

Função da Avaliação Psicológica no Contexto Clínico

Piero Porcelli*

Objetivo da avaliação psicológica em Medicina | Abordagem categórica versus dimensional

Em geral, os objetos da avaliação psicológica (funções, mecanismos e processos psicológicos) são homogêneos em relação aos sintomas (a experiência dos problemas psicológicos), isto é, são "feitos" da mesma substância, porque ambos são eventos mentais. Na psicologia da saúde (um dos muitos rótulos da psicologia clínica no âmbito clínico, como medicina psicossomática ou comportamental), os objetos da avaliação psicológica são idênticos, porém heterogêneos em relação aos sintomas (a experiência dos problemas somáticos). A maneira mais fácil de resolver o dilema cartesiano consiste em categorizar o paciente com um rótulo diagnóstico. Por exemplo, um paciente que se queixa de dor crônica sem outro sintoma físico e sem uma causa clínica provavelmente receberá um diagnóstico de "transtorno doloroso" na classificação norte-americana de doenças psiquiátricas (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV). No entanto, embora a dor seja uma experiência somática, o "transtorno doloroso" é um transtorno *mental*. Além disso, a dor é uma experiência subjetiva que requer a ativação da sua matriz no cérebro, independentemente da sua origem, seja devido à via descendente do córtex somatossensitivo ou à via ascendente dos receptores periféricos. Portanto, embora a "dor como experiência" seja uma *dimensão* (uma medida contínua cuja intensidade varia do nível subliminar até o grau máximo, e cuja presença varia de ocasional e reversível a persistente e crônica), "transtorno doloroso" é uma *categoria diagnóstica* ou *táxon* (uma classe distinta de fenômenos com algumas importantes características em comum que diferenciam essa unidade de outras unidades até mesmo semelhantes). Estudos demonstram que a verdadeira prevalência de táxons em psicologia (características ou traços psicológicos analisados, pois eram entidades categóricas) é muito rara (cerca de 14%) tanto na personalidade "normal" como na psicopatologia (síndromes psiquiátricas e transtornos de personalidade) (Haslam *et al.*, 2012). Em suma, em um sentido mais próximo da biomedicina do que das ciências psicossociais, para fazer o diagnóstico, é preciso identificar os sintomas para classificar o paciente em uma ou mais categorias, a fim de compreender a sua *patologia* (o que o paciente tem, uma doença clínica ou psiquiátrica).

Em contrapartida, o significado mais amplo da avaliação usada na psicologia clínica abrange a avaliação clínica de uma condição ou situação com a finalidade de compreender a

* Revisão da tradução inglês/português: André Rusowsky Brunci.

natureza de um problema com o uso de instrumentos profissionais e julgamento clínico, ou seja, seu objetivo é compreender a *pessoa* que tem determinada patologia (Bornstein, 2010).

Na psicologia da saúde, o significado restrito de *diagnóstico* na acepção biomédica é expresso na nosografia psiquiátrica pelos “antigos” transtornos somatoformes (DSM-IV) ou pelos “novos” transtornos de sintomas somáticos (TSS) (DSM-5). Infelizmente, há uma concordância substancial de que a classificação do antigo DSM-IV é inadequada (Pocellie Sorino, 2007), e a nova categoria de TSS do novo DSM-5 atraiu críticas consideráveis muito antes da sua apresentação oficial (Sirri *et al.*, 2011).

Muitos modelos teóricos na psicologia, sobretudo os oriundos da psicanálise, tentaram atribuir tipos específicos de personalidade a portadores de doenças clínicas que deixam o indivíduo predisposto a ter determinada doença e não outra.

Antigamente, portanto, tínhamos perfis de personalidade de pacientes com dor de cabeça (inibição da raiva), diabetes (internalização do objeto materno como ruim), úlcera péptica (repressão da necessidade de dependência), hipertensão (tipo de personalidade A) etc. Décadas de literatura, entretanto, demonstraram que os fatores psicológicos que acarretam uma vulnerabilidade à somatização podem estar presentes transversalmente em diferentes organizações de personalidade, doenças clínicas e distúrbios psicopatológicos.

Com o livro de Kissen (1963) há muitos anos, “aparentemente, é possível que uma doença considerada psicossomática não seja psicossomática em alguns indivíduos. Da mesma forma, uma doença que não é considerada psicossomática pode ser psicossomática em alguns indivíduos”!

O objetivo global da avaliação psicológica na Medicina é a dimensão transversal da somatização (e não a somatização como uma categoria sim ou não), que pode ser encontrada em diferentes distúrbios clínicos e psiquiátricos. Os sintomas de somatização – independentemente de sua etiologia ser somática e/ou psicológica – devem-se à amplificação dos níveis flutuantes de preocupação corporal que atingem um nível de intensidade sustentado capaz de levar a uma má adaptação psicossocial. O limiar para a atenção clínica é uma função, tanto das alças de *feedback* psicológicas (círculos viciosos de ansiedade e atenção) como da dinâmica familiar e social. O que levaria qualquer indivíduo a cruzar esse limiar, então, seria um produto da variação do temperamento, das experiências infantis, dos fatores socioculturais e da estrutura e função do sistema de saúde (Kirmayer *et al.*, 1994).

