

O Corpo e a Saúde Mental

Lia Moreira¹, Raquel Guedes², Pedro Monteiro³

RESUMO

As queixas somáticas são frequentemente associadas a sintomatologia psiquiátrica na população adolescente que frequenta a consulta de Psiquiatria da Infância e Adolescência.

Objetivos: Estudar a sintomatologia somática num grupo de adolescentes que frequentam a consulta de Psiquiatria da Infância e Adolescência e avaliar a associação com a psicopatologia o diagnóstico psiquiátrico.

Métodos: Entrevista diagnóstica e aplicação dos questionários *Somatic Symptoms Inventory* (SSI) e ao *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) a um grupo de 30 adolescentes da consulta de Psiquiatria da Adolescência.

Na análise de dados foi utilizada a versão 14 do SPSS.

Resultados: O estudo incluiu 30 adolescentes. Os diagnósticos psiquiátricos mais frequentes foram as Perturbações Alimentares e Depressivas. Os autores encontraram uma associação estatisticamente significativa entre a pontuação obtida no SSI e o sexo feminino e uma correlação estatisticamente significativa entre a pontuação no SDQ e o número de sintomas somáticos. Evidenciou-se também uma correlação significativa entre a pontuação da sub-escala de sintomas emocionais do SDQ, a pontuação total do SSI e o número de sintomas assinalados.

Conclusões: A associação entre sintomas somáticos e alguns sintomas

psicopatológicos é significativa. As raparigas tendem a apresentar mais frequentemente sintomatologia somática. Os problemas emocionais detectados pelo SDQ estão mais fortemente associados com a existência de sintomas somáticos do que os outros parâmetros avaliados com esse instrumento.

Palavras-chave: Adolescente, Somatização, Perturbações Mentais

Nascer e Crescer 2010; 19(1): 8-13

INTRODUÇÃO

O modelo biomédico da Medicina Ocidental assenta na premissa de que o sofrimento subjectivo de um paciente é consequente a um processo bioquímico e biofísico demonstrável. Contudo, muitos indivíduos apresentam queixas físicas e desconforto evidente em vários contextos médicos, sem apresentarem uma patologia explicativa no sentido tradicional. Estes doentes tendem a consultar com frequência vários ramos da medicina, os cuidados primários e especializados, a medicina tradicional e a saúde mental.

Em 1988, Lipowski definiu somatização como uma “tendência para experimentar e comunicar desconforto e sintomas somáticos sem evidência patológica, atribuir os sintomas a uma doença física e procurar ajuda médica por eles”⁽¹⁾.

O conceito neurose foi inicialmente aplicado a doentes com sintomas nervosos de etiologia desconhecida. De facto, a doença objectivável é habitualmente aceite como legítima, ao passo que, os sintomas subjectivos e o sofrimento na ausência de uma perturbação real e objectiva tendem a ser estigmatizados, descritos como sendo resultado de uma fraqueza individual e falência sócio-moral⁽²⁾.

Estudos epidemiológicos atestam que cerca de 50% das crianças em idade escolar ou pré-escolar apresentam pelo menos uma queixa somática nos últimos 15 dias e cerca de 15% terão pelos menos 4 sintomas⁽²⁾.

O estudo “Ontario Child Health Study” (1987) encontrou queixas somáticas disfuncionais recorrentes em 11% das raparigas e em 4% dos rapazes entre os 12-16 anos e outros estudos detectaram queixas somáticas múltiplas e frequentes em 10-15% dos adolescentes⁽³⁾.

Os sintomas somáticos tendem a ser agrupados: queixas álgicas / fraqueza, sintomas gastrointestinais, sintomas conversivos / pseudoneurológicos e sintomas cardiovasculares.

As queixas crónicas de dor são particularmente comuns em crianças e adolescentes. Habitualmente os sintomas mais frequentes são as cefaleias em cerca de 10 a 30% dos jovens (maioritariamente descrita como “frequentemente” ou “semanal”); dor abdominal recorrente (DAR) em 10 a 25%; “dores de crescimento” como mialgias e dores dos membros (5-20%); pré-cordialgias (7-15%); fadiga; tonturas (15%); queixas gastrointestinais – náuseas, vômitos e sintomas pseudo-neurológicos – pseudo-convulsões; quedas inexplicáveis, desmaios, alterações da marcha, alterações sensoriais.

