

U. PORTO



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

**RASTREIO E DIAGNÓSTICO DA SOMATIZAÇÃO EM
CUIDADOS PRIMÁRIOS: VALIDAÇÃO DA *SCREENING*
*FOR SOMATIFORM SYMPTOMS-2***

Anexos

Tese de candidatura ao grau de Doutor em Ciências Médicas

Maria Cristina Morais Fabião

2010

Artigo I

SOMATIZAÇÃO EM GERAL: UMA REVISÃO DO CONCEITO

Aceite para publicação na:

Acta Médica Portuguesa

1 de Março de 2010

SOMATIZAÇÃO EM GERAL: UMA REVISÃO DO CONCEITO

SOMATIZATION IN GENERAL: A CONCEPTUAL REVIEW

AUTORES:

Cristina FABIÃO¹, Manuela FLEMING², António BARBOSA³

Cristina Fabião¹, Aluna de Doutoramento
Manuela Fleming², Professora Associada com Agregação
António Barbosa³, Professor Auxiliar com Agregação

¹ Correspondência:

Cristina Fabião
R. de S. Paulo, 30-3º Tr.
4700-042 Braga, Portugal
Tel.: 351 253 612745 or 351 253 213163; Fax: 351 253213163
Email: cristinafabiao@gmail.com
- Universidade Católica Portuguesa- Centro Regional de Braga. Faculdade de
Filosofia. Curso de Psicologia.
Largo da Faculdade de Filosofia, 1
4700 Braga, Portugal

.....

2

Departamento de Ciências do Comportamento. Instituto de Ciências Biomédicas Abel
Salazar (ICBAS), Universidade do Porto
Largo Abel Salazar, 2
4099-03 Porto, Portugal

.....

³Centro de Bioética. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
Av. Prof. Egas Moniz
1649-028 Lisboa Portugal

SOMATIZAÇÃO EM GERAL: UMA REVISÃO DO CONCEITO

RESUMO:

Os autores reúnem e analisam textos sobre a história do conceito de histeria. Nesses textos a histeria é fundamentalmente considerada uma patologia de origem orgânica (uterina) e, na Idade Média, evidência de possessão demoníaca. Do século XVII em diante, para além das concepções etiopatogénicas, são também considerados os aspectos ligados ao diagnóstico diferencial com outras entidades afins e à terapêutica utilizada em cada época. Mesmo nos séculos seguintes, raros são os autores que, como Sydenham, consideram a histeria uma entidade multidimensional.

O empiricismo propiciou descobertas na biologia e fisiologia, gerais e do sistema nervoso, e deu origem à formulação das Teorias da Irritação da Espinal Medula e Reflexa. Estas teorias conduziram a tratamentos estritamente orgânicos da histeria, como foram as histerectomias para alívio dos sintomas somáticos ligados a esta patologia.

A introdução da hipnose nos meios médicos, levada a cabo por Charcot, no século XIX, permitiu a observação do elemento da sugestão (elemento não orgânico) que acompanha os sintomas da histeria. Dois dos seus discípulos, Janet e Freud, vão definir e isolar mecanismos psíquicos do sintoma histérico: a dissociação da consciência (Janet) e a conversão (Freud). Este último desenvolveu um método terapêutico de natureza psicológica.

São discutidas as implicações terapêuticas e a pertinência da distinção entre somatização inespecífica ou funcional (de origem somática) e somatização ligada aos mecanismos da dissociação e conversão (de origem psíquica), bem como a evolução dos sistemas internacionais classificativos da somatização e as questões levantadas pelos algoritmos escolhidos para a arrumação dos sintomas.

Faz-se uma revisão dos estudos empíricos relevantes sobre a natureza da associação da somatização com as perturbações depressivas e ansiosas, na população geral.

Enumeram-se um conjunto de características que permanecem nas descrições clínicas destas entidades nosográficas e que não estão integradas nos critérios diagnósticos das perturbações somatoformes, cuja validade de critério permanece fraca.

Extraem-se conclusões sobre as dificuldades e consequências das mudanças defendidas por alguns autores relativamente a novas arrumações nosográficas dos síndromes somatoformes.

PALAVRAS-CHAVE: Somatização; Perturbações Somatoformes; Conversão; Sintomas medicamente inexplicados; Classificação da somatização; Histeria; Revisão conceptua

GENERAL SOMATIZATION: A CONCEPTUAL REVIEW

ABSTRACT:

The authors have brought together and analysed texts about the history of the concept of hysteria. In these texts hysteria is fundamentally considered a disease of organic origin (of the womb), and, in the Middle Ages, evidence of demonic possession. From the XV11 century onwards, apart from the **etiopathogenic** concepts, also taken into consideration are aspects connected to the diagnostic differential with other similar entities and the therapy used in each period. Even, in subsequent centuries, authors such as Sydenham, who consider hysteria to be a multidimensional entity, are rare.

Empiricism has contributed to discoveries in biology and physiology, both general and of the nervous system itself, and given birth to the formulation of the Spinal Irritation Theory and Reflex Theory. These theories have led to strictly organic treatment of hysteria, in the same way that hysterectomies were performed to alleviate somatic symptoms connected to this disease.

The introduction of hypnosis in medical practice, reaching its peak with Charcot in XIX century, allowed for the element of suggestion to be observed (a non organic element) which accompanies the symptoms of hysteria. Two of his disciples, Janet and Freud, would define and isolate psychic mechanisms in the symptoms of hysteria: Dissociation of the consciousness (Janet) and Conversion (Freud). The last one developed a therapeutic method of a psychological nature for hysteria.

The therapeutic implications and the pertinence of the distinction between unspecific somatisation or functional (of somatic origin) somatisation and somatisation linked to disassociation mechanisms and conversion (psychic origin) are discussed as well as the evolution of international classification systems of somatisation and the questions posed by the algorithms chosen for the cataloguing of symptoms.

A revision of the relevant, empirical studies about the association of somatisation with depressive and anxiety disorders, within the general population, is made.

The characteristics that permeate the clinical descriptions of somatoform disorders (whose validity criteria remain weak) and are not integrated within the diagnostic criteria for somatoform disorders are considered.

We draw conclusions about the difficulties and consequences of the changes that some authors defend in relation to the new categorisation of the medical classification system for somatoform syndromes.

KEY-WORDS: Somatization; Somatoform Disorders; Conversion; Medically Unexplained Symptoms; Classification of somatization; Hysteria; Conceptual Revision.

SOMATIZAÇÃO EM GERAL: UMA REVISÃO DO CONCEITO

1. INTRODUÇÃO

Ao longo da história tem sido difícil distinguir entre as várias formas de perturbações somatoformes (PSF) e outros síndromes afins. Ainda hoje, os estudos publicados referem as dificuldades relacionadas com a distinção entre somatização, hipocondria, neurastenia (actual síndrome de fadiga crónica), perturbações dissociativas, perturbação conversiva, perturbações da adaptação e da personalidade com sintomas somatoformes e perturbações factícias. Estas dificuldades persistem, apesar de já serem válidas, e bastante próximas das que são aceites actualmente, definições antigas de alguns destes conceitos clínicos, como é, por exemplo o caso da definição de hipocondria, através da

qual Sims, em 1799, diferenciava este quadro da histeria e da melancolia: os pacientes hipocondríacos estariam numa situação em que “praticamente toda a sua mente era preenchida com [preocupações sobre] o estado da sua saúde, que eles imaginam que é infinitamente pior do que [de facto] é”¹.

Do ponto de vista clínico, existem zonas de transição entre os conceitos nosográficos referidos e casos que apresentam mais do que um dos síndromes mencionados, isto é, populações que apresentam comorbilidades, como se tornará saliente, ao longo desta revisão.

Contudo, procuraremos delimitar apenas o conceito de somatização funcional, diferenciando-o e inventariando as afinidades existentes com alguns dos restantes quadros referidos.

A somatização funcional esteve integrada no quadro clínico da histeria até à DSM-II (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-II)².

2. HISTÓRIA DO CONCEITO

2.1. O útero como factor etiológico- I (Antiguidade)

Existem textos egípcios, datados de 1900 A. C., que atribuem a etiologia da histeria ao deslocamento ou migração, através do corpo, do útero³.

Hipócrates (460-370 A. C.) situava a origem das doenças mentais no cérebro e contribuiu enormemente para separar a medicina clínica das crenças religiosas³ enfatizando a prioridade que devia ser atribuída à observação dos doentes. Contudo, pensava que a histeria tinha origem no útero, que secaria e perderia peso devido à abstinência sexual. Procuraria, então, recuperar, “subindo” em direcção ao abdómen, o hipocôndrio, o coração e a garganta, provocando directamente os sintomas comuns no

quadro da histeria, incluindo o “globus histericus”, pela pressão que causava a sua migração para esta região⁴.

O modelo de Platão (429-347 A. C.) compreendia o espírito dividido em três secções, dispostas hierarquicamente: o desejo, com sede na região pélvica, as emoções, com sede no coração, e o conhecimento, com sede no encéfalo^{3,5}. Em relação à histeria, Platão escreveu que “a matrix é um animal que deseja ardentemente engendrar crianças. Quando permanece muito tempo estéril depois da puberdade, tem dificuldade em suportá-lo, indigna-se, percorre todo o corpo, obstruindo saídas do ar, parando a respiração, lançando o corpo em perigos extremos e ocasionalmente várias doenças, até que o desejo e o amor reúnam o homem e a mulher e façam nascer um fruto”⁶. A concepção de que o útero seria um “animal vivo” no interior do corpo feminino atravessou os séculos e podia ainda detectar-se nas narrativas populares de algumas regiões europeias no século XX e nas fichas clínicas de doentes dessas regiões⁷. Existem inúmeros relatos de intervenções “cirúrgicas”, que baseando-se na sugestão, consistiam na simulação, por parte dos médicos, da extracção do corpo da mulher do suposto animal (em algumas regiões e casos, um sapo)⁷.

Galeno (129-199) entendia que o útero produzia uma secreção análoga ao sémen e a sua estase, na ausência de actividade sexual, causaria os sintomas na histeria. A retenção da secreção seminal teria uma acção tóxica no sangue e arrefeceria o corpo dando origem às crises históricas, que podiam igualmente acontecer no homem, em virtude da retenção do sémen⁴. As teorias de Galeno sobre a histeria vão manter-se como válidas durante cerca de um milénio³.

2.2. A histeria como possessão demoníaca

Alguns autores⁴ atribuem às ideias de Santo Agostinho (354-430) sobre a vontade, que terão exercido uma prolongadíssima influência na igreja e sociedade medievais³, a

responsabilidade pelo facto de a Inquisição, instituída no século XIII³, perspectivar os sintomas da histeria como manifestação de um pacto voluntariamente assinado com o demónio. O tratamento seria do âmbito da teologia e dos exorcistas. As consequências práticas destes postulados foram a morte na fogueira de pessoas com histeria⁴. Existem relatos dos esforços desenvolvidos por médicos, no início do século XVII, para tentar salvar jovens mulheres da condenação a este tipo de morte, pelas autoridades religiosas, alegando que eram portadoras dos sintomas da histeria⁴.

Na primeira metade do século XVII, numa região em que as guerras religiosas do século anterior tinham deixado marcas (Loudun, França) assiste-se a uma explosão de casos de “possessões”, sobretudo no convento da recém-criada Ordem das Ursulinas. Este fenómeno terá inclusivamente atraído visitantes...constava-se que era frequente verem-se pessoas “a voar sobre o pináculo das igrejas”. No inventário das monjas identificadas como estando “possuídas”, vem sempre referido o sítio onde se encontrava alojado o demónio ou demónios: “no estômago”; “sob a anca direita”; “na parte anterior do cérebro”; “vai e vem em todas as partes do corpo”; “alojado sobre o coração”, “na omoplata direita”, “obcecada pelo demónio fornicação”, etc⁸. Na resolução da complexa situação criada em Loudun, vemos já implicadas, não só as autoridades eclesiásticas e políticas, mas também autoridades em medicina⁹. Esta é, segundo Michel de Certeau, uma das características que permitem constituir este século como um tempo de charneira em relação ao *corpus* teórico das queixas somáticas e da histeria⁹. A demanda de acolhimento para uma satisfação ideal do desejo, no limite da ligação à realidade, ora com a face de hipo-sexualidade e aura de santidade ora com a face de hiper-sexualidade e “ninfomania”, propicia a intervenção deste tipo de autoridades, muitas vezes solicitadas para fins terapêuticos. Tal demanda ainda hoje se mantém, para alguns autores, como uma das características do quadro¹⁰.

2.3. As mudanças de paradigma com início no século XVII

A partir do século XVII, a secularização da ideia de alma ou de espírito carrega para o âmbito da ciência realidades que eram, até aí, do âmbito da teologia e da filosofia⁵. No final do processo, já no séc. XIX, a noção de psiquismo herda elementos constitutivos do antigo operador que o conceito de alma constituía.

A “força vital substituiu-se, no domínio do saber, ao princípio da alma”, que no pensamento antigo seria “um sistema psicofisiológico”⁵. Este “desaparecimento” da alma e a localização do princípio vital no interior do organismo é uma das características da revolução vitalista que contribuiu para estabelecer a Biologia como uma disciplina⁵. A divisão vai estabelecer-se em torno da questão da origem dessa força, energia ou élan vital: divina e não controlável pelo indivíduo (Stahl, entre outros), ou física e exclusivamente confinada ao corpo, como por exemplo para os pensadores fisicalistas do século XIX¹¹. Segundo as correntes monistas tudo se reduz ao corpo/matéria ou tudo é, finalmente, espírito³, enquanto que, de acordo com as dualistas, corpo e espírito são irreduzíveis, advogando alguns pensadores, como Espinoza, a existência de um paralelismo psico-físico³, e deixando a questão da relação do corpo com o espírito em aberto, sem a pretensão de querer prematuramente definir os locais ou formas do encontro dos dois elementos.

Ao dualismo cartesiano, à luz do qual o corpo era como que um maquinismo cujo funcionamento poderia ser explicado pela física, sendo a alma de natureza divina, e algo externo ao corpo, vêm a suceder-se as ideias de Stahl, posteriormente muito influentes na escola de psicologia alemã do início do séc. XIX, que restabelecem o primado da alma⁵. O corpo ganharia vida apenas pela acção daquela⁵. Segundo Smadja, os postulados de Stahl representariam um sistema psicogenético radical *avant la lettre*⁵. Para este autor, a alma seria o princípio da ordem, mas este conceito de princípio

organizador tinha conotações morais. Assim, as desordens ou desregulações que acontecem à pessoa, tanto no âmbito físico como psíquico, decorreriam de desordens da vida moral. Reconhecemos nesta concepção alguns dos elementos presentes ainda na prática e cultura terapêuticas actuais, contra os quais os pacientes, particularmente os somatizadores, se insurgem. Alguns investigadores pretendem eliminar este tipo de concepção, antiquíssima e sempre presente, que entende a doença como uma espécie de castigo divino para as desordens do comportamento, que coloniza o diagnóstico de somatização, mudando o nome das perturbações, como acontece agora com o movimento para mudar o nome das perturbações somatoformes^{12, 13, 14}.

2.4. Os empiricistas refutam a etiologia centrada no útero- I (séc. XVII)

Thomas Sydenham (1624-1689), amigo e seguidor das ideias de Locke, acreditava que todo o conhecimento provinha da observação e entendia que se deviam colocar de lado os sistemas e hipóteses filosóficas³, a fim de garantir boas condições de observação dos fenómenos. As suas descrições sobre a histeria foram extensas e abrangentes, holísticas, diríamos hoje. Concluiu que a histeria era uma afecção multifactorial, determinada por factores físicos e psicológicos, incluindo os familiares, podendo ocorrer nos dois sexos. Estava inteirado da interacção entre factores pessoais e constrangimentos sociais no desencadear dos sintomas. Quanto à descrição do quadro, referiu que a histeria era uma patologia “crónica das mais comuns” e que os sintomas histéricos “podem simular praticamente todas as formas sintomáticas das doenças verdadeiramente orgânicas”³. Diferenciava-a da hipocondria (declarando embora que são muito próximas) a qual seria muito mais frequente nos homens¹.

Sims (1799) fez a distinção entre histeria, hipocondria e melancolia. Na histeria o humor seria inconstante (mutável), enquanto que na hipocondria era deprimido¹. Porém,

os quadros de hipocondria e histeria definidos pelos dois últimos autores incluíam sintomas depressivos e ansiosos¹.

Na sua celebrada nosografia publicada em 1769, William Cullen integrou a classe das neuroses e trouxe firmemente para a teoria das queixas somatoformes o sistema nervoso (contra as teorias que defendiam o útero como a sede da patologia na histeria)⁷. Cunhou o termo de neurose para designar perturbações que não implicavam uma lesão de órgão e que, por isso, “eram imputadas a uma desregulação funcional dos nervos” que regeriam o funcionamento das vísceras. Estas perturbações funcionais nada teriam a ver com a loucura tratada pelos alienistas de então¹⁵.

2.5. O útero como factor etiológico-II

2.5.1. Teoria da “irritação da espinal medula”

O interesse crescente pela investigação do sistema nervoso está na base da perda de influência das teorias que faziam intervir os humores e os fluidos internos na explicação dos sintomas somáticos, tendo aberto caminho para as teorias da irritação da espinal medula e reflexa, que dominaram os meios médicos e psiquiátricos do século XIX⁷. Contudo, veremos adiante como, sob a égide sobretudo da segunda destas teorias, que usava conceitos resultantes da investigação empírica, os órgãos responsabilizados pelos sintomas somáticos não explicados foram novamente o útero e, agora, os ovários e o clítoris.

Entre 1757 e 1766, Haller, um empiricista, publica que as fibras musculares, quando tocadas, encurtavam por momentos e depois se mostravam irritáveis: “a característica da irritabilidade consiste no facto de que um estímulo leve produz um movimento sem proporção com o estímulo e de que [o músculo] continua a fazer o mesmo repetidamente desde que a fibra permaneça viva”³. A partir destas experiências, em 1780, Brown postulava que todos os tecidos eram irritáveis⁷. A doença ocorreria quer

quando os tecidos eram pouco excitados, quer quando eram demasiado excitados. Todas as questões epistemológicas e metodológicas inerentes a este “salto” do tecido muscular para o nervoso, e no organismo humano, foram esquecidas, dado que as propostas de Brown tiveram uma enorme receptividade. Este “salto” elevou a “irritabilidade” à categoria de uma entidade patológica sólida⁷. Mas isso só aconteceu porque certos clínicos, como Broussais, depois de 1808, começaram a usar o termo “irritação” e o termo “inflamação” como se sinónimos fossem⁷. Era suposto que a inflamação implicava a existência de lesão orgânica. O tomar os dois termos no mesmo pé corresponderia, hoje, a dizer que os sintomas medicamente inexplicados têm uma explicação orgânica comprovada, tal como tantos doentes somatizadores desejam ouvir. Já no século XIX, existem cartas de médicos, dirigidas às pacientes, pedindo desculpa pelo facto de ter ressaltado da consulta havida a ideia de que a origem da perturbação podia ser psíquica⁷.

Nos primeiros anos do séc. XIX, a teoria da “simpatia entre os órgãos” (Galeno) – segundo a qual um órgão doente poderia causar sintomas num outro órgão dele afastado – tinha muitos adeptos⁷. Mas, enquanto que a inflamação poderia ser comprovada no órgão determinante, pela observação dos sinais que a acompanham, o órgão determinante, na irritação produzida noutra órgão, à distância, tinha que ser inferido. Este facto deixava talvez demasiada liberdade ao critério do observador, na decisão sobre qual seria o órgão distante causador da queixa somática⁷. Robert Whytt demonstrou em 1750, através de experiências em animais, que era a espinal medula, e não os gânglios do abdómen, a responsável pela comunicação nervosa, na acção reflexa⁷. Veio a diferenciar os quadros da histeria, da hipocondria e da exaustão nervosa³. Todavia, embora concedesse que as emoções também tinham uma cota parte de responsabilidade, Whytt entendia que os sintomas nervosos resultavam da

perturbação dos sistemas nervosos na espinal medula. Poucos anos depois da publicação do seu livro, os doentes chegavam, numerosos, aos consultórios, às termas e demais locais de consulta, queixando-se de que tinham o sistema nervoso tenso e irritável⁷ enquanto que alguns médicos culpavam Whytt por ter feito sofrer do sistema nervoso pessoas que, anos antes, “nem saberiam que tinham nervos”³...

A evolução da conceptualização que é feita pelas elites e pelos médicos e a sua popularização modula a evolução da sintomatologia na somatização, conformando-a às conceptualizações existentes⁷ e determina ainda o local/instituição apropriado para cuidar e tratar dos casos sintomáticos.

As teses da simpatia entre os órgãos e a descoberta da existência do arco reflexo levavam a afirmar que a irritação da medula espinal poderia ocasionar sintomas em locais distantes. Como comprovar que a causa de um sintoma periférico estava de facto sediada na espinal medula? Player, em 1821, publica referência ao facto de ter encontrado “pontos dolorosos” na coluna de algumas das suas pacientes, que, até aí, não tinham tido consciência da existência dessa dor (quer dizer que estavam sem sintomas, na coluna, até que a sua atenção foi nela centrada)⁷. Este autor continuou a publicar artigos em que referia a existência de hipersensibilidade, não já em alguns pontos, mas em toda a coluna vertebral, cujo tratamento local, permitiria a resolução de afecções “no estômago e em geral”⁷. Para o tratamento local, directamente na pele, sobre a coluna, Player recomendava a aplicação de ventosas, a sangria e a provocação de supuração purulenta pela introdução cirúrgica, na pele, de sedenhos (sedas de cauda de animais ou com outra origem). Este tipo de intervenções, sobretudo se repetidas, levava a que os doentes intervencionados passassem meses e anos imobilizados, no leito⁷. Em 1828, Thomas Brown cunhou o termo de “Irritação da espinal medula” e fazia o diagnóstico da perturbação da seguinte forma: se um doente apresentava dor em alguma zona do

corpo, pressionava pontos da coluna (podendo também ser tocados com algo embebido em água quente), até que algum suscitasse a dor de que o paciente se queixava, noutra local, assumindo que esta “irradiação” “distintamente fornecia a conexão entre as duas [dores]”⁷. Nas mulheres, os sintomas estariam relacionados com “a acção peculiar do útero”⁷: algumas cegavam, outras apresentavam vômitos, paralisia dos membros, incapacidade para deglutir sólidos⁷. Apresentavam, outras vezes, marcha instável e joelhos que mal podiam suportar o peso do corpo⁷. A teoria da “irritação da espinal medula” permitia a respeitabilidade de um diagnóstico de doença estritamente orgânica e permitia que, ao abrigo da “simpatia entre os órgãos”, se incluísse de novo o útero na etiopatogenia da doença, ligando a mente, a espinal medula e a pélvis num círculo de relações.

Em 1855, um cirurgião londrino, Frederic Skey, tal como outros médicos seus contemporâneos haviam reconhecido, referia a facilidade com que os doentes históricos conseguem reproduzir os sintomas neurológicos e observava que certos locais de veraneio estavam repletos de “centenas de mulheres jovens que estavam confinadas à posição de deitadas durante anos, excluídas da sociedade (...) simplesmente porque uma esponja quente lhes tinha suscitado uma sensação de mal-estar, ou se preferirem de dor, numa dada vértebra”⁷.

2.5.2. Teoria Reflexa (Neurose reflexa)

A teoria reflexa, que pode ser encarada como uma variante da teoria anteriormente abordada, comprovadamente defendida tanto por médicos como por médicas⁷, ligou tenazmente o útero ao cérebro (onde antes existia uma relação de “simpatia” entre órgãos era agora observada a manifestação do arco reflexo em acção). O útero, que tinha sido destronado pela coluna, como local de intervenção terapêutica recuperou a centralidade perdida anos antes. Bomberg, em 1857, entendia que era a irritação dos

órgãos genitais a responsável pelos sintomas, na histeria. Contudo os órgãos genitais das mulheres estariam “num estado de permanente irritação”, ao contrário do que acontecia nos homens, cujos genitais só ocasionalmente estariam “irritados”⁷. Por essa razão, a histeria apresentava uma frequência mais elevada nas mulheres. Laycock (1846) localizava a irritação nos ovários⁷. Estes pressupostos determinaram a massificação da histerectomia, da ovariectomia e da clitoridectomia ou cauterização do clítoris como tratamento das crises e sintomas histéricos, nas mulheres, a partir da puberdade. A primeira das intervenções era ainda efectuada nos Estados Unidos, com esta indicação, durante o primeiro quartel do século XX⁴. Para proceder a este tipo de oblações, o quadro de pessoal dos asilos psiquiátricos compreendia ginecologistas⁷. Os meios técnicos sofisticados dos séculos XIX e XX permitiram a erradicação do órgão considerado o responsável pelos sintomas histéricos, desde a antiguidade. No final do século XIX, foram escritos artigos científicos que atribuíam ao útero inúmeras doenças do foro oftalmológico, e, quase todo o tipo de doenças⁷. Um dos últimos capítulos da teoria reflexa foi o dos tratamentos em otorrino-laringologia, para controlo dos sintomas histéricos, celebrizados pela correspondência entre Freud e Fliess⁷.

Simultaneamente, alguns clínicos estariam mais cientes da contribuição da vertente psicogénica na manifestação dos sintomas. Atribuíam a convicção existente em tantas doentes de que tinham doença pélvica à sugestibilidade⁷. Advogavam que o tratamento deveria consistir em desfocar a atenção do doente em relação à doença e que, em muitos casos, o médico deveria abster-se de intervir⁷. Estão documentados casos em que a procura obstinada da operação pélvica era o principal sintoma apresentado e casos de homens (raros) que reclamavam igualmente a castração⁷.

Segundo Shorter (2002), desde o momento em que se descobriram as vias nervosas mediante as quais uma sensação poderia desencadear uma acção involuntária, foi

induzido o aparecimento massificado da histeria com sintomatologia motora espectacular, que floresceu nas enfermarias da Salpêtrière, no pontificado de Charcot.

2.6. Os empiricistas refutam a etiologia centrada no útero- II (séc. XIX)

Enquanto as teorias da irritação e reflexa estavam no seu apogeu, Paul Briquet publicou, em 1859, o seu tratado sobre a histeria⁶ no qual apresenta conclusões e argumentos provenientes da observação de 430 casos, internados, ao longo de 10 anos e observados por vários médicos, que não discutiriam entre si as opiniões clínicas acerca dos casos observados: 1) a histeria não decorre de patologia uterina; 2) não é pelo facto de possuir um útero que a mulher se desenvolve física e psiquicamente (argumentava com resultados de casos autopsiados por si próprio); 3) a histeria não é exclusiva do género feminino (apresenta casos de homens por si observados) embora as mulheres “estejam expostas 20 vezes mais que os homens”; 4) a histeria seria uma “neurose do encéfalo, cujos fenómenos aparentes consistiriam principalmente na perturbação dos actos vitais que servem para a manifestação das sensações afectivas e das paixões”. Os sintomas da histeria não seriam mais do que “a repetição pura e simples dos actos” e sinais (tonalidades de voz, expressões faciais, gestos, movimentos) que, “aumentados, enfraquecidos ou pervertidos”, costumam “manifestar para o exterior os estados anímicos, as necessidades e os desejos”; 5) Elaborou um inventário de sintomas relacionados com a sensibilidade dolorosa, distribuídos por 22 secções (hiperestésias, dermatalgias, gastralgias, tosse histérica, artralgia, hiperestesia das vias respiratórias, cefalalgia, etc), seguidos de secções em que se arrumavam outro tipo de sintomas (espasmos, ataques histéricos, contracções dos músculos, paralisia histérica, etc.)⁶. A observação fenomenológica fina e cuidadosa de Briquet conduzia, contudo, a intervenções terapêuticas organicistas, semelhantes às usadas pelos médicos que

seguiam as teorias anteriormente mencionadas, dado o pressuposto de que as alterações da vida mental observadas decorriam de perturbação orgânica do encéfalo⁶.

Na sua definição de histeria, Briquet tinha considerado a heterogeneidade e polimorfismo do quadro, ao afirmar que ele compreenderia “três síndromes: a personalidade histérica; os fenómenos conversivos e os sintomas somáticos crónicos e múltiplos”, isto é, a somatização funcional¹⁶.

2.7. Da histeria como doença mental orgânica (cerebral) à histeria como perturbação mental

Charcot (1825-1893) dedicou grande parte do seu labor científico à investigação das causas da histeria, procurando conformá-la ao modelo anatomo-clínico aceite nas escolas médicas de então. Entendia que a pressão exercida sobre os “pontos histeriformes” poderia sustentar ou provocar um ataque histérico, dando grande destaque à pressão dos ovários, como terapia⁷. Contudo, ao introduzir a hipnose, nos meios médicos do século XIX¹⁵, veio a concluir que, para além de uma fraqueza constitucional com vulnerabilidades neurológicas³, existiam também, e contra as suas hipóteses iniciais, causas psíquicas, no desencadear dos sintomas (que podiam ocorrer através da sugestão)¹⁵. No final da sua vida, declarava que a histeria seria, em grande parte, “uma doença mental”¹⁵. Durante anos postulou que as crises de histeria motoras seguiam sempre a mesma sequência, obedecendo a “leis”. Este tipo de crises terá praticamente deixado de ocorrer após a sua morte e a dispersão dos seus alunos. Charcot tinha o hábito de permitir a entrada de leigos, nos anfiteatros, durante as suas aulas, desconhecedor do efeito que tal procedimento poderia ter na manifestação dos sintomas na histeria⁷. Desconhecia o efeito corrosivo que a evolução da histeria pode ter sobre a imagem pública de um médico, efeito que, no entanto, tinha sido relatado, à data, por vários clínicos⁷, quando referiam o ridículo de verem os seus esforços junto de um

doente serem votados ao fracasso, enquanto uma visita do doente a um curioso que usasse a sugestão, poderia eventualmente fazer desaparecer por completo o sintoma⁷. A passagem de Freud, pelas enfermarias da Salpêtrière, bem como a de Janet, influenciou os estudos e teorias posteriores de ambos sobre este tipo de quadros clínicos.