Estrutura teórica do modelo biopsicossocial

Na década de 1970, Engel desenvolveu um modelo multifatorial de doença que ele chamou de “biopsicossocial”, que permite que a doença seja vista como resultado de mecanismos interagentes nos níveis celular, tecidual, do organismo, interpessoal e ambiental. Por esse motivo, o estudo de cada doença deve incluir o indivíduo, seu corpo e o ambiente à sua volta como componentes essenciais do sistema total (Engel, 1967; Engel, 1977). Os sintomas somáticos não são, por si só, consequência de um agente ou de alguns agentes causais (a doença, no modelo biomédico de diagnóstico), mas são vistos como a via final comum de várias *interações* entre fatores ambientais e biológicos (medicina), fatores biológicos e psicológicos (psiconeuroimunoendocrinologia), fatores psicológicos e comportamentais (psicologia) e fatores comportamentais e ambientais (sociologia).

Um exemplo da complexidade da doença é dado pela multimorbidade. Nos países ocidentais, os custos com doenças crônicas representam de 0,2 a 7% do produto interno

bruto (PIB) e 80% dos custos totais com assistência médica. As pessoas que vivem em áreas mais pobres têm mais probabilidade de ter várias comorbidades do que as que vivem em áreas mais ricas. Embora a idade seja o fator mais associado à multimorbidade, há um número substancial de multimorbidade em adultos jovens e de meia-idade que vivem nas áreas mais carentes e que tinham a mesma prevalência de multimorbidade que pessoas cerca de 10 a 15 anos mais velhas que moram nas áreas mais ricas (Barnett *et al.*, 2012).

As doenças contemporâneas são multifatoriais e heterogêneas. Entretanto, embora seja verdade que todos os fatores biopsicossociais envolvidos no início, curso e prognóstico de determinada doença são importantes, nem todos têm a mesma importância. Cada fator ou interação de fatores tem pesos relativos diferenciados de fatores biomédicos e psicossociais que podem variar de um indivíduo para outro na mesma doença, e no mesmo indivíduo de um período para outro da sua vida. O objetivo da avaliação não é nem identificar a causa distinta de determinada doença (monocausalidade, pensamento dualista, diagnóstico biomédico) nem estabelecer os critérios para um perfil de personalidade “psicossomático” (doença como uma entidade categórica homogênea), mas sim avaliar os pesos relativos dos diversos fatores envolvidos na personalidade e de determinado indivíduo (Porcelli, 2009).

Em outras palavras, o que precisamos é de um modelo de vários níveis de avaliação baseado, de um lado, num julgamento clínico adequado e, de outro, em medidas validadas empiricamente.

Julgamento clínico na perspectiva clinimétrica

A abordagem clinimétrica foi introduzida por Alvan Feinstein, epidemiologista clínico da Universidade de Yale, para indicar como usar o julgamento clínico da perspectiva do paciente e do médico com o intuito de reforçar a tomada de decisão. Seu objetivo é mensurar os fenômenos clínicos que compõem os diversos atributos do “estado de saúde” (Feinstein, 1967; Feinstein, 1987).

Foram sugeridas três estratégias para implementar o julgamento clínico (Fava, 2012):

- Estadiamento: difere da prática diagnóstica convencional (que avalia o grau e progressão de um transtorno categórico em determinado momento) no sentido de que define onde uma pessoa se situa atualmente no *continuum* do curso da doença. Por exemplo, história prévia de transtorno alimentar foi significativamente mais prevalente em portadores de distúrbios gastrintestinais funcionais (DGIF) (16%) do que em portadores de doença da vesícula biliar (DVB), (3%) (Porcelli *et al.*, 1998). Vale ressaltar que 80% dos portadores de DGIF com antecedente de transtorno alimentar desenvolveram sintomas digestivos *durante* o período de transtorno alimentar, sintomas esses que persistiram depois que eles se recuperaram desse transtorno. Em contrapartida, apenas cinco portadores de DVB tinham história prévia de transtorno alimentar, mas desenvolveram sintomas gastrintestinais vários anos depois de se recuperarem desse transtorno, indicando, assim, que não existe uma relação temporal entre esses dois distúrbios. Além disso, não foi encontrada diferença no índice de massa corporal quando a amostra de pacientes com DGIF foi comparada à de DVB e à de pacientes com DGIF com e sem história prévia de transtorno alimentar; isso indica que os portadores de DGIF com história prévia de transtorno alimentar estavam totalmente recuperados desse transtorno e que os sintomas gastrintes-

tais não se deviam a um peso corporal anormal. Esse achado é compatível com a experiência clínica de uma doença que persiste, mas que tem manifestações psicofisiológicas temporárias. Portanto, é possível que a classificação diagnóstica dependa da janela temporal da observação dos sintomas do paciente (períodos de maior prevalência de sintomas psiquiátricos, de DGIF ou de transtorno alimentar na vida do paciente) e/ou do tipo de especialista (gastroenterologista, clínico geral, psiquiatra) que investiga os sintomas do paciente.