Dos sintomas somáticos, a dor abdominal parece provocar mais preocupação clínica e ser a causa mais frequente de visitas ao pediatra⁽²⁾.

Contudo, o diagnóstico de Perturbação de Somatização segundo DSM-IV é pouco frequente, sobretudo na população pediátrica pré-púbere⁽⁴⁾.

¹ Interna Complementar de Pedopsiquiatria CHP-HMPIA

² Interna Complementar de Pediatria CHVN GAIA

³ Assistente Hospitalar em Pedopsiquiatria CHP-HMPIA

DESENVOLVIMENTO DA SOMATIZAÇÃO

Vários autores defendem inúmeros factores associados ao desenvolvimento da somatização, nomeadamente a idade, o sexo, factores sócio-culturais, familiares e genéticos. O tipo de queixas verbalizadas difere consoante a idade, existindo dois picos distintos inerentes à sintomatologia. As queixas de dor abdominal crónica são mais frequentes por volta dos 9 anos, ao passo que as cefaleias atingem o seu pico aos 12 anos. Diversos estudos concluíram que a somatização é mais prevalente na infância tardia e início da adolescência⁽¹⁾. Os sintomas pseudo-neurológicos, mais frequentes no sexo feminino, parecem aumentar a sua frequência com a entrada para a adolescência; a expressão polissintomática é mais comum em idades mais tardias⁽⁵⁾. Os estudos sugerem não existir diferenças significativas na distribuição da somatização entre os sexos na infância precoce, mas, com a entrada na adolescência existe um predomínio feminino, associado ao início do desenvolvimento pubertário e menarca⁽⁶⁾. Habitualmente, as adolescentes procuram mais os cuidados médicos, predominando os sintomas pseudo-neurológicos⁽⁷⁾.

Há uma evidência crescente de que a somatização apresenta um padrão familiar, com partilha de sintomas com outros membros da família⁽²⁾.

Apesar de haver resultados divergentes, alguns autores reportaram uma associação entre o baixo nível socio-económico, o baixo nível educacional parental e a somatização pediátrica⁽⁸⁾.

Tem sido alvo de particular interesse o estudo da contribuição de factores genéticos e ambientais na somatização. Alguns autores defendem a influência dos factores genéticos na determinação de traços de personalidade que predis põe a somatização em vez de existir uma hereditariedade da somatização. Alguns autores concluíram que crianças de pais com Perturbação de Somatização têm maior risco de perturbações psiquiátricas e suicídio. As famílias das crianças com sintomas somáticos apresentam maior predominância de perturbações de ansiedade, depressão e perturbação anti-social da personalidade⁽⁸⁾.

Existe alguma evidência sugerindo a relação entre a somatização e a presença de eventos traumáticos como o luto ou o abuso sexual. Sintomas pseudo-neurológicos – particularmente pseudo-convulsões, sintomas gastro-intestinais e genito-urinários podem estar especialmente associados a situações de abuso sexual⁽⁸⁾.

A somatização pode ocorrer no contexto de uma doença física *minor* ou de um acidente. Creak, no início do século (1939) denominou como “o prolongamento histórico do sintoma” às manifestações sintomatológicas que se prolongam para além da cura. Ter uma doença médica na infância aumenta a susceptibilidade de somatização⁽⁹⁾.

Igualmente, o clínico pode desempenhar um papel crucial na precipitação e perpetuação da somatização, através da realização de investigações médicas e procedimentos desnecessários, aconselhamento inadequado, reforçando a convicção da presença de doença não diagnosticável⁽¹⁾.

MODELOS PSICOLÓGICOS NO DESENVOLVIMENTO DA SOMATIZAÇÃO

A aprendizagem tem sido implicada no desenvolvimento e na manutenção da somatização, através da modelagem e aprendizagem social, condicionamento clássico ou operante⁽²⁾.

