

CLASIFICAREA TULBURARILOR SOMATOFORME

Valentina Golumbeanu

Tulburarea de somatizare • Tulburarea somatoforma nediferentiata • Tulburarea de conversie • Tulburarea algica • Hipocondria • Delimitare conceptuala: sindromul Hipocondriac vs. sindromul Munchausen • Tulburarea dismorfica corporala • Tulburarea somatoforma fara alta specificatie • O categorie aparte – iatrogeniile.

1. Tulburarea de somatizare.

Tulburarea de somatizare consta intr-un ansamblu de simptome somatice recurente (care se manifesta cu o anumita frecventa), cu debut inainte de varsta de treizeci de ani si care sunt semnificative clinic (conduc la tratament medicamentos) dar care, cu toate acestea, nu-si pot gasi o justificare (totala sau partiala) in nici una dintre cauzele medicale cunoscute; in conditiile in care se asociaza cu afectiuni somatice probate clinic, manifestarile vor fi peste media asteptarilor sau a normalitatii.

Specificul tulburarilor de somatizare decurge din aceea ca simptomele reclamate de pacienti au localizari somatice distincte, afectand cel putin patru dinte ariile de functionare organica (gastrointestinale – cel putin doua simptome, altele in afara de durere; articulare; coronariene; toracice, sexuale etc), in istoricul manifestarilor regasindu-se cel putin un simptom sexual, altul decat durerea. In plus, va fi detectata prezenta a cel putin unui simptom pseudoneurologic (adica prezenta unui simptom/a unor simptome ce ar putea indica o conditie neurologica, dar care nu va fi probata clinic): deteriorarea coordonarii sau echilibrului, senzatia de nod in gat, cecitate sau surditate psihica, ameteli, stari halucinatorii, pierderea sensibilitatii tactile sau algice, paralizii locale, simptome disociative etc.

Tulburarea de somatizare se poate grefa pe fondul unor tulburari de personalitate, asociindu-se uneori si cu simptome anxioase sau depresive. Indivizii cu aceasta afectiune acorda un interes crescut manifestarilor somatice negative cu care se confrunta, solicitand expertize medicale si analize de laborator repetate; ei cauta cu consecventa justificarea conditiei lor prin prezenta unei afectiuni somatice si refuza adesea explicatiile psihologice. Tind sa se indoiasca de corectitudinea rezultatelor analizelor sau de justetea unor diagnostice ori tratamente; de aceea apeleaza, in repetate randuri, la serviciile mai multor medici sau centre medicale, ceea ce conduce la urmare mai multor tratamente alternativ sau la inconsecventa acestora. Din acest motiv, ei pot dobandi anumite simptome colaterale, determinate de uzul excesiv al anumitor substante (medicamente) sau pot contacta diferite afectiuni, ca urmare a spitalizarilor si a interventiilor repetate, pe care ei le solicita. Este de retinut faptul ca simptomele nu sunt produse intentionat sau simulate.

Diagnosticul diferential se realizeaza astfel:

- mai intai prin excluderea altor cauze medicale generale (atunci cand examenul somatic se remarca prin absenta datelor obiective care sa explice integral acuzele somatice);
- decelarea simptomelor psihosomatice de afectiunile organice independente, justificabile medical;
- excluderea suspiciunii de schizofrenie (in putine cazuri, cei cu tulburari de somatizare dezvoltata afectiuni schizoforme).

Cele trei criterii fundamentale care indica prezenta unei afectiuni somatoforme, dupa DSM IV, sunt:

- 1) implicarea a numeroase sisteme de organe;
- 2) debutul precoce si evolutia cronica;
- 3) absenta anomaliilor de laborator caracteristice.

Diagnosticul diferential se mai face cu urmatoarele categorii de afectiuni: tulburarile anxioase de diferite tipuri (de panica, anxietatea generalizata etc), cu tulburarile afective, cu tulburarile factice si cu celelalte tipuri de tulburari somatoforme.

2. Tulburarea somatoforma nediferentiata

Tulburarea somatoforma nediferentiata se aseamana din punct de vedere simptomatologic cu tulburarea de somatizare, dar ea nu intruneste toate criteriile specifice pentru aceasta afectiune, la fel cum nu justifica nici diagnosticarea cu vreo alta tulburare mentala sau organica. Simptomele sunt ceva mai difuze, centrându-se în special asupra sferei gastrointestinale sau genitourinare, insotite adesea de fatigabilitate cronica si inapetenta.