- **Conceitos unitários:** o que algumas síndromes isoladas têm em comum (ansiedade, pânico, fobias, depressão, irritabilidade, somatização) pode ser tão importante quanto as diferenças entre elas, e condições aparentemente comórbidas podem fazer parte da mesma síndrome clínica. Por exemplo, a via serotoninérgica (5-HT) no cérebro medeia algumas funções psicológicas como humor, memória, atenção, sono e cognição. Na verdade, porém, vários outros processos adaptativos são regulados pela 5-HT, como diferenciação celular, temperatura, insulina, equilíbrio eletrolítico, atividade dos astrócitos, apoptose neural, fluxo sanguíneo cerebral, função reprodutiva e comportamento de acasalamento. Aproximadamente 90% de toda a 5-HT do corpo humano está localizada no intestino, nas células enterocromafins, onde ela é usada para regular a motilidade intestinal. Por sua vez, a 5-HT secretada pelas células enterocromafins acaba saindo dos tecidos e entrando na corrente sanguínea, em que serve de vasoconstritor e ajuda a regular a hemostasia e a coagulação sanguínea. Não admira, portanto, que a depressão esteja estreitamente relacionada com doenças físicas, como doença inflamatória intestinal, doença hepática, acidente vascular cerebral, doença arterial coronariana e hipertensão, com razão de chance de 2,00 a 6,50 (National Institute of Clinical Excellence, 2010); a magnitude do efeito global médio (d de Cohen de 0,42) entre maus-tratos infantis e desfechos clínicos na idade adulta (distúrbios cardiovasculares, respiratórios, gastrointestinais e musculoesqueléticos) esteja próxima da relatada entre maus-tratos infantis e desfechos psicológicos ($d = 0,37$), e sintomas de dor ($d = 0,41$) (Wegman e Stetler, 2009; Paras *et al.*, 2009); uma metanálise de 148 estudos (308.849 participantes) realizados em cinco continentes, com acompanhamento médio de 7,5 anos, descobriu uma probabilidade 50% maior de sobrevida dos participantes com relações sociais mais fortes, comparável ao abandono do tabagismo, e superior a muitos fatores de risco de mortalidade conhecidos (Holt-Lunstad, 2010).
- **Subclassificação:** manifestações clínicas que têm o mesmo diagnóstico de determinada doença podem exibir também diferenças substanciais em termos prognósticos e terapêuticos. Alguns exemplos na literatura também podem ajudar a ilustrar esse ponto. Em primeiro lugar, um grupo de 194 pacientes foi acompanhado durante 12 meses após episódio de infarto do miocárdio (IM) e avaliado por meio do *Questionário de Ansiedade Corônea* (QAC). A evolução dos pacientes não foi igual: pacientes com ansiedade estável ou em declínio após o infarto tinham melhor qualidade de vida, menor comorbidade com diabetes, menos sintomas de agorafobia e menor comportamento de esquiva, e um número maior desses pacientes estava empregado; enquanto pacientes com níveis elevados de ansiedade ao longo do tempo tinham pior qualidade de vida, maior comorbidade de diabetes, mais sintomas de agorafobia e maior comportamento de esquiva, e um número menor desses pacientes estava empregado (Van Beek *et al.*, 2012). Além disso, Cella *et al.* (2011) descobriram que

nem todos os pacientes com síndrome de fadiga crônica tinham obtido bons resultados com a psicoterapia no acompanhamento de dois anos, mas apenas aqueles com altos níveis de incapacidade e depressão, enquanto os pacientes com altos níveis de comportamento de esQUIVA relataram sintomas ainda maiores de fadiga em comparação com os níveis iniciais. Por fim, depois de distribuir aleatoriamente 104 pacientes em um grupo de psicoterapia multicomponente e um grupo de tratamento usual, ambos com duração de seis meses, nem todos os pacientes do grupo de psicoterapia relataram melhora significativa na intensidade da dor e na interferência da dor no cotidiano, mas apenas aqueles com níveis menores de alexitimia após o tratamento (Tulipani *et al.*, 2010; Porcelli *et al.*, 2011).

O "modelo do alvo" na perspectiva psicométrica

O objetivo da avaliação psicológica de pacientes clínicos é determinar o peso relativo de vários aspectos envolvidos no início, na manutenção, na progressão e no desfecho de doenças. A avaliação psicológica deve ser considerada um procedimento de diversos níveis relacionado ao contexto da avaliação, à percepção subjetiva dos pacientes, ao propósito da avaliação e ao planejamento compartilhado da intervenção (Porcelli, 2009).

Pode-se conceber três níveis de dimensão, como um alvo contendo círculos concêntricos (Figura 1.1). A Tabela 1.1 mostra as medidas mais representativas de avaliação.