A importância das práticas e crenças sobre a saúde dos membros da família e a presença de modelos familiares para os sintomas do doente tem sido enfatizado por alguns autores. A resposta da criança aos sintomas físicos pode estar relacionada com a atenção e interesse demonstrado pelos pais a esses sintomas. A somatização pode ser um meio subconsciente ou inconsciente de evitar actividades desagradáveis, como a escola. O conceito de “ganho secundário” refere-se essencialmente ao reforço social e familiar do sintoma.

A preocupação excessiva ou a hipervigilância das sensações corporais podem contribuir para o desenvolvimento dos sintomas. A “amplificação somato-sensorial” tem sido descrita como uma tendência para focalizar sensações in-

frequentes e ténues, uma disposição a reagir a sensações somáticas com cognições aprendidas distorcidas, levando à percepção destas sensações como alarmantes.

Os autores psicodinâmicos pensam a somatização como uma defesa psicológica, uma defesa contra a consciencialização de afectos desagradáveis, conflitos ou memórias, a somatização pode servir para perpetuar a proximidade das figuras de vinculação.

Numa perspectiva sistémica, o sintoma físico apresenta uma função específica dentro do sistema familiar, permitindo o evitamento de conflitos e a preservação da homeostasia familiar. As famílias de crianças com sintomas somáticos têm sido descritas como pouco coesas, com pouco suporte familiar, com menor capacidade de adaptação e sobretudo, com conflitos conjugais. Usualmente, os pais são descritos como super-protectores, com tendência a ver o seu filho como particularmente vulnerável; os jovens descrevem, frequentemente, relações com os pais mais disfuncionais. A somatização parece ser mais frequente em famílias reconstruídas. O sintoma pode também desempenhar um papel de comunicação na forma de um “pedido de ajuda” ou como “linguagem corporal”.

PATOLOGIA PSIQUIÁTRICA ASSOCIADA

Estudos empíricos com crianças e adolescentes demonstraram uma maior frequência de sintomas de ansiedade e depressão⁽⁷⁾. Contudo, grande parte dos estudos apresenta algumas limitações metodológicas, nomeadamente a escassez da amostra. Gaber e col. (1990), em doentes com dor abdominal recorrente, verificou que a maioria preenchia critérios diagnósticos de Perturbação de Ansiedade e Depressão Major [cit. em 8]. Outros autores encontraram uma forte associação com perturbações de ansiedade, particularmente Ansiedade de Separação e Perturbação de pânico⁽⁶⁾. A recusa escolar é mais frequente em jovens com perturbação de ansiedade e sintomas somáticos proeminentes. As queixas somáticas são particularmente evidentes em crianças e adolescentes depri-

midos, sobretudo em pré-adolescentes, apresentando-se frequentemente como uma característica significativa das perturbações depressivas, e agravando o seu quadro clínico⁽¹⁰⁾.

OBJECTIVOS

Os objectivos deste estudo foram os seguintes: analisar a sintomatologia somática num grupo de adolescentes que frequenta a consulta de Psiquiatria da Adolescência e verificar a hipótese de associação entre sintomatologia somática, a psicopatologia e o diagnóstico psiquiátrico.

POPULAÇÃO E MÉTODOS

A amostra, seleccionada aleatoriamente, é constituída por 30 adolescentes de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 11 e os 19 anos, que frequentam a Consulta Externa de Psiquiatria da Adolescência do Centro Hospitalar do Porto..

O diagnóstico foi baseado nos critérios diagnósticos do DSM-IV-TR. Os participantes responderam ao auto-questionário SSI (*Somatic Symptoms Inventory*) para avaliação da presença de sintomas somáticos e o auto-questionário SDQ versão portuguesa, para avaliação de sintomas psicopatológicos.

Estatisticamente utilizamos a programa SPSS versão 14.0, utilizando dois modelos estatísticos – tabelas ANOVA (Analysis of Variance) e tabelas de contingência, para estudo de frequências.

INSTRUMENTOS

Avaliação de Sintomatologia Somática (SSI) é um auto-questionário com 26 itens, pontuados de 1 (nunca) a 5 (muitas vezes), desenhado do Minnesota Multiphasic Personality Inventory. Esta escala tem uma reliability test-retest de 0.86 (Correlação produto-momento de Pearson) e uma consistência intra-escala de 0.95 (α de Cronbach)^(6,8).