Pierre Janet (1859-1947) entendia que as neuroses resultavam de uma “fraqueza moral particular consistindo na falta de poder, por parte do sujeito, para reunir, condensar a sua realidade psicológica e assimilá-la à personalidade”³. Uma das suas contribuições mais marcantes terá sido a caracterização de alguns fenómenos dissociativos (divisão na personalidade) em virtude da intolerância a experiências dolorosas. Existiria, na histeria, uma retracção no campo da consciência. Contudo, não atribuía os sintomas à existência de conflito no interior da personalidade, mas à fraqueza constitucional supra-citada³. Quer as teorias de Janet, quer as de Freud vão abrir uma nova etapa nos modelos de compreensão da histeria.

2.8. Resumo intercalar da evolução do conceito de somatização

Antes do desenvolvimento das teorias com componente psicogenética vincada, podem colocar-se em evidência alguns características específicas da histeria:

1 - A existência de um **elevado número de sintomas somáticos**, na ausência de lesão ou mecanismo patofisiológico conhecido. Desde Sydenham esses sintomas foram identificados como podendo mimetizar praticamente todas as doenças orgânicas conhecidas. Paul Briquet, em 1859, publica já uma listagem e sistematização por aparelhos e sistemas dos sintomas somatoformes.

2 - A mimetização dos sintomas **perfigura doença orgânica** de difícil diagnóstico diferencial, permitindo a colocação dos sintomas nessa margem de ignorância dos médicos, de cada época, que obriga e garante mais facilmente novos e, por vezes prolongados, procedimentos diagnósticos. Por exemplo, a teoria da “irritação da medula

espinal” é contemporânea de casos relativamente frequentes de tuberculose óssea com a mesma localização e obrigava a diagnóstico diferencial em relação a esta doença⁷.

3 - A atribuição dos sintomas a uma doença orgânica é, por vezes, acompanhada pelo comportamento anormal de doença, definido por Pilowsky¹⁷. A busca reiterada de tratamentos específicos, que começa a dirigir-se para os médicos, a partir sobretudo do século XVIII, traduz o intenso sofrimento e insatisfação experimentados pelos pacientes em causa. Este fenómeno é hoje designado por **Comportamento Anormal de Doente**¹⁷.

4 - O facto de tantos clínicos, filósofos e estudiosos de vários sectores se terem comprometido com uma explicação etiológica da doença, sem que fosse possível a aceitação de um diagnóstico menos ambicioso, meramente sindromático, poderá estar relacionado com a **pressão social e individual para que os clínicos formulassem uma explicação (atribuição) para os sintomas**. A ser assim, estaria reforçado o impacto do sofrimento e mal-estar sublinhado, no ponto anterior.

5 - Não sendo apanágio exclusivo do sexo feminino, a histeria **manifestava-se maioritariamente nas mulheres**: 20 casos de mulheres para cada caso masculino, segundo as estimativas de Briquet.

6 - A distinção muito clara, feita pelo menos desde Sims (1799), entre **hipocondria e histeria**.

7 - Desde o século XVIII, alguns clínicos detectaram a propensão para a **sugestionabilidade** nos pacientes que apresentavam sintomas medicamente não explicados. Esta sugestionabilidade tornou-se extraordinariamente saliente nas doentes da Salpêtrière, dirigida por Charcot.

8 - Eventualmente a característica enunciada previamente conduz a que batalhões de doentes, que sofrem sem encontrar um coerente sistema de atribuições, esteja

disponível, pelo menos desde o século XVIII no contexto da relação médico-doente, para as chamadas **doenças da moda**, sempre aguardando uma **nova nomenclatura** que re-introduza a dúvida acerca da organicidade do quadro.

9 - E a etiologia desta entidade nosográfica foi, para a maior parte dos autores, biológica e orgânica. Estes critérios etiológicos revelaram-se inconsistentes e talvez este historial explique uma parte da rejeição dos mentores das classificações actuais em relação à etiologia. Excluindo o critério dos sintomas inexplicados numerosos, só em raros casos (por exemplo, Sydenham) os autores avançam outros critérios clínicos, de natureza psico-social. A **dificuldade na validade de critério** para a somatização, não é, portanto, uma dificuldade recente.

3. TEORIAS PSICANALÍTICAS

Freud iniciou a sua carreira de investigador, pela mão de Brücke, uma das figuras proeminentes da Sociedade Físicista de Berlim, segundo a qual não existiam “forças activas no organismo que não as forças físico-matemáticas”⁷, mas frequentava as conferências de Brentano, que se opunha às ideias físicistas que dominavam as escolas médicas europeias, e traduzia para o alemão o livro de um autor francês que defendia serem os sintomas físicos na histeria resultado da sugestão, Bernheim¹¹. Apesar de o ideário físicista (monista) perpassar numa primeira tentativa para explicar a vida psíquica a partir de correntes de “energia vital” que circulavam em estruturas físicas semelhantes aos neurónios¹⁸, viu-se obrigado, posteriormente, a reconhecer que construía os seus modelos no contexto do chamado “paralelismo psico-físico”: trabalhava com dois mundos diferentes que se regiam por leis e pressupostos diferentes (o sistema nervoso e o organismo, por um lado, e o aparelho psíquico ou mental, por outro). Assim, não ignorou os dados de natureza cognitiva, emocional e simbólica, que

o método psicanalítico ia permitindo isolar. Ao definir fundamentos para uma alternativa terapêutica não organicista (enquanto aplicava e modificava os conhecimentos acumulados pelas correntes que trabalhavam com a hipnose, nos meios não médicos¹¹ e o método catártico de Breuer¹¹), enveredou por uma teoria explicativa de teor psicogenético mais vincado.

Freud distinguia a histeria (uma psico-neurose), na qual o sintoma teria origem psíquica e seria a expressão simbólica de um conflito sexual infantil recalcado, da neurastenia e hipocondria (neuroses actuais) que eram definidas como somáticas na sua origem, resultando da acumulação de tensão sexual sem objecto no presente¹⁹, não acessíveis ao método psicanalítico²⁰. O termo “conversão histérica”, proposto por John Ferriar, em 1795²¹, foi retomado e definido por Freud como resultante do recalçamento, na histeria, de certas ideias e pensamentos incompatíveis com a sensibilidade moral da pessoa²². A “energia libidinal” ligada a essa ideia incompatível ou insuportável, seria dissociada da ideia e transformada em sintoma somático. Esta transformação foi designada, por Freud, de conversão²². Os dois tipos de sintomas somáticos (conversivos e neurasténicos) poderiam estar presentes no mesmo sujeito (neuroses mistas)²³. A perturbação conversiva, nas classificações actuais, é a entidade nosológica mais próxima do conceito psicanalítico de conversão histérica. Todos os elementos psíquicos referidos, a propósito da conversão, estão ausentes do conceito de ansiedade somática, própria da neurastenia, no modelo freudiano, que é semelhante ao actual conceito de somatização funcional, segundo o qual nenhum elemento simbólico ou cognitivo faz parte do quadro. A diferenciação entre histeria de conversão e somatização inespecífica deve a sua relevância ao facto de determinar abordagens diferentes, no que respeita à instituição de uma psicoterapia²⁰. Tal distinção perde relevância quando não existe a possibilidade de recurso a este tipo de abordagens terapêuticas. Uma diferenciação entre

estes dois tipos de quadros vem a ser retomada e aprofundada com contribuições várias de autores psicanalíticos. Exemplos de estruturas propensas à somatização inespecífica (sem elementos psíquicos associados) seriam os pensamento e funcionamento operatórios, nos quais existiria uma pobreza ao nível da capacidade de fantasiar, de identificar e de expressar sentimentos, bem como uma forte aderência do pensamento e do discurso aos elementos concretos e objectivos da realidade, com o excessivo apagamento da subjectividade (Escola Psicossomática de Paris)²⁴. Outros autores psicanalíticos diferenciavam entre personalidades cujos sintomas se inserem em estruturas capazes de suportar o conflito das instâncias do eu e outras cuja estrutura não atingiu esse nível de diferenciação e em que os sintomas decorreriam de um défice na personalidade, sendo que alguns aspectos deste último tipo de personalidades devem ser entendidos como “paragens” no desenvolvimento cognitivo e afectivo e não tanto em termos de conflito e de defesa²⁵. O termo “somatização” foi cunhado por Steckel, já no início do século XX, e então definido como “a conversão de estados emocionais em sintomas físicos”²¹ dada a existência de uma neurose “profundamente sediada”. Era, assim, ignorada a distinção freudiana entre ansiedade com origem psíquica e atribuível a conflitos inconscientes e ansiedade com origem somática, inespecífica. Alexander²¹ mantém o conceito freudiano de conversão e defende que as perturbações orgânicas que afectavam órgãos sob o controle do sistema autónomo vegetativo (as “neuroses vegetativas”) seriam a consequência não-simbólica (logo inespecífica) de estados emocionais crónicos. No seu modelo, os conflitos poderiam originar sintomas somáticos não necessariamente através da conversão freudiana. No que diz respeito à hipertensão arterial, por exemplo, os conflitos poderiam aumentar a zanga, mas a hipertensão arterial não surgiria em vez de um afecto ligado a uma ideia, era antes o componente fisiológico da zanga²¹.

Kohut relata situações clínicas nas quais uma extrema ansiedade de fragmentação parece encontrar alívio e uma sensação de integração do eu através da eclosão dos sintomas somáticos, que seriam, neste caso, uma última defesa contra a ansiedade psicótica de fragmentação²⁶.

4. A SOMATIZAÇÃO COMO EXPRESSÃO DE MAL-ESTAR SOMÁTICO VERSUS PSÍQUICO: À INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA.

Em 1968, segundo Lipowsky, a somatização seria “uma tendência para experimentar, conceptualizar e comunicar estados psicológicos sob a forma de sintomas somáticos, mudanças funcionais e metáforas somáticas”², estando implícita uma relação causal entre o sofrimento psicológico e os sintomas somáticos. Mais tarde, o mesmo autor, considerando que “a psicanálise usou o termo somatização para designar um mecanismo de defesa inconsciente” e pretendendo definir a somatização de uma forma descritiva, entende-a como “uma tendência para experimentar e comunicar ansiedade somática e sintomas não baseados em achados patológicos, para os atribuir a doença física e para procurar ajuda para eles”. Referiu ainda que “os somatizadores experimentam e comunicam experiências que são, de facto, primariamente somáticas e não mal-estar psicológico”¹. Esta alteração do conceito de somatização, feita por Lipowsky, de um polo em que se assume que existem apenas causas psíquicas, para um outro que seria apenas somaticamente fundamentado, ilustra a passagem de um paradigma (a somatização secundária a problemas psicológicos, hoje grosseiramente coincidente com o conceito de “somatização de apresentação”) a outro (a somatização como decorrente da ansiedade somática, hoje designada como funcional). Não considera que existam dois tipos de mecanismos ou processos para a somatização, até num mesmo caso. Coloca um problema de investigação: não tendo sido comprovado, empiricamente, que a somatização seja sempre causada por perturbações psicológicas e emocionais, que

metodologias utilizar para estudar a sua etiologia e a natureza da sua relação com os problemas psicológicos? Estas questões de investigação têm sido analisadas sobretudo nos estudos que investigam a natureza da associação entre somatização e perturbações depressivas e de ansiedade (as perturbações psiquiátricas mais frequentemente estudadas no que respeita à associação com a somatização, nos Cuidados Primários-CP).

4.1. O problema da determinação da queixa somática

Bridges e Golbeg, em 1985, entendiam a somatização como resultado de causas e mecanismos psicológicos. No seu estudo de 1985, consideram como critérios para somatização: 1) o comportamento de repetição de consultas, para problemas orgânicos, quando são exibidos sintomas psiquiátricos (abnormal illness behavior); 2) a atribuição de uma causa somática para o sintoma psiquiátrico (atribuição somática); 3) referência a sintomas psiquiátricos que justifiquem um diagnóstico psiquiátrico (presença de perturbação psiquiátrica); 4) na opinião do “psiquiatra investigador”, o tratamento da perturbação psiquiátrica subjacente conduziria a uma diminuição ou melhoria das queixas somáticas (resposta ao tratamento)²⁷. Na amostra de 500 novos casos, nos CP, 32% são “somatizadores puros” (sem diagnósticos psiquiátricos), ou seja exibem somatização funcional.

Garcia-Campayo *et al* (1999) procederam a uma revisão de todos os estudos, encontrados através da Medline, que, entre 1985 e 1998, aplicavam os critérios de Bridges e Golderg. A somatização emergiu como um diagnóstico “válido, fiável e estável ao longo do tempo”. Contudo, ao contrário do esperado, não foi possível distinguir os dois grupos, no que respeita a aspectos sócio-demográficos, problemas sociais ou histórias médicas e psiquiátricas. A única diferença demonstrável, entre os somatizadores e os psicologizadores, era a predominância de sintomas e perturbações

depressivos entre os psicologizadores. Os dois grupos não apresentavam igualmente diferenças no que respeita aos traços hipocondríacos e ao *locus* de controle²⁸. A dificuldade em diferenciar os dois tipos de somatização foi encontrada noutros estudos²⁹.

4.2. Atribuição da queixa somática: Somatizadores e psicologizadores

Kirmayer e Robbins levaram a cabo um estudo no qual a questão da relação causal entre perturbação psiquiátrica e sintomas somáticos foi investigada empiricamente. Definiram como sintomas somáticos decorrentes de perturbação psiquiátrica os que fossem apresentados por indivíduos que simultaneamente exibissem perturbação depressiva ou ansiosa. Na amostra de 685 novos casos nos CPS, encontraram três tipos de quadros com queixas somáticas nos CP: 1) os somatizadores com hipocondria, 7.7%; 2) os somatizadores de apresentação (somatização com perturbações psiquiátricas), 8%; 3) os somatizadores funcionais (nos quais não seriam demonstráveis problemas psicológicos concomitantes com a somatização), 16.6%. As três formas de somatização atingiam uma prevalência total de 26.6% e a comorbilidade entre elas era baixa³⁰. Estes resultados foram replicados por Garcia-Campayo e colegas, em Espanha. Embora a prevalência total (das três formas de somatização) fosse menor (21.3%), e a comorbilidade entre elas tivesse sido, neste estudo, mais elevada³¹.

Em 1993 Krimayer e Robbins, aprofundam os critérios de Bridges e Golberg e publicam dados que permitem distinguir entre psicologizadores e somatizadores, no que diz respeito à atribuição conferida aos sintomas físicos medicamente inexplicados, nos CP³². Mas, enquanto que no estudo britânico quem era chamado a distinguir, em relação a cada doente, era o seu médico de família (critério considerado, por alguns, como subjectivo e dependente do sistema de atribuição mais frequente no clínico em causa)², no estudo canadiano quem decide se o caso é de um psicologizador ou não, é o paciente,

mediante a resposta dada a perguntas estandardizadas. Os psicologizadores são os casos que se apresentam com “pelo menos um problema psico-social”, no seu sistema de atribuições³² e portanto este grupo é mais abrangente que o dos “somatizadores de apresentação” que devem ter uma perturbação psiquiátrica. Geralmente os casos que não se qualificam para um diagnóstico psiquiátrico formal, caem no grupo da somatização funcional, e isto acontece a tantos mais destes casos quanto menor for o número de perturbações psiquiátricas pesquisadas nas amostras estudadas. Com a discriminação da somatização funcional, e através de esforços aturados para estabelecer um conceito de somatização unicamente descritivo, e supostamente desligado de teorias, tal como Taylor refere³³ terminou-se na “ressurreição do antigo conceito freudiano das neuroses actuais” com queixas físicas inespecíficas, de origem somática.

4.3 Somatização de apresentação e estudos de comorbilidade

Os estudos de comorbilidade das PSF permitem isolar o grupo dos somatizadores de apresentação e estimar a sua prevalência, desde que sejam avaliadas, na mesma amostra, as prevalências relativas das outras perturbações mentais, nomeadamente as perturbações de ansiedade e depressivas. Os padrões de comorbilidade das PSF podem sugerir chaves importantes para a investigação da etiologia das mesmas e, portanto, para as alterações a fazer na actual classificação deste tipo de patologias³⁴.

Partindo dos dados obtidos num Programa Epidemiológico realizado nos Estados Unidos, Swartz *et al*³⁴ estimaram que os participantes com um diagnóstico, ao longo da vida, de Perturbação de Somatização (DSM-III) tinham uma probabilidade muito mais alta de ter uma história de perturbações da DSM-III: de pânico, 25 vezes mais, obsessivo-compulsiva, 12 vezes mais, depressão major, 11 vezes mais. Num estudo longitudinal de dois anos, Craig *et al* compararam a evolução de quatro grupos de doentes dos CP, com critérios semelhantes aos de Bridges e Goldberg. Os

somatizadores definiam-se por apresentarem uma perturbação emocional e sintomas físicos que não podiam ser assacados a uma perturbação orgânica (somatização de apresentação). Procuraram reduzir a possibilidade de vieses introduzidos pelos sistemas de atribuição causal dos sintomas, próprios do entrevistador: decisão sobre se os sintomas eram ou não medicamente inexplicados foi suportada por informação médica objectiva, através da consulta dos processos clínicos dos doentes e o diagnóstico de perturbação psiquiátrica foi apostado mediante o recurso, não a um, mas a dois entrevistadores, que usaram a Present State Examination³⁵. Concluíram que as alterações nos sintomas físicos dos somatizadores reflectiram, de uma forma muito próxima, o seu estado de activação emocional, ficando demonstrada a proximidade, no tempo, das alterações na gravidade quer do sintoma somatoforme quer do problema psico-social³⁵. O conceito de somatização de apresentação indica-nos que existe simultaneidade da queixa somática com uma perturbação depressiva ou ansiosa. O facto de não se afirmar, como Kirmayer e Robbins não afirmam, que existe uma simultaneidade entre uma perturbação somatoforme e uma perturbação depressiva ou ansiosa, parece subentender que o sintoma somatoforme se insere num quadro depressivo ou ansioso e apenas isso. Portanto, só a somatização funcional seria somatização verdadeira e, na somatização de apresentação, estaríamos em presença de um quadro depressivo ou ansioso, com queixas somáticas, que não foi reconhecido pelo médico. Apesar de nos parecer que esta questão não é explicitamente abordada, ela parece-nos da maior importância. Há que ter em mente que um quadro de somatização crónico, com numerosas e incapacitantes queixas somatoformes (que não atingem contudo os critérios de Perturbação de Somatização), pode ser diagnosticado como Depressão Major e não como PSF, caso o indivíduo tenha perdido um sujeito significativo nos últimos 15 dias, mesmo que nunca tenha deprimido antes. Com efeito,

quando estão presentes simultaneamente uma perturbação somatoforme e uma perturbação depressiva ou ansiosa não podem aplicar-se os dois diagnósticos, a não ser nos casos, raros, da Perturbação de Somatização. Tal facto pode decorrer de serem as outras PSF diagnósticos “fracos”, na margem do diagnóstico “forte”, nuclear do grupo, a perturbação de somatização. Porém, podemos perguntar se esta subordinação dos diagnósticos das PSF aos diagnósticos de depressão, decorre de evidência científica ou decorre, eventualmente da maior facilidade em reconhecer clinicamente (e em rastrear) um quadro depressivo ou ansioso, ou de outro tipo de razões.

As questões relacionadas com a natureza da associação deste tipo de diagnósticos perpassam neste debate: será uma relação de causalidade? E, se sim, em que sentido? É a somatização que determina os outros quadros ou, pelo contrário são a ansiedade ou a depressão que precedem a somatização?

Um estudo prospectivo e longitudinal³⁶, desenhado para responder ao tipo de problemas formulados, cobriu um período de cerca de 4 anos e foi realizado numa amostra representativa da população, de idades compreendidas entre os 14 e os 24 anos. Neste estudo, a grande maioria dos casos com somatização (79,8%) tinha simultaneamente, pelo menos, uma outra perturbação mental, avaliada pela M-CIDI (Munich-Composite International Diagnostic Interview). A perturbação de dor somatoforme estava fortemente associada com depressão major, perturbação de pânico e perturbação de stress pós-traumática, enquanto que a perturbação conversiva e dissociativa sem outra especificação estavam fortemente associadas às perturbações alimentares. A análise da relação temporal do início das PSF e do início das outras perturbações mentais que lhe eram comórbidas, sugere que a perturbação de dor somatoforme e a somatização são geralmente anteriores, no tempo, indicando que estas perturbações têm uma idade de início mais precoce que a das outras perturbações mentais (especialmente no que se

refere às perturbações depressivas e de abuso de substâncias). Esta precedência temporal era menos clara no que se refere às perturbações de ansiedade, estando estes dados em linha com os estudos que encontram uma maior proximidade dos quadros ansiosos em relação à somatização (comparando com os quadros depressivos)³⁷. Participantes com perturbação conversiva ou dissociativa sem outra especificação, geralmente reportavam que a sua PSF tinha tido início depois da perturbação mental que lhe era comórbida³⁶. Quanto ao nível de incapacidades encontrado, os autores reportam que, comparando os participantes com diagnósticos somatoformes com os que exibiam outros problemas mentais, 4,2% dos primeiros tinham estado completamente incapacitados para as actividades da vida diária, pelo menos um dia do último mês, contra 1% dos participantes pertencentes ao segundo grupo (controlando o efeito das perturbações mentais comórbidas), atestando a diferença ao nível da incapacidade ocasionada pelas PSF, mesmo já nestas idades mais jovens³⁶. Estes dados relativos à associação das PSF com as outras perturbações poderiam fazer pensar na hipótese de haver efectivamente uma precedência, no tempo, das primeiras em relação às segundas (sem com isto poder afirmar-se uma relação causal). Contudo, a análise posterior dos dados, levou Lieb *et al*³⁴ a referir que não existem dados nem estudos que permitam concluir, com segurança, que haja alguma relação de precedência (e muito menos de causalidade) de um tipo de patologias em relação ao outro e que os resultados existentes sugerem relações temporais “em ambas as direcções”: quer concedendo precedência às PSF, quer sugerindo que as perturbações de ansiedade e depressivas têm capacidade predictiva em relação às PSF.

4.4. Somatização funcional

Como se referiu, segundo Kirmayer e Robbins, a somatização funcional define-se pela existência de sintomas medicamente inexplicados, na ausência de perturbação

psiquiátrica. Contudo, a definição tem sido aplicada, na esmagadora maioria dos estudos publicados nos CP, entendendo esta ausência de perturbação psiquiátrica, como ausência de perturbação depressiva ou de ansiedade, as mais comuns, neste contexto. Porém, se as psicoses e demências são frequentemente critérios de exclusão das amostras estudadas, o mesmo não acontece em relação às perturbações da personalidade, passíveis de influenciar o teor das queixas somatoformes e que aparecem altamente representadas, pelo menos nas amostras de doentes com perturbação de somatização³⁸.

As várias versões do Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, desde a DSM-III até à DSM-IV-TR, bem como a Classificação de Perturbações Mentais e Comportamentais da ICD-10 classificam, salvo raras excepções, as PSF como somatização funcional, uma vez que não são considerados sintomas psíquicos para as várias entidades nosográficas que o grupo integra. Exceptuando a ICD-10, quando requiere para a Perturbação de Somatização, o Comportamento Anormal de Doente e a Perturbação Conversiva, que deve ser precedida de “conflitos ou outros stressores”, na DSM-IV. O mesmo se pode dizer em relação às formas sub-clínicas ou ditas mais abrangentes: o SSI 4,6³⁹ e a Perturbação Multissomatoforme (MSD, Multisomatoform Disorder)⁴⁰. Apenas a Perturbação Somatoforme Polissintomática (PSD, Polisympomatic Somatoform Disorder)⁴¹ integra critérios psicológicos e de comportamento. A grande diferença entre a ICD-10 e a DSM-IV é o facto de a primeira ter colocado a Perturbação Conversiva (para a qual o conceito psicanalítico requeria a existência de dissociação) nas Perturbações Dissociativas e não nas Somatoformes. Este facto, ao arrastar os sintomas pseudo-neurológicos das PSF para as Perturbações Dissociativas, torna a critério para Perturbação de Somatização, na ICD-10, ainda mais restritivo, porque privado daqueles sintomas. Existem estudos actuais que continuam a

fundamentar tal procedimento⁴²⁻⁴³. Em relação à somatização funcional, um dos principais problemas de investigação é a validação dos pontos de corte que permitam a dicotomização das contagens de sintomas somatoformes e, assim, a obtenção de variáveis categoriais e não só contínuas. Para a particularização da forma como foram calculados os pontos de corte em cada sistema classificativo, e da sua evolução nos últimos anos, deve consultar-se o artigo de Gucht, já citado².

Na DSM-IV, a Perturbação de Somatização é definida pela reunião de 8 sintomas somatoformes que devem estar distribuídos por 4 secções: gastro-intestinais; pseudo-neurológicos; de dor e sexuais. Na ICD-10, o ponto de corte situa-se nos 6 sintomas, pertencentes a pelo menos duas secções de entre as seguintes: gastro-intestinais; cardiovasculares; genito-urinários e relativos à pele ou dolorosos.

Os critérios adoptados pela DSM-III, DSM-III-R e DSM-IV têm revelado grande concordância entre si e com os critérios de Feigner, por sua vez decorrentes dos critérios de Briquet, operacionalizados por Perley e Guze, em 1962². Contudo, os critérios da ICD-10 não apresentaram o mesmo nível de concordância com os referidos anteriormente².

Dado que os critérios das classificações acima mencionadas não abrangiam um número substancial de doentes com sintomas de somatização, os quais, embora não atingissem os critérios de Perturbação de Somatização, apresentavam níveis altos de incapacidade, foram propostos síndromes somatoformes com critérios não tão restritivos como os da Perturbação de Somatização (já mencionados) com a preocupação de que esses critérios tivessem o mesmo valor predictivo que os da Perturbação de Somatização³⁹⁻⁴¹, cujos pontos de corte foram definidos a partir do nível de incapacidade, consumo de consultas e perda de dias de trabalho^{39,40}.

5. CONCLUSÃO:

Os estudos sobre a somatização, nos CP, não discriminam, habitualmente, entre somatizadores - somatização funcional - e psicologizadores - somatização com perturbação psiquiátrica (Bridges e Golberg, 1985) e/ou atribuição psíquica dos sintomas (Kirmayer e Robbins, 1993). Não distinguem entre as três formas de somatização (hipocondríaca, funcional e de apresentação) e tomam a somatização no sentido geral. Para juntar às conclusões intercalares, já formuladas, referiremos os pontos seguintes:

1 - A somatização de apresentação não está solidamente definida porque ora se baseia na existência de diagnóstico psiquiátrico ora na existência de mero problema psicológico concomitantes. Além disso, nos estudos existentes, não têm sido incluídas todas as perturbações psiquiátricas. Se isso fosse contemplado, qual seria, então a prevalência deste tipo de somatização no conjunto da somatização geral?

2 - A fraqueza da validade de critério e da validade predictiva, encontradas para a somatização no sentido geral (o que não acontece para as validades convergente e divergente, com resultados mais consistentes em estudos de revisão), pode decorrer do facto de ser este tipo de somatização funcional um fenómeno inespecífico⁴⁴.

3 - A somatização funcional não tendo, na sua origem, um problema psíquico escondido ou “recalcado”, pode manifestar-se dada a existência de um défice na personalidade que poderia traduzir-se em Perturbação do Eixo II. Estes doentes careceriam, então, de uma terapêutica psicológica e não exclusivamente médica. Seria, nesse caso, mais adequado colocar estes diagnósticos nos eixos I e II e não no eixo III, tanto mais que esta decisão terá implicações ao nível do diagnóstico e sobretudo ao nível do setting escolhido para o tratamento.

4 - A frequência com que a procura de organicidade e a recusa de um diagnóstico psicológico ocorrem podem estar também relacionadas com défices na personalidade

(ao nível cognitivo e simbólico) que atraem o sujeito para explicações “objectivas e concretas”, como os doentes tanto solicitam.

5 - A multidimensionalidade dos síndromes somatoformes não é considerada pelas classificações actuais que não incluem características psicológicas, factores interpessoais, características biológicas e de personalidade, bem como, na maior parte das perturbações, aspectos do comportamento anormal de doente.

6 - O discernimento entre perturbação conversiva e somatização funcional, só se justifica, se puderem ser oferecidos meios terapêuticos específicos a cada entidade. Mas são necessários estudos de validação empírica das intervenções psicoterapêuticas, sobretudo não cognitivistas, como as de inspiração psicanalítica⁴⁵.

7 - O debate sobre a etiologia e a classificação das PSF é grandemente influenciado pela disponibilidade de meios terapêuticos existentes nas sociedades e parece revelar uma disputa por estes grupos de doentes, protagonizada por várias especialidades médicas (o que se torna mais claro quando se pensa nas perturbações funcionais: fibromialgia, síndrome da fadiga crónica, etc), uma vez que o tipo de tratamento depende do setting⁴⁴.

8 - A inclusão das PSF no grupo das doenças físicas (eixo III) conduzindo a tratamentos puramente físicos, de onde se destacaram ao longo, sobretudo, do último século, voltará a repor a questão do diagnóstico e do tratamento no ponto em que se encontravam há mais de um século.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. LIPOWSKI ZJ: Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry* 1988; 145:1358-1368.
2. DE GUCHT V, FISHLER B: Somatization: a Critical Review of Conceptual and Methodological Issues. *Psychosomatics* 2002; 43: 1-9.

3. MILLON T: Masters of the Mind. Exploring the Story of Mental Illness from Ancient Times to the New Millennium. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc. 2004.
4. FINK P: From hysteria to somatisation: a historical perspective. Nord J Psychiatry 1996; 50 (5): 353-363.
5. SMADJA C: Les modèles psychanalytiques de la psychosomatique. Paris: Presses Universitaires de France 2008.
6. BRIQUET P: Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie. Paris: Baillière & fils 1859.
7. SHORTER E: From Paralysis to Fatigue. A History of Psychosomatic Illness in the Modern Era. New York: The Free Press 1992.
8. CERTEAU M: La possession de Loudun. Paris: Gallimard 2005, Folio Histoire n° 139.
9. DOSSE F: Michel de Certeau. Le marcheur blessé. Paris: La Découverte 2002.
10. BOLLAS, C: Hysteria. London/NY: Routledge 2000.
11. SYMINGTON N: A experiência analítica. Lisboa: Climepsi Editores 1999.
12. MAYOU R, KIRMAYER LJ, SIMON G, KROENKE K, SHARPE M: Somatoform Disorders: Time for a New Approach in DSM-V. Am J Psychiatry 2005; 162: 847-855.
13. STARCEVIC V: Somatoform Disorders and DSM-V: Conceptual and Political Issues in the Debate. Psychosomatics 2006; 47 (4): 277-281.
14. KROENKE K, SHARPE M, SYKES R: Revising the classification of somatoform disorders: key questions and preliminary recommendations. Psychosomatics 2007; 48 (4): 277-85.
15. WIDLÖCHER D: Concept de nevrose. Encyclopédie Médico-Chirurgicale 37-300-A-10.