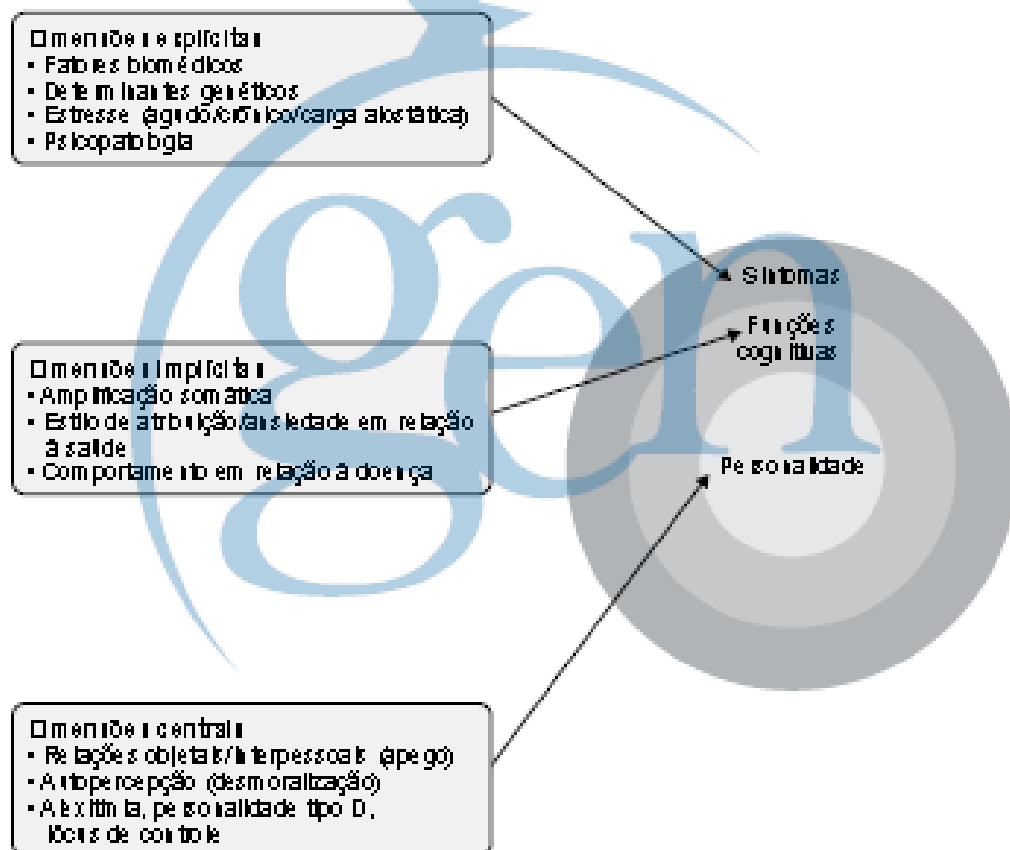


Figura 1.1 Modelo de alvo da avaliação psicológica na Medicina.

Tabela 1.1 Instrumentos de avaliação.

Dimensões explícitas	
Sintomas somáticos	
Protocolo para Avaliação Clínica em Neuropsiquiatria (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry – SCAN) Questionário Sobre a Saúde do Paciente (Patient Health Questionnaire-15 – PHQ-15) Lista de Sintomas de Transtornos Somatoformes (Somatoform Disorders Symptom Checklist – SDSQ) Escala de Transtornos Somatoformes (Somatoform Disorders Schedule – SDS) Grupos de Síndromes de Somatização dos Critérios Diagnósticos para Pesquisas Psicossomáticas (Somatization Cluster Syndromes of the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research – DCPR)	Lista de Sintomas de Hopkins (Hopkins Symptom Checklist) Somatization Scale – (SCL90R-SOM) Inventário de Sintomas Somáticos (Somatic Symptom Inventory – SSI) Questionário de Sintomas (SQ) Triagem para Transtornos Somatoformes (Screening for Somatoform Disorders – SOMS)
Dimensões implícitas	
Amplificação somática	
Escala de Amplificação Somatossensitiva (Somatosensory Amplification Scale – SSAS) Questionário de Cognição Sobre o Corpo e a Saúde (Cognition About Body and Health Questionnaire – CABHQ)	Questionário sobre Cognição da Doença (Illness Cognition Questionnaire – ICQ)
Estilos de atribuição/ansiedade em relação à saúde	
Questionário de Interpretação dos Sintomas (Symptom Interpretation Questionnaire – SIQ) Questionário de Ansiedade em Relação à Saúde (Health Anxiety Questionnaire – HAQ) Escala de Cognição da Doença (Illness Cognition Scale – ICS)	Índice de Whiteley (Whiteley Index – WI) Questionário de Percepção da Doença (Illness Perception Questionnaire – IPQ) Grupos de Ansiedade em Relação à Doença dos Critérios Diagnósticos para Pesquisas Psicossomáticas (Health Anxiety Cluster of the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research – DCPR)
Comportamento relacionado com a doença	
Questionário de Comportamento Diante da Doença (Illness Behavior Questionnaire – IBQ) Escala para Avaliação do Comportamento Diante da Doença (Scale for the Assessment of Illness Behavior – SAIB)	Escala de Atitude Diante da Doença (Illness Attitude Scale – IAS) Grupos de Comportamento Anormal Diante da Doença dos Critérios Diagnósticos para Pesquisas Psicossomáticas (Abnormal Illness Behavior cluster of the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research – DCPR)