Questionário SDQ (*Strengths and Difficulties Questionnaire*) é um auto-questionário de Capacidades e Dificuldades (R. Goodman) constituído por 25 afirmações com resposta “Não é verdade, É um pouco verdade, É muito verdade”. Obtém-se uma pontuação Total de pro-

blemas e uma pontuação Pró-social que identifica boas capacidades relacionais. A pontuação Total é subdividida em problemas de Conduta, Hiperactividade, de relação com os Pares e Emocional. Nos estudos realizados em países Europeus o Questionário revelou boa capacidade discriminativa entre amostras populacionais, pediátricas e psiquiátricas. O autor utilizou, com base nestes estudos, as medianas (P50) e os Pontos de Corte para definir valores patológicos como <P 10 no Prosocial e >P 90 em todos os outros^(11,12).

CONDUTA	>4	P 90
HIPERACTIVIDADE	>7	P 90
PARES	>4	P 90
EMOCIONAL	>5	P 90
TOTAL	>14	P 90
PRO-SOCIAL	<5	P 10

RESULTADOS

A nossa amostra é constituída por 18 jovens do sexo feminino (60%) e 12 do sexo masculino (40%), com idades compreendidas entre os 11 e os 19 anos (idade média-15.03 anos; desvio padrão - 2.01.)

Os jovens preenchem os critérios diagnósticos das seguintes patologias psiquiátricas (por ordem decrescente de frequência) – Perturbação Depressiva; Perturbação do Comportamento Alimentar; Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção; Perturbação da Conduta/Oposição; Perturbação Obsessiva Compulsiva; Fobia Escolar e Perturbação de Aprendizagem (figura 1)

Nos resultados do SDQ, obtivemos uma média de pontuação de 15.93 (entre 4 e 27 pontos), tendo metade da

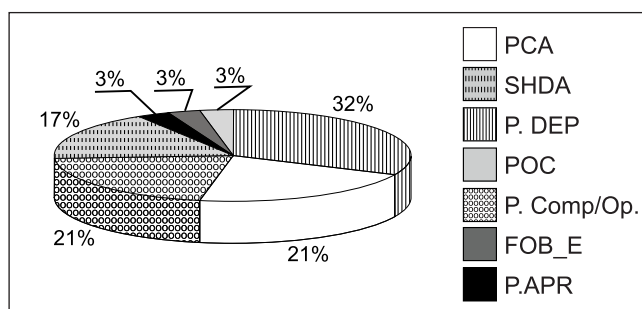


Figura 1 – Distribuição das patologias psiquiátricas diagnosticadas na amostra. Legenda: P. DEP. - Perturbação Depressiva; PCA – Perturbação do Comportamento Alimentar; SHDA – Síndrome de Hiperactividade e Défice de Atenção; P. Comp/Op. - Perturbação da Conduta/Oposição; POC – Perturbação Obsessiva Compulsiva; FOB_E – Fobia Escolar; P. APR. - Perturbação de Aprendizagem.

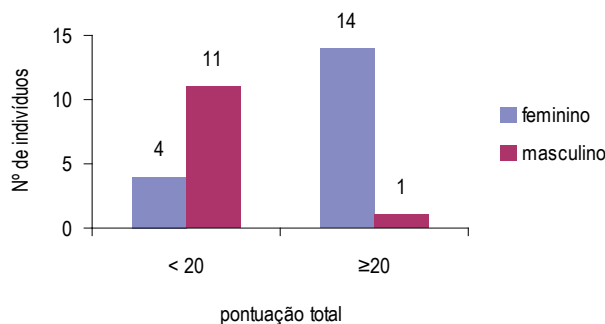


Figura 2 – Número de rapazes e raparigas que pontua menos ou mais de 20 pontos no SSI (Avaliação de Sintomatologia Somática).