16. KARVONEN JT: Somatization in Young Adults. The Northern Finland 1966 Birth Cohort Study. Acta Univ Oul D 941 2007.
17. PILOWSKI I: Abnormal Illness Behaviour: a review of the concept and its implications. In: Mchugh S, Vallis TM, eds. Illness Behavior. A multidisciplinary model. New York: Plenum Press 1986: 391-396.
18. FREUD S: Projecto para uma Psicologia Científica 1895. In: Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago 1969.
19. FREUD S: Para uma introdução ao narcisismo 1914. In: Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago 1969.
20. FREUD S: Conferências introdutórias sobre psicanálise 1916-1917. In: Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago 1969.
21. TAYLOR GJ: Somatization and Conversion: Distinct or Overlapping Constructs? J Am Acad Psychoanal Dynamic Psychiatry 2003, 31 (3): 487-508.
22. FREUD S: As neuro-psicoses de defesa. 1894. In: Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago 1969; III: 56
23. FREUD S: A sexualidade na etiologia das neuroses 1898. In: Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago 1969; III: 249.
24. MARTY P, M'UZAN M: La 'pensée opératoire'. Rev Franç Psychoanal 1963; 27: 1345-1356.
25. STOLOROW R., LACHMANN FM: Psychoanalysis of developmental arrests. Theory and Treatment. New York: International Universities Press, Inc. 1980.
26. KOUHUT H: Análise do Self. Rio de Janeiro: Imago Editora 1988.
27. BRIDGES KW, GOLDBERG DP: Somatic presentation of DSM III psychiatric disorders in primary care. J Psychosom Res 1985; 29:563-569.

28. GARCIA-CAMPAYO J, SANZ-CARRILLO C: A review of the differences between somatizing and psychologizing patients in primary care. *Int J Psychiatry Med* 1999; 29 (3): 337-345.
29. VERHAAK PF, TIJHUIS MA: The somatizing patient in general practice. *Int J Psychiatry Med* 1994; 24 (2): 157-77.
30. KIRMAYER LJ, ROBBINS JM: Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. *J Nerv Ment Dis* 1991; 179: 647-655.
31. GARCIA-CAMPAYO J, LOBO A, PEREZ-ECHEVERRIA MJ, CAMPOS R: Three forms of somatization presenting in primary care settings in Spain. *J Nerv Ment Dis* 1998; 186: 554-560.
32. KIRMAYER LJ, ROBBINS JM, DWORKIND M, YAFFE MJ: Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Am J Psychiatry* 1993; 150:734-741.
33. TAYLOR G: Somatoform Disorders. In: Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. Disorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge: Cambridge University Press 1997: 114-137.
34. LIEB R, MEINLSCHMIDT G, ARAYA R: Epidemiology of the Association between Somatoform Disorders and Anxiety and Depressive Disorders: an Update. *Psychosom Med* 2007; 69 (9): 860-863.
35. CRAIG TKJ, BOARDMAN AP, MILLS K, et al: The South London Somatisation Study I. *Br J Psychiatry* 1993; 163:579-588.
36. LIEB R, ISENSEE B, VON SYDOW K, WITTCHEN HU: The early developmental stages of psychopathology study (EDSP): a methodological update. *Eur Addict Res* 2000; 6:170-182.

37. KELLNER R: Somatization: Theories and Research. *J Nerv Ment Dis* 1990; 178 (3): 150-160.
38. GARCIA-CAMPAYO JJ, SANZ-CARRILLO C, PEREZ-ECHEVERRIA MJ, CAMPOS R, LOBO A: Screening of Somatization Disorder: validation of the Spanish version of the Othmer and DeSouza test. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 94 (6): 411-5.
39. ESCOBAR JI, RUBIO-STIPEC M, CANINO G, KARNO M: Somatic Symptom Index (SSI): a new and abridged somatization construct. Prevalence and epidemiological correlates in two large community samples. *J Nerv Ment Dis* 1989; 177:140-146.
40. KROENKE K, SPITZER RL, DEGRURY FV, et al: Multisomatoform disorder. An alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54:352-358.
41. RIEF W, HILLER W: Toward empirically based criteria for the classification of somatoform disorders. *J Psychosom Res* 1999; 46:507-518.
42. NIJENHUIS ER. Somatoform dissociation: Major symptoms of dissociative disorders. *J Trauma Dissociation* 2000; 1 (4): 7-32.
43. ESPÍRITO SANTO H, PIO-ABREU JL: Dissociative disorders and other psychopathological groups: exploring the differences through the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *Rev Bras Psiquiatr* 2007; 29 (4): 354-8.
44. LOWE B, MUNDT C, HERZOG W, et al: Validity of Current Somatoform Disorder Diagnoses: Perspectives for Classification in DSM-V and ICD-11. *Psychopathology* 2008; 41: 4-9.
45. BARSKY AJ, BORUS JF: Functional Somatic Syndromes. *Ann Intern Med* 1999; 130: 910-921.

Artigo II

PERTURBAÇÕES SOMATOFORMES: REVISÃO DA EPIDEMIOLOGIA NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE

Aceite para publicação na:

Acta Médica Portuguesa

5 de Janeiro de 2010

PERTURBAÇÕES SOMATOFORMES: REVISÃO DA EPIDEMIOLOGIA NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE

INTRODUÇÃO:

Os valores da prevalência encontrados para a somatização dependem das classificações nosográficas empregues, dos instrumentos de medida utilizados e dos contextos em que a colheita de dados for efectuada.

Embora não haja evidência de variação cultural, de país para país, nos aspectos que à somatização dizem respeito, na Europa¹, o mesmo não parece ser o caso quando se analisam as diferenças transnacionais, relativamente à ansiedade somática, em estudos que envolvam outros continentes². Assim, as comparações dos valores de prevalência encontrados em países fora do continente europeu, devem ser olhadas com precaução.

MÉTODOS:

Foi feita uma revisão sistemática dos estudos em que foram estimadas prevalências de somatização e Perturbações Somatoformes (PSF), nos cuidados de saúde primários (CP), desde Julho de 1998 até Junho de 2009 (para estudos anteriores pode consultar-se a revisão sistemática de Creed e Barsky)³.

As palavras-chave da pesquisa, na PubMed, foram: somatoform disorders; somatization; somatisation; medically unexplained symptoms; MUS; functional somatic symptoms. Foi feito o cruzamento de cada uma destas palavras-chave com primary care e com population (os resultados obtidos relativamente aos estudos na população não são mostrados).

Os CRITÉRIOS DE INCLUSÃO aplicados, num primeiro momento, aos estudos encontrados foram os seguintes:

1. Incluïrem dados directos de amostras de somatizadores, não previamente seleccionadas a partir de outras amostras (serem estudos primários).

2. Incluem dados de meta-análises ou revisões sistemáticas sobre prevalência de somatização.
3. Artigos escritos em inglês.
4. A distinção entre sintomas físicos e sintomas medicamente não explicados deveria ter sido assegurada utilizando método claramente exposto.
5. Com excepção da Perturbação de Somatização, os estudos de prevalência de apenas uma das categorias diagnósticas que integram a secção de PSF, não foram considerados (por exemplo, estudos de prevalência unicamente da Perturbação Dismórfica Corporal ou da Perturbação da Dor, etc.).

A grelha de critérios para incluir os artigos compreendia ainda itens particulares relativos aos participantes, tipo de estudo, de amostra e de instrumentos empregues:

| GRELHA DE CRITÉRIOS DE SELECÇÃO DO ESTUDO | |
|---|---|
| Participantes | <ol style="list-style-type: none"> 1. com idade a partir dos 18 anos; não foram incluídos estudos especificamente sobre grupos etários particulares. 2. dos CP. |
| Intervenção | <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>rastreio</u> de: PSF, como um grupo geral; Perturbação SSI4,6; MSD (Multisomatoform Disorder) 2. <u>diagnóstico</u>: categorial de PSF (como um grupo); SSI4,6; MSD. |
| Desenho/Amostra | <ol style="list-style-type: none"> 1. nos CP (doentes consecutivos) ou representativa da população que recorre aos CP. 2. transversal; 3. longitudinal ou de follow-up (analisando os dados da amostra da primeira avaliação do estudo considerado). 4. para validação de instrumentos. |
| Instrumentos | Avaliação dos critérios de PSF das DSM-III-R, DSM-IV, ICD-10, SSI4,6 e MSD. utilizando, pelo menos em parte da amostra, uma entrevista. |

NOTA: Na análise dos estudos incluídos foi assumida como pergunta condutora da pesquisa a de saber se a somatização (definida categorialmente) e as PSF apresentavam especificidade em relação às Perturbações Depressivas e de Ansiedade, nos estudos em que as prevalências destas perturbações comórbidas eram também estimadas.

RESULTADOS:

Foi feita uma primeira análise, através do título e, em alguns casos do resumo, de 1401 artigos, considerando não só os estudos nos CP, mas, nesta fase, ainda também na população (estes últimos estudos não são analisados neste trabalho). Em seguida, pela leitura atenta dos

resumos e, em boa parte dos casos, do artigo integral, e empregando a grelha dos critérios de inclusão, foram seleccionados 65 artigos (estudos nos CP e na população), tendo sido incluídos alguns artigos relevantes para a compreensão da metodologia dos estudos de prevalência, embora não contivessem resultados com valores de prevalência.

Estes 65 artigos foram escalpelizados, a partir do texto integral, quanto aos critérios de distinção entre sintomas medicamente explicados e inexplicados, bem como ao tipo de entrevista (se incluía itens também para as PSF ou unicamente para as perturbações depressivas e de ansiedade).

Finalmente, aplicando aos critérios definidos, foram incluídos na revisão 12 estudos realizados nos CP, para análise aprofundada. E um estudo de meta-análise sobre sintomas medicamente não explicados, ansiedade e depressão, não restrito aos CP.

Prevalências

As várias classificações utilizadas para definição de somatização e PSF, a operacionalização/instrumentos escolhidos, as características fundamentais das amostras estudadas e os valores de prevalência de somatização e de PSF encontrados nos estudos, constam do Quadro II.

| QUADRO II – PREVALÊNCIA DAS PERTURBAÇÕES SOMATOFORMES NOS CP | | | | | |
|---|--------------|---|--|-----------------|--|
| Estudo/Data/Local | Desenho N | Avaliação do Sint. Somatof. (actual ou tav) | Definição de PSF (Pert.Somat.) | Prevalência PSF | Objectivo/Obs. /Limitações |
| Garcia-Campayo J. <i>et al.</i> ²³ 1998 Espanha | Transversal | GHQ 28 SPPI | Somatiz. func., Somatiz. apresent. e hipocondria ²⁵ | 21.3% | Critério de somatiz inclui hipoc., pert. ansiosas e dep. |

| | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|
| Fink, P. <i>et al</i> ¹⁰ 1999 Dinamarca | Transversal 1ª fase: 191 2ª fase: 90 (amostra estratíf.) | 1ª : SCL-90 (25 items) 2ª : SCAN 1 questão ao CG | DSM-IV/ICD-10 | P. Indif.: -DSM-IV: 27,3% -ICD-10: 7,1% PSFSOE: 29,93% (DSM-IV) Total: (ICD-10): 57,5% (c/ PSFSOE); 30% (s/ PSFSOE) | DSM IV e ICD-10 - completamente discordantes nas pert. da dor e hipoc. |
| Lynch, D. <i>et al</i> ⁶ 1999 EUA | Transversal 1ª fase: 172 2ª fase: 119 | 1ª : Secção de somatiz da DIS c/ e s/ mod. de Bucholz 2ª : Análise dos processos clínicos (para o nº de consultas) | DSM-IV; DSM-IV (mod. Bucholz); SSI4,6 DSM-IV-PC:MSD DSM-IV (indif.); | P. Indif.: 79% P. Somatiz.: 0,8% P.Somatiz. c/ mod Bucholz: 8% SSI4,6: 6% MSD: 24% | Só os diagnost de Pert.Somatiz. (c/ ou s/ mod de Bucholz) discriminavam os d. que iriam utilizar + os serv. |
| Allen, L. <i>et al</i> ^(11,20) 2001 EUA | 1 455 pacientes novos | CIDI (DSM-III-R): 1 455 | SSI4,6 | SSI4,6: 22% (tav) | Somatiz. c/ P. Dep e de Ans. têm significativa/ mais Incapacidade que doentes só com P. Dep. e de Ans. Somatizadores c/ Dep. e Ans. não estavam mais deprimidos q/ os dep. e ansiosos s/ somatização. |
| Becker, S. <i>et al</i> ²³ 2002 Arábia Saudita | Transversal | 1ª : PHQ: 431 2ª : SCID-R: 173 | DSM-IV (PRIME-MD) | MSD: 19.3% | Estudo de validação do PHQ para a Arábia Saudita |
| Gureje, O. ² 2004 14 países | Follow-up (1 ano) 1ª fase: 25 916 2ª fase: 5447 (sobrerrepresent. dos estratos c/ pontuações altas no GHQ-12) | 1ª : GHQ-12 2ª : CIDI | ICD-10 SSI4,6 (1989) | P. Dor: 21,5% P. Hipoc.: 0,8% P. Somatiz.: 2,8% SSI4,6: 19,7% | |
| Waal, M. <i>et al</i> ⁴ 2004 Holanda | Transversal 1ª fase: 1046 2ª fase: 473 | 1ª:PSC (55 sint. actuais da DSM-III) 2ª:SCAN 2.1 | DSM-IV | P. Indif.: 13,1% P. Conv.: 0,2% P.hipoc.: 1,1% P.somatiz.: 0,5% Total: 16,1% | Regras hierárquicas de diagn. da DSM-IV entre perturbações dep., de ansiedade e somatoformes não foram seguidas. Dentro dos grupos diagnósticos, foram respeitadas. |

| | | | | | |
|---|--|--|--------------------------|---|---|
| Lyngø, I. <i>et al</i> ¹³ 2004 Cronelândia | Transversal 376 escolhidos aleatoriamente 100 entrevistados | 1ª : 376 2ª : 100 (rastreados com GHQ-12):SCAN | ICD-10 | Total: 22,3% | Total inclui F 44.7, 45, 48 (P. Dissociativas). |
| Jackson, J. <i>et al</i> ¹² 2005 EUA | Follow-up 500 (doentes consecut. c/ sint. físicos) | 1ª : PHQ-15 2ª : PRIME-MD | DSM-IV (PRIME-MD) MSD | Total: 12% MSD: 5% | PSF c/ significativa/ + psicopatologia que os não somatiz. P. dep. e de ansied. não estavam associadas c/ somatiz. |
| Toft, T. <i>et al</i> ⁵ 2005 Dinamarca | Transversal 1ª fase: 1785 2ª fase: 701 (am. estratificada) casos c/ "novos sintomas" | 1ª. Secção de somatiz. (SCL) e SCL-8 2ª. SCAN | ICD-10 | P. Somatiz.: 10,1% (actual) Total: 35,9% | Foram contabilizados apenas as 1ªs marcações: estes n°s podem induzir a conclusão que estes doentes se apresentam em situações agudas e não crónicas. |
| Broers, T. <i>et al</i> ¹⁶ 2006 Bosnia-Herzegovina | 1285 (mais de 50 centros) | 1ª: PHQ 2ª: Entrevista CG: para a P. de Somatiz.): 1285 | DSM-IV | P. Somatiz.: 16,1% | |
| Jackson, J. <i>et al</i> ²⁴ 2008 | Follow-up 500 (doentes consecut. c/ sint. físicos) | 1ª : PHQ-15 2ª : PRIME-MD | DSM-IV (PRIME-MD) MSD | MSD: 8% | Trata-se da mesma amostra de 2005 |
| Roca, M. <i>et al</i> ⁹ 2009 Espanha | 1925 CG seleccionaram 4 doentes cada: 7936 casos | 1ª: CG 2ª: PRIME-MD | | Total: 28,8% (c/ PSFSOE) MSD: 14,0% | |

PSFSOE-PSF s/ outra especific.

Tav- toda a vida

MSD- Multisomatoform Disorder

SSI4,6- Somatic Symptom Index

CIDI- Composite International Diagnostic Interview

SCID-R - Structured Clinical Interview for DSM-III-R

SPPI- Standardized Polyvalent Psychiatric Interview

PRIME-MD- Primary Care Evaluation of Mental Disorders

PHQ- Physical Health Questionnaire

GHQ- General Health Questionnaire

SCAN- Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry

PSC- Physical Symptom Checklist

Total- Prevalência total das PSF

c/ mod Bucholz- com modificação de Bucholz

CG- Clínicos Gerais

As estimativas da prevalência de **Perturbação de Somatização** constantes dos estudos realizados em unidades de cuidados primários de saúde são escassas e baixas, para os critérios da DSM-IV. De Waal *et al* reportam a prevalência de 0,5%⁴⁻⁵ e Lynch *et al* a de 0,8%⁶. Contudo, seguindo os mesmos critérios, num estudo em que o diagnóstico é feito pelos

clínicos gerais, realizado na Bósnia-Herzegovina, é encontrado um valor de 16,1%⁷, facto que os autores entendem ser justificável, dadas as sequelas da guerra, recentemente ocorrida naquela região. Outros autores⁸ referem valores tão altos quanto 10,1%, com os critérios da ICD-10 (os mais restritivos).

Quando são consideradas as **Perturbações Somatoformes**, no seu conjunto, e tendo em conta os critérios da DSM-IV, as estimativas oscilam entre 16,1%, sem a Perturbação Somatoforme sem outra especificação (PSFSOE)⁴ e 28,8%⁹ se se considerava também este último diagnóstico. Utilizando os critérios da ICD-10, Fink *et al*¹⁰ obtiveram os valores de 57,5% e 30%, respectivamente, integrando ou não a PSFSOE e Toft *et al*⁸ relataram a estimativa de 35,9% para prevalência pontual das PSF, utilizando os critérios da ICD-10. Estes autores, porém, integraram nas PSF, as perturbações dissociativas com sintomas somatoformes (do grupo F 44.4 em diante).

Aplicando o critério do **SSI4,6** aos somatizadores que procuram consulta médica, nos CP, os estudos referem valores entre 6% (6) e 22%¹¹⁻¹². O estudo multicêntrico da Organização Mundial de Saúde (OMS)² refere a estimativa global de 19,7%, para o SSI4,6, embora com grandes variações entre os locais com valores limite de 7.6% para Ibadan e de 36.8% para Santiago do Chile.

Diferenças por sexo

A maioria dos estudos reporta prevalências mais altas para mulheres. Com os critérios da MSD, Roca *et al*⁹ encontraram valores significativamente diferentes para mulheres e homens (16.7% vs 9.7%) e Toft *et al*⁸ concluem que mais mulheres que homens apresentavam Perturbação de Somatização (ICD-10) e Neurastenia. Num estudo realizado na Gronelândia, as estimativas de prevalência são também mais altas nas mulheres (23.8% vs 9.9%)¹³.

Contudo, noutros estudos, não são encontradas prevalências diferentes, consoante os sexos⁴.

Comorbilidades

Num estudo de meta-análise¹⁴ em que foram incluídos 244 estudos (sendo 39 nos CP e 20 na população geral), as perturbações depressivas e ansiosas acompanhavam (embora não sempre) os síndromes somáticos funcionais (síndromes do cólon irritável, de fadiga crónica, fibromialgia, dispepsia não ulcerosa) embora a evidência desta associação em relação aos sintomas medicamente inexplicados fosse limitada. A depressão maior estava presente em 58.9% dos doentes com PSF e em 40.9% dos que apresentavam PSF com critérios mais abrangentes. Verificou-se igualmente nesta meta-análise que os pacientes com PSF têm uma maior comorbilidade com perturbação de pânico do que aquela que apresentam os doentes com PSF com critérios menos restritivos (SSI4,6, MSD).

No estudo multi-cêntrico patrocinado pela OMS, os indivíduos com PSF apresentaram significativamente um maior risco de ter depressão (de acordo com os critérios da ICD-10) e síndrome de ansiedade generalizada¹⁵. Noutro estudo incluído concluiu-se que existia uma associação altamente significativa das PSF com perturbações de ansiedade⁸.

Num estudo de prevalência, usando os critérios da DSM-IV, a comorbilidade das PSF com as perturbações de ansiedade e depressivas era três vezes superior ao esperado para a população estudada⁴ e 17% dos indivíduos com PSF tinha uma perturbação depressiva, sendo que a mesma percentagem de sujeitos com PSF tinha uma perturbação de ansiedade. Jackson e Passamonti, utilizando o critério da MSD, encontraram igualmente dados que permitiram concluir que existia uma maior risco relativo, por parte dos pacientes com MSD, de terem outras perturbações mentais¹².

Especificidade

Alguns dos estudos incluídos na revisão procuraram investigar se a somatização é independente em relação às perturbações comórbidas, isto é, se é uma entidade com especificidade, discriminável, em relação às perturbações depressivas e de ansiedade. Waal *et al*⁴ verificaram que os sintomas e as limitações funcionais dos doentes com PSF se

agravam quando está presente comorbidade com perturbações depressivas e de ansiedade: as PSF têm efeitos cumulativos em relação aos efeitos das perturbações comórbidas. Noutro artigo, a mesma autora e colegas⁵ concluem que mesmo a perturbação somatoforme indiferenciada tem um impacto independente no uso dos recursos do sistema de saúde por parte dos pacientes, traduzido em 30% de consultas a mais.

Os resultados do estudo da OMS, realizado em 14 países, permitiram concluir que a persistência dos sintomas inexplicados medicamente não estava relacionada com a depressão¹⁶ e que havia uma associação entre o número dos sintomas somatoformes reportados e o número de dias passados com limitações funcionais, no último mês¹⁵.

Já anteriormente tinha sido reportado que a MSD tinha um efeito independente (em relação às patologias comórbidas) numa série de variáveis relacionadas com incapacidade e limitações funcionais¹⁷ e, posteriormente, outros autores, relataram conclusões semelhantes¹⁸ que conferem validade externa relativamente segura ao conceito de somatização e PSF. Conclusões idênticas foram retiradas pelos autores de outros estudos¹¹⁻¹², havendo autores que concluíram que os somatizadores (de acordo com os critérios do SSI4,6), com perturbação depressiva ou de ansiedade simultâneas, não estavam mais deprimidos do que os deprimidos e ansiosos sem somatização¹¹, permitindo defender a especificidade da somatização em relação à depressão.

O número de sintomas e o tipo de órgão/sistema envolvido pelos sintomas medicamente inexplicados, nas análises efectuadas por alguns investigadores, mostraram acrescentar especificidade e valor predictivo ao conceito de somatização¹⁹. Com efeito, em estudos e artigos de revisão posteriores foi referido o facto de a estabilidade do diagnóstico de somatização aumentar com o agrupamento de sintomas em síndromes²⁰⁻²¹.

Conclusões

As diferentes formas de operacionalizar o conceito de somatização e o uso de diferentes sistemas classificativos serão os factores mais relevantes a dificultar esta comparação de resultados de prevalência entre os estudos. Os valores díspares de prevalência que foram encontrados, nesta revisão, decorrerão, em parte, do uso de classificações e critérios diversos, como salienta um dos artigos seccionado⁶. Mesmo para a entidade clínica definida de forma mais estrita, a P. de Somatização, a DSM-IV e a ICD-10 apresentam critérios diferentes: esta última não inclui os sintomas pseudo-neurológicos (que, nesse sistema, fazem parte das P. Dissociativas) apresentando valores de prevalência, por regra, mais baixos, para a P. de Somatização, do que os valores da DSM-IV. A P. de Somatização, segundo a DSM-IV, será mais prevalente também porque os critérios não incluem, como acontece na ICD-10, a necessidade e pedido repetidos de investigações médicas tranquilizadoras¹⁰ (Comportamento Anormal de Doente). Contudo, um dos estudos apresenta uma prevalência de 10% para esta perturbação segundo a ICD-10.

Os valores de prevalência da forma abrangente de somatização, pelo SSI4,6, apresentam-se como relativamente estáveis, em torno dos 20%, através dos vários tipos de estudo considerados e através das diferentes regiões onde os mesmos foram levados a cabo.

Conflito de interesses: os autores declaram não terem nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

REFERÊNCIAS:

- 1- WITTCHEN H-U, JACOBI F: Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology* 2005; 15: 357-376.
- 2- GUREJE O: What can we learn from a cross-national study of somatic distress? *J Psychosom Res* 2004; 56: 409-412.
- 3- CREED F, BARSKY A: A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *J Psychosom Res* 2004; 56: 391-408.

- 4- DE WAAL MWM, ARNOLD IA, EEKHOF JAH: Somatoform Disorders in general practice. Prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *British Journal Psychiatry* 2004; 184: 470-476.
- 5- DE WAAL MWM, ARNOLD IA, EEKHOF JAH, ASSENDELFT WJJ, VAN HEMERT AM: Follow-up study on health care use of patients with somatoform, anxiety and depressive disorders in primary care. *BMC Family Practice* 2008; 9: 5. doi:10.1186/1471-2296-9-5.
- 6- LYNCH DJ, MCGRADY A, NAGEL R, ZSEMBIK C: Somatization in Family Practice: Comparing 5 Methods of Classification. *Primary Care Companion J Clin Psychiatry* 1999; 1 (3):85-89.
- 7- BROERS T, HODGETTS G, BATIC-MUJANOVIC O, PRETROVIC V, HASANAGIC M, GODWIN M: Prevalence of Mental and Social Disorders in Adults Attending Primary Care Centers in Bosnia and Herzegovina. *Croat Med J* 2006; 47(3): 478-484.
- 8- TOFT T, PER FINK, OERNBOEL E, CRISTENSEN K, FROSTHOLM L, OLESEN F: Mental disorders in primary care: prevalence and co-morbidity among disorders. Results from the Functional Illness in Primary care (FIP) study. *Psychological Medicine* 2005; 35: 1175-1184.
- 9- ROCA M, GILI M, GARCIA-GARCIA M, et al: Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *J Affect Disord* 2009; doi: 10.1016/j.jad.2009.03.014.
- 10- PER FINK, SORENSEN L, ENGBERG M, HOLM M, MUNK-JORGENSEN P: Somatization in Primary Care. Prevalence, Health Care Utilization and General Practitioner Recognition. *Psychosomatics* 1999; 40: 330-338.
- 11- ALLEN LA, GARA MA, ESCOBAR JI, WAITZKIN H, SILVE RC: Somatization: a Debilitating Syndrome in Primary Care. *Psychosomatics* 2001; 42: 63-67.
- 12- JACKSON JL, PASSAMONTI M: The Outcomes among Patients Presenting in Primary Care with a Physical Symptom at 5 Years. *J Gen Intern Med* 2005; 20(11): 1032-1037.
- 13- LYNGE I, MUNK-JORGENSEN P, PEDERSEN AL, MULVAD G, BJERREGAARD P: Common mental disorders among patients in primary health care in Greenland. *Int J Circumpolar Health*. 2004; 63: 377-83.
- 14- HENNINGSEN P, ZIMMERMANN T, SATTEL H: Medically Unexplained Physical Symptoms, Anxiety, and Depression: a Meta-Analytic Review. *Psychosom Med* 2003; 65:528–533.
- 15- GUREJE O, SIMON GE, USTUN TB, GOLDBERG DP: Somatization in Cross-Cultural Perspective: a World Health Organization Study in Primary Care. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 989-995.
- 16- GUREJE O, SIMON GE: The natural history of somatization in primary care. *Psychological Medicine* 1999; 29: 669-676.
- 17- KROENKE K, SPITEZR RL, deGRURY FV, et al: Multisomatoform Disorder. An alternative to undifferentiated somatoform disorder for somatizing patient in Primary Care. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54 (4): 352-358.
- 18- BARSKY AJ, ORAV J, BATES DW: Somatization Increases Medical Utilization and Costs Independent of Psychiatric and Medical Comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62 (8): 903-910.
- 19- ESCOBAR JI, WAITZKIN H, SILVER RC, GARA M, HOLMAN A: Abridged Somatization: a Study in Primary Care. *Psychosom Med* 1998; 60(4): 466-472.

- 20- LEIKNES, K.A., FINSETA, A., MOUMA, T. and SANDANGER, I. Methodological issues concerning lifetime medically unexplained and medically explained symptoms of the Composite International Diagnostic Interview: a prospective 11-year follow-up study. *J Psychosom Res* 2006; 61: 169-179.
- 21- RIEF, W. and ROJAS, G. Stability of Somatoform Symptoms – Implications for Classification. *Psychosomatic Medicine*. 2007; 69 (9): 864-869.
- 22- GARCIA-CAMPAYO J, LOBO A, PÉREZ-ECHEVERRIA MJ: Three Forms of Somatization Presenting in Primary Care Settings in Spain. *J Nerv Ment Dis* 1998; 186 (9): 554-560.
- 23- BECKER S, KHALID AL ZAID, EIAD AL FARIS: Screening for somatization and depression in Saudi Arabia: A validation study of the PHQ in primary care. *International journal of psychiatry in medicine* 2002; 32(3): 271-283.
- 24- JACKSON JL, KROENKE K: Prevalence, impact and prognosis of multisomatoform disorder in primary care: a 5-year follow-up study. *Psychosom Med* 2008; 70 (4): 430-434.
- 25- KIRMAYER LJ, ROBBINS JM: Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. *J Nerv Ment Dis* 1991; 179 (11): 647-55.