(continua)

Tabela 11 Instrumentos de avaliação. (Continuação)

Dimensões centrais	
Apego	
Experiências em Relacionamentos Próximos (Experiences in Close Relationships – ECR)	Questionário de Estilo de Apego (Attachment Style Questionnaire – ASQ)
Questionário de Relacionamentos (Relationship Questionnaire – RQ)	Entrevista de Apego do Adulto (Adult Attachment Interview – AA I)
Experiências em Relacionamentos Próximos (Experiences in Close Relationships – ECR)	Questionário de Estilo de Apego (Attachment Style Questionnaire – ASQ)
Questionário de Relacionamentos (Relationship Questionnaire – RQ)	Entrevista de Apego do Adulto (Adult Attachment Interview – AA I)
Desmoralização	
Grupos de Desmoralização dos Critérios Diagnósticos para Pesquisas Psicossomáticas (Demoralization cluster of the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research – DCP R)	Escala de Desmoralização (Demoralization Scale – DS)
Escala Breve de Enfrentamento (Brief Coping Scale – BSC)	
Alexitimia	
Escala de Alexitimia de Toronto (Toronto Alexithymia Scale – 20 – TAS – 20)	Escala de Alexitimia pelo Observador (Observer Alexithymia Scale – OAS)
Entrevista Estruturada de Alexitimia de Toronto (Toronto Structured Interview for Alexithymia – TSA)	Escala de Alexitimia de Rorschach (Rorschach Alexithymia Scale – RAS)
Grupos de Alexitimia dos Critérios Diagnósticos para Pesquisas Psicossomáticas (Alexithymia cluster of the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research – DCP R)	
Tipo D	
Escala do Tipo D-14 (Type D) Scale-14 – (DS-14)	
Locus de controle (LoC)	
Escala de Locus de Controle (Locus of Control Scale – LC)	

Dimensão explícita dos sintomas

Os sintomas físicos são consequência da experiência no monitoramento de processos corporais (como sibilos respiratórios, cólicas abdominais, congestão nasal ou dores articulares), envolvem a avaliação desses processos como previsíveis, graves ou que requerem tratamento e incluem a análise do paciente sobre a melhor maneira de lidar com a angústia e os problemas práticos que esta lhe causa no cotidiano (Kleinman, 1988). Essa dimensão está relacionada com a percepção consciente de vivenciar o próprio corpo e relatar percepções somáticas numa estrutura narrativa.

Vários fatores explícitos podem influenciar esse processo subjetivo, inclusive fatores biomédicos (o que significa que o psicólogo clínico deve saber até que ponto determinada doença clínica pode produzir certos sintomas físicos), determinantes genéticos (salientando, assim, a importância dos antecedentes familiares), estresse físico e psicológico (se é agudo, como uma perda recente, ou crônico, como a carga alostática) e psicopatologia comórbida (por exemplo, ansiedade pode causar azia, mas também pode ser consequência e disfunção tireoidiana).

Dimensão implícita das funções cognitivas

Cerca de 85 a 95% dos indivíduos da população em geral têm, pelo menos, um sintoma físico a cada duas a quatro semanas, um adulto comum tem, pelo menos, um desconforto físico a cada 4 a 6 dias, e 75 a 95% desses episódios costumam ser tratados pelo próprio indivíduo sem consultar um médico (Porcelli, 2009). Algumas dimensões implícitas subjacentes podem estar envolvidas na determinação do comportamento geral do indivíduo, e, muitas vezes, no fato de um indivíduo sintomático se tornar ou não um *paciente* (ou seja, consultar um médico). Essas dimensões são implícitas no sentido de que o indivíduo só tem consciência parcial delas, muito embora elas determinem a sua maneira de perceber e reagir às percepções somáticas. Três fatores básicos, entre outros, merecem uma avaliação cuidadosa:

- ✦ **Amplificação somática:** é definida como tendência a amplificar seletivamente os sintomas somáticos devido à hipervigilância (maior atenção às sensações corporais); a isolar e se concentrar em certas sensações fracas e infrequentes; a reagir às sensações somáticas com aflição e às cognições que as intensificam, tornando-as mais alarmantes, ameaçadoras e perturbadoras. Pode ser um traço (provavelmente aprendido na infância) ou um estado (em decorrência de fatores situacionais) e produzir sintomas funcionais (transtornos somatoformes, depressão mascarada), bem como doenças orgânicas (variabilidade individual de sintomas na mesma patologia tecidual) (Barsky e Klerman, 1988).
- ✦ **Estilos de atribuição/ansiedade em relação à saúde:** atribuição é um conceito da psicossociologia que trata dos processos pelos quais os indivíduos explicitam as causas de eventos ou comportamentos pessoais e interpessoais por meio de fatores externos ou internos.