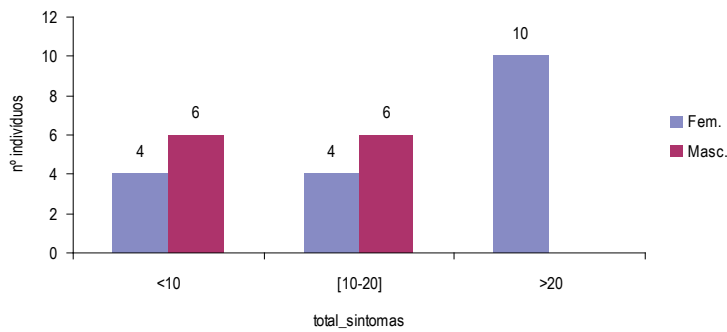


Figura 3 – Distribuição por sexo do número de jovens da amostra com base no número total de sintomas assinalados no questionário SSI.

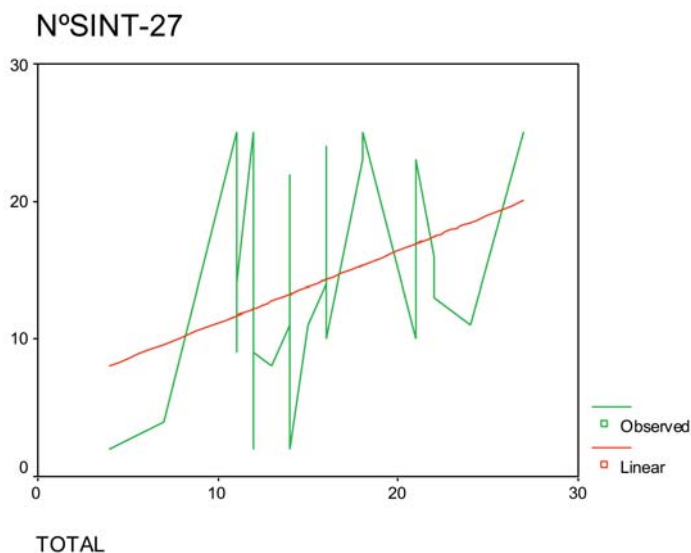


Figura 4 – Relação directa significativa entre pontuação SDQ (Questionário de Capacidades e Dificuldades) e o número de sintomas do SSI (Avaliação de Sintomatologia Somática).

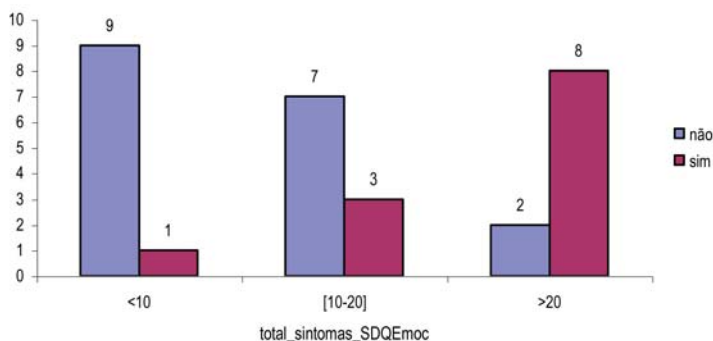


Figura 5 – Relação directa entre o número de sintomas somáticos SSI e as perturbações emocionais no SDQ.

amostra pontuado mais de 15. A média de pontuação das raparigas foi 15.39 e dos rapazes foi 16.75. Não se verificaram diferenças significativas entre sexos na avaliação dos sintomas psicopatológicos.

Na avaliação dos sintomas somáticos (SSI), para um intervalo possível entre 0 e 104, obtivemos uma cotação entre 2 e 87 pontos, com uma média de 27.23, sendo que metade da amostra pontuou 20 ou mais (figura 2). A pontuação média do sexo masculino foi 12.67 e do sexo feminino 36.94. Há uma forte associação entre o sexo feminino e os sintomas somáticos - um coeficiente de contingência 0,563, com nível de significância de 0,001 – muito significativo. Não encontramos relação estatística entre a pontuação SDQ – sintomas psicopatológicos e a pontuação total do SSI.

