An exploratory study of consciousness during sleep**. Doctoral dissertation: Stanford University, 1980.

LIPOWSKI, Zbigniew Jerzy. **Somatization: The concept and its Clinical Application**. American Journal of Psychiatry, 1998. Disponível em: [https://www.scirp.org/\(S\(i43dyn45teexjx455qlt3d2q\)\)/reference/ReferencesPapers.as](https://www.scirp.org/(S(i43dyn45teexjx455qlt3d2q))/reference/ReferencesPapers.as)

[px?ReferencelD=1584505](#). Acesso em: 09 Set, 2022.

LÖWE, B.; SPITZER, R. L.; WILLIAMS, J. B.; MUSSELL, M.; SCHELLBERG, D.; KROENKE, K. **Depression, anxiety, and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment**. Gen Hosp Psychiatry, 2008.

MANUAL MSD. **Versão Saúde para a Família**. Merck & Co, Inc., Rahway, NJ, EUA, 2020 [revisado em out 2020]. Acesso em: 13 Jan. 2023.

MAYOU, R.; KIRMAYER, L. J.; SIMON, G.; KROENTE K.; SHARPE, M. **Somatoform disorders: time for a new approach in DSM-V**. Am J Psychiatry, 2005.

MERK & CO, INC., RAHWAY, NJ, EUA e suas afiliadas. **Manuais MSD (fora dos EUA e Canadá)**, 2020.

MORAES, M. A. **O problema mente-corpo na Psicologia Fenomenológica de Edith Stein: implicações para uma fundamentação da ciência psicológica**. Dissertação de Mestrado - Universidade Federal de Uberlândia. Instituto de Psicologia: Uberlândia, 2016.

MORAES, M. A. B. e COSTA, I. I. **A vida psíquica: seu mecanismo e a constituição do humano enquanto um sujeito psíquico** (v. 24 n. 2). Revista Perspectivas em Psicologia, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.14393/PPv24n2a2020-58264>. Acesso em: 23 Out 2022.

MORAES, P. L. **"Dor"**. Brasil Escola, 2023. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/biologia/dor.htm>. Acesso em: 11 Fev. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PARKER, G.; ABESHOUSE, B.; MOREI, B. *et al.* **Depression in general practice**. Med J Aust 141, 1984.

REED, G.M., FIRST, M.B., KOGAN, C.S., HYMAN, S.E., GUREJE, O., and GAEBEL, W. *et al.* **Innovations and changes in the ICD-11 of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders**. World Psychiatry, 2019.

RIEF, W., and MARTIN, A. **How to use the new DSM-5 somatic symptom disorder diagnosis in research and practice: a critical evaluation and a proposal for modifications**. Annu Rev Clin Psychol, 2014.

SCHOENBERG, P. **Psychosomatics - the uses of psychotherapy**. [Os usos da psicoterapia em psicossomática]. London: Palgrave Macmillan, 2007.

SHOEMAKER, S. **Functionalism and qualia.** In: Block, N. (Org.). Readings in philosophy of psychology. Cambridge: Harvard University Press, 1980.

SMART, J. J. C. **Sensations and brain processes.** In: Borst (Org.). The mind brain/identity theory. London: The Macmillan Press, 1970.

SOLMS, M. **New findings on the neurological organization of dreaming: Implications for psychoanalysis.** The Psychoanalytic Quartely, 2000.

STRAIN, J. J. (2017). **Globalization of psychosomatic medicine.** General Hospital of Psychiatry. [Internet]. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2017.07.003.

WARREN, J. W. e CLAUW, D. J. **Functional somatic syndromes: sensitivities and specificities of self-reports of physician diagnosis.** Psychosom Med, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Classification of Diseases (ICD).** ICD-10: Version 2016. Somatoform disorders. Disponível em: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics.** WHO, 2018 [atualizado em 2020]. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/1-m/en>. Acesso em: Jan. 2023.