Artigo III

INSTRUMENTOS DE RASTREIO DE SOMATIZAÇÃO EM GERAL E PERTURBAÇÕES SOMATOFORMES NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS: UMA REVISÃO

Submetido para publicação na:

Acta Médica Portuguesa

4 de Abril de 2010

**INSTRUMENTOS DE RASTREIO DE SOMATIZAÇÃO EM GERAL E
PERTURBAÇÕES SOMATOFORMES NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS: UMA
REVISÃO**

**SCREENING TOOLS OF SOMATIZATION IN GENERAL AND SOMATOFORM
DISORDERS IN PRIMARY CARE: A REVIEW**

AUTORES:

Cristina FABIÃO¹, António BARBOSA², Manuela FLEMING³, MC SILVA⁴

Cristina Fabião¹, Psiquiatra, Doutoranda (ICBAS)

António Barbosa², Psiquiatra, Professor de Psiquiatria (FML)

Manuela Fleming³, Psicóloga, Professora Associada (ICBAS)

MC SILVA⁴, Estatista, Professora Associada (ICBAS)

¹ Correspondência:

Cristina Fabião

R. de S. Paulo, 30-3º Tr.

4700-042 Braga, Portugal

Tel.: 351 253 612745 or 351 253 213163; Fax: 351 253213163

Email: cristinafabiao@gmail.com

- Universidade Católica Portuguesa- Centro Regional de Braga. Faculdade de Filosofia.
Curso de Psicologia.

Largo da Faculdade de Filosofia, 1
4700 Braga, Portugal

.....

² Centro de Bioética. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Av. Prof. Egas Moniz

1649-028 Lisboa Portugal

.....

³ Departamento de Ciências do Comportamento. Instituto de Ciências Biomédicas Abel
Salazar (ICBAS), Universidade do Porto

Largo Abel Salazar, 2

4099-03 Porto, Portugal

.....

⁴ Departamento de Estudo das Populações. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
(ICBAS), Universidade do Porto

Largo Abel Salazar, 2

4099-03 Porto, Portugal

INSTRUMENTOS DE RASTREIO DE SOMATIZAÇÃO EM GERAL E PERTURBAÇÕES SOMATOFORMES NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS: UMA REVISÃO

RESUMO:

Neste artigo é feita uma revisão crítica dos instrumentos de rastreio (screening tools) de sintomas medicamente inexplicados e perturbações somatoformes apropriados para os cuidados de saúde primários.

Depois de justificada a pertinência deste tipo de rastreio, são analisadas: 1) as sub-escalas de somatização que constam de instrumentos multi-dimensionais; 2) os instrumentos que avaliam os sintomas referidos fundamentalmente em relação ao grau de gravidade; 3) instrumentos que são sobretudo inventários de sintomas. Para cada um dos instrumentos são referidas as características psicométricas, a(s) amostra(s) em que foi validado, a medida padrão utilizada nessa validação e os pontos de corte, caso tenham sido calculados.

Existem actualmente traduzidos para português seis inventários de sintomas físicos, quatro deles não discriminam sintomas medicamente explicados e inexplicados, um inventário de sintomas não validado em português e a SOMS-2 que discrimina os dois tipos de sintomas e está validada num contexto de cuidados primários de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Instrumentos de rastreio; Somatização; Perturbações Somatoformes; Cuidados Primários.

ABSTRACT:

SCREENING TOOLS FOR SOMATIZATION IN GENERAL AND SOMATOFORM DISORDERS IN PRIMARY CARE: A REVIEW

In this article a critical review is made concerning screening tools to assess medically unexplained symptoms, in primary care settings is made.

Once the relevance of that screening is justified, the authors analyse: 1) the somatization dimensions presented by multi-dimensional tools; 2) the measures that primarily assess the severity of symptoms; 3) the available inventories of medically unexplained symptoms. The

psychometric characteristics of each screening tool are analysed, the samples and the gold standard tools used in each validation study are referred to, as well as the cut-offs, if previously calculated.

At present six screening tools for physical symptoms have a Portuguese translation, four of them do not discriminate explained and unexplained symptoms, another one was not validated in the Portuguese context and finally the SOMS-2 which discriminates unexplained symptoms and has been validated for use in primary care.

KEY-WORDS: Screening tools; somatization; somatoform disorders; primary care.

INSTRUMENTOS DE RASTREIO DE SOMATIZAÇÃO EM GERAL E PERTURBAÇÕES SOMATOFORMES NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS: UMA REVISÃO

1. INTRODUÇÃO: PERTINÊNCIA DO RASTREIO

A **pertinência do rastreio** de uma entidade clínica depende da sua prevalência e utilidade do diagnóstico, nomeadamente da existência de tratamento eficaz e de fácil acesso. O diagnóstico e o tratamento podem ser ponderados em duas vertentes fundamentais: benefício para o indivíduo (diminuição do sofrimento e prevenção de consequências danosas em termos físicos e mentais) e benefício para a sociedade em que se insere (diminuição dos gastos com saúde e do nível de incapacidade decorrentes da entidade clínica).

A **comorbidade** elevada da somatização e perturbações somatoformes (PSF) com outros quadros clínicos, nos cuidados primários poderia ser um argumento poderoso para retirar pertinência ao seu rastreio se se tornasse evidente que a somatização e as PSF não são discrimináveis das perturbações frequentemente comórbidas (de ansiedade e depressivas). Contudo, vários estudos encontraram uma **contribuição específica**¹⁻⁷ e, por vezes, cumulativa¹ da somatização e das PSF para os níveis de incapacidade e consumo de recursos. Outros estudos relatam a permanência de sintomas somatoformes residuais nos casos em que

existia comorbilidade, após o tratamento farmacológico da perturbação depressiva ou ansiosa concomitante⁸ contribuindo para fundamentar a validade externa da PSF. E, enquanto alguns defendem a falta de estabilidade dos sintomas somatoformes⁹ os mesmos autores, na linha de outros estudos¹⁰, reportam, noutra artigo, níveis aceitáveis de estabilidade ao nível do número de sintomas, embora não de cada sintoma *per se*, para a somatização⁴.

Quanto à existência de tratamento acessível e específico, ao nível dos cuidados primários, existem estudos que reportam resultados terapêuticos e melhoria de alguns indicadores do quadro das PSF¹¹⁻¹⁴.

A pertinência, adequação e utilidade de um instrumento dependem, também, do **propósito** da sua utilização¹⁵.

Existem, por exemplo, instrumentos para avaliar o domínio que nos ocupa, com o propósito de examinar minuciosamente a melhoria do quadro sintomático, depois de uma intervenção terapêutica. O QUISS¹⁶ e a SOMS-7¹⁷ foram construídos para esta finalidade, isto é, para serem utilizados fundamentalmente em ensaios terapêuticos, segundo os seus autores. Referir-se-ão apenas os instrumentos de medida considerados apropriados para o rastreio de somatização em geral ou Perturbações Somatoformes.

Outro aspecto que interfere na pertinência de um instrumento é o **contexto** da sua aplicação.

Um instrumento pode ser adequado e válido para rastreio, num contexto clínico hospitalar e não o ser quando utilizado em estudos populacionais ou nos Cuidados Primários (CP) onde raramente se encontram as formas muito graves do espectro destes quadros como é o caso da Perturbação de Somatização, segundo os sistemas nosológicos actualmente em vigor. Nesta secção, referir-se-ão apenas instrumentos criados para rastreio da somatização e das perturbações somatoformes, nos cuidados primários, ou que se adequem a este contexto.

Um instrumento deve por fim e fundamentalmente, ter as características que lhe permitam **medir o constructo** que se propõe medir. Por isso, os estudos de validação procuram

comparar o desempenho do instrumento a validar com uma medida, considerada padrão, relativamente ao constructo que está a ser medido. Sempre que possível, serão referidas as medidas padrão utilizadas para a validação dos instrumentos seleccionados na pesquisa efectuada.

II- NOTAS ADICIONAIS SOBRE O CONSTRUCTO A MEDIR E HIPÓTESES SUBJACENTES À ESCOLHA DO INSTRUMENTO

Como já foi mencionado, noutra secção, os estudos de investigação vêm referindo **três formas de apresentação** de queixas somatoformes nos cuidados primários¹⁸⁻²¹. Para a diferenciação da somatização de apresentação e da hipocondria, por um lado, da somatização funcional, por outro, torna-se necessário que simultaneamente, nas amostras estudadas, se identifiquem os casos de Perturbação de Ansiedade e Depressivas bem como os de Perturbação Hipocondríaca, por meio de entrevistas adequadas. Para a identificação de todo o tipo de casos (Somatização no sentido geral) e dos casos remanescentes, com Somatização Funcional, torna-se necessário **obter uma contagem** ou pontuação de sintomas somatoformes de entre aquele grupo de sintomas considerados específicos, frequentes e graves, neste domínio. Quer se considere a PSF próxima do conceito de conversão, ou do conceito clássico de somatização; quer se tomem as queixas na perspectiva dimensional ou para definição de um diagnóstico (perspectiva categorial), a contagem dos sintomas continua a ser incontornável e como que o mínimo denominador comum destes quadros.

O âmbito que estamos a considerar é o das Perturbações Somatoformes fundamentalmente subsidiárias do conceito de somatização, em que a ansiedade primária, inespecífica e dita somática é um dos componentes fundamentais do quadro: Perturbações somatoformes indiferenciada e não especificada noutra local, da dor e de somatização, deixando de lado as perturbações conversiva (que alguns autores consideram uma perturbação dissociativa²² e

dismórfica corporal, que alguns autores advogam venha a ser integrada nas perturbações de ansiedade²³.

Eis, pois, mais bem definido o âmbito em que foi efectuada a selecção de instrumentos de rastreio de somatização.

Existem estudos que põem em causa a **necessidade de distinguir entre sintomas explicados ou inexplicados medicamente**, concluindo que bastará que os instrumentos de medida questionem os participantes acerca de sintomas físicos, sem a necessidade de distinguir se são ou não inexplicados medicamente^{7, 24-26}. Contudo, nalguns desses estudos o diagnóstico clínico com o qual se comparam os valores obtidos no auto-preenchimento, não é efectuado por clínicos (médicos ou psicólogos clínicos) mas por “técnicos de saúde mental experimentados”²⁴.

Dado que uma das suspeitas que impende sobre o diagnóstico de somatização e PSF é, mais explicitamente desde as controvérsias desencadeadas por Slater²⁷, a de saber se as queixas somáticas têm ou não uma explicação médica/orgânica, procurou seleccionar-se um instrumento que perguntasse por sintomas inexplicados, analisando as características que dificultam que este discernimento seja feito já ao nível do rastreio (e não fundamentalmente ao nível do diagnóstico clínico). Esta opção foi ainda justificada pelo facto de a amostra e âmbito de estudo serem os CP. Se é verdade que, hoje em dia, os procedimentos diagnósticos (consultas médicas, exames auxiliares de diagnóstico) se estendem a toda a população e a todos os níveis do sistema de saúde, incluindo os CP, pareceu importante definir criteriosamente a distinção entre sintoma medicamente explicado e não explicado. O critério seguido para esta definição e para as indicações a fornecer aquando do preenchimento do instrumento seleccionado foi o de Kellner, 1990 : “one or more physical complaints” a respeito das quais uma “appropriate evaluation” não encontre “organic pathology or pathophysiological mechanism (...) to account for the physical complaints” ou, quando existe

uma patologia orgânica mas “the physical complaints or resulting social or occupational impairment are grossly in excess of what would be expected from the physical findings”²⁸. O rastreio de PSF, segundo o critério que foi seguido, requer um julgamento clínico e convoca uma opinião clínica a respeito do sintoma, mesmo sabendo-se que alguns sintomas tornam difícil o discernimento entre orgânico e funcional²⁹.

III - INSTRUMENTOS QUE AVALIAM AS QUEIXAS SOMÁTICAS EXPLICADAS E INEXPLICADAS MEDICAMENTE

Foram analisados apenas os instrumentos de rastreio que não comportam nenhuma secção com entrevista ou questões colocadas pelos Clínicos Gerais aos utentes dos CP. Os itens de algumas destas entrevistas foram aproveitados e validados como questionários de auto-preenchimento e, nesse caso, foram considerados.

Este tipo de instrumentos dividem-se, em três tipos:

- 1) os instrumentos multi-dimensionais que integram, a par de itens que avaliam outras dimensões psicopatológicas, listas de sintomas somáticos, em geral curtas, para avaliação da dimensão somatização;
- 2) instrumentos que avaliam sobretudo a intensidade dos sintomas e são portanto adequados para uma monitorização da gravidade dos mesmos (não foram incluídos exaustivamente, como foi dito, os que foram desenhados para avaliação de ensaios terapêuticos);
- 3) os que são fundamentalmente inventários de sintomas, para os quais são propostos pontos de corte a fim de poderem obter-se resultados da somatização não só em termos dimensionais mas também em termos de categoria diagnóstica.

1- OS INSTRUMENTOS MULTI-DIMENSIONAIS

Os instrumentos multi-dimensionais têm, como exemplo mais conhecido, e possivelmente mais utilizado até hoje a SCL-90³⁰, desde 1994, disponível em versão revista, a SCL-90-R³¹.

A SCL-90 avalia 9 dimensões partindo de sintomas primários: de somatização, obsessivo-compulsivos, de ideação paranoide, de ansiedade, de depressão, de hostilidade, de sensibilidade interpessoal de ansiedade fóbica e de psicoticismo. Ambas avaliam 12 itens de queixas somáticas, presentes na última semana, e possibilitam a graduação de intensidade da queixa na resposta (escala tipo Likert em 5 pontos). Para além deste índice de intensidade dos sintomas (Positive Symptom Distress), a SCL-90-R gera pontuações da escala global (uma pontuação mais alta aponta para um índice mais acentuado de psicopatologia) e pontuações das sub-escalas que podem dar uma indicação acerca da organização psicológica do paciente. O índice PST (Positive Symptom Total) dá uma contagem dos sintomas positivos, no auto-preenchimento.

A SCL-90 gera ainda um terceiro índice de ansiedade e mal-estar, o Global Severity Index, que é uma medida global de ansiedade actual³². A validade deste instrumento foi documentada em vários estudos, e alguns autores entendem que a SCL-90-R tem mais interesse como uma medida geral de mal-estar psicológico e como um índice de psicopatologia³¹, com isto diminuindo o interesse do seu uso nos CP³¹. A validade empírica da lista de sintomas de somatização constantes da sub-escala da SCL-90-R foi testada para uma população portuguesa dos CP, com bons resultados psicométricos, embora não tenha sido utilizada entrevista clínica como padrão³³.

A SCL-90 pode ser usada como um instrumento de rastreio e como um instrumento de avaliação em ensaios terapêuticos. A consistência interna reportada nos numerosíssimos (mais de 700) estudos de validação varia entre 0.77 e 0.90. E o teste-reteste (uma semana) entre 0.80 e 0.90³².

A BSI (Brief Symptom Inventory)³⁴ é uma versão reduzida da escala anterior com apenas 53 itens, que avalia as mesmas nove dimensões e obteve boas correlações com os valores obtidos, nas mesmas dimensões, pelo instrumento de 90 itens, numa amostra de 565 doentes

psiquiátricos do ambulatório. Em relação à somatização, mantém 7 dos 12 itens da SCL-90-R e foi obtida uma correlação de 0.96 entre os valores desta dimensão, nos dois instrumentos . A BSI foi testada em doentes psiquiátricos e numa amostra de sujeitos sem queixas, mas não nos cuidados primários³⁴. Tal como a SCL-90-R, a BSI não questiona os inquiridos acerca dos sintomas medicamente inexplicados mas acerca de sintomas físicos (medicamente explicados incluídos). A consistência interna reportada nos numerosos estudos de validação (mais de 250) varia entre 0.71 e 0.85. E o teste-reteste (duas semanas) entre 0.68 e 0.91³². Tal como a sua antecessora, o BSI pode ser utilizado como uma medida geral de psicopatologia³¹.

O HPSI (Holden Psychiatric Screening Inventory, Holden, 1991) compreende três sub-escalas de 12 itens cada. A sub-escala destinada à avaliação da psicopatologia compreende itens de queixas somáticas. Contudo, tal como acontece em relação aos instrumentos multidimensionais referidos anteriormente, não se encontram estudos que consistentemente tenham avaliado a sensibilidade e especificidade da sub-escala que avalia a somatização em relação a um ponto de corte ou definição de uma pontuação considerada como critério de somatização. Estes instrumentos têm sido utilizados para estudar a somatização enquanto dimensão da personalidade³¹.

O PDSQ (Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire, Zimmerman, 2001) é um instrumento multi-dimensional que foi testado em 630 doentes psiquiátricos do ambulatório e que questiona os inquiridos acerca de sintomas ocorridos nos últimos 6 meses. Os itens envolvendo queixas somáticas, foram, como todos os outros, validados contra os diagnósticos gerados por entrevista (SCID, secção das Perturbações Somatoformes). De acordo com o estudo referido, o ponto de corte de 2 sintomas, na sub-escala de somatização, com 5 itens (tomando como medida padrão os diagnósticos de Perturbações Somatoformes obtidos com a SCID), apresentava uma sensibilidade de 53% e uma especificidade de 86%³¹.

Outros instrumentos multi-dimensionais, que integram itens de queixas somáticas, têm sido testados fundamentalmente como instrumentos de rastreio de morbilidade psiquiátrica geral, como acontece com a SPHERE (Somatic and Psychological Health Report, McFarlane, 2008)³⁵. De entre os 34 itens que a constituem, tem 6 itens SOMA e 6 itens PSYCH, que, usados em conjunto, atingem valores satisfatórios de sensibilidade e especificidade (78.6% e 89.5%, respectivamente) quando utilizados para rastreio de morbilidade psiquiátrica.

Outros instrumentos que integram queixas somáticas são igualmente utilizados para rastreio de morbilidade psiquiátrica, uma vez que os sintomas medicamente não explicados são um índice de morbilidade psiquiátrica³⁶.

2- INSTRUMENTOS QUE AVALIAM A GRAVIDADE DOS SINTOMAS

Este tipo de instrumentos possui uma escala tipo Likert em relação a cada sintoma que, assim, passa a poder ser cotado de acordo com um crescendo de gravidade.

O PHQ-15 é um grupo de perguntas relativas a sintomas somatoformes, para avaliação da gravidade dos sintomas, que integra o PHQ. Inicialmente a validade do PHQ-15 foi testada em relação ao SF-20 (Medical Outcomes Study Short-Form General Health Survey)²⁴. Só recentemente³⁷ foram obtidos dados de validação do PHQ-15 usado como padrão uma entrevista estruturada, no que à somatização diz respeito, permitindo que este questionário não seja sobretudo utilizado como medida de gravidade dos sintomas.

Os dados referentes a outros instrumentos usados como medidas de gravidade e intensidade das queixas somáticas constam do Quadro I.

Quadro I- Instrumentos que avaliam a gravidade dos sintomas (tipo Likert)

| Autor(es) Ano | Instrumento | Origem da amostra | N | Nº de itens/ Ponto de Corte | Duração dos Sintomas Focada | OBS/Validação (standard) |
|---|------------------------------------|-------------------|---|--------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| American Psychiatric Association. DSM-III. 1980 ³⁸ | Listagem de Sintomas Físicos (PSC) | | | 55 (4 de género) | Última semana | Categorias da DSM –III. |

| | | | | | | |
|---|--|---|-------------------|---|---------------|---|
| Kroenke <i>et al.</i> ²⁴ 2002 | PHQ-15 | 3000 – Obst./Ginec. 3000 – Med. e CP | 6000 (1578 de CP) | 15 (0-4 mínimo 5-9 baixo 10-14 médio 15-30 alto) | 4 semanas | Não solicita discriminação dos sintomas medicamente não explicados. |
| Ribeiro <i>et al.</i> ³⁹ 2003 | Quest. de Manifestações Físicas de Mal-Estar (QMFME). Val. Portuguesa do Sunnya. | Não refere | 609 | 19 | Variável | Não solicita discriminação dos sintomas medicamente não explicados. Ad.de SUNNYA, Attanasio <i>et al.</i> , 1984. |
| Rief & Hiller. ¹⁷ 2003 | SOMS-7 | Candidatos a tratamento | 325 | 53 | Última semana | IDCL (DSM-IV e ICD-10). Fornece 1 pontuação (nº de sintomas) e 1 índice de gravidade. |

IDCL- International Diagnostic Checklists for DSM-IV and ICD-10

3- INVENTÁRIOS DE SINTOMAS

Os inventários de sintomas somatoformes ou físicos têm a sua relevância sustentada por vários tipos de razões. Como se referiu, na secção dedicada à evolução histórica do conceito de somatização, desde muito cedo, foram delimitados sintomas medicamente não explicados que faziam parte do quadro clínico e alguns permanecem nas sucessivas propostas de listagens de sintomas típicos até à actualidade. Os inventários têm a utilidade de inquirir sobre esses sintomas, independentemente do aparelho ou sistema (da Especialidade Médica ou viés de formação do clínico que observa e trata) e portanto reunir a constelação sintomática presente naquele paciente, sem escotomizar nenhum sector. Por outro lado, a contagem dos sintomas tem visto a sua relevância acrescida pelos estudos que concluem não ser o tipo de sintomas o dado que mais prediz a ocorrência de um diagnóstico de Perturbação Somatoforme, mas sim o número de sintomas encontrado, em cada caso⁷. As contagens de sintomas estão relacionadas com a gravidade do quadro clínico dado que o número de sintomas se correlaciona com o grau de incapacidade funcional produzida pela somatização^{3,40} bem como com o índice de utilização dos cuidados de saúde^{37,41}. As listas de sintomas são ainda necessárias para possibilitar a análise da sua distribuição por grupos ou por clusters e também para permitir a verificação de um diagnóstico nos sistemas classificativos que

impõem o requisito de que os sintomas, para além de perfazerem uma certa contagem, estejam adstritos a determinado conjunto de sistemas ou grupos, como é o caso da DSM-IV e da ICD-10.

O Quadro II contém os inventários de sintomas, apropriados para o rastreio de Perturbação de Somatização ou de somatização, nos CP, bem como alguns dados sobre o estudo em que cada instrumento foi validado e as características apresentadas pelo mesmo, nesse estudo. Alguns deles foram construídos com base nas listagens de sintomas da DSM-III e DSM-III-R, outros não perguntam por sintomas medicamente não explicados ou somatoformes, sendo o

Quadro II - Inventários de Sintomas

| Autor(es)/Ano | Instrumento | Origem da amostra | N | Nº de sintomas/ Ponto de Corte | Sensibilidade | Especificidade | Duração dos Sintomas considerada | OBS e Validação Clínica |
|---|---|--|-----------|-----------------------------------|---------------|----------------|----------------------------------|--|
| Othman & DeSouza ⁴³ 1985 | Teste de Othmer & DeSouza | Doentes Psiq. (ambulatório) | 794 | 7/2 | 93% | 59% | Actuais e toda a vida | Sintomas extraídos da lista de DSM-III. |
| Swartz et al. ⁴⁴ 1986 | Lista para rastreio de P. de Somatização | População | | 11/5 | 97,6% | 99% | Actuais e toda a vida | Estudo ECA* - DIS (1 médico revia a resposta se havia dúvida sobre a natureza do sint.) Entrevista psiquiátrica e consulta dos processos clínicos. Sintomas extraídos da lista de DSM-III-R. |
| Smith et al. ⁴⁵ 1990 | Lista para rastreio de P. de Somatização (DSM-III-R) | CP** | 196 | 7/2 | 95% | 34% | Actuais e toda a vida | |
| OMS Isaac et al. ⁴⁶ 1994 | Lista de sintomas para rastreio de PSF | | | 12/3 ou 2 (+de3meses) | | | Actuais e toda a vida | Não solicita discriminação dos sintomas medicamente não explicados (MUS). |
| Janca et al. ⁴⁶ 1995 | Lista de Sintomas de PSF Versão 1.0 (SDSC). Derivado da SFD Sched (SDS) | A fiabilidade teste-reteste da SDS foi explorada em psiq geral e CPS ¹⁵ | 5 centros | 60 | | | Actuais | Solicita discriminação dos MUS. |
| Rief et al 1997 (citado por Rief e Hiller, 2001 ⁴⁷) | SOMS-2 | 350 doentes de 1 hosp. Psicossomático; 110 saudáveis | 350+110 | 53 | 86% -100% | 85% | Últimos 2 anos | SCID (DSM-IV) |
| Kroenke et al. ²⁶ 1998 | PHQ-15 | CP | 1000 +258 | 15/7 | 85% | 77% | Últimos 2 anos | MSD Não solicita discriminação dos sintomas medicamente não explicados. |
| Rief e Hiller ⁴⁸ 1999 | SOMS-2 (32 items) | Clínica de Medicina Comportamental | 324 | 32/7 | Não referida | Não referida | Últimos 2 anos | Escala de incapacidade (4 items). SCID-I (Eixo I). |
| Ravesteyn et al. ³⁷ 2009 | PHQ-15 | 1º estágio: amostra seleccionada nos CP | 904** | 15/3 | 78% | 71% | 1 ano 3 meses (restantes) | Não solicita discriminação dos sintomas medicamente não explicados. |

* ECA - Epidemiologic Catchment Area. Estudo do National Institute of Mental Health Epidemiologic Catchment Area (NIMH-ECA) Program.

** Doentes seleccionados a partir dos Cuidados Primários, pelos Clínicos Gerais, com sintomas não explicados ou problemas mentais, ou frequentadores assíduos dos serviços.

inquirido levado a responder tendo em conta todo e qualquer sintoma físico, mesmo que medicamente explicado, como, por exemplo, é o caso do PHQ-15. Como foi referido, recentemente foram divulgados estudos de validação do PHQ-15, como medida de rastreio de somatização, contra os dados obtidos em entrevista, a SCID-I³⁷, por isso se inclui, agora, este instrumento, já anteriormente traduzido para português³³, no quadro de Inventários de Sintomas. Um estudo anterior que validou o instrumento contra a CIDI⁴² obteve bons resultados apenas com a parte não hispânica da amostra. No grupo dos hispânicos, a PHQ-15 estava mais relacionada com mal-estar geral inespecífico e não tanto com sintomas não explicados medicamente⁴². Por outro lado, as boas correlações reportadas por Spitzer et al (1999) entre os diagnósticos obtidos com a PRIME-MD e a sua versão em formato de questionário de auto-preenchimento, o PHQ, dizem apenas respeito a alguns dos diagnósticos daquela entrevista e as Perturbações Somatoformes não foram analisadas, neste estudo⁴⁹.

Para além dos inventários que constam do quadro II, existem ainda o Pennebaker Inventory of Limbic Languidness (PILL), 1982, um inventário de 54 sintomas que questiona o inquirido por sintomas físicos medicamente explicados e inexplicados e que está traduzido e adaptado para português³³ e a SOMS-2. A SOMS-2 solicita a discriminação entre sintomas medicamente explicados e não explicados e compreende as listagens de sintomas das classificações diagnósticas actuais (DSM-IV e ICD-10). Possui ainda, no final, um conjunto de 15 questões que permitem o diagnóstico diferencial entre as perturbações somatoformes e a avaliação do comportamento anormal de doente⁵⁰ e do consumo de recursos, tendo sido validada em relação a entrevista clínica estruturada (validade de critério)⁴⁷. Este instrumento foi traduzido e adaptado⁵¹⁻⁵² para português e tem sido utilizado em vários estudos, noutros países, quer na versão integral⁵³⁻⁶⁰, quer em versão reduzida⁶¹ e, segundo os seus autores, está traduzida para 15 línguas, embora não tenham ainda sido publicados estudos de validação.

4- CONCLUSÕES

Existem actualmente seis inventários de medida dos sintomas físicos traduzidos para português: 1) quatro instrumentos que não solicitam discriminação entre sintomas medicamente explicados ou inexplicados (a sub-escala de somatização da SCL-90-R, o PILL³³, o PHQ-15³³ e o Questionário de Manifestações Físicas de Mal-estar³⁹), este último validado contra outros questionários que pesquisam conceitos associados à somatização³⁹, sendo que a consistência interna das várias dimensões (sistemas respiratório, digestivo, nervoso, muscular) não foi satisfatória⁶²; quanto ao PILL apresentou boas correlações item-escala total³³ e foi validado no contexto dos CP; a sub-escala de somatização da SCL-90-R apresentou igualmente boas características psico-métricas neste contexto³³; nenhum destes questionários foi validado recorrendo aos resultados obtidos por entrevista clínica, na população portuguesa; 2) um inventário de sintomas, a listagem para PSF da ICD-10⁶³, que, tanto quanto sabemos, não foi validada para nenhum contexto português específico; 3) a SOMS-2, que compreende os sintomas da lista da DSM-IV e da ICD-10, bem como da Perturbação Autonómica Somatoforme da ICD-10, que solicita aos inquiridos a discriminação entre sintomas medicamente explicados e inexplicados, traduzido para português, no contexto dos CP⁵¹⁻⁵². O questionário de dissociação somatoforme (SDQ-20) traduzido e validado, em amostra de doentes psiquiátricos, contra entrevista clínica²², não figura na selecção efectuada porque se destina fundamentalmente a avaliar a dissociação e não a somatização em geral²².

REFERÊNCIAS:

- 1- WAAL MWM, ARNOLD IA, EEKHOF JAH: Somatoform Disorders in general practice. Prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. Br J Psychiatry 2004; 184: 470-476.