Robbins e Kirmayer (1991) sugeriram a existência de três estilos de padrões cognitivos por meio dos quais os indivíduos atribuem causas específicas ao seu estado de saúde. Esses estilos de atribuição podem ser vistos como reflexo dos esquemas subjacentes usados para interpretar (*por que estou com esse sintoma*), rotular (*o que será que tenho*) e expressar (*como eu manifesto meus sintomas*) novas sensações corporais e emocionais. Atribuições e fatores emocionais preexistentes indicam hipóteses sobre a provável origem de novos sintomas (*causas*), o nome que se deve dar a eles (*diagnóstico pessoal*) e o vocabulário usado para descrevê-los ao médico (*narrativa*). *Atribuições normalizadoras* geralmente são feitas quando as perturbações somáticas são vistas como consequências psicológicas de condições ambientais, como falta de atenção após uma noite sem dormir ou dor de barriga depois de comer muito. *Atribuições somáticas* normalmente são feitas quando as perturbações somáticas são vistas como sinais de doenças clínicas conhecidas ou desconhecidas: quanto mais

um indivíduo tende a expressar somaticamente a angústia psicológica, a ficar com medo de ter uma possível doença ou a acreditar que já tem uma doença que ainda não foi detectada, mais *ansiedade em relação à saúde* ele exibirá e descreverá como tal seus sintomas físicos (*estilo somatizante*). *Atribuições psicológicas* comumente são feitas quando as perturbações somáticas são vistas como consequência de fatores psicológicos e emocionais: quanto maior o nível de percepção afetiva, mais o indivíduo exibirá um *estilo psicogizante*. De modo geral, pacientes com alto peso relativo de fatores psicológicos, baixo peso relativo de fatores biológicos e estilo de atribuição somatizante são prevalentes no atendimento primário de saúde e em muitos transtornos somatoformes. Em contrapartida, pacientes com alto peso relativo de fatores psicológicos, baixo peso relativo de fatores biológicos e estilo de atribuição psicogizante têm mais probabilidade de procurar um psicólogo e são mais prevalentes em discussões de casos clínicos na literatura especializada. Por esse motivo, é importante avaliar o nível de ansiedade em relação à saúde para determinar o peso psicológico relativo e a dimensão transdiagnóstica da somatização, independentemente da natureza (psiquiátrica ou clínica, orgânica ou funcional) da doença.

- Comportamento relacionado com doença: comportamento em relação à doença consiste em iniciar o tratamento (p. ex., mudando a alimentação, consumindo alimentos especiais, fazendo repouso, praticando exercícios, tomando medicamentos de venda livre ou medicamentos de venda controlada disponíveis) e decidir quando consultar um médico ou outro profissional (Kleinman, 1988). Pilowsky (1997) definiu *comportamento anormal perante a doença* como (a) persistência numa maneira inapropriada ou inadequada de perceber, avaliar e agir em relação ao próprio estado de saúde, (b) apesar de o médico ter oferecido uma explicação sensata sobre a natureza da doença e um tratamento apropriado a ser seguido, com base num exame completo e na avaliação de todos os seus parâmetros funcionais, e levando em consideração a idade e o nível sociocultural do indivíduo.

O comportamento anormal perante a doença consiste em duas amplas categorias: *afirmação da doença* e *negação da doença*. Pode ser consciente e intencional (simulação, síndromes fictícias, problemas no trabalho, esquiva de tratamentos indesejados etc.), mas também pode constituir o motivo subjacente implícito de sintomas (somatização, sintomas de conversão, preocupações hipocondríacas, ganho secundário) e comportamentos (p. ex., baixa adesão ao tratamento para diabetes ou após infarto). Esses três fatores da dimensão implícita da cognição não indicam se um paciente tem uma somatização ou um transtorno somatoforme, mas *a maneira* como o paciente se sente, pensa e age está relacionada com seu estado de saúde e sua percepção de saúde, fornecendo, assim, uma *estimativa clínica* do grau com que o peso relativo dos fatores psicológicos está envolvido na condição somática.

Dimensão central da personalidade

Hipócrates, grego considerado fundador da Medicina no século V, a.C., afirmou que “é mais importante saber que tipo de pessoa tem uma doença do que saber que tipo de doença uma pessoa tem”.

No último século, a psicologia cumpriu muito bem a tarefa hipocrática e, atualmente, é o ramo mais respeitado da ciência no campo de funcionamento da personalidade e avaliação da personalidade, até mesmo no domínio da saúde física. Por exemplo, uma

pesquisa populacional de delineamento longitudinal realizada recentemente no Reino Unido constatou que pouca capacidade de enfrentamento e alto nível de angústia psicológica têm uma associação de dose-resposta e representam risco de mortalidade por todas as causas, inclusive mortalidade por doença cardiovascular e câncer, com risco 43% maior em indivíduos com angústia inicial moderada e 94% em indivíduos com angústia inicial intensa (Russ *et al.*, 2012).

Entre os diversos construtos de personalidade analisados em mais de um século, alguns mencionados na literatura especializada têm relevância clínica e empírica em pacientes com doenças clínicas.