Da SSI, criamos uma nova variável, o número de sintomas assinalados, independentemente da sua pontuação. Assim, obtivemos um intervalo entre 2 e 25 sintomas assinalados, com uma média de 14.27. Da nossa amostra, 10 jovens assinalaram menos de 10 sintomas, 10 seleccionaram entre 10 e 20 sintomas e os restantes 10 apontaram mais de 20 sintomas (figura 3)

As raparigas assinalaram em média 17.83 sintomas, enquanto que os rapazes seleccionaram em média 8.92. Verificamos então uma diferença estatisticamente significativa entre os sexos (tabela ANOVA $F= 6.668$; $p< 0.001$).

Estabelecendo uma regressão linear entre a pontuação total do SDQ e o número de sintomas, obtivemos um valor $R = 0.367$, para um nível de significância de 0.05, que é estatisticamente significativo (figura 4).

Analisando a pontuação da sub-escala de sintomas emocionais do SDQ (tenho muitas dores de cabeça, preocupo-me muito, ando muitas vezes triste, desanimado/a ou a chorar, fico nervoso/a em situações novas, tenho muitos medos, assusto-me facilmente), encontramos uma relação positiva com a pontuação total SSI, assim como com o número de sintomas assinalados (Coeficiente de contingência – 0.515; $p < 0.05$) (figura 5).

DISCUSSÃO

Foram avaliados 30 jovens de uma consulta de psiquiatria da adolescência. Neste estudo 60% da amostra era sexo feminino, com uma média de idades de 15.03 Anos. Os diagnósticos mais frequentes eram as Perturbações Depressivas e Perturbações do Comportamento Alimentar.

No que respeita à pontuação da escala SDQ, 50% da amostra apresentou valores Totais acima do ponto de corte da escala o que está de acordo com o facto de ser uma amostra de uma consulta de psiquiatria. Nesta amostra não se verificaram diferenças significativas na pontuação total entre rapazes e raparigas.

Na presente amostra e de acordo com a literatura, verificamos existir uma associação significativa entre o sexo feminino e a pontuação SSI, traduzindo que as adolescentes apresentam mais frequentemente sintomas somáticos^(1,2).

Obtivemos também uma correlação estatisticamente significativa entre a pontuação total SDQ e o número de sintomas somáticos, mas não com a sua gravidade, isto é, nesta amostra, há uma relação significativa entre os sintomas psicopatológicos e o número total de sintomas somáticos assinalados, mas não com a sua gravidade^(2,9).

No entanto, verificamos uma correlação estatisticamente significativa entre a pontuação na Sub-escala de Perturbações Emocionais do SDQ e o Total SSI mas também com o Número de sintomas assinalado, demonstrando que os adolescentes com Perturbação Emocional apresentam mais sintomas somáticos e com maior gravidade^(7,10).

Este estudo limitou-se a estudar uma população de jovens que frequentam uma consulta de Psiquiatria da Adolescência de modo que todas as conclusões e extrapolações se referem a este tipo de população.

CONCLUSÕES

A somatização é um quadro clínico muito frequente na população pediátrica sobretudo, com referência a queixas gástricas e álgicas recorrentes. Esta apresentação clínica provoca elevada disfuncionalidade nestes jovens e um desgaste de recursos de saúde, colocando-os em risco físico e desenvolvimental como resultado

de intervenções e investigações desnecessárias. Conforme mencionado na literatura e corroborado no nosso estudo, está frequentemente associada a outras perturbações psiquiátricas, especialmente depressão e ansiedade. Contudo a compreensão sobre o seu desenvolvimento é limitada, assim como as suas consequências. A somatização pode ser uma das vias mais comuns de aparecimento de perturbação mental em contexto pediátrico.

Uma boa parte da consulta de medicina geral e pediatria revela factores e aspectos psicológicos, assim como perturbações depressivas e/ou ansiosas.

Os sintomas somáticos são uma via importante de manifestação de mal-estar psicológico especialmente ao nível da criança e do jovem. Seria de esperar, por tudo isto, que, numa consulta de psiquiatria de adolescentes também os sintomas somáticos estivessem presentes de forma relevante. Enquanto numa consulta de pediatria os sintomas somáticos têm um relevo determinante no diagnóstico, numa consulta de psiquiatria, estes podem ficar secundarizados ou esquecidos dado o relevo que é dado ao sofrimento psicológico e aos factores sociais.