- 2- WAAL MWM, ARNOLD IA, EEKHOF JAH, ASSENDELFT WJJ, VAN HEMERT AM: Follow-up study on health care use of patients with somatoform, anxiety and depressive disorders in primary care. *BMC Family Practice* 2008; 9: 5. doi:10.1186/1471-2296-9-5.
- 3- GUREJE O, SIMON GE, USTUN TB, GOLDBERG DP: Somatization in Cross-Cultural Perspective: a World Health Organization Study in Primary Care. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 989-995.
- 4- GUREJE O, SIMON GE: The natural history of somatization in primary care. *Psychol Med* 1999; 29: 669-676.
- 5- JACKSON JL, KROENKE K: Prevalence, Impact, and Prognosis of Multisomatoform Disorder in Primary Care: A 5-Year Follow-up Study. *Psychosom Med* 2008; 70: 430-434.
- 6- BARSKY AJ, ORAV J, BATES DW: Somatization Increases Medical Utilization and Costs Independent of Psychiatric and Medical Comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62 (8): 903-910.
- 7- JACKSON J, FIDDLER M, KAPUR N, WELLS A, TOMENSON B, CREED F: Number of bodily symptoms predicts outcome more accurately than health anxiety in patients attending neurology, cardiology and gastroenterology clinics. *J Psychosom Res* 2006; 60:357-363.
- 8- JACKSON JL, PASSAMONTI M: The Outcomes among Patients Presenting in Primary Care with a Physical Symptom at 5 Years. *J Gen Intern Med* 2005; 20(11): 1032-1037.
- 9- GUREJE O, SIMON G: Stability of Somatization Disorder and Somatization Symptoms Among Primary Care Patients. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 90-95.
- 10- TOFT T, PER FINK, OERNBOEL E, CRISTENSEN K, FROSTHOLM L, OLESEN F: Mental disorders in primary care: prevalence and co-morbidity among disorders. Results

- from the Functional Illness in Primary care (FIP) study. *Psychol Med* 2005; 35: 1175-1184.
- 11- ARNOLD IA, DE WAAL MWM, EEKHOF JAH, ASSENDELFT WJJ, SPINHOVEN, VAN HEMERT AM: Medically unexplained physical symptoms in primary care: a controlled study on the effectiveness of cognitive-behavioral treatment by the family physician. *Psychosomatics* 2009; 50:515-524.
- 12- MAGALLÓN R, GILI M, MORENO S, et al: Cognitive-behaviour therapy for patients with Abridged Somatization Disorder (SSI4,6) in primary care: a randomized, controlled study. *BMC Psychiatry* 2008; 8:47. doi: doi:10.1186/1471-244X-8-47.
- 13- MARTIN A, RAUH E, FICHTER M, RIEF W: A one-session treatment for patients suffering from medically unexplained symptoms in Primary Care: a randomized clinical trial. *Psychosomatics* 2007; 48: 294-303.
- 14- ROSENDAL M, BRO F, SOKOLOWSKI I, FINK P, TOFT T, OLENSSEN F: A randomised controlled trial of brief training in assessment and treatment of somatization: effects on GPs' attitudes. *Family Practice* 2005; 22 (4): 419-427. doi:10.1093/fampra/cmi033.
- 15- HILLER W, JANCA A: Assessment of somatoform disorders: a review of strategies and instruments. *Acta Neuropsych* 2003; 15: 167-179.
- 16- WEDEKIND D, BANDELOW B, FENTZAHN E, TRÜMPER P, RÜTHER E: The quantification inventory for somatoform syndromes (QUISS): a novel instrument for the assessment of severity. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007; 257: 153-163.
- 17- RIEF W, HILLER W: A new approach to the assessment of the treatment effects of somatoform disorders. *Psychosomatics* 2003; 44:6.

- 18- KIRMAYER LJ, ROBBINS JM: Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. *J Nerv Ment Dis* 1991; 179:647.
- 19- KIRMAYER LJ, ROBBINS JM, DWORKIND MD, YAFFE MJ: Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 734-741.
- 20- GARCIA-CAMPAYO J, LOBO A, PEREZ-ECHEVERRÍA MJ, CAMPOS R: Three forms of somatizing presenting in primary care settings in Spain. *J Nerv Ment Dis* 1998; 186 (9): 554-560.
- 21- VERHAAK PF, TIJHUIS MA: The somatizing patient in general practice. *Int J Psychiatry Med* 1994; 24(2): 157-77.
- 22- ESPÍRITO SANTO, H., PIO-ABREU, JL. Dissociative disorders and other psychopathological groups: exploring the differences through the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *Rev. Bras Psiquiatr* 2007; 29 (4): 354-8.
- 23- FAVA GA, WISE TN: Issues for DSM-V: Psychological Factors Affecting Either Identified or Feared Medical Conditions: A Solution for Somatoform Disorders (Editorial). *Am J Psychiatry* 2007; 164: 1002-1003.
- 24- KROENKE, K., SPITZER, RL, WILLIAMS, J. B. W. The PHQ-15: Validity of a New Measure for Evaluating the Severity of Somatic Symptoms. *Psychosom Med* 2002; 64: 258-266.
- 25- LEIKNES KA, FINSET A, MOUM T, SANDANGER I: Methodological issues concerning lifetime medically unexplained and medically explained symptoms of the Composite International Diagnostic Interview: a prospective 11-year follow-up study. *J Psychosom Res* 2006; 61: 169-179.

- 26- KROENKE K, SPITZER RL, deGRUY FV, SWINDLE R: A Symptom Checklist to Screen for Somatoform Disorders in Primary Care. *Psychosomatics* 1998; 39: 263- 272.
- 27- PILOWSKI I: From conversion hysteria to somatisation to abnormal illness behaviour? (Editorial). *J Psychosom Res* 1996; 40 (4): 345-350.
- 28- KELLNER R: Somatization: theories and research. *J Nerv Ment Dis* 1990; 178 (3): 150-160.
- 29- De GUCHT V, FISCHLER B: Somatization: a critical review of conceptual and methodological issues. *Psychosomatics* 2002; 43:1-9.
- 30- DEROGATIS LR, LIPMAN RS, COVI L: SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale – preliminary report. *Psychopharmacol Bull* 1973; 9:13-28.
- 31- BUFKA LF, CRAWFORD JI, LEVITT JT: Brief screening assessments for the managed care and primary care. In: ANTONY MM, BARLOW DH (eds): *Handbook of Assessment and Treatment Planning for Psychological Disorders*. New York: The Guildford Press 2002: 38-63.
- 32- SMITH, VL, Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) and the Brief Symptom Inventory (BSI) in Sederer LI, Dickey B (eds). *Outcomes Assessment in Clinical Practice*. Baltimore, Maryland: Williams and Wilkins, 1996.
- 33- ALMEIDA V. Somatização e expressão emocional- Um estudo nos Cuidados Primários de Saúde. Dissertação de Doutoramento. Universidade do Minho. Instituto de Educação e Psicologia. Março. 2006.
- 34- DEROGATIS LR, MELISARATOS N: The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psych Med* 1983; 13(3): 595-605.
- 35- MCFARLANE AC, MCKENZIE DP, van HOOFF M, BROWNE D: Somatic and psychological dimensions of screening for psychiatric morbidity: A community validation of the SPHERE Questionnaire. *J Psychosom Res* 2008; 65: 337-345.

- 36- WAAL MWM, ARNOLD IA, SPINHOVEN P, EEKHOF JAH, van HEMERT AM:
The reporting of specific physical symptoms for mental distress in general practice. *J Psychosom Res* 2005; 59:89–95.
- 37- Van RAVESTEIJN H, WITTKAMPF K, LUCASSEN P, et al: Detecting Somatoform Disorders in Primary Care with the PHQ-15. *Annals of Family Medicine* 2009; 7: 232-238.
- 38- WAAL MWM, ARNOLD IA, SPINHOVEN P, EEKHOF JAH, ASSENDELFT WJJ, van HEMERT AM: The role of comorbidity in the detection of psychiatric disorders with checklists for mental and physical symptoms in primary care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009; 44:78–85.
- 39- RIBEIRO JLP: Questionário de manifestações físicas de mal-estar. *Psiquiatria Clínica* 2003; 24 (1): 65-76.
- 40- KROENKE K, SPITZER RL, DEGRUY FV, et al: Multisomatoform Disorder: an Alternative to Undifferentiated Somatoform Disorder for the Somatizing Patient in Primary Care. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 352-358.
- 41- KROENKE K: Somatoform Disorders and recent diagnostic controversies. *Psychiatr Clin North Am* 2007; 30 (4): 593-619.
- 42- INTERIAN A, ALLEN LA, GARA MA, ESCOBAR JI, DÍAZ-MARTINEZ AM: Somatic complaints in primary care: further examining the validity of the Patient Health Questionnaire (PHQ-15). *Psychosomatics* 2006; 47(5): 392-398.
- 43- OTHMER E, DeSOUZA C: A Screening Test for Somatization Disorder (Hysteria). *Am J Psychiatry* 1985; 142: 1146-1149.
- 44- SWARTZ M, HUGHES D, GEORGE L, BLAZER D, LANDERMAN R, BUCHOLZ K: Developing a Screening Index for Community Studies of Somatization Disorder. *J Psychiat Res* 1986; 20 (4): 335-343.

- 45- SMITH GR, BROWN FW: Screening Indexes in DSM III R Somatization Disorder. *Gen Hosp Psychiatry* 1990; 12: (3):148- 152.
- 46- World Health Organization. *International Study of Somatoform Disorders: Study Protocol and Instruments*. Geneva: World Health Organization 1994.
- 47- RIEF W, HESSEL A, BRÄHLER E: Somatization Symptoms and Hypochondriacal Features in the General Population. *Psychosomatic Med* 2001; 63:595-602.
- 48- RIEF W, HILLER W: Toward empirically based criteria for the classification of somatoform disorders. *J Psychosom Res* 1999; 46 (6):507-518.
- 49- SPITZER, LR, KROENKE, K, WILLIAMS, JBW; and the Patient Health Questionnaire Primary Care Group. Validity and Utility of a Self-report Version of PRIME-MD. The PHQ Primary Care Study. *JAMA* 1999; 282: 1737-1744.
- 50- PILOWSKI I: Abnormal Illness Behaviour: a Review of the Concept and its Implications. In: McHUGH S, VALLIS TM (eds): *Illness Behavior. A Multidisciplinary Model*. New York: Plenum Press 1986; 391-396.
- 51- FABIÃO, C, SILVA, CC, FLEMING, M, BARBOSA, A. SOMS-2: Tradução para português do Screening for Somatoform Symptoms. *Acta Med Port* 2008; 21: 241-246.
- 52- FABIÃO C, BARBOSA A, FLEMING M, SILVA C: Rastreamento da Perturbação de Somatização nos Cuidados Primários de Saúde. Resultados de um Estudo Piloto. *Acta Med Port* 2008; 21: 319-328.
- 53- SCHNEIDER G, HOCKMANN J, STÄNDER S, LUGER TA, HEUFT G: Psychological factors in prurigo nodularis in comparison with psoriasis vulgaris: results of a case-control study. *Br J Dermatol* 2006; 154 (1): 61-6.
- 54- REUBER M, PUKROP R, MITCHELL AJ, BAUER J, ELGER CE: Clinical significance of recurrent psychogenic nonepileptic seizure status. *J Neurol* 2003; 250 (11): 1355-62.

- 55-REUBER M, PUKROP R, BAUER J, HELMSTAEDTER C, TESSENDORF N, ELGER CE: Outcome in psychogenic nonepileptic seizures: 1 to 10-year follow-up in 164 patients. *Ann Neurol* 2003; 53(3): 305-11.
- 56-HESEL A, GEYER M, GUNZELMANN T, SCHUMACHER J, BRÄHLER E: Somatoform complaints in elderly of Germany. *Z Gerontol Geriatr* 2003; 36 (4): 287-96.
- 57-REUBER M, HOUSE AO, PUKROP R, BAUER J, ELGER CE: Somatization, dissociation and general psychopathology in patients with psychogenic non-epileptic seizures. *Epilepsy Res* 2003; 57: 159-67.
- 58-REUBER M, MITCHELL AJ, HOWLETT S, ELGER CE: Measuring outcome in psychogenic nonepileptic seizures: how relevant is seizure remission? *Epilepsia* 2005; 46 (11): 1788-95.
- 59-SAMMET I, BOHN T, SCHRAUTH M, LEIBING E: What follows the diagnosis of a somatoform disorder? *Psychother Psychosom Med Psychol* 2007; 57 (12): 462-8.
- 60-NICKEL R, EGGLE UT: Psychological defense styles, childhood adversities and psychopathology in adulthood. *Child Abuse & Neglect* 2006; 30: 157-170.
- 61-BANKIER B, AIGNER M, KRONES S, BACH M: Screening for DSM-IV somatoform disorders in chronic pain patients. *Psychopathology* 2000; 33(3): 115-8.
- 62-RIBEIRO JLP. Avaliação em psicologia da saúde. Instrumentos publicados em português. Coimbra. Quarteto. 2007.
- 63-JANCA, A., and HILLER, W. ICD-10 Checklists – A Tool for Clinicians' Use of the ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. *Comprehensive Psychiatry*. 1996; 37 (3): 180-187.

Artigo IV

SOMS-2: TRADUÇÃO PARA PORTUGUÊS DA SCREENING FOR SOMATIFORM DISORDERS

Publicado na

Acta Médica Portuguesa

II Série Volume 21 Número 3 Maio/Junho 2008

SOMS-2: TRADUÇÃO PARA PORTUGUÊS DA *SCREENING FOR SOMATIFORM DISORDERS**

Cristina FABIÃO, Carolina COSTA E SILVA, Manuela FLEMING, António BARBOSA

RESUMO

Introdução: O diagnóstico de Perturbações Somatoformes (PS) exige a presença de sintomas não explicados medicamente (MUS), que devem ser avaliados para exclusão de doença orgânica.

A SOMS é um instrumento de rastreio de PS, de auto-preenchimento, que avalia os MUS, requerendo que o participante, para responder afirmativamente e qualificar qualquer das queixas apresentadas como critério para PS, tenha obtido, da parte do seu médico assistente, a opinião de que aquela queixa não se devia a doença orgânica.

População e Métodos: Obtida a autorização dos autores, recorreu-se, à retroversão e tradução subsequente feita por peritos nas línguas inglesa e portuguesa.

Procedeu-se a uma exploração do questionário num pequeno grupo de doentes (pré-teste).

Seleccionaram-se as queixas em que houve dificuldades de compreensão no pré-teste e pediram-se sugestões a clínicos experimentados (item 21).

A versão resultante foi respondida por 123 doentes dos cuidados primários de saúde (CPS) (amostra I). Dois psicólogos acompanharam os participantes.

Depois de introduzidas modificações, o questionário foi preenchido por mais 190 doentes dos CPS (amostra II). Quatro estudantes de psicologia acompanharam os participantes.

Resultados: Verificou-se uma dificuldade, na maior parte dos indivíduos da amostra I (N=123) em manter a ideia de que, para responder sim, era necessário dar resposta a três perguntas: 1) o sintoma está presente?; 2) o médico não encontrou causas claras para o sintoma?; 3) o sintoma afecta o bem-estar?

Confirmaram-se as dificuldades de compreensão dos itens 21 e 45 (pré-teste). Os itens 11, 28, 38 e 45 mostraram ser mais facilmente compreendidos se fosse adoptada uma outra formulação. Na amostra I, verificámos que os itens 20, 21, 23, 40, 43, 45 e 51 tiveram uma frequência de respostas de menos de 5%.

Conclusão: Provavelmente devido ao baixo nível de instrução da população portuguesa, as dificuldades em manter a fidelidade às instruções recebidas inicialmente, aconselharam uma modificação da SOMS-2 de tal forma que as três questões implícitas em cada resposta dada fossem divididas em duas colunas (duas questões explícitas). Simultaneamente deverá manter-se a atenção no controlo do critério de severidade (a terceira questão implícita).

Após a primeira fase foram eliminados os itens que haviam obtido uma frequência de resposta inferior a 5%. A maioria deles coincide com os itens de baixa frequência encontrados na versão original.

O estudo da consistência interna e da correlação dos resultados obtidos em auto-preenchimento e em entrevista, será o próximo passo para estabelecer a validade deste instrumento, neste tipo de população.

C.F., C.C.S., M.F.: Programa de Doutoramento em Saúde Mental. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto
A.B.: Serviço de Psiquiatria. Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa

© 2008 CELOM

*Texto do Poster apresentado no congresso *Família, Saúde e Doença*, em 18 e 19 de Outubro de 2007, na Universidade do Minho.

SUMMARY

SOMS-2: TRANSLATION INTO PORTUGUESE OF THE SCREENING FOR SOMATOFORM DISORDERS

Introduction: The diagnosis of Somatization Disorder (SD) requires the presence of somatic medically unexplained symptoms (MUS) which must be assessed so that organic diseases may be excluded.

SOMS-2 is a self-report measure for SD that assesses medically unexplained symptoms by requiring participants to answer affirmatively and qualify any of the complaints as MUS, only if they have obtained from his doctor the opinion that the said complaint is not due to an organic disease.

Participants and Methods: According to the authors, original SOMS-2 has a good internal consistency with Cronbach's $\alpha = .87$ and a good correlation between self-ratings and interview ($r = .75$).

After obtaining the author's permission, translation from and into English has been made by experienced translators.

The resulting questionnaire has been used on a small group of patients.

Afterwards the items in which there were difficulties in understanding during the pre-test were identified and experienced practitioners were asked for suggestions.

The resulting version was answered by 123 primary health care patients (sample I).

After some modifications of the SOMS-2, another group of 190 primary health care patients answered the questionnaire (sample II).

Results: Most patients, in the first sample, found it difficult to understand that, in order to answer affirmatively it was necessary to answer three questions: 1) is the symptom present? 2) has your doctor found no clear causes for the symptom? 3) does the symptom affect your well-being?

The difficulties in understanding items 21 and 45 (pre-test) were confirmed. Items 11, 28 and 38 were more easily understood when worded differently.

In sample I, less than 5% of positive answers were given to items 20, 21, 23, 40, 43, 45, and 51.

Conclusions: Probably because of the low education level of the Portuguese population which this sample reflects, difficulties in carrying out the instructions given at the beginning made it advisable to modify the SOMS-2, so that the three implicit questions in each question of the SOMS-2 were divided into two columns (two explicit questions). Simultaneously attention must continue on controlling severity criterion (the third implicit question).

After phase I, the items with an answer rate of less than 5% were eliminated.

The majority of them are coincident with the low answer rate items found by the authors of the original version.

The next step is to study the internal consistency and the correlation between results of self-ratings and interview, of the resulting version, in order to establish the validity of the SOMS-2 in these populations.

INTRODUÇÃO

O diagnóstico de Perturbação Somatização (PS) requer a presença de certo número de sintomas somáticos. Cada uma dessas queixas, deve ser avaliada para exclusão de doença orgânica, consumo de substâncias psico-activas, simulação ou sintoma auto-provocado.

Para além disso, os sintomas devem sujeitar-se a: 1) critérios de gravidade¹, pois os sintomas de somatização estão permanentemente presentes nas populações, em formas moderadas ou suaves (Hiller et al 2006)²; 2) critérios de persistência, no tempo, da tendência a apresentar sintomas somáticos e desde muito cedo (antes dos 30 anos).

A exclusão de doença orgânica compreende um juízo clínico, habitualmente laborioso, que torna difícil a abordagem destas perturbações através de instrumentos de rastreio.

A SOMS-2 é um instrumento de rastreio de PS, de auto-preenchimento, que lida com os requisitos referidos, requerendo que o participante, para responder afirmativamente e qualificar qualquer uma das queixas apresentadas como critério para PS, tenha obtido, da parte do seu médico assistente, a opinião de que aquela queixa não se deve a doença orgânica.

Dada a actual cobertura da população portuguesa por uma rede de cuidados primários de saúde, que permite o estudo dos sintomas apresentados pelos utentes, desde que apresentem certo índice de severidade, partimos da suposição de que a SOMS poderia ser um instrumento aplicável em populações portuguesas.

POPULAÇÃO E MÉTODOS

A SOMS-2 é uma escala de auto-preenchimento que consta fundamentalmente de uma lista de 53 sintomas somáticos não decorrentes de uma doença física. Os sintomas devem ter ocorrido nos últimos dois anos. Os participantes são instados a só responder sim, caso o sintoma tenha tido um certo grau de severidade e não tenham sido encontradas causas claras que o explicassem, por parte do médico assistente. A segunda parte da SOMS-2 consta de questões destinadas a avaliar o grau de severidade dos sintomas, o consumo de consultas médicas, critérios de inclusão e exclusão e a pesquisar a existência de outras perturbações somatoformes, bem como da perturbação de pânico^{3,4}.

A versão original da SOMS-2 apresenta uma boa consistência interna, com α de Cronbach de .87³. O número de sintomas somáticos, obtidos pela SOMS e em entrevista

clínica estruturada, obteve boa correlação ($r = .75$) confirmando a validade da SOMS^{5,6}.

Obtida a anuência do primeiro autor da SOMS-2 procedeu-se à tradução para português do instrumento, recorrendo a dois tradutores experientes. Destas duas versões, foi elaborada uma versão de consenso em português, a qual foi traduzida para inglês por dois outros tradutores experimentados. A partir desta tradução para inglês foi também elaborada uma versão de consenso.

De seguida, a versão da SOMS-2 em português foi aplicada (pré-teste) a um pequeno número de doentes ($N = 24$) que acorreram a uma consulta generalista de psiquiatria no sector privado, de idades e profissões variadas. Foi consultada uma especialista de clínica geral, com largos anos de experiência clínica, a propósito do item 21, para encontrar a formulação mais adequada para esta questão.

Posteriormente, a versão resultante da SOMS-2 em português, foi utilizada num estudo piloto em doentes consecutivos que se dirigiram a um Centro de Saúde do Norte de Portugal ($N = 123$).

Neste estudo, os participantes foram permanentemente acompanhados, em sala, por dois psicólogos familiarizados com a passagem de instrumentos de medida deste tipo, os quais registaram as questões e perplexidades que foram colocadas enquanto se procedia ao preenchimento do questionário.

Após a realização deste estudo piloto, procedemos a alterações no instrumento que permitissem uma melhor recepção por parte da população em estudo (utentes portugueses dos Cuidados Primários de Saúde-CPS). De seguida, a SOMS-2 foi utilizada numa amostra de 190 utentes dos CPS.

Foram registadas as dúvidas suscitadas pelos participantes desta amostra (II).

RESULTADOS

Uma dificuldade que foi detectada frequentemente no preenchimento da SOMS-2 (amostra I) foi a dificuldade em manter os participantes com a noção sustentada (até ao fim da listagem dos 52 sintomas para as mulheres e dos 48 sintomas para os homens) de que um sim como resposta a cada um dos sintomas, implicava um triplo sim. Era necessário fazer um duplo raciocínio em relação a cada item: para responder sim era necessário ter tido o sintoma e também que, em relação a esse sintoma, o médico não tivesse encontrado *causas claras* que o explicassem; além disso, só se o sintoma tivesse afectado fortemente o bem-estar do inquirido, poderia este responder sim. Logo, cada sim implicava um sim simultâneo a estes três requisitos.

Esta situação foi sentida como uma grande dificuldade no preenchimento do questionário por parte significativa da amostra I.

Em relação à questão sobre se o médico assistente tinha ou não encontrado causas claras, surgia, por vezes, a dúvida se se trataria de causas orgânicas claras ou simplesmente de um diagnóstico claro ainda que fosse de uma perturbação psiquiátrica, por exemplo.

Em relação a certos itens do questionário foram sugeridas, pelos participantes, formulações mais próximas do português falado.

Assim, os itens 11, 28 e 38 que figuravam como *sensação de estar inchado, falta de fôlego e retenção urinária*, pareceram mais bem formulados, respectivamente, com *sensação de estar enfartado, falta de ar e não conseguir urinar*. Também se verificou que em relação ao item 45 (*ataques*) os participantes ficavam, por vezes, perplexos, perguntando *ataques de quê?*.

Os itens 37 – Afonia (perda de voz) – e 46 – Amnésia (perda de memória) –, ficaram apenas formulados com o conteúdo entre parêntesis.

Na pergunta 54, em que os participantes são questionados sobre o número de vezes que consultaram o médico, pareceu necessário lembrar outra vez que a pergunta se refere *aos últimos dois anos*.

Nas questões que figuram no final da SOMS-2, e se destinam ao estabelecimento de diagnósticos de vários tipos de perturbações somatoformes de acordo com a DSM-IV e com a ICD-10, surgiram algumas dificuldades em relação à questão sobre a dor, que parece surgir naquele ponto do questionário, e com a formulação apresentada, um tanto a despropósito, tanto mais que alguns dos inquiridos podem não ter referido qualquer tipo de dor, nos itens anteriores.

DISCUSSÃO

Em relação à dificuldade identificada nos participantes do nosso estudo piloto em se manterem cientes de que, para cada item, uma resposta sim implicava um triplo sim e, implicava um duplo raciocínio, isto é, uma resposta sim e uma resposta não (o médico não encontrou causas claras) foi considerado necessário proceder a uma alteração do questionário.

Assim, pareceu-nos mais adequado ao tipo de população estudada e de acordo com as dificuldades detectadas, que uma primeira coluna, permita que o participante possa responder sim (teve o sintoma), colocando aí uma cruz e se adicione uma dupla coluna com hipótese de responder sim (o médico encontrou causas claras) e não (o médico não encontrou causas claras).

Desta forma, a dupla questão foi desdobrada e o sim (existe sintoma somatoforme) necessita que a resposta seja, em relação a cada sintoma, um sim na primeira coluna e um não na terceira coluna.

Nas instruções, alterou-se a indicação causas claras para causas orgânicas claras.

Estas alterações tiveram o objectivo de dar à versão portuguesa do instrumento a possibilidade de continuar a ser considerado de auto-preenchimento, diminuindo a necessidade de monitorização estreita do seu preenchimento.

Como já foi referido, na amostra I, a tendência foi, com a versão graficamente semelhante à original⁵, a de o participante necessitar de uma monitorização muito apertada, lembrando muito frequentemente que só deveria responder sim, se, para além de ter o sintoma, o médico não tivesse encontrado causas claras.

Levantamos a hipótese de que, esta aparente diferença na dificuldade encontrada, na nossa população, em manter a capacidade de responder, considerando permanentemente as instruções (esta dificuldade não parece ter sido encontrada, pelos criadores do instrumento, com a versão original) se deva ao baixo índice de escolaridade da população portuguesa, que esta amostra reflecte.

Quanto ao terceiro ponto a ter em conta para a resposta a cada item de sintomas somáticos ser sim, concretamente a necessidade de o sintoma ter afectado fortemente o bem-estar do indivíduo (critério de severidade do sintoma) constatámos uma tendência para grande parte dos inquiridos passar a assinalar o sintoma, esquecendo rapidamente este requisito, lido inicialmente. Por este motivo, parece-nos que será necessário que os elementos que acompanhem os participantes estejam muito atentos a que este critério de severidade seja mantido e ainda que haja informações mais objectivas sobre o que se entende por *afectar o bem-estar*. Optámos por, na amostra II, uniformizar o tipo de exemplos que eram dados a cada participante e instruir nesse sentido: 1) impediram-no(a) de ir trabalhar ou de sair, se tal estivesse programado, 2) levaram-no(a) a consultar, 3) tomar medicamentos ou 4) alteraram a sua rotina diária. Para os casos que, mesmo assim, permaneciam incertos, o acompanhante ouvia o participante sobre a alteração que o sintoma tinha produzido e cotava ou não o sintoma consoante parecesse que ele tinha efectivamente *afectado o bem-estar*.

No conjunto da amostra, verificámos que alguns itens (alguns dos que mais tinham suscitado dúvidas no preenchimento do questionário) tiveram uma frequência de respostas de menos de 5%, no conjunto dos participantes.

À semelhança do procedimento utilizado pelos autores da escala (num dos estudos publicados) ao eliminarem

os itens com frequências de resposta inferiores a 10% (Rief et al 1999)⁴ pareceu indicado retirar esses itens que suscitam mais dúvidas e/ou surgem com frequências de resposta inferiores a 5%. Assim, na versão da SOMS-2 que foi produzida para a fase seguinte (amostra II) estes itens não figuraram. Os itens eliminados foram os seguintes: 20 – Diarreia frequente; 21 – Escorrência de líquidos pelo ânus (não fezes); 23 – Necessidade frequente de evacuar; 40 – Perda do tacto ou da sensação de dor; 43 – Cegueira; 45 – Ataques; 51 – Vômitos frequentes ou contínuos durante a gravidez.

Mais de metade deles (21; 40; 43 e 51) coincidem com aqueles que os autores da SOMS-2 eliminaram, no estudo referido, por não terem conseguido apresentar frequências de resposta superiores a 10%.

Na versão original, depois da consideração da lista de sintomas, o participante é convidado a saltar para a pergunta 64, caso não tenha assinalado nenhum sintoma. Mas, depois, nas perguntas 66 e 67 é questionado sobre sintomas de dor, que pode não ter assinalado, se ele foi um dos casos sem sintomas que saltou para a pergunta 64. Por este motivo, parece mais adequado colocar as perguntas 66 e 67 antes da pergunta 64, alterando, portanto a numeração original.

CONCLUSÃO

Por último, referir-nos-emos ao problema da evocação deficiente dos sintomas somáticos, ao fim de um ano, encontrado por Simon and Gureje⁷. Na nossa experiência, aconteceu frequentemente que o participante estava a referir sintomas ocorridos havia mais que dois anos (e que, por esse motivo, não podiam ser considerados). Este facto ocorria sobretudo se o sintoma tinha sido investigado, com exames auxiliares de diagnóstico, pelo médico assistente, e era evocado como estando relacionado com um acontecimento relevante, ou com afectos depressivos ou *depressão*. Logo, independentemente da existência de *perca* dos sintomas ao longo da vida, devida a uma deficiente evocação dos mesmos, ficámos com a impressão de que se conservavam na memória os sintomas associados com afectos da linha depressiva.

Continua, tanto quanto sabemos, por esclarecer quais são os outros factores que contribuem (Simon e Gureje re-

feriam já que a existência concomitante de depressão era um deles) para a retenção do sintoma na memória e quais os factores que contribuem para o seu esquecimento. Estudos futuros que pesquisem estes factores, contribuirão para uma maior validade e apuramento dos instrumentos que, como a SOMS-2, procuram avaliar os sintomas somatoformes.

Por outro lado, a questão que se coloca aos resultados do estudo supra-citado é a de saber se o achado mais relevante para o diagnóstico de PS não será muito mais do que a estabilidade no tempo de cada sintoma somático, a estabilidade no tempo da tendência para apresentar sintomas somáticos múltiplos.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem à Administração Regional de Saúde do Norte a possibilidade de realização deste estudo.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto.

BIBLIOGRAFIA

1. HILLER W, JANCA A: Assessment of somatoform disorders: a review of strategies and instruments. *Acta Neuropsychiatrica* 2003;15:167-179
2. HILLER W, RIEF W, BRÄHLER, E: Somatization in the population: From mild bodily misperceptions to disabling symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiol* 2006;41:704-712
3. HILLER W, RIEF W, FICHTER M: Further Evidence for a Broader Concept of Somatization Disorder Using the Somatic Symptom Index. *Psychosomatics* 1995;36:285-294
4. RIEF W, HILLER W, GEISSNER E, FICHTER M: A Two-year follow-up of Patients With Somatoform Disorders. *Psychosomatics* 1995;36:376-386.
5. RIEF W, HILLER W: Towards empirically based criteria for the classification of somatoform disorders. *J Psychosomatic Res* 1999;46(6):507-518
6. RIEF W, HESSEL A, BRÄHLER E: Somatization Symptoms and Hypochondriacal Features in the General Population. *Psychosomatic Med* 2001;63:595-602
7. SIMON, G, GUREJE: Stability of Somatization Disorder and Somatization Symptoms Among Primary Care Patients. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:90-5



Artigo V

RASTREIO DA PERTURBAÇÃO DE SOMATIZAÇÃO NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE – RESULTADOS DE UM ESTUDO PILOTO

Publicado na:

Acta Médica Portuguesa

II Série Volume 21 Número 4 Julho/Agosto 2008



RASTREIO DA PERTURBAÇÃO DE SOMATIZAÇÃO Nos Cuidados Primários de Saúde Resultados de um Estudo Piloto*

Cristina FABIÃO, António BARBOSA, Manuela FLEMING, Carolina SILVA

RESUMO

Introdução: O rastreio das Perturbações Somatoformes na população não foi ainda realizado em Portugal, no entanto é o primeiro passo para conhecer a dimensão populacional de uma patologia para a qual se encontrou uma prevalência elevada noutros países, sobretudo quando são empregues critérios menos restritivos para a sua definição.

Objectivos: Avaliar as características psicométricas de uma versão portuguesa da SOMS-2, nos utentes dos Cuidados Primários de Saúde (CPS) e estudar a sua associação com a depressão e ansiedade.

Metodologia: Todos os utentes de um centro de saúde urbano com idades superiores a 17 anos que soubessem ler e escrever foram convidados a participar neste estudo que se realizou durante dois dias do mês de Janeiro de 2007. Os participantes preencheram um questionário sócio-demográfico e a versão portuguesa de um instrumento de rastreio da Perturbação da Somatização (PS) (SOMS-2), incluindo uma lista de 53 sintomas somáticos e 15 questões para avaliar a gravidade e existência de outras perturbações somatoformes. Foi também feita uma avaliação da ansiedade e depressão utilizando uma versão portuguesa da HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale).

Resultados: Participaram no estudo 122 (16%) dos 760 utentes contactados. A idade média foi de 46,5 anos (dp = 16,3) e 63% eram mulheres. Após aplicação de critérios de frequência (> 10%) e poder discriminante em relação à incapacidade, a escala final inclui 19 sintomas. Tendo como *padrão* o critério dos sintomas requeridos pela DSM-IV-TR para a existência de PS foi estimado o ponto de corte de oito ou mais sintomas na escala reduzida, com uma sensibilidade de 94,1% e especificidade de 89,5%. Com este ponto de corte a estimativa de *possíveis* somatizadores é de 22,1%. O risco relativo de um somatizador apresentar ansiedade é de 3,4 (IC95%: 2 a 6) e o de estar deprimido é de 4,3 (IC95%: 1,6 a 11,6).

Conclusões: Os resultados preliminares obtidos com a versão da SOMS-2 incluindo 19 sintomas apontam para que seja adequada ao rastreio da PS nos CPS, embora necessite de uma validação clínica para diagnóstico diferencial.

C.F.: Programa de Doutoramento em Saúde Mental. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS). Porto
A.B.: Serviço de Psiquiatria. Hospital Santa Maria. Lisboa
M. Fleming: Departamento de Psicologia. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto
M.C.S.: Departamento de Estatística. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto

© 2008 CELOM

*Estudo realizado no Centro de Saúde de Braga I-A. Carandá e autorizado pela Administração Regional de Saúde do Norte.

SUMMARY

SCREENING OF SOMATIZATION DISORDER

In Primary Health Care. Results from a Pilot Study

Introduction: There are no population based studies of Somatoform Disorders (SD) in Portugal, despite the fact that a high prevalence has been reported in other countries, mainly when less restrictive criteria are used for diagnosis. This study represents the first step to know the impact of this pathology in the community.

Aims: To evaluate the psychometric properties of a Portuguese version of SOMS-2 (Screening for Somatoform Disorders) in primary health care (PHC) and studying its relationship with depression and anxiety.

Method: All persons attending an urban PHC unit aged 18 years or more and knowing how to read and write were invited to participate in this study undertaken during 2 days in January, 2007. All participants filled a socio-demographic questionnaire and a translated version of a screening instrument for Somatization Disorder (SD) (SOMS-2), including a list of 53 somatic symptoms and 15 questions to evaluate the severity and presence of other somatoform disorders. A measure of anxiety and depression was also obtained using the Portuguese version of HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale).

Results: The 122 participants, 16% out of the 760 contacted, had on average 46.5 years (sd = 16.3) and 63% were woman. After applying criteria for frequency (> 10%) and discriminative power in terms of incapacity, 19 symptoms were included in the final scale.

Using as *standard* the number and the specific symptoms for the presence of Somatization Disorder from the DSM-IV-TR, a cut-off point of at least 8 symptoms was estimated. The sensitivity and specificity were 94.1% and 89.5%, respectively. This cut off warranted 22.1% of individuals to be referred for further examination. The relative risk of anxiety and depression in a *somatizer* were 3.4 (95%CI: 2 to 6) and 4.3 (95%CI: 1.6 to 11.6), respectively.

Conclusions: The results obtained with this Portuguese version of the SOMS-2 including 19 symptoms indicate it might be helpful for the screening of SD in PHC, though further clinical validation will be needed for establishing differential diagnosis.

INTRODUÇÃO

Alguns autores têm definido a somatização como resultando quase que exclusivamente de estados psíquicos ou emocionais enquanto outros a entendem como um fenómeno inespecífico, que compreende experiências físicas primárias ou ainda, simplesmente, como as sensações somáticas que acompanham as perturbações de ansiedade e depressivas.

Kellner (1990) entende a somatização como uma ou várias queixas físicas, a respeito das quais uma investigação adequada revele *a não existência de patologia orgânica ou mecanismo patofisiológico* que expliquem a queixa física, ou, quando exista patologia orgânica, *as queixas físicas ou disfunção social ou ocupacional resultantes estejam marcadamente em excesso em relação ao que seria de esperar, tendo por base os achados físicos*¹.

A DSM-IV-TR requer, para o diagnóstico de Perturbação de Somatização (PS), além de outras condições, a existência de pelo menos oito sintomas físicos, não explicados medicamente, distribuídos por quatro grupos ou sis-

temas (quatro sintomas de dor, dois gastrointestinais, um pseudo-neurológico e um sexual)².

Vários investigadores têm referido o facto de os critérios actualmente em uso serem demasiado restritivos³⁻⁸ conduzindo a prevalências muito baixas de PS na população ou no contexto dos Cuidados Primários de Saúde (CPS)^{9,10}. Existem estudos que colocam em evidência uma expressão mais significativa do fenómeno da somatização, seja nos CPS^{7,11} seja noutros contextos^{9,11-13} se forem utilizados outro tipo de critérios mais abrangentes. Em consequência, têm sido propostos critérios diagnósticos menos restritivos. Alguns baseiam-se quase que exclusivamente na contagem dos sintomas medicamente não explicados^{5,6} outros associam à contagem dos sintomas e à proposta de um ponto de corte para a definição de caso, algumas características psicológicas e comportamentais, essenciais para a definição da perturbação⁶, ou elegem como critério diagnóstico, sobretudo este tipo de características^{12,15-17}. Relativamente ao rastreio da PS e das perturbações somatoformes, alguns investigadores entendem ser necessário, mesmo na primeira fase do rastreio na po-

pulação, a entrevista clínica¹⁹ e outros propõem instrumentos mediante os quais, numa primeira abordagem, ela pode ser dispensada, desde que se consigam convocar os resultados do juízo clínico de um médico, efectuado a respeito de cada um dos sintomas referidos⁶.

A comorbilidade de sintomas somáticos medicamente inexplicados (e nem sempre da PS com todos os critérios diagnósticos) com as perturbações de ansiedade e depressivas tem sido encontrada por vários autores^{1,16,19-21}. Esta associação também tem sido encontrada especificamente para os chamados síndromes funcionais somáticos como a síndrome do cólon irritable, a fibromialgia, a síndrome da fadiga crónica e a dispepsia não ulcerosa²².

Os efeitos das perturbações depressivas, ansiosas e somatoformes sobre as limitações funcionais parecem ser independentes²³ e cumulativos²⁴ e, nesta perspectiva, as perturbações somatoformes teriam justificadamente direito a um lugar nas classificações nosográficas, independentemente de serem ou não acompanhados por perturbações de ansiedade ou depressivas.

Noutra perspectiva, e num artigo de revisão, Creed e Barsky (2004) entendem que os critérios para o diagnóstico de PS *parecem ter sido definidos artificialmente num grupo restrito de casos graves* e referem não ter encontrado evidência *para suportar a existência destas perturbações como singularizadas nos cuidados primários e nas amostras populacionais*. Assim sendo, e segundo estes autores, as perturbações somatoformes não poderiam *ser vistas como perturbações psiquiátricas* não por não terem necessariamente na sua base etiológica problemas mentais, como alguns autores defendem actualmente^{14,25,26}, mas por não serem independentes de outras perturbações mentais como as perturbações de ansiedade e depressivas. Outros autores têm encontrado, para além das perturbações de ansiedade e depressivas, situações clínicas em que se verifica a existência de quadros mistos²⁴, também designados de ansiedade-depressão mista (*mixed anxiety-depression*)²⁷.

Embora a associação entre sintomas somáticos, por um lado, e ansiedade e depressão, por outro, tenha sido consistentemente estabelecida¹, mesmo quando as escalas de ansiedade e depressão não possuem itens somáticos, esta associação parece ser ligeiramente mais significativa no que diz respeito à ansiedade¹.

Os objectivos deste estudo piloto são: 1) testar a recepção, numa amostra nos cuidados primários, de um instrumento de rastreio para a somatização (SOMS-2); 2) explorar algumas das características psicométricas deste instrumento; 3) avaliar a relação da PS com a ansiedade e a depressão.

METODOLOGIA

Participantes

Durante dois dias consecutivos do mês de Janeiro, todos os indivíduos que acorreram a um Centro de Saúde (CS) de grandes dimensões, numa zona urbana, foram convidados a participar no estudo, desde que tivessem completado 18 anos de idade e pudessem ler e escrever português. Foram excluídos os indivíduos que se deslocavam ao CS por motivos não relacionados com uma consulta médica de rotina. Para além da avaliação da somatização, ansiedade e depressão, todos os participantes preencheram um questionário solicitando informação sócio-demográfica e uma declaração atestando o consentimento informado para adesão ao estudo.

Avaliação da Somatização, Ansiedade e Depressão

A SOMS-2 (Screening for Somatoform Symptoms)⁶ é um instrumento de auto-preenchimento de rastreio de PS, contendo uma lista de 53 sintomas somáticos, ocorridos nos últimos dois anos, integrando queixas físicas da lista de sintomas de PS da DSM-IV, e da lista de sintomas de PS e da Perturbação Autonómica Somatoforme da CID-10⁸. A resposta afirmativa a cada sintoma requer que o participante tenha obtido da parte do seu médico a opinião de que, aquele sintoma, não se deve a uma causa clara, ou não tenha sido encontrada explicação clara para ele, depois dos procedimentos diagnósticos habituais. A segunda parte da SOMS-2 consta de 15 questões destinadas a avaliar o grau de severidade dos sintomas, critérios de inclusão e exclusão e a pesquisar a existência de outras perturbações somatoformes, entre outras coisas. A versão original da SOMS-2 apresentou uma boa consistência interna⁴ e validade no re-teste às 72 horas, tendo o número de sintomas assinalado, evidenciando boa correlação com o número obtido em entrevista clínica estruturada ($r = 0,75$)^{6,8}. Foi utilizada uma versão portuguesa para investigação da SOMS-2, por nós elaborada, depois de o instrumento ter sido traduzido e retrovertido de e para a língua inglesa, por dois pares de peritos fluentes nas duas línguas, após terem sido obtidas a confirmação e autorização por parte do autor da escala.

A Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) concebida por Zigmond & Snaith (1983) apresenta 14 questões (em duas sub-escalas, de ansiedade e depressão), sendo que nenhuma delas compreende aspectos somáticos da ansiedade ou depressão, não concorrendo, deste modo, com os sintomas somáticos de doenças orgânicas. Permite avaliar populações não psiquiátricas e estabelecer um diagnóstico de ansiedade e depressão. Os autores

da escala original propuseram um ponto de corte de oito, para as duas sub-escalas²⁸, embora Snaith tenha proposto, em 2003, o ponto de corte de 11²⁹. No manual da HADS, consideram-se vários níveis de ansiedade e depressão consoante as pontuações obtidas: *normal* para pontuações entre 0-7, *leve* para pontuações de 8-10, *moderada* para pontuações de 11-15 e *severa* para pontuações de 16-21²⁹, sendo esta a classificação usada neste estudo. No estudo de validação de Pais-Ribeiro et al (2007), a HADS em português apresenta boa consistência interna para as sub-escalas ansiedade e depressão, com um α de Cronbach de 0,76 e 0,81, respectivamente.

Análise Estatística

Após a descrição e comparação das características sócio-demográficas e avaliação da perturbação de somatização, ansiedade e depressão em homens e mulheres utilizando testes não paramétricos (Qui-quadrado e Mann-Whitney), procedeu-se à análise dos sintomas da SOMS-2 para obtenção de uma versão reduzida, passível de utilização como instrumento de rastreio de PS. A metodologia adoptada seguiu de perto a usada por Rief⁶, partindo da soma dos sintomas assinalados de entre os 53 listados – pontuação global na SOMS-2. Para decidir do valor empírico de cada sintoma para inclusão numa escala de *somatização* consideraram-se os seguintes critérios: a) o sintoma deve contribuir de modo significativo para a pontuação global, isto é, uma correlação biserial significativa entre o item e o total da escala, b) a contribuição de cada sintoma para o total deve ser semelhante, implicando uma frequência semelhante e relativamente alta (superior a 10%) e c) o sintoma deverá discriminar o nível de incapacidade, isto é, poder discriminativo. Após exclusão dos sintomas que não preencheram estes critérios, foi estudada a consistência interna da escala reduzida, usando a fórmula de Kuder-Richardson (KR-20) e o ponto de corte estudado a partir da curva característica de operação (CCO) adoptando como *padrão* a existência de pelo menos oito sintomas em quatro grupos ou sistemas (DSM-IV-TR).

RESULTADOS

Dos 760 indivíduos que preencheram os critérios de inclusão, aceitaram participar 16% (N = 122). A distribuição por idade e sexo dos participantes foi significativamente diferente da dos indivíduos consultados nos dias do rastreio (χ^2 de ajuste = 30,2, gl = 5, $p < 0,001$), pelo excesso de mulheres com idades entre 19 e 65 anos e consequente sub-representação das mais idosas (> 65 anos).

No Quadro 1 descrevem-se as características dos utentes contactados. As idades variaram entre 18 e 84 anos (m = 46,5; sd = 16,3) e 63% são mulheres. A maioria são casados e a distribuição segundo o nível de escolaridade é uniforme. A situação profissional é significativamente diferente segundo o sexo ($\chi^2 = 15,2$, gl = 3, $p = 0,002$) e, embora globalmente a proporção de empregados seja semelhante (48,4%), mais mulheres estão numa situação de desemprego e mais homens são já reformados.

Na composição do agregado familiar predomina o casal com filhos (45,8%) e no agregado familiar, mais de 50% dos utentes tem um rendimento mensal até 800 euros. Enquanto que 50% das mulheres têm uma pontuação até oito na HADS-ansiedade, este valor é significativamente mais baixo nos homens, descendo para cinco; na HADS-depressão 75% dos utentes têm pontuações até oito, independentemente do sexo. Dos 122 utentes, 20,5% não assinalaram qualquer sintoma dos 53 listados, na SOMS-2. Na Figura 1 pode observar-se que esta proporção é mais alta nos homens, 31,1% vs 14,3% ($\chi^2 = 4,9$, gl = 1, $p = 0,03$). Nos utentes que assinalaram sintomas (n = 97, 79,5%), metade assinalou até sete sintomas e 75% assinalaram até 13 sintomas. A maioria consultou o médico por este motivo, realizando entre uma a duas consultas (36,7%) ou entre três a seis consultas (26,7%) nos últimos dois anos; mais mulheres que homens consideraram que estes sintomas afetaram o seu bem-estar (68,2% vs 35,5%) e também as actividades de vida diária (AVD) (62,1% vs. 38,7%), embora a toma de medicamentos fosse independente do sexo (75,6%).

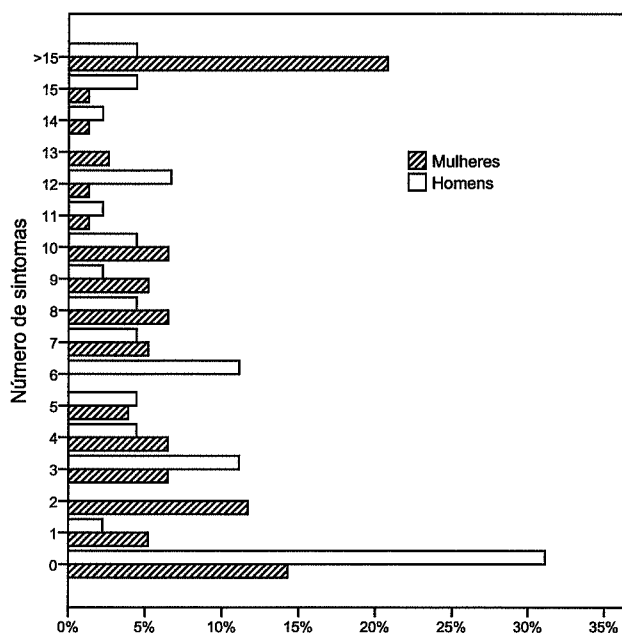


Fig. 1 – Distribuição do número de sintomas na SOMS-2 por sexo.

Quadro 1 – Caracterização sócio-demográfica e psicométrica da amostra de utentes de um centro de saúde urbano

| Características | Mulheres (n=77) | | Homens (n=45) | | Global (n=122) | | p |
|-------------------------------------|-----------------|-----------------|---------------|---------------|----------------|---------------|--------------|
| | N | % | N | % | N | % | |
| Idade (anos)* | 44,6 | (14,3) | 49,7 | (19,0) | 46,5 | (16,3) | 0,1 |
| Estado Civil | | | | | | | 0,3 |
| Solteiro | 18 | (23,4) | 11 | (24,4) | 29 | (23,8) | |
| Casado | 49 | (63,6) | 32 | (71,1) | 81 | (66,4) | |
| Outros | 10 | (13,0) | 2 | (4,4) | 12 | (9,8) | |
| Nível de Escolaridade (anos) | | | | | | | 0,5 |
| < 4 | 17 | (22,1) | 9 | (20,0) | 26 | (21,3) | |
| 4-8 | 22 | (28,6) | 9 | (20,0) | 31 | (25,4) | |
| 9-12 | 21 | (27,3) | 18 | (40,0) | 39 | (32,0) | |
| Bacharel/Licenciado | 17 | (22,1) | 9 | (20,0) | 26 | (21,3) | |
| Situação Profissional | | | | | | | 0,002 |
| Empregado | 37 | (48,1) | 22 | (48,9) | 59 | (48,4) | |
| Desempregado | 16 | (20,8) | 4 | (8,9) | 20 | (16,4) | |
| Estudante/doméstico | 16 | (20,8) | 3 | (6,7) | 19 | (15,6) | |
| Reformado | 8 | (10,4) | 16 | (35,6) | 24 | (19,7) | |
| Agregado Familiar | | | | | | | 0,2 |
| Sozinho | 11 | (14,5) | 1 | (2,3) | 12 | (10,0) | |
| Casal | 12 | (15,8) | 12 | (27,3) | 24 | (20,0) | |
| Casal e filhos | 36 | (47,4) | 19 | (43,2) | 55 | (45,8) | |
| Com pais | 13 | (17,1) | 8 | (18,2) | 21 | (17,5) | |
| Outro | 4 | (5,3) | 4 | (5,3) | 8 | (6,7) | |
| Rendimento Mensal (€) | | | | | | | 0,06 |
| < 400 | 13 | (17,1) | 2 | (4,5) | 15 | (12,5) | |
| 401 – 800 | 33 | (43,4) | 15 | (34,1) | 48 | (40,0) | |
| 801 - 1500 | 21 | (27,6) | 17 | (38,6) | 38 | (31,7) | |
| > 1500 | 9 | (11,8) | 10 | (22,7) | 19 | (15,8) | |
| HADS^b | 14 | (8-20,5) | 10 | (5-15) | 12 | (6-19) | 0,013 |
| Ansiedade | 8 | (5-12,5) | 5 | (3-8) | 7 | (4-11) | 0,002 |
| Depressão | 5 | (3-8,5) | 3 | (2-8) | 4 | (2-8) | 0,2 |
| SOMS-2 | | | | | | | |
| Sem sintomas | 11 | (14,3) | 14 | (31,1) | 25 | (20,5) | 0,026 |
| Nº sintomas ^{b,c} | 7,5 | (2-15) | 6 | (4-12) | 7 | (3-12,5) | 0,8 |
| Número de consultas ^c | | | | | | | 0,5 |
| 0 | 9 | (13,6) | 8 | (25,8) | 17 | (17,5) | |
| 1 - 2 | 26 | (39,4) | 10 | (32,3) | 36 | (37,1) | |
| 3 - 6 | 16 | (24,2) | 8 | (25,8) | 24 | (24,7) | |
| 7 ou mais | 15 | (22,7) | 5 | (16,1) | 20 | (20,6) | |
| Afectaram o bem-estar ^c | 45 | (68,2) | 11 | (35,5) | 56 | (57,7) | 0,002 |
| Afectaram as AVD ^c | 41 | (62,1) | 12 | (38,7) | 53 | (54,6) | 0,031 |
| Tomou medicamentos ^c | 47 | (71,2) | 21 | (67,7) | 68 | (70,1) | 0,7 |
| Perturbação somatização (DSMIV) | 13 | (16,9) | 4 | (8,9) | 17 | (13,9) | 0,2 |

*média (dp); ^bmediana (quartis); ^c avaliação nos 97 indivíduos (66 mulheres e 31 homens) que assinalaram sintomas na SOMS-2

A Figura 2 evidencia a congruência entre o critério adoptado para testar a validade discriminante, a incapacidade, e um outro critério apontado como relacionado com a somatização, o número de consultas médicas devidas aos sintomas. Considerando incapacidade *elevada* se o utente assinalou que o sintoma afectou simultaneamente o seu bem-estar e as AVD, *parcial* se afectou apenas uma delas e *nenhuma*, quando nem o bem-estar nem as AVD foram afectadas, pode observar-se que existe uma forte relação linear entre incapacidade e número de consultas (qui-quadrado = 17,4, gl = 1, p < 0,001). A proporção de utentes com três ou mais consultas nos últimos dois anos aumenta quando aumenta a incapacidade, passando de 20,8% a 54,2% (3-6 consultas) e de 10% a 70% (7 ou mais consultas).

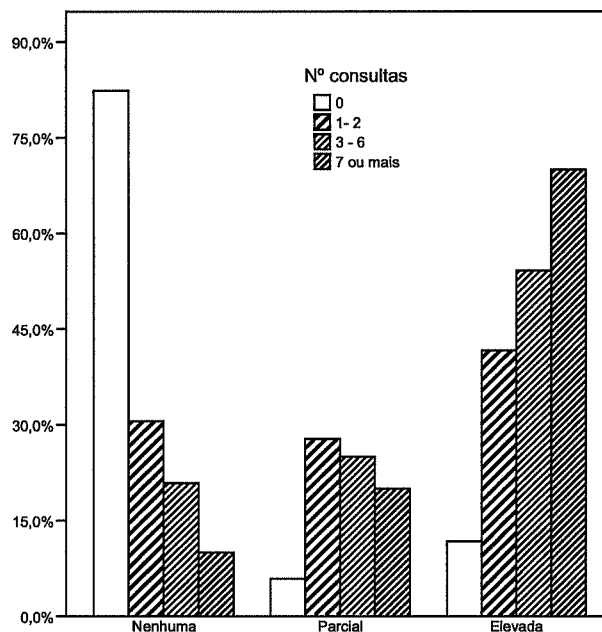


Fig. 2 – Distribuição do número de consultas segundo o grau de incapacidade.

No Quadro 2, descreve-se a distribuição dos sintomas constantes da SOMS-2, bem como a correlação de cada um com a escala global, o poder discriminativo em relação à incapacidade e a sensibilidade do sintoma para detectar a PS nos somatizadores pela sintomatologia usada na DSM-IV-TR (n = 17, 13,9%), critério este usado para estudar o ponto de corte para a versão reduzida resultante (Figura 3). Dos sintomas excluídos da lista inicial, 21 raramente são assinalados (< 10%) e destes apenas três discriminavam a incapacidade, paralisias, visão dupla e dores no ânus. Mais 13 sintomas foram excluídos por não discriminarem a incapacidade, embora alguns deles fossem referidos por mais de 20% dos

Quadro 2 – Descrição dos sintomas constantes da SOMS-2, correlação com a escala global, poder discriminativo em relação à incapacidade e sensibilidade em relação aos critérios da DSM-IV

| Sintomas | Frequência n = 122 (%) | Correlação item-total | Poder discriminativo (n1 = 44, n2 = 53) | Sensibilidade DSM-IV (n = 17) (%) |
|--|---------------------------|--------------------------|--|--------------------------------------|
| 1 Dores de cabeça | 32,8 | 0,44 | 4,1 ^a | 76,5 |
| 3 Dores nas costas | 34,4 | 0,35 | 4,2 ^a | 88,2 |
| 4 Dores nas articulações | 32,0 | 0,38 | 4,9 ^a | 82,4 |
| 5 Dores nas pernas e/ou braços | 35,2 | 0,44 | 9,5 ^b | 82,4 |
| 6 Dores no peito | 18,9 | 0,46 | 4,8 ^a | 58,8 |
| 12 Mal-estar na zona em volta do coração | 22,1 | 0,43 | 6,9 ^b | - |
| 15 Soluços ou sensação de ardor no peito ou estômago | 18,0 | 0,58 | 6,0 ^a | 58,8 |
| 18 Mau gosto na boca ou língua muito suja | 23,0 | 0,51 | 5,7 ^a | 52,9 |
| 19 Boca seca | 27,9 | 0,55 | 10,5 ^b | 70,6 |
| 22 Necessidade frequente de urinar | 24,6 | 0,50 | 8,0 ^b | 52,9 |
| 25 Mal-estar no estômago ou azia | 32,0 | 0,53 | 11,9 ^c | 76,5 |
| 26 Suores (frios ou quentes) | 19,7 | 0,55 | 5,8 ^a | 58,8 |
| 27 Rosto afogueado ou corado | 17,2 | 0,56 | 4,9 ^a | 58,8 |
| 28 Falta de fôlego | 16,4 | 0,52 | 8,9 ^b | - |
| 29 Respiração difícil ou acelerada | 17,2 | 0,51 | 4,9 ^a | - |
| 30 Cansaço excessivo ou falta de forças | 29,5 | 0,58 | 10,5 ^b | 88,2 |
| 34 Desequilíbrio ou descoordenação dos movimentos | 11,5 | 0,58 | 10,8 ^b | - |
| 41 Dormência ou formigamentos desagradáveis | 34,4 | 0,64 | 16,8 ^c | 88,2 |
| M50 Sangramento menstrual excessivo | 10,4 | 0,44 | 4,0 ^a | - |
| Frequência baixa (< 10%) | | | | |
| 7 Dores no ânus | 7,4 | 0,29 | 4,2 ^a | - |
| 8 Dores durante relações sexuais | 5,7 | 0,31 | 0,4 | - |
| 9 Dores ao urinar | 6,6 | 0,28 | 0,1 | - |
| 13 Vômitos | 9,0 | 0,36 | 0,4 | - |
| 16 Intolerância à comida | 5,7 | 0,36 | 0,4 | - |
| 20 Diarreia frequente | 3,3 | 0,17 | 0,0 | - |
| 21 Descarga pelo ânus | 1,6 | 0,07 | 2,5 | - |

| | | | | | |
|---------------------------------|--|------|------|------------------|------|
| 23 | Necessidade frequente de evacuar (volta à barriga) | 4,9 | 0,28 | 1,2 | - |
| 33 | Sensações desagradáveis na zona dos órgãos sexuais | 7,4 | 0,54 | 1,8 | - |
| 35 | Paralisias ou fraqueza em certas partes do corpo | 8,2 | 0,42 | 5,4 ^a | - |
| 37 | Afonia (perda de voz) | 9,8 | 0,44 | 0,1 | - |
| 38 | Retenção urinária | 5,7 | 0,32 | 0,0 | - |
| 39 | Alucinações | 6,6 | 0,48 | 3,1 | - |
| 40 | Perda do tacto ou da sensação de dor | 4,9 | 0,54 | 3,7 | - |
| 42 | Visão dupla (ver duas coisas ao mesmo tempo) | 9,8 | 0,52 | 4,9 ^a | - |
| 43 | Cegueira | 3,3 | 0,27 | 1,5 | - |
| 44 | Surdez | 9,0 | 0,32 | 3,8 | - |
| 45 | Ataques | 4,1 | 0,35 | 0,5 | - |
| 46 | Amnésia (perda de memória) | 9,8 | 0,33 | 0,9 | - |
| 47 | Perda de sentidos (perda de consciência) | 8,2 | 0,46 | 1,0 | - |
| M51 | Vómitos frequentes ou contínuos durante a gravidez | 5,2 | 0,20 | 0,7 | - |
| Sem poder discriminativo | | | | | |
| 2 | Dores de estômago | 18,0 | 0,39 | 2,2 | - |
| 10 | Enjoos | 13,9 | 0,33 | 1,5 | - |
| 11 | Inchaço | 11,5 | 0,45 | 0,1 | - |
| 14 | Sensação da comida voltar à boca | 20,5 | 0,43 | 0,1 | - |
| 17 | Perda de apetite | 10,7 | 0,47 | 3,5 | - |
| 24 | Batimentos fortes no coração | 21,3 | 0,42 | 2,2 | 52,9 |
| 31 | Manchas na pele ou descoloração da pele | 13,9 | 0,27 | 0,5 | - |
| 32 | Desinteresse sexual (perda da libido) | 16,4 | 0,40 | 0,2 | - |
| 36 | Dificuldade em engolir ou nó na garganta | 14,8 | 0,52 | 2,2 | - |
| M48 | Menstruação dolorosa | 15,6 | 0,23 | 2,5 | - |
| M49 | Menstruação irregular | 16,9 | 0,35 | 1,4 | - |
| M52 | Corrimento vaginal anormal ou abundante | 13,0 | 0,30 | 3,1 | - |
| H53 | Disfunção na erecção ou na ejaculação | 13,3 | 0,24 | 2,6 | - |

M: só para mulheres, H: só para homens; nestes sintomas as frequências e correlações referem-se só aos elementos respectivos, 45 homens e 77 mulheres; ^a p>0,05, ^b p<0,01, ^c p<0,001, restantes não significativos; *sensibilidade <50%

utentes que assinalaram algum sintoma, os batimentos fortes no coração e a regurgitação. A escala constituída pelos restantes 19 sintomas tem uma consistência interna elevada, KR20 = 0,88, e os sintomas incluídos obedecem cumulativamente aos dois critérios, frequência superior a 10% e discriminação de incapacidade, sendo os mais frequentes os que referem dores, mal-estar no estômago e dormência/formigueiros.

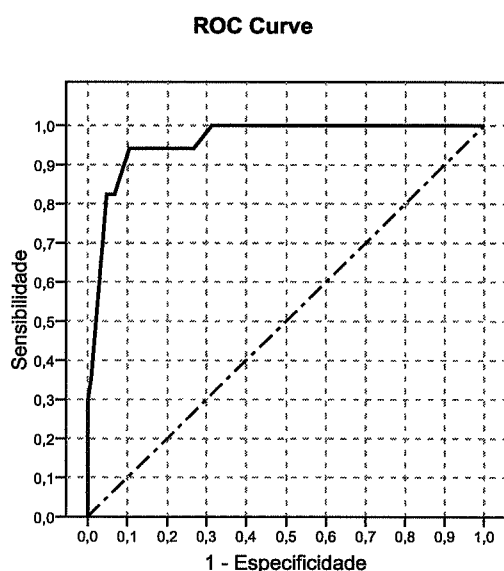


Fig. 3 – Curva característica de operação adoptando como padrão o critério da DSM-IV.

A maximização simultânea da sensibilidade e especificidade em relação ao critério da DSM-IV-TR acontece para um ponto de corte de oito ou mais sintomas da lista de 19. Os valores são respectivamente de 94,1% e 89,5%, com um falso-negativo e 11 falsos-positivos. O acordo foi de 90,2% e o teste $k = 0,67$ ($p < 0,001$). Adoptando este ponto de corte 27 indivíduos (22,1%) deveriam ser referenciados para esclarecimento de diagnóstico diferencial. As características sócio-demográficas deste grupo de *possíveis* somatizadores não foram significativamente diferentes das do grupo de não somatizadores. No Quadro 3 descrevem-se as características dos dois grupos, utilizando o ponto de corte definido. Os somatizadores têm uma maior probabilidade de ter um número excessivo de consultas e toma de medicamentos. Cerca de 58% dos somatizadores apresentam ansiedade moderada ou grave em comparação apenas com 16,8% dos restantes, estimando-se o risco relativo em $rr = 3,4$ (IC 95%: 2,0 a 6,0). Em relação à depressão, 26,9% têm evidência de depressão moderada ou grave em comparação com 6,3% dos restantes, estimando-se um $rr = 4,3$ (IC 95%: 1,6 a 11,6).

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo piloto fundamentam a validade de uma MINI-SOMS, com 19 sintomas somáticos, com boas propriedades psicométricas e acordo significativo com a sintomatologia definida pela DSM-IV-TR, para utilização no âmbito de cuidados primários de saúde.

A escala constituída por 19 sintomas tem uma consistência interna elevada, os sintomas incluídos apresentaram uma frequência superior a 10% e capacidade discriminativa do grau de incapacidade da afecção. De notar que, dos 19 sintomas, seis não contribuem para o diagnóstico de PS segundo a DSM-IV-TR. São sintomas cardio-respiratórios, possivelmente comuns às Perturbações de Ansiedade. O ponto de corte de oito (numa lista de 19 sintomas), mais alto do que o encontrado pelos autores do instrumento para populações clínicas alemãs (sete numa lista de 32)⁶ pode ter ficado a dever-se à necessidade de controlo mais estrito do critério de gravidade do sintoma, aquando do preenchimento, ou a uma maior tendência a reportar sintomas físicos, na população que estudámos. No entanto pode afirmar-se que ao considerar o critério que discrimina os utentes com incapacidade elevada dos restantes, se considera por associação a discriminação segundo o consumo de recursos, apontado como sendo um factor de corroboração da existência de PS. As características psicométricas da escala neste estudo piloto, deverão no entanto ser confirmadas em futuros estudos, utilizando a entrevista clínica como referência padrão dos resultados obtidos com a SOMS-2, em populações portuguesas dos CSP.

A estimativa da prevalência de PS obtida segundo o ponto de corte estabelecido na MINI-SOMS, 22,1%, não é tão restritiva como a obtida com os critérios da DSM-IV-TR (13,9%), como seria de esperar para o âmbito da sua aplicação – cuidados primários de saúde. Note-se, no entanto, que a prevalência de 13,9% referida à sintomatologia da DSM-IV-TR é anormalmente alta em comparação com a encontrada por outros autores em estudos populacionais: sempre abaixo de 1%³⁰. Esta alta prevalência decorre do facto de não terem sido utilizados dois dos critérios requeridos pela DSM-IV-TR, o início antes dos 30 anos e, no caso de haver simultaneamente ataques de pânico, os sintomas somatoformes decorrerem também fora dos ataques de pânico; ao serem aplicados reduzem a prevalência para 4%. Por outro lado, do modo como decorreu o trabalho de campo, fica a impressão de que nesta população não bastará a instrução do cabeçalho, estipulando que apenas devem ser assinalados os sintomas que *afectaram o bem-estar*

Quadro 3 – Caracterização da Perturbação de Somatização (SOMS-2) nos utentes de um centro de saúde urbano

| Características da PS (SOMS-2) | PS (n = 27) | | Sem PS (n = 95) | | RR | IC 95% |
|---|-------------|--------|-----------------|--------|-----|------------|
| | N | % | N | % | | |
| Mais de 7 consultas por esse motivo | 9 | (33,3) | 11 | (11,6) | 2,9 | 1,3 a 6,2 |
| O médico encontrou a causa dos sintomas? | 16 | (59,3) | 43 | (45,3) | 1,3 | 0,9 a 1,9 |
| Quando o médico disse não haver razão para as queixas – acreditou nele? | 14 | (51,9) | 42 | (44,2) | 1,2 | 0,8 a 1,8 |
| Os sintomas afectaram o bem-estar? | 25 | (92,6) | 33 | (34,7) | 2,7 | 2,0 a 3,6 |
| Os sintomas afectaram as AVD? | 23 | (85,2) | 32 | (33,7) | 2,5 | 1,8 a 3,4 |
| Tomou medicamentos? | 23 | (85,2) | 48 | (50,5) | 1,7 | 1,3 a 2,2 |
| Ansiedade moderada ou grave (HADS) | 15 | (57,7) | 16 | (16,8) | 3,4 | 2,0 a 6,0 |
| Depressão moderada ou grave (HADS) | 7 | (26,9) | 6 | (6,3) | 4,3 | 1,6 a 11,6 |

do indivíduo, como forma de assegurar que apenas sintomas com alguma gravidade sejam assinalados. Os critérios de gravidade a ter em consideração para assinalar o sintoma, deverão, quanto a nós, ser definidos de uma forma mais estrita e objectiva, especialmente quando se trata de utentes de centros de saúde.

Nenhuma das características sócio-demográficas consideradas estava associada à somatização, embora Hiller et al (2006) tenha encontrado uma maior prevalência em indivíduos com baixa escolaridade, baixo rendimento familiar e do género feminino. Os resultados obtidos referem-se apenas a um estudo piloto com uma amostra de reduzida dimensão e conseqüentemente um poder estatístico limitado, podendo a evidência surgir aquando da análise do estudo definitivo.

No que se refere à relação significativa entre somatização e ansiedade, os resultados replicam os referidos por Kellner (1990). O facto de a ansiedade (e as perturbações ansiosas) ser mais frequente nos somatizadores do que a depressão sugere que os componentes cognitivos e comportamentais que acompanham a depressão fornecem, apesar de tudo, um sistema simbólico explicativo que permite ao indivíduo *compreender* as suas sensações, o seu estado emocional e os acontecimentos, ainda que depreciativamente deformante (pessimista). Esta hipótese carece de confirmação em estudos posteriores, até porque o risco relativo de um somatizador apresentar depressão^{3,4} é superior ao de apresentar ansiedade^{3,4}, designadamente pelo facto desta última ser mais prevalente na amostra estudada. Tal situação poderá dever-se ao facto de a depressão ser mais facilmente identificável pelos médicos

de família e portanto mais facilmente *referenciável* para os serviços de saúde mental. Pode acontecer ainda que os doentes ansiosos tenham mais dificuldade em seguir a indicação dos seus médicos de família quando os referenciam para aqueles serviços.

CONCLUSÃO

Uma das limitações deste estudo decorre do facto de não ter sido feita a confirmação do diagnóstico das perturbações em estudo, por meio de uma entrevista, mas apenas com base em instrumentos de rastreio. Assim, o poder discriminante de cada sintoma somático foi avaliado em relação ao grau de incapacidade, definido a partir das questões da segunda parte do instrumento. Tratava-se, porém, de um estudo piloto destinado a avaliar a recepção desse instrumento numa amostra dos CSP.

O baixo nível de adesão deve ter sido, em parte, determinado pelo facto de os participantes serem convidados a preencher os questionários numa sala apropriada, mas que os afastava da sala de espera do CS, ficando alguns com receio de perder a consulta, não se tranquilizando com a informação de que os médicos de família estavam a par da realização do estudo. Por outro lado, a sub-representação das mulheres com mais de 65 anos pode dever-se ainda ao analfabetismo característico deste estrato populacional, critério de exclusão do estudo. Apesar da baixa adesão dos utentes e da possível introdução de viéses na hipótese de os aderentes não corresponderem a uma amostra representativa dos utentes, ou mais especificamente dos utilizadores do SNS, os resultados do estudo aconselham

uma maior atenção às perturbações de ansiedade e depressão nos cuidados primários de saúde, dada a sua relação com a somatização, particularmente nas mulheres.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem aos responsáveis pelo Centro de Saúde Braga I-A Carandá, bem como aos médicos e utentes que colaboraram no estudo. Agradecem igualmente à Prof. Teresa McIntyre a disponibilização da versão da HADS, e do questionário sócio-demográfico utilizados neste estudo.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

BIBLIOGRAFIA

1. KELLNER R: Somatization – Theories and Research. *J Nervous and Mental Disease* 1990;178(8):150-160
2. DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais 4ª edição. Climepsi: Lisboa 2000
3. HILLER W, RIEF W, FICHTER MM: Evidence for a Broader Concept of Somatization Disorder Using the Somatic Symptom Index. *Psychosomatics* 1995;36:285-294
4. RIEF W, HEUSER J, MAYRHUBER E, STELZER I, HILLER W, FICHTER MM: The Classification of Multiple Somatoform Symptoms. *J Nervous and Mental Disease* 1996;184:680-7
5. ESCOBAR JI: Developing Practical Indexes of Somatization for Use in Primary Care (Editorial). *J Psychosomatic Res* 1997;42(4):323-8
6. RIEF W, HILLER W: Toward empirically based criteria for the classification of somatoform disorders. *J Psychosom Res* 1999;46:507-518
7. KROENKE K, SPITZER RL, DEGRUY FV: A symptom checklist to screen for somatoform disorders in primary care. *Psychosomatics* 1998;39:263-272
8. RIEF W, HESSEL, A, BRÄHLER E: Somatization Symptoms and Hypochondriacal Features in General Population. *Psychosomatic Med* 2001;63:595-602
9. JACKSON J, FIDDLER M, KAPUR N, WELLS A, TOMENSON B, CREED F: Number of bodily symptoms predicts outcome more accurately than health anxiety in patients attending neurology, cardiology and gastroenterology clinics. *J Psychosom Res* 2006;60:357-363
10. CREED F: Can DSM-V facilitate productive research into somatoform disorders? *J Psychosom Res* 2006;60:331-4
11. FINK P: The use of hospitalizations by persistent somatizing patients. *Psychological Med* 1992;22:173-180
12. FINK P, EWALD H, JENSEN J et al: Screening for Somatization and Hypochondriasis in Primary Care and Neurological In-Patients: A Seven-Item Scale For Hypochondriasis and Somatization. *J Psychosom Res* 1999;46(3):261-328
13. NIMNUAN C, HOTOPF M, WESSELY S: Medically unexplained symptoms An epidemiological study in seven specialities. *J Psychosom Res* 2001;51:361-7
14. KROENKE K: Physical symptom disorder: A simpler diagnostic category for somatization-spectrum conditions. *J Psychosom Res* 2006;60:335-9
15. FINK P: Somatization – Beyond Symptom Count (Editorial). *J Psychosom Res* 1996;40(1):7-10
16. BARSKY AJ: A Comprehensive Approach to the Chronically Somatizing Patient. *J Psychosom Res* 1998;45:301-6
17. FINK P, ROSENDAL M, OLESEN F: Classification of somatization and functional somatic symptoms in primary care. *Austral N Zealand J Psychiatry* 2005;39:772-781.
18. FAVARELLI C, SALVATORI S, GALASSI F, ALIAZZI L, DREI C, CABRAS P: Epidemiology of somatoform disorders: a community survey in Florence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997;32:24-29
19. ESCOBAR JI, WAITZKIN H, SILVER RC, GARA M, HOLMAN A: Abridged Somatization: a study in Primary Care. *Psychosom Med* 1998;60(4):466-472
20. KIRMAYER LJ, ROBBINS JM, DWORKIND M, YAFFE MJ: Somatization and the recognition of depression and anxiety. *Am J Psychiatry* 1993;150(5):734-741
21. CREED F, BARSKY A: A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *J Psychosom Res* 2004;56:391-408
22. HENNINGSSEN P: Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: A meta-analytic review. *Psychosomatic Med* 2003;65(4):528-533
23. KROENKE K, SPITZER RL, DE GRUY FV et al: Multisomatoform disorder. An alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care. *Arch Gen Psychiatry* 1997;53(4):352-8
24. MARGOT WM, DE WAAL, ARNOLD IA, BEKHOT AH, HEMERT VAM: Somatoform disorders in general practice. Prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *Brit J Psychiatry* 2004;184:470-6
25. MAYOU R, KIRMAYER LJ, SIMON G, KROENKE K, SHARPE M: Somatoform Disorders: Time for a New Approach in DSM-V. *Am J Psychiatry* 2005;162:847-855
26. SHARPE M, MAYOU R, WALKER J: Bodily symptoms: New approaches to classification. *J Psychosom Res* 2006;60:353-6
27. CLARK LA, WATSON D: Tripartite Model of Anxiety and Depression: Psychometric Evidence and Taxonomic Implications. *J Abnormal Psychol* 1991;100(3):316-336
28. GOUVEIA J: Diferenças ao nível do género na adaptação psicossocial a curto prazo no pós-enfarte agudo do miocárdio. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Universidade do Minho. 2004
29. PAIS-RIBEIRO J, SILVA I, FERREIRA T, MARTINS A, MENEZES R, BALTAR M: Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychol Health Med* 2007;12(2):225-237
30. HILLER W, RIEF W, BRÄHLER E: Somatization in the population: from mild bodily misperceptions to disabling symptoms. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006;41:704-712

Artigo VI

ASSESSING MEDICALLY UNEXPLAINED SYMPTOMS: EVALUATION OF A SHORTENED VERSION OF THE SOMS FOR USE IN PRIMARY CARE

Aceite para publicação na:

BMC Psychiatry

5 de Março de 2010

Assessing medically unexplained symptoms: evaluation of a shortened version of the SOMS for use in primary care

Cristina Fabião^{1, *}, M. C. Silva², António Barbosa³, Manuela Fleming⁴, Winfried Rief⁵

¹ Psychology Course. Department of Philosophy
Regional Centre of Portuguese Catholic University, Braga
Largo da Faculdade de Filosofia, 1
4710 Braga Portugal
Tel: 351 253 612745/ 351 253 213163 Fax: 351 253 213163

² Department of Population Studies
Institute for Biomedical Sciences Abel Salazar (ICBAS), University of Porto
Largo Abel Salazar, 2
4099-003 Porto Portugal
Tel: 351222062277 Fax: 351222062232

³ Centre of Bioethics
School of Medicine, University of Lisbon
Av. Prof. Egas Moniz
1649-028 Lisboa Portugal
Tel: 351 217985182 Fax: 351 217999495

⁴ Department of Behavioural Sciences
Institute for Biomedical Sciences Abel Salazar (ICBAS), University of Porto
Largo Abel Salazar, 2
4099-003 Porto Portugal
Tel: 351 226101546 Fax : 351222062232

⁵ Department of Clinical Psychology and Psychotherapy
Philipps University of Marburg
Gutenbergstrasse 18
35032 Marburg Germany
Tel: 49 6421 282 3657 Fax: 49 6421 282 8904
CF: cristinafabiao@gmail.com

MCS: carolina@icbas.up.pt

AB: cbioetica@fm.ul.pt

MF: manuelafleming@gmail.com

WR: rief@staff.uni-marburg.de

* Corresponding Author

ABSTRACT

Background: To investigate the validity and stability of a Portuguese version for the Screening for Somatoform Symptoms-2 (SOMS-2) in primary care (PC) settings.

Methods: An adapted version of the SOMS-2 was filled in by persons attending a PC unit. All medically unexplained symptoms were further ascertained in a clinical interview and by contacting the patient's physicians and examining medical records, attaining a final clinical symptom evaluation (FCSE). An interview yielded the diagnosis of Clinical Somatization (CS) and the diagnosis of current depressive and anxiety disorders.

Results: From the eligible subjects, 167 agreed to participate and 34.1% of them were diagnosed with somatization. The correlation between the number of self-reported and FCSE symptoms was 0.63. After excluding symptoms with low frequency, low discriminative power and not correlated with the overall scale, 29 were retained in the final version. A cut-off of 4 symptoms gave a sensitivity of 86.0% and a specificity of 95.5% on the FCSE and 56.1% and 93.6% at self-report. Stability in the number of symptoms after 6 months was good ($k=0.57$).

Conclusions: The 29 symptoms version of the SOMS-2 with a cut-off of 4 showed a high specificity and sensitivity, being reliable as a referral tool for further specialized diagnosis.

BACKGROUND

As the DSM (III-R and IV) Somatization Disorder was extremely rare in PC settings, and many patients presented medically unexplained symptoms (MUS), the need for an abridged somatization definition became evident. The Somatic Symptom Index (SSI 6/4)^[1] and the Multisomatoform Disorder (MSD)^[2] were proposed and validated. Several studies reported high prevalence estimates for Somatoform Disorders (SFD) in a PC context, notwithstanding the problems raised by different criteria and classification systems. Using ICD-10 criteria, values of 35.9% (current) and 39.4% (lifetime) were obtained^[3]; with the DSM-IV criteria, 16.1% (current)^[4] and 28.8%^[5]; 19.7% with the SSI 6/4 criteria^[6] and 8% with other abridged criteria^[2,7].

Some researchers claim that screening for each symptom requires a clinical analysis as a sound basis for excluding organic disease or known “pathophysiological mechanisms”^[8-10]. Other studies do not support the need for differentiation between explained and unexplained symptoms during the screening process^[11-12].

Another dimension faced when screening Somatization is the heterogeneity of its clinical forms^[13] and the attributional style^[13]. The SOMS-2^[14-15] is a list of 53 physical complaints designed as a screener for SFD and “resembles a questionnaire version of the criteria for SFD according to the current classification systems”^[16]. However an inconsistent recall of symptoms^[17] has made SFD diagnoses according to current classification systems questionable. Evidence from GP evaluation and medical records is relevant in addressing a further challenge for the ascertainment of SFD patients according to current time criteria: the persistence over time of the tendency to present several somatoform symptoms.

Until now three studies have proposed screening tools for SFD in Portuguese. One used the ICD-10 Somatoform Disorders Symptom Checklist^[18]; the second used the

Questionnaire for physical manifestations of discomfort (Questionário de Manifestações Físicas de Mal Estar (QMFME)), based on the Psychosomatic Symptom Checklist (SUNYA) (Attanasio *et al*, 1984) to assess somatoform symptoms^[19]. The QMFME included 19 items related to Nervous, Muscular, Digestive and Respiratory Systems and showed a satisfactory internal consistency within the four dimensions and as a whole. However the validation study used a reduced list of symptoms, and it is possible that symptoms with good discriminative power were left aside. The construct validity was not verified against Depressive and Anxiety Disorders and no attempt was made to validate criteria for clinical diagnosis ^[20]. A third study ^[21] explored Portuguese translations of the PILL (Pennebaker Inventory of Limbic Languidness, 1982), an inventory with 54 items, and the somatization subscale of the SCL-90-R. The last two tools presented good psychometric properties but were not validated against results of an interview and ask for physical symptoms in general, not for medically unexplained ones. Again the validation did not explore specificity in relation to anxiety or depressive disorders.

The Somatoform Dissociation Questionnaire-20 (SDQ-20) ^[22] was also validated in Portuguese. However it was designed to measure somatoform dissociation and dissociative disorders and not somatization in general.

This study was designed to validate the Portuguese version of the SOMS-2 for use in PC settings. The performance of the screening tool was also tested in the presence of specific comorbidity patterns.

METHODS

Subjects and data collection

A PC unit with eight general practitioners (GPs) who provide care for a population of about 11,000 inhabitants was selected for this study. During a 10-day period alternating mornings and afternoons (August-September, 2007) all registered persons aged 18 years and older, able to read Portuguese, with no dementia, acute psychosis or mental retardation attending this unit were invited to participate. All willing persons had to fill in a socio-demographic questionnaire and the adapted Portuguese version of SOMS-2^[23-24], helped whenever necessary by psychology students. Within a short-time period participants were interviewed at the PC unit by a psychiatrist (CF), to ensure the somatoform nature of the symptoms reported and standardization of the severity/disability criteria. At the same time persons reporting no symptoms were again asked about SOMS-2 symptoms using a randomized order, for disclosure of false negatives at self-report. The same interviewer conducted the Portuguese validated version (5.0.0) of the MINI (1999, unpublished data displayed by Levy, P.). A trained assistant present at the interview, selected participants that, throughout the interview definitely did not accept medically unexplained causes for their symptoms: they were labeled probable "true somatizers"^[13]. During a following two-month period all symptoms for which a medical explanation was in doubt were further discussed with the participant's GP. The history of somatoform complaints was made for each subject. As a standard procedure, medical records were always consulted, as well as other sources of medical information (if necessary) available on-line (hospital inpatient and outpatient contacts). Data from post-surgery diagnoses were obtained by contacting the surgeon in charge. Based on all information collected a final consensus about the symptom was reached (explained or unexplained), yielding the Final Clinical Symptom Evaluation (FCSE). Whenever information was insufficient for a decision on a reported "borderline" symptom, it was

considered explained. Unexplained symptoms grafted onto medical conditions were also admissible. Participants were considered to have a somatoform symptom at FCSE even when they had an effective treatment for a SFD, provided the diagnosis was made in the previous two years.

After a period of six months stability of CS was tested in a random sample of approximately 15% participants who filled in the SOMS-2 and were interviewed by another psychiatrist using the same procedure, blind to first observation.

All participants received a description of the study and signed written informed consent, according to the Code of Medical Ethics of the World Medical Association Declaration of Helsinki. The study was approved by the Regional Primary Care Authority (Northern Region Health Administration).

Measures

In the first section of the original SOMS-2 participants are asked to report physical symptoms they have suffered, either temporarily or continuously in the previous two years, that significantly disturbed their well-being or their personal lifestyle and for which doctors had not found a clear cause. A list of 53 somatoform symptoms, 5 only for women and 1 for men, are described. These are the physical symptoms listed for the diagnosis of SFD according to DSM-IV-TR criteria and Somatoform Autonomic Dysfunction according to the ICD-10 criteria. The second section has 15 questions to assess disability, the number of consultations resulting from the symptoms, and inclusion/exclusion criteria for all SFD. The original version showed scores for sensitivity between 86% and 100% and a 85% specificity for SFD according to DSM-IV criteria, as well as a good test-retest reliability and correlation of the number of self-reported symptoms with the number of symptoms yielded by a structured

interview^[14]. In this study an adapted Portuguese version of the SOMS-2 is used including a list of 46 symptoms, 45 for women and 42 for men^[23]. The symptoms excluded because they were seldom stated by primary care users (<5%) were: frequent diarrhea, anal leakage, frequent bowel movements, loss of tactile and pain sensation, blindness, seizures and continuous or frequent vomiting during pregnancy.

Data collected from clinical interviews, GP longitudinal assessment of the case and all data from medical records were evaluated to form a diagnosis of Clinical Somatizers (CS), taking into account the number of validated unexplained symptoms (usually 5 or more at FCSE) and resulting disability, recurrence and lifetime persistence and age of onset (criteria available from the authors on request). Seven out of the 8 GPs and the 2 psychiatrists who collected and discussed the data had more than 20 years of clinical experience. The CS diagnosis was the “gold standard” to estimate the discriminative power of each symptom in the SOMS-2 list as well as its cut-off point.

Current depression and current anxiety disorders were diagnosed using the MINI, a fully structured interview, yielding 17 Axis I diagnoses according to DSM-III-R/IV and ICD-10 criteria, whose validation studies yielded good psychometric properties.^[25] From the Portuguese version (5.0.0), which generates DSM-IV diagnoses, questions for the following conditions were selected: major depression with or without melancholic characteristics, dysthymia, hypomania, mania, suicidal attempts history, generalized anxiety disorder, simple phobia, social phobia, agoraphobia with or without panic attacks, panic disorder, posttraumatic stress disorder, obsessive compulsive disorder, substance abuse and dependence disorders (alcohol, cannabis, etc).

Statistics

The overall prevalence and the prevalence ratio (PR) for specific sample strata were calculated and the respective 95% confidence intervals are reported. For obtaining a congruent overall inventory, the 46-symptoms adapted SOMS-2 was validated using 3 cumulative criteria applied to the FCSE. Only symptoms present in more than 2.5% of participants, with good discriminative power, that is, the 95% confidence interval for the positive likelihood ratio (LR+) not including 1 (the symptom should be more common in somatizers than in non-somatizers - $\text{sensitivity}/(1-\text{specificity})$) and correlated with the overall scale ($r \geq 0.20$), were included in the final version. The McNemar test or binomial distribution was used to compare the “prevalence” of symptoms at self-report and after clinical validation. The cut-off point for the SOMS-2 was studied using the ROC curve and the overall test characteristics were calculated (sensitivity and specificity) at self-report and after clinical validation, as well as for specific sub-samples. The positive and negative predictive values were calculated assuming the prevalence of somatization in the sample. The number of symptoms reported was used to measure stability rather than the specific symptoms reported. The statistic k was calculated for a series of two by two cross-tabulation according to the number of symptoms reported at baseline and 6 months after (0, ≥ 1), (<2, ≥ 2), (<3, ≥ 3), ..., until (<8, ≥ 8). The SPSS version 16 was used for statistical analyses and a probability value of 0.05 was used as the limit for Type I error (wrongly rejecting the null hypothesis).

RESULTS

Of the 928 eligible subjects, 18% agreed to participate in the whole evaluation (questionnaires and structured interview). The response rate almost doubled for

women (20.5% vs. 13.0%) and declined gradually with age, from 28.0% for persons aged 18 to 44 years to 7.5% for those 65 or over. The age distribution of men or women in the sample is not significantly different from that of persons registered in the PC unit, though more women than expected were enrolled (chi-square=26.5, df=1, $p < 0.001$). Actually participants were mainly women (74.3%) and age ranged from 18 to 78 years, on average 43.7 (sd=14.9), slightly higher for men (46.9 vs. 41.8 years). Most participants were married (65.3%), 65.8% had 9 or more years of full time education, 60.5% were employed and 62.3% lived in households inhabited by two or more generations (Table 1). The distribution of socio-demographic characteristics was not significantly different among somatizers and non-somatizers. The number of symptoms reported by participants on the SOMS-2 ranged from 0 to 20; 37.1% yielded no symptoms, 25% of women reported more than 4 symptoms and 25% of men more than 3 symptoms.

The overall prevalence of CS was 34.1% (95%CI: 27.4-41.6) and 10 participants with CS were probable “true” somatizers. A current depressive disorder (CDD) was present in 21.6% of participants, and 19.2% had major depression, while a current anxiety disorder (CAD) was present in 39 (23.4%) participants; they overlap in 18 (10.8%) participants and 110 (65.9%) were free from depression and anxiety. Overall 48.5% of participants had CS, anxiety or depressive disorders. In 33 participants (19.8%) CS was comorbid with a depressive or anxiety DSM-IV Disorder. Twenty-two cases (13.2%) of CS had CDD and the same number had CAD. Twenty nine (80.6%) persons with CDD also had CAD or CS. Twenty nine (74.4%) persons with CAD also had at least one CDD or CS and 33 (57.9%) with CS also had a current depressive or anxiety disorder.

The prevalence of CS was higher in women than men (PR=1.63) and in those with 4-8 years of education compared to those with 12 years or more, more than doubling in participants with any current depression/anxiety (PR=2.65). The prevalence of CS is also higher in persons reporting that symptoms affected their well being or activities of daily living (Table 1).

The number of SOMS-2 symptoms emerging from the final clinical symptom evaluation (FCSE) ranged from 0 to 18 and 44 (21.4%) participants yielded no symptoms. The Spearman's rank correlation between the number of self-reported and FCSE symptoms was 0.63, higher in non somatizers ($r=0.58$) than in somatizers ($r=0.42$), these having on average 3 more symptoms at the FCSE (Figure 1).

Soms-2 validation

1. Frequency, discriminative power and internal consistency of symptoms

From the overall 46 symptoms evaluated at the FCSE in the 167 participants, 17 were excluded from the final inventory because they were stated by less than 2.5% of participants (7, 9, 38, 39, F52 and M53). Symptoms 16, 17, 18, 19, 33, 42, 44, F48, F49 and F50 were also excluded, since their discriminative power was low and symptom 3 was excluded since the correlation with the overall inventory was low (Table 2). Two symptoms were only present in somatizers, painful breathing and paralysis/weakness, indicating a high discriminative power, followed by nausea (30.8), difficulty in swallowing (28.9), bringing swallowed food up again (27.1), vomiting (21.2), sexual indifference (10.8), strong heart pounding (9.6), and amnesia (9.6). Correlation with the global scale was low for some "pain symptoms" (4, 5, 8) and high for strong heart pounding (0.54), sexual indifference (0.48), bloating or sweating (0.45) and burning sensations in chest or stomach (0.43). Most symptoms

were underreported by participants, and 13 symptoms were more “prevalent” at the FCSE than when self-reported (1, 2, 6, 10, 12, 13, 15, 24, 25, 28, 29, 36, 46). Considering the reduced list of 29 symptoms, R-SOMS-2, the Spearman’s rank correlation between self-report and FCSE was 0.63 for women and 0.67 for men, while the corresponding values for the 46 symptoms list was 0.62 both for men and women. The internal consistency evaluated by Cronbach’s alpha was 0.83 for both FCSE and SOMS-2 at self report, while for the original 46 symptoms list the corresponding values were 0.82 and 0.85.

2. Sensitivity and specificity (cut-off)

Figure 2 shows the “apparent” cut-off point of 4 symptoms in the SOMS-2 with 29 symptoms, calculated by the ROC curve. Table 3 shows the sensitivity and specificity for this cut-off on the 29 symptoms list as well as for the full list. The ROC curve for the FCSE yielded the cut-offs of 6 symptoms for women and 4 for men, but different cut-off for self-report, 4 and 5, respectively. An overall sensitivity of 86.0% and specificity of 95.5% was attained both for SOMS-2 and R-SOMS-2 at FCSE, and the corresponding values at self-report are 57.9% and 88.2% for the former, decreasing slightly the sensitivity and increasing the specificity for the R-SOMS-2 symptoms list, 56.1% and 93.6%. The positive and negative predictive values are PPV=90.7% and NPV=92.9% for FCSE and the corresponding values for the self-report are PPV=71.7% and NPV=80.2% for the SOMS-2 and PPV=82.1% and NPV=80.5% for the R-SOMS-2.

Considering the frequency of comorbid conditions in the sample, CS with concomitant anxiety and/or depression, the test characteristics were also calculated considering four different groups: “pure” somatizers (somatization without any

depression/anxiety), somatizers with any depression or anxiety and corresponding groups for non-somatizers (Figure 3). Sensitivity reaches 90.9% whenever somatizers have some depression and/or anxiety, though attaining a lower value, 79.2%, in “pure” somatizers. Specificity keeps an almost constant value of 95% for persons with some depression and/or anxiety or for non somatizers free from any depression/anxiety. At self-report it discloses only 33.3% of “pure somatizers” increasing its sensitivity whenever somatizers have some depression and/ or anxiety (72.7%). The self-report R-SOMS-2 performs equally well as FCSE for somatizers without any depression or anxiety (95.3%).

3. Stability (intra-subject variation)

The correlation between the number of symptoms reported at base-line on the full list of symptoms and after a 6-month period for a sample of 24 persons was $r=0.67$, increasing to 0.69 in the R-SOMS-2. Considering the series of cut-off points from 1 to 8, the values of agreement (k) were respectively 0.63, 0.50, 0.52, 0.33, 0.33, 0.41, 0.47 and 0.65. Using the 29 symptoms list the values obtained were 0.55, 0.52, 0.52, 0.57, 0.48, 0.48, 0.43 and 0.50, respectively. Thus the cut-off of 4 symptoms has the best agreement in terms of the number of symptoms reported.

DISCUSSION

Both the SOMS-2 and the 29 items reduced version, R-SOMS-2, showed good characteristics in detecting CS, though dependent on target population and the presence of concomitant psychiatric diagnoses. As a screening tool for primary care settings, the R-SOMS-2 with a cut-off of four symptoms both at self-report and after clinical validation of symptoms reported, showed a high specificity (93.6%) and

satisfactory sensitivity (56.1%). Whenever concomitant disorders such as anxiety and/or depression are present the sensitivity increases (72.7%) and specificity still keeps a high value (87.5%). Moreover the R-SOMS-2 showed a relatively high stability in the number of self-reported symptoms over a 6-month period ($k=0.57$). According to the actual prevalence found in this study (34.1%) it showed also high positive and negative predictive values, 82.1% and 80.5%, respectively. On the other hand the adapted SOMS-2 Portuguese version showed both a high internal consistency (0.85) and a slightly higher sensitivity (57.9%) at self-report. After clinical validation sensitivity and specificity were equal for the two SOMS-2 versions, 86.0% and 95.5%, respectively.

It is possible that by strictly instructing the participants to be aware of severity criteria, the common underestimation of somatoform symptoms^[10] has been reinforced in our study. Although stability of single symptoms or disorders is not satisfactory^[17, 26], stability of somatization seems to be less problematic when symptoms are grouped into syndromes^[26, 27]. Correlation between self-reported symptoms and symptoms assessed by doctors (with regard to the previous two years) was 0.63, lower than the 0.75 reported by Rief and colleagues^[18]. The R-SOMS-2 includes not just the most frequent symptoms in PC, but rather those more frequently positive among somatizers in comparison to non-somatizers, that is, with high discriminative power and with a reasonable high correlation with the total scale. It may seem unreasonable excluding symptoms with relatively high frequency, such as “dry mouth” or “painful menstruation”, but they are not “characteristic” of CS, they are as well important in other patients, therefore not adequate for discriminating CS. On the other hand a quite frequent symptom like “back pain” was also excluded because the correlation with the overall scale was low, meaning that its pattern of variation did not follow the

overall scale pattern. The three cumulative criteria for including symptoms in this revised version resulted in a shorter scale with properties similar to the SOMS-2, therefore better suited to PC settings.

The ROC curve analysis for the FCSE yielded the same cut-off of the SSI (4 symptoms for men and 6 symptoms for women) reported by Escobar and colleagues^[1], although the SOMS-2 asks for symptoms occurring only during the previous two years and not for lifetime symptoms. The cut-off of 4 symptoms is near the proposed 3 symptoms for Multisomatoform Disorder (MSD)^[2], given these are current symptoms. At self-report, the R-SOMS-2 displayed seven false-positive cases and FCSE five. At interview those subjects stated that symptoms did not interfere at all with daily routines, this way loosing the severity threshold and becoming “negatives” when facing the interviewer. Using R-SOMS-2, we found 25 false-negatives, at self-report, seven of them overlapping with the 8 false-negatives at FCSE. Most of those 25 false-negatives used a medical disease they actually had as a kind of umbrella for other (unexplained) symptoms. At FCSE those symptoms turned to unexplained. As reported for false-positives, the clinical interview setting also seemed to interfere in the opposite way, leading some participants to enhance their complaints. This problem seems to be not exclusively explained by the relative instability of the individual system of causal attributions, since the observer presence affects the degree of severity of the complaints reported. Ten cases were considered probable “true” somatizers within the CS group, and among the false-negatives there were six cases considered as probable “true” somatizers. We think these patients will seldom screen positive using self-report measures of somatoform disorders or symptoms, since they need a thorough investigation involving their doctors in order to decide the nature of symptoms. This group of somatizers blurs the distinction

between MUS and medically explained symptoms (MES). Along with the fact that MUS frequently prolong or are grafted on physical symptoms, they can add an explanation for the non relevance in distinguishing between MUS and MES when screening somatoform symptoms or disorders using self-report measures, as advocated by some authors^[12, 28]. In spite of that, the R-SOMS-2 presents a satisfactory sensitivity and good specificity for moderate somatization, being an adequate screening tool for referring primary care users for further specialized diagnosis. It is now possible to use in the PC Portuguese settings the adapted SOMS-2 as a checklist of DSM-IV and ICD-10 somatoform symptoms and the R-SOMS-2 as a shorter screener of possible cases. R-SOMS-2 is longer than two other screeners assessed in PC settings: the PHQ-15 (Patient Health Questionnaire) with 15 physical (explained or unexplained) symptoms^[28], and the Othmer and DeSouza test with seven symptoms^[16]. The first is considered to be a measure of severity of physical symptoms not yielding scores of self-report unexplained symptoms. The second, in a Spanish validation study, assessing its validity as a screener for Somatization Disorder^[29] disclosed values of sensibility and specificity near those we obtained for moderate somatization (CS) with a cut-off of 4 symptoms: 88% and 78%, respectively, for a 3 symptom threshold.

The estimated prevalence of CS found in this study, 34.1%, is higher than the 14.0% for MSD, in Spanish PC units^[5] and the median prevalence of 16.6% for the abridged SSI 4,6 criteria in a systematic review^[30]. On one hand these studies used a more restrictive criteria, the SSI (4,6) and on the other hand women were over-represented in the sample used in our study. Nevertheless all PC users within the study period were invited to collaborate, irrespective of the motive why they came to the health centre, that may have been preventive procedures involving medical or nursing care

(vaccinations, family planning a pregnancy routine checks) or consultations. This way it might be expected that persons were freer of mental distress, so the prevalence obtained is high, particularly when comparing with the Spanish study^[5]. Another possible explanation being the fact that MSD is a current diagnosis and CS was considered during the previous two years. Indeed the prevalence of CS was higher in women as well as in participants with 4-8 years of formal education and presenting anxiety and depressive disorders. Another study in the southern Portugal disclosed a prevalence for DSM-IV Major Depression (as assessed by interview) of 13%^[31] but only patients between 35-65 years with an appointment with their doctor were eligible. The more restrictive inclusion criteria (patients waiting for an appointment with the doctor) were expected to display a higher prevalence of depression as compared to the 19.2% found in this study. Gusmão *et al*^[32] in a review article reported a prevalence of 31.6% for depression (12% for clinical and 19.6% for sub-threshold depression in a study carried out twenty years ago, during which 927 consecutive participants from Portuguese PC centres were interviewed^[31]. A recent European study^[33] displayed a prevalence for Major Depression in Portugal of 17.8% for women and 6.5% for men. In the same setting, we found 21.8% and 11.6%, respectively. Portuguese research on SFD and syndromes is lacking but we may conclude that there is a relative homogeneity in the prevalence of mental disorders in PC all over the country, specially for Major Depression.

The low response rate (18%) is a relevant limitation of the study, since the sample size is reduced and may not be representative of the PC population. Nevertheless the age distribution of participants was not significantly different from that of registered persons, but the over-representation of women may be responsible for the

high prevalence found. Finally, we are aware that this validation study would have more strength if other PC units all over the country had been involved.

CONCLUSION

The 29 items reduced version of the SOMS-2 showed to be a valid tool for detecting CS in primary care settings, specially whenever concomitant disorders such as anxiety and/or depression are present. Thus the R-SOMS-2 is a reliable referral tool for further specialized diagnosis.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Authors' contributions

MCS, AB and CF conception and design; CF acquisition of data; MCS statistical analysis and interpretation of the data; MCS and CF drafting the manuscript; AB, MF and WR interpretation of data, critical revisions of the manuscript. All authors read and approved the final manuscript.

Acknowledgements

We thank the clinicians and patients of “Mais Carandá” Family Health Unit that contributed to this study and the Northern Region Health Administration by allowing its realization.

REFERENCES

1. Escobar JI, Rubio-Stipec M, Canino G, Karno M. Somatic Symptoms Index (SSI): A New and Abridged Somatization Construct. *J Nerv Ment Dis* 1989, 177 (3):140-146.
2. Kroenke K, Spitzer RL, Degruy FV *et al.* Multisomatoform Disorder - An Alternative to Undifferentiated Somatoform Disorder for the Somatizing Patient in Primary Care. *Arch Gen Psychiat* 1997, 54:352-358.
3. Toft T, Fink P, Oernboel E, Christensen K, Frostholm L, Olesen F. Mental disorders in primary care: prevalence and co-morbidity among disorders. Results from the Functional Illness in Primary care (FIP) study. *Psychol Med* 2005, 35:1175-1184.
4. De Waal MWM, Arnold IA, Eekhof JAH, Van Hemert AM. Somatoform disorders in general practice: Prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *Brit J Psychiat* 2004, 184:470-476.
5. Roca M, Gili M, Garcia-Garcia M, Salva J, Vives M, Garcia Campayo J, Comas A. Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *J Affect Disorders* 2009, 119:52-58.
6. Gureje O, Simon GE. The natural history of somatization in primary care. *Psychol Med* 1999, 29:669-676.
7. Jackson JL, Kroenke K. Prevalence, impact, and prognosis of multisomatoform disorder in primary care: a 5-year follow-up study. *Psychosom Med* 2008, 70(4):430-434.
8. Kellner R. Somatization. *J Nerv Ment Dis* 1990, 178(3):150-160.
9. Favarelli C, Salvatori S, Galassi F, Aiazzi L, Drei C, Cabras P. Epidemiology of somatoform disorders: a community survey in Florence. *Soc Psych Psych Epid* 1997, 32:24-29.
10. De Gucht V, Fischler B. Somatization: A Critical Review of Conceptual and Methodological Issues. *Psychosomatics* 2002, 43:1-9.
11. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-15: Validity of a New Measure for Evaluating the Severity of Somatic Symptoms. *Psychosom Med* 2002, 64:258-266.
12. Jackson J, Fiddler M, Kapur N, Wells A, Tomenson B, Creed F. Number of bodily symptoms predicts outcome more accurately than health anxiety in patients attending neurology, cardiology and gastroenterology clinics. *J Psychosom Res* 2006, 60:357-363.

13. Kirmayer LJ, Robbins JM, Dworkind MD, Yaffe MJ. Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Am J Psychiat* 1993, 150:734-741.
14. Rief W, Hessel A, Brähler E. Somatization Symptoms and Hypochondriacal Features in General Population. *Psychosom Med* 2001, 63:595- 602.
15. Rief W, Hiller W. Toward empirically based criteria for the classification of somatoform disorders. *J Psychosom Res* 1999, 46(6):507-518.
16. Hiller W, Janca A. Assessment of somatoform disorders: a review of strategies and instruments. *Acta Neuropsychiat* 2003, 15:167-169.
17. Simon GE, Gureje O. Stability of Somatization Disorder and Somatization Symptoms Among Primary Care Patients. *Arch Gen Psychiat* 1999, 56:90-95.
18. Janca A, Hiller W. ICD-10 Checklists – A Tool for Clinicians’ Use of the ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. *Compr Psychiat* 1996, 37(3):180-187.
19. Pais-Ribeiro J. *Avaliação em Psicologia. Instrumentos publicados em Português*. Coimbra: Editora Quarteto, 2007.
20. Pais-Ribeiro J. Questionário de manifestações físicas de mal-estar. *Psiquiatria Clínica* 2003, 24(1):65-76.
21. Almeida V, Machado P. Somatização e Alexitimia - Um estudo nos Cuidados Saúde Primários. *Int J Clin Health Psychol* 2004, 4(2):285-298.
22. Espírito Santo H, Pio-Abreu JL. Dissociative disorders and other psychopathological groups: exploring the differences through the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *Rev Bras Psiquiatr* 2007, 29(4):354-358.
23. Fabião C, Silva CC, Fleming M, Barbosa A. SOMS-2: Translation into Portuguese of the Screening for Somatoform Disorders. *Acta Med Port* 2008, 21:241-246.
24. Fabião C, Barbosa A, Fleming M, Silva MC. Sreening of Somatization Disorder in Primary Health Care. Results from a pilot study. *Acta Med Port* 2008, 21:319-328.
25. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH *et al*. The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *Eur Psychiat* 1997, 12:232-241.
26. Leikes KA, Finseta A, Mouma T, Sandanger I. Methodological issues concerning lifetime medically unexplained and medically explained symptoms of the Composite International

- Diagnostic Interview: a prospective 11-year follow-up study. *J Psychosom Res* 2006, 61: 169-179.
27. Rief W, Rojas G. Stability of Somatoform Symptoms – Implications for Classification. *Psychosom Med* 2007, 69(9):864-869.
 28. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-15: Validity of a New Measure for Evaluating the Severity of Somatic Symptoms. *Psychosom Med* 2002, 64:258-266.
 29. Garcia Campaio J, Sanz-Carrillo C, Perez-Echeverria MJ, Campos R, Lobo A. Screening of somatization disorder: validation of the Spanish version of the Othmer and DeSouza test. *Acta Psychiat Scand* 1996, 94(6):411-415.
 30. Creed F, Barsky A. A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *J Psychosom Res* 2004, 56:391-408.
 31. Gonçalves B, Fagulha T. Prevalência e diagnóstico da depressão em medicina geral e familiar. *Rev Port Clin Geral* 2004, 20:3-27.
 32. Gusmão RM, Xavier M, Heitor MJ, Bento A, Caldas de Almeida JM. O Peso das Perturbações Depressivas: aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Acta Med Port* 2005, 18:129-146.
 33. King M, Nazareth L, Levy G *et al.* Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. *Brit J Psychiat* 2008, 192(5):362-367.

FIGURE LEGENDS

Figure 1

Title: Scattergram of No. of symptoms self-reported and clinically revised

Legend: (FCSE: final clinical symptom evaluation)

Figure 2

Title: No. of symptoms (out of 29) in women and men showing the “natural” 4 symptoms cut-off point

Figure 3

Title: Test characteristics (4 symptoms cut-off point) for different comorbidity patterns

Legend: (somatizers, n=24; somatizers with any depression/anxiety, n=33; non-somatizers with any depression/anxiety, n=24; free of psychopathology, n=86)

Tables

Table 1 Sample characteristics and prevalence ratio for somatization

| Characteristics | Somatizers (n=57) | Non somatizers (n=110) | All (n=167) | Prevalence ratio | 95% CI |
|------------------------------------|----------------------|------------------------------|----------------|---------------------|-----------|
| Gender | | | | | |
| Women | 82.5 | 70.0 | 74.3 | 1.63 | 0.91-2.93 |
| Men | 17.5 | 30.0 | 25.7 | | |
| Age (years) [†] | 44.0 (12.4) | 43.6 (16.0) | 43.7 (14.9) | | |
| <45 | 47.4 | 53.6 | 51.5 | | |
| ≥45 | 52.6 | 46.4 | 48.5 | 1.18 | 0.77-1.80 |
| Marital status | | | | | |
| Single | 14.0 | 21.8 | 19.2 | | |
| Married | 70.2 | 62.7 | 65.3 | 1.47 | 0.77-2.81 |
| Divorced | 14.0 | 10.9 | 12.0 | 1.60 | 0.72-3.58 |
| Widowed | 1.8 | 4.5 | 3.6 | 0.67 | 0.10-4.40 |
| Years of full time education | | | | | |
| <4 | 5.3 | 9.1 | 7.8 | 0.90 | 0.30-2.75 |
| 4-8 | 33.3 | 22.7 | 26.3 | 1.69 | 0.92-3.11 |
| 9-12 | 42.1 | 39.1 | 40.1 | 1.40 | 0.77-2.56 |
| >12 | 19.3 | 29.1 | 25.7 | | |
| Occupational status | | | | | |
| Employed | 66.7 | 57.3 | 60.5 | | |
| Unemployed | 17.5 | 14.5 | 15.6 | 1.02 | 0.59-1.77 |
| Retired | 14.0 | 19.1 | 17.4 | 0.73 | 0.39-1.39 |
| Others | 1.8 | 9.1 | 6.6 | 0.24 | 0.04-1.59 |
| Household composition | | | | | |
| Single | 5.3 | 8.2 | 7.2 | | |
| Couple | 14.0 | 23.6 | 20.4 | 0.94 | 0.30-2.98 |
| Couple with sons / parents | 70.2 | 58.2 | 62.3 | 1.54 | 0.56-4.22 |
| Others | 10.5 | 10.0 | 10.2 | 1.41 | 0.44-4.56 |
| Income (minimum wage) [‡] | | | | | |
| <1 | 8.9 | 10.2 | 9.8 | 1.06 | 0.43-2.60 |
| 1-3 | 73.2 | 67.6 | 69.5 | 1.22 | 0.69-2.17 |
| >3 | 17.9 | 22.2 | 20.7 | | |
| Comorbidity | | | | | |
| Depression (current) | 38.6 | 12.7 | 21.6 | 2.28 | 1.56-3.36 |
| Anxiety (current) | 38.6 | 15.5 | 23.4 | 2.06 | 1.39-3.06 |
| Any current depression/anxiety | 57.9 | 21.8 | 34.1 | 2.65 | 1.75-4.03 |
| Personality disorder | 24.6 | 9.1 | 14.4 | 1.94 | 1.27-2.95 |
| Hypochondria | 6.0 | 3.0 | 4.0 | 1.53 | 0.67-3.53 |
| Medicated psychoses | 1.8 | 1.8 | 1.8 | | |
| SOMS-2 | | | | | |
| No of symptoms [§] women | 5 [2-7] | 1 [0-3] | 2 [0-4] | | |
| men | 2 [0-11] | 0 [0-2] | 1 [0-3] | | |
| Wellbeing affected [¶] | 83.0 | 50.0 | 64.8 | 2.65 | 1.39-5.06 |
| ADL affected [¶] | 72.3 | 48.3 | 59.0 | 1.81 | 1.09-3.01 |

Prevalence ratio: prevalence in category indicated against category with no values shown; CI: confidence interval; †mean (standard deviation); ‡ for 164 participants; § median [1st and 3rd quartiles]; ¶ for those reporting symptoms (n=105) and prevalence ratio for (yes vs. no)

Table 2 Frequency of SOMS-2 symptoms (%), discriminative power (LR+) and correlation with SOMS-2 full scale

| Symptoms | SOMS-2 self reported | | | SOMS-2 FCSE | | | r _{pbi} |
|--|----------------------|------------------------------------|--|-------------|------------------------------------|--|------------------|
| | (%) | Positive Likelihood ratio (95% CI) | | (%) | Positive Likelihood ratio (95% CI) | | |
| 1 Headaches | 21.6 | 1.54 (0.8-2.7) | | 31.7 | 2.72 (1.7-4.2) | | 0.31 |
| 2 Pain in the stomach | 6.6 | 2.30 (0.7-7.3) | | 18.6 | 4.70 (2.3-9.6) | | 0.37 |
| 4 Joint Pain | 6.0 | 2.90 (0.8-9.8) | | 9.6 | 3.21 (1.2-8.4) | | 0.24 |
| 5 Pain in the legs and/or arms | 11.4 | 2.65 (1.1-6.2) | | 12.0 | 2.36 (1.0-5.4) | | 0.21 |
| 6 Chest Pain | 7.2 | 3.86 (1.2-12) | | 13.2 | 5.15 (2.1-12) | | 0.33 |
| 8 Pain during sexual intercourse | 4.8 | 5.79 (1.2-28) | | 7.2 | 5.79 (1.6-20) | | 0.22 |
| 10 Nausea | 5.4 | 2.41 (0.7-8.6) | | 10.2 | 30.80 (4.2-227) | | 0.23 |
| 11 Bloating | 15.6 | 4.34 (2.0-9.4) | | 14.4 | 5.79 (2.4-14) | | 0.45 |
| 12 Discomfort in the area around the heart | 5.4 | 6.75 (1.5-31) | | 10.2 | 6.27 (2.1-18) | | 0.36 |
| 13 Vomiting (pregnancy excluded) | 3.0 | 5 57 | | 7.2 | 21.20 (2.8-160) | | 0.32 |
| 14 Bringing swallowed food up again | 5.4 | 15.40 (1.9-120) | | 9.0 | 27.10 (3.6-200) | | 0.37 |
| 15 Hiccough, or burning sensations in chest or stomach | 6.6 | 5.15 (1.4-19) | | 12.0 | 5.79 (2.2-15) | | 0.43 |
| 22 Frequent urination | 7.2 | 5.79 (1.6-20) | | 6.6 | 5.15 (1.4-18) | | 0.28 |
| 24 Strong heart pounding | 8.4 | 11.58 (2.7-50) | | 18.0 | 9.65 (3.9-24) | | 0.54 |
| 25 Stomach discomfort or churning feeling in the stomach | 13.8 | 2.51 (1.2-5.4) | | 23.4 | 3.86 (2.2-6.9) | | 0.39 |
| 26 Sweating (hot or cold) | 12.0 | 4.50 (1.8-11) | | 14.4 | 7.33 (2.9-18) | | 0.45 |
| 27 Flushing or blushing | 6.6 | 8.68 (1.9-39) | | 4.8 | 5.79 (1.2-27) | | 0.28 |
| 28 Breathlessness (without exertion) | 3.6 | 9.65 (1.2-80) | | 11.4 | 7.24 (2.5-21) | | 0.33 |
| 29 Painful breathing or hyperventilation | 2.4 | 5.79 (0.6-54) | | 6.0 | 10 57 | | 0.38 |
| 30 Excessive tiredness or mild exertion | 17.4 | 4.29 (2.1-8.8) | | 19.8 | 5.15 (2.5-10) | | 0.40 |
| 31 Blotchiness or discoloration of the skin | 4.8 | 3.21 (0.8-13) | | 4.2 | 11.58 (1.4-93) | | 0.26 |
| 32 Sexual indifference (loss of libido) | 7.8 | 23.20 (3.1-174) | | 10.8 | 15.43 (3.7-65) | | 0.48 |
| 34 Impaired coordination or balance | 5.4 | 3.86 (1.0-15) | | 7.8 | 6.43 (1.8-22) | | 0.38 |
| 35 Paralysis or localized weakness | 2.4 | 4 57 | | 4.2 | 7 57 | | 0.42 |
| 36 Difficulty swallowing or lump in the throat | 6.0 | 17.4 (2.3-134) | | 9.6 | 28.95 (3.9-213) | | 0.39 |
| 37 Aphonia | 6.0 | 4.50 (1.2-17) | | 7.2 | 5.79 (1.6-21) | | 0.25 |
| 41 Unpleasant numbness or tingling sensations | 12.6 | 3.86 (1.7-9.0) | | 11.4 | 7.24 (2.5-21) | | 0.32 |
| 46 Amnesia (loss of memory) | 10.2 | 3.54 (1.4-9.1) | | 14.4 | 9.65 (3.5-27) | | 0.40 |
| 47 Loss of consciousness | 1.8 | 3 57 | | 4.8 | 8 57 | | 0.35 |
| Excluded (no discriminative power in FCSE) | | | | | | | |
| 3 Back Pain | 11.4 | 1.74 (0.7-4.0) | | 16.2 | 2.81 (1.4-5.6) | | 0.12 |
| 7 Pain in the anus | 1.8 | 3.86 (0.4-41) | | 0.6 | 1 57 | | 0.13 |
| 9 Pain during urination | 1.2 | 2 57 | | 1.2 | 2 57 | | 0.23 |
| 16 Food intolerance | 0.6 | 1 57 | | 1.8 | 3.86 (0.4-41) | | 0.19 |
| 17 Loss of appetite | 7.2 | 3.86 (1.2-12) | | 9.6 | 2.48 (0.9-6.3) | | 0.20 |
| 18 Bad taste in mouth, or excessive coated tongue | 6.6 | 3.38 (1.0-11) | | 4.2 | 4.82 (0.9-24) | | 0.16 |
| 19 Dry mouth | 11.4 | 2.65 (1.1-6.2) | | 7.2 | 1.38 (0.5-4.2) | | 0.05 |
| 33 Unpleasant sensations in or around the genitals | 1.8 | 3.86 (0.4-42) | | 3.6 | 3.86 (0.7-20) | | 0.16 |
| 38 Urinary retention | 0.0 | | | 0.0 | | | |
| 39 Hallucinations | 1.8 | 3 57 | | 1.2 | 2 57 | | 0.10 |
| 42 Double vision | 3.0 | 1.29 (0.2-7.5) | | 3.6 | 3.86 (0.7-20) | | 0.20 |
| 44 Deafness | 1.8 | 3 57 | | 2.4 | 5.79 (0.6-54) | | 0.08 |
| F48 Painful menstruation | 8.1 | 1.09 (0.3-3.7) | | 12.1 | 1.43 (0.6-3.7) | | 0.33 |
| F49 Irregular menstruation | 2.4 | 0.82 (0.1-8.8) | | 3.2 | 0.55 (0.1-5.1) | | 0.18 |
| F50 Excessive menstrual bleeding | 4.0 | 2.46 (0.4-14) | | 8.1 | 2.46 (0.7-8.3) | | 0.27 |
| F52 Unusual or copious vaginal discharge | 0.0 | | | 0.0 | | | |
| M53 Erectile or ejaculatory dysfunction | 2.3 | 1 10 | | 2.3 | 1 10 | | 0.15 |

CI: confidence interval; r_{pbi}: point-biserial correlation coefficient with the overall sum of symptoms; F48 to F52: symptoms only for women; M53: symptom only for men; for these groups of symptoms frequencies, positive likelihood and correlations were calculated for the respective groups (124 women and 43 men); whenever the Positive Likelihood ratio [sensitivity/(1-specificity)] was not defined the number of somatizers with that symptom is indicated (sensitivity) since non-somatizers did not have the symptom (specificity=1)

Table 3 Test characteristics (%) and predictive values (%) at self-report and FCSE

| Cut-off points / No symptoms | SOMS-2 FCSE | | | | | SOMS-2 self-report | | | |
|---------------------------------|-------------|-------------|------|------|--------------|--------------------|-------------|------|------|
| | Sensitivity | Specificity | PPV | NPV | | Sensitivity | Specificity | PPV | NPV |
| Women (≥ 6 / 45) | 87.2 | 98.7 | 97.6 | 92.7 | (≥ 4) | 61.7 | 87.0 | 74.4 | 78.8 |
| Men (≥ 4 / 42) | 80.0 | 87.9 | 66.7 | 93.5 | (≥ 5) | 40.0 | 90.9 | 57.1 | 83.8 |
| All | 86.0 | 95.5 | 90.7 | 92.9 | | 57.9 | 88.2 | 71.7 | 80.2 |
| Women (≥ 4 / 29) | 89.4 | 94.8 | 91.3 | 93.6 | | 59.6 | 94.8 | 87.5 | 79.3 |
| Men (≥ 4 / 29) | 70.0 | 97.0 | 87.5 | 91.4 | | 40.0 | 90.9 | 57.1 | 83.3 |
| All | 86.0 | 95.5 | 90.7 | 92.9 | | 56.1 | 93.6 | 82.1 | 80.5 |

FCSE: Final Clinical Symptoms Evaluation; PPV: positive predictive value; NPV: negative predictive value