- **Dimensão interpessoal ou de relações objetivas: estilo de apego.** Numa revisão, Maunder e Hunter (2001) demonstraram que indivíduos com estilo de apego ansioso-preocupado (medo de ameaças à própria segurança, vulnerabilidade pessoal e recursos insuficientes para se sentir seguro) têm níveis mais elevados de ansiedade em relação à saúde comparado com seus problemas de saúde, de sintomas somáticos comparado com a doença que eles têm e de utilização do sistema de saúde comparado com suas necessidades objetivas; por outro lado, indivíduos com estilo de apego medroso-evitativo (medo de ameaças à própria segurança, vulnerabilidade pessoal e esquiva de contato para se sentirem seguros) mostram níveis muito mais elevados de ansiedade em relação à saúde comparado com problemas de saúde e de sintomas somáticos comparado com a doença, mas níveis muito mais baixos de utilização do sistema de saúde comparado com suas necessidades objetivas. Além disso, na idade adulta, indivíduos com estilo de apego ansioso-preocupado têm uma probabilidade seis vezes maior de relatar doença somática, 7,5 vezes maior de relatar síndromes relacionadas com inflamação (problemas cardiovasculares, asma, diabetes, AVC) e três vezes maior de relatar sintomas inespecíficos (enxaqueca, problemas de pele, problemas gastrointestinais, dor lombar), enquanto indivíduos com estilo de apego medroso-evitativo são três vezes mais propensos a relatar síndromes relacionadas com inflamação (problemas cardiovasculares, asma, diabetes, AVC) (Puig *et al.*, 2012).
- **Autopercepção: desmoralização:** indica a percepção subjetiva de ser incapaz de lidar com alguns problemas prementes (sentimentos de desamparo, desesperança, desistência) (incompetência subjetiva) e de não ter conseguido corresponder às próprias expectativas (ou às expectativas de outros) (Frank, 1974). A desmoralização é um forte indicador de ónus elevado da doença: sua prevalência é baixa na população em geral (3%), mas é alta em pacientes com doenças clínicas (30%) e relativamente independente do diagnóstico psiquiátrico de depressão maior (Portelli e Sorino, 2007).
- **Alexitimia:** esse é um dos construtos de personalidade mais analisados no âmbito clínico nos últimos 30 anos. Caracteriza-se por dois fatores de alta ordem de déficit de percepção afetiva (dificuldade de identificar e descrever sentimentos) e pensamento operatório, ou operacional (pouca capacidade imaginativa e pensamento orientado externamente) (Taylor *et al.*, 1997). Embora sua origem esteja ligada especificamente aos transtornos psicossomáticos, hoje em dia acredita-se que a alexitimia não esteja especificamente associada a vários distúrbios clínicos e psiquiátricos que estão incluídos numa ampla gama de desregulação do afeto (Lumley *et al.*, 2007).
- **Personalidade do tipo D (do inglês, *distress* - angústia, aflição):** caracteriza-se por uma combinação de afetividade negativa (tendência a sentir emoções negativas em várias situações) e inibição social (tendência a inibir sentimentos, pensamentos e

comportamentos no relacionamento com outros para evitar possíveis ameaças interpessoais e prever reações negativas por parte de outras pessoas) (Küpper e Denollet, 2007). Vários estudos nos últimos quinze anos demonstraram que a personalidade Tipo D é significativamente mais prevalente em pacientes com problemas cardiovasculares que têm um risco três vezes maior de mortalidade cardiovascular (Denollet *et al.*, 2010)

- Locus de controle (LoC): refere-se à crença que as pessoas têm de que podem controlar eventos (externos e relacionados à saúde) principalmente por meio do seu comportamento (*LoC interno*) ou, ao contrário, por meio de acaso, sorte, destino ou outras forças externas que não podem ser controladas (*LoC externo*), (Rotter, 1975). Níveis elevados de LoC externo estão associados com desfechos negativos relacionados à saúde de pior qualidade de vida, reabilitação deficiente, maior prevalência de sintomas e de gravidade dos sintomas (Norman e Bennett, 1995) com efeitos estáveis por até 20 anos (Gale *et al.*, 2008).

Considerações finais

Podemos tirar duas principais conclusões. Em primeiro lugar, a somatização não é uma categoria binária, mas uma dimensão psicofisiológica. Os primeiros modelos teóricos sugeriam vários critérios para a individualização de um “perfil de personalidade psicossomático” ou “doenças psicossomáticas” (as *sete doenças psicossomáticas* clássicas, ou *sagra*das, na década de 1950), e a nosologia psiquiátrica fornece critérios diagnósticos para os “transtornos somatoformes” (DSM-IV) ou “transtornos de sintomas somáticos” (DSM-5). No entanto, na abordagem clinimétrica, a melhor maneira de compreender a somatização é concebendo-a como um *continuum* dimensional relacionado com conceitos de somatização baixa a alta, pesos relativos, estadiamento individual e subclassificação.

Em segundo lugar, sob o aspecto psicométrico, a Medicina carece de uma avaliação psicológica em vários níveis para analisar os pacientes desde os sintomas e a cognição até os aspectos centrais clinicamente relevantes da personalidade.