Subiectii care acuza aceste simptome sunt inconsecventi in relatarile lor (acesta este unul dintre criteriile care nu permite diagnosticarea cu tulburare de somatizare), in ceea ce priveste frecventa, intensitatea sau localizarea manifestarilor.

Pentru a putea fi luata in calcul posibilitatea unui diagnostic de tulburare somatoforma nediferentiata este necesar ca simptomele sa se manifeste de cel putin sase luni si sa nu fie justificate complet de o alta conditie medicala generala sau psihiatrica, la fel de bine cum nu pot fi justificate nici prin intoxicarea sau abuzul de substante.

3. Tulburarea de conversie

Specificul tulburarilor de conversie decurge din aceea ce ele constau intr-o afectare a functionarii motrice voluntare sau senzoriale, motiv pentru care aceste simptome mai sunt denumite si “simptome pseudoneurologice” – pacientii suferind de tulburari de conversie intra initial sub incidenta clinicilor sau sectiilor de neurologie.

Simptomele sau deficitul motorii includ:	Simptomele sau deficitul senzoriale includ:
- alterarea coordonarii sau echilibrului;	- pierderea sensibilitatii tactile sau algice;
- paralizia sau deficitul motor localizat;	- diplopia;
- dificultatea de deglutitie sau senzatia de nod in gat;	- cecitatea psihica;
- retentia urinara;	- surditatea psihica;
- afonia.	- halucinatiile.

Pentru a putea fi pus diagnosticul de tulburare de conversie, subiectul trebuie supus unei investigatii medicale complete si amanuntite, pentru a se exclude cauzele neurologice sau alte cauze medicale generale. Deasemenea, pentru a putea certifica aceasta suspiciune de conversie, trebuie identificati, in urma unei investigari atente a cazului, acei factori psihologici sau stresori care au precedat debutul afectiunii – tulburarea de conversie este intotdeauna dependenta de o anumita etiologie psihologica, cu caracter psihotraumatizant, care duce la dezvoltarea unor simptome psihosomatice relativ severe (cum este cazul alterarii grave sau a pierderii temporare a unei functii elementare – ca in cazul surditatii, cecitatii sau paraliziei psihice).

Exista o serie de particularitati ale tulburarilor de conversie care ajuta la realizarea diagnosticului diferential intre acestea si tulburarile neurologice “vera”, in afara de examenul

clinic, si care pun in evidenta lipsa afectarii reale a cailor senzorial – anatomice si a mecanismelor fiziologice:

- in cazul unei paralizii se va putea constata ca functia afectata nu este alterata in totalitate: uneori se rezuma la incapacitatea de a realiza doar o anumita miscare, alteori pot fi constatate gesturi sau miscari involuntare ale membrului sau partii afectate, de care subiectul nu este constient si care se produc atunci cand acesta nu-si are atentia centrata asupra partii lezate (ele se produc in timpul unor miscari sau actiuni cotidiane, cum ar fi imbracatul, mancatul, gesticulatul etc); un exemplu sugestiv pentru aceasta situatie consideram ca este sindromul de paralizie psihica a privirii;
- tonusul muscular este intact, tensiunea si forta musculara sunt pastrate (in cazul paraliziei muschii se caracterizeaza printr-o hipotonie svera, sau chiar atonie);
- desemea reflexele conditionate sunt si ele intacte (muschii raspund la actiunea diferitilor stimuli – mecanici, fizici, electrici, algici etc);
- in unele cazuri de anestezie se poate constata ca aceasta nu afecteaza toate modalitatile senzoriale (le poate inhiba pe cele tactile, dar nu si pe cele termice sau algice, de ex).

Uneori tulburarile de conversie se manifesta si prin simptomele specifice crizelor epileptice (convulsiile), dar examinarea electroencefalografica nu va pune in evidenta nici o activitate neurologica paroxistica.

Trebuie totusi avut in vedere faptul ca existenta unei tulburari de conversie nu exclude prezenta unei conditii neurologice (sau a unei alte conditii medicale generale), dar acest diagnostic poate fi certificat numai in situatiile in care starea neurologica nu justifica pe deplin totalitatea manifestarilor psihoclinice sau severitatea simptomelor. Se pare ca o treime dintre persoanele diagnosticate cu tulburari de conversie sufera, sau au suferit, de afectiuni neurologice (DSM IV).

In functie de natura deficitului manifestat in cadrul tulburarilor de conversie, acestea pot fi diferite in mai multe subtipuri:

- cu simptom sau deficit motor;
- cu simptom sau deficit senzorial;
- cu crize epileptice sau convulsii;
- cu tablou clinic mixt.

Incidenta