Não deve esquecer-se que ao nível da medicina geral e da pediatria se incorre frequentemente no erro (culpabilizante para o doente) de considerar de causa psicológica aquele sofrimento do doente acerca do qual não são descobertas causas "orgânicas". A história da Medicina está repleta de situações clínicas que eram de causa psicológica até ao dia em que, por fim, se descobriu a etiopatogenia.

Do mesmo modo para o psiquiatra não devem todos os sintomas somáticos ser atribuídos aos problemas familiares e psicológicos do doente, sob pena de impedir a identificação precoce de outras patologias. Ponderadas estas situações, nas consultas de psiquiatria devem ser pesquisados os sintomas somáticos assim como nas de pediatria devem ser pesquisados os factores sociais, familiares e perturbações psiquiátricas para se ter uma visão global do doente e o seu tratamento adequado.

A medicina assenta na premissa de que o sofrimento subjectivo de um pacien-

te é consequente a um processo bioquímico e biofísico demonstrável. Contudo, muitos indivíduos apresentam queixas físicas e desconforto evidente sem apresentarem uma patologia explicativa.

Infelizmente pode ser difícil distinguir aqueles que se apresentam com queixas de causa psicológica daqueles que, com queixas semelhantes, podem apresentar problemas somáticos sérios.

Isto significa que muitos pacientes passam sob um apertado sistema de técnicas de diagnóstico até se concluir que há uma base psicológica para os sintomas.

THE BODY AND MENTAL HEALTH

ABSTRACT

Somatic complaints are frequently associated with psychiatric symptoms in our adolescent outpatients clinic.

Objective: To analyse the somatic symptoms and the association with psychopathology and psychiatric diagnosis in a group of adolescents attending an Adolescent Psychiatry Outpatient Clinic.

Methods: Clinical diagnostic interview and application of the Somatic Symptoms Inventory and Strengths and Difficulties Questionnaire. The SPSS statistic package 14.0 was used.

Results: We interviewed 30 adolescents. The most frequent diagnosis was depressive and eating disorders. An association was significant for female sex and SSI score. A statistical significant correlation was found for SDQ score and the number of somatic symptoms. Also a significant correlation for emotional symptoms sub-scale score of SDQ and SSI total score and the number of symptoms selected.

Conclusions: The association of somatic symptoms with some psychopathological symptoms is significant. Girls tend to be more affected. Emotional problems detected with SDQ are more strongly associated with somatic symptoms than other sub-scales.

Key words: Adolescent, Somatization, Mental Disorders

BIBLIOGRAFIA

1. Campo and Fritsch. Somatization in Children and Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1994; 33(9): 1223-35.
2. Martin, Andres et al. *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*, 4th Edition. 2007.
3. Meesters C, et al. The Children's Somatization Inventory: Further evidence for its reliability and validity in a paediatric and a community sample of Dutch children and adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*. 2003; 413-22.
4. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. DSM-IV-TR, APA, 4ªEd. Climepsi Ed. 2002.
5. Achenbach TM et al; Replication of empirically derived syndromes as a basis for taxonomy of child/adolescent psychopathology. *J Abnorm Child Psychol* 17:299-323.
6. Barsky et al. Hypochondriasis. An evaluation of DSM-III criteria in medical outpatients. *Arch Gen Psychiatry*. 1986; 86:493-500.
7. Barsky, AJ et al (1990) Hypochondriasis. *Arch Gen Psychiatry*. 47:746-52.
8. Barsky, AJ et al. Psychiatric Comorbidity in DSM-III-R Hypochondriasis. *Arch Gen Psychiatry*. 1992; 49:101-8.
9. Fritz G. and Fritsch et al () Somatoform disorders: A Review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997; 36(10):1329-37.
10. J.L. Pedreira et al. Los trastornos psicossomáticos en la infancia y la adolescencia. *psiquiatria.com*. 2002;6:1.
11. Goodman R. Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001; 40:1337-45.
12. Marzocchi G. et al. () The use of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Southern European countries. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2004; [Suppl 2] 13:II/40-II/46.

CORRESPONDÊNCIA

Lia Moreira
liaribeimoreiragmail.com