Existem muitas medidas para avaliar cada fator de cada nível. É importante salientar que os aspectos multiníveis são apenas o *sujeito* da avaliação psicológica. O *sentido* da avaliação psicológica, porém, é dado pelo significado e propósito da intervenção. Nem *todos* os aspectos psicológicos precisam ser avaliados, mas a avaliação deve ser ajustada ao contexto da avaliação, à disposição do paciente, à percepção subjetiva do indivíduo e às opções de tratamento planejadas.

A abordagem apresentada aqui, sem dúvida, é mais complexa do que a aplicação dos critérios diagnósticos ou as pontuações de escalas a pacientes individuais, mas está muito mais próxima da realidade clínica (Siri *et al.*, 2012).

Referências bibliográficas

- Barnett, K.; Mercer, S.W.; Norbury, M.; Watt, G.; Wyke, S.; Guthrie, B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*, 380: 37-43, 2012.
- Basky, A.J.; Klerman, G.L. Overview: Hypochondriasis, bodily complaints and somatic styles. *American Journal of Psychiatry*, 140: 273-283, 1988.
- Bornstein, R.F. Psychoanalytic theory as a unifying framework for 21st century personality assessment. *Psychoanalytic Psychology*, 27: 133-152, 2010.

- Cell, M.; Chalder, T.; White, P.D. Does the heterogeneity of chronic fatigue syndrome moderate the response to cognitive behavior therapy? An exploratory study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80: 353-358, 2011.
- Derolet, J.; Schiffer, A.A.; Spek, V. A general propensity to psychological distress affects cardiovascular outcomes. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 3: 546-557, 2010.
- Engel, G.L. The concept of psychosomatic disorder. *Journal of Psychosom Research*, 11: 3-9, 1967.
- Engel, G.L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196: 129-136, 1977.
- Fava, G.A. Clinical judgment in psychiatry. Requiem or respite? *Nordic Journal of Psychiatry*, 2012 (in press) (DOI: 10.3109/08039488.2012.701665).
- Feinstein, A.R. *Clinical judgment*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins, 1967.
- Feinstein, A.R. *Clinimetrics*. New Haven, CT: Yale University Press, 1967.
- Frank, J.D. Psychotherapy: the re-creation of morals. *American Journal of Psychiatry*, 131: 271-274, 1974.
- Gale, C.R.; Batty, G.D.; Deary, I.J. Locus of Control at age 10 years and health outcomes and behaviors at age 30 years: The 1970 British Cohort Study. *Psychosomatic Medicine*, 70: 397-403, 2008.
- Haskin, N.; Holland, E.; Kuppens, P. Categories vers us dimensions in personality and psychopathology: a quantitative review of taxometric research. *Psychological Medicine*, 42: 903-920, 2012.
- Holt-Lunstad, J.; Smith, T.B.; Layton, J.B. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7(7): e1000316, 2010.
- Kirmayer, L.J.; Robbins, J.M.; Paris, J. Somatoform disorders: personality and the social matrix of somatic distress. *Journal of Abnormal Psychology*, 103: 125-136, 1994.
- Kissen, D.M. The significance of syndrome shift and late syndrome association in psychosomatic medicine. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 136: 34-42, 1963.
- Kleinman, A. *The illness narratives*. New York: Basic Books, 1988.
- Kupper, N.; Derolet, J. Type D personality as a prognostic factor in heart disease: assessment and mediating mechanisms. *Journal of Personality Assessment*, 89: 265-276, 2007.
- Lumley, M.A.; Neely, L.C.; Burger, A.J. The assessment of alexithymia in medical settings: Implications for understanding and treating health problems. *Journal of Personality Assessment*, 89: 230-246, 2007.
- Maudsley, R.G.; Hunter, J.J. Attachment and psychosomatic medicine: developmental contributions to stress and disease. *Psychosomatic Medicine*, 63: 556-567, 2001.
- National Institute of Clinical Excellence. *Clinical Practice Guideline "Depression and Physical Health"*. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists, 2010.
- Norman, P.; Bennett, P. Health Locus of Control. In: Conner, M.; Norman, P. (eds). *Predicting health behavior*. Buckingham: Open University Press, 1995: 62-94.
- Para, M.L.; Murad, M.H.; Chen, L.P.; et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 302: 550-561, 2009.
- Pilowsky, I. *Abnormal Illness Behavior*. Wiley: Chichester, 1997.
- Porcelli, P.; Leandro, G.; De Carne, M. Functional gastrointestinal disorders and eating disorders. Relevance of the association, in clinical management. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 33: 577-582, 1998.
- Porcelli, P.; Soriano, N. (eds). *Psychological factors affecting medical conditions: a new classification for DSM-5*. *Advances in Psychosomatic Medicine*, vol. 28. Karger: Basel, 2007.
- Porcelli, P. *Medicina psicosomatica e psicologia clinica [Psychosomatic medicine and clinical psychology]*. Cortina: Milano, 2009.
- Porcelli, P.; Tulipani, C.; Di Micco, C.; Spadicato, M.P.; Maiello, E. Temporal stability of alexithymia in cancer patients following a psychological intervention. *Journal of Clinical Psychology*, 67: 1177-1187, 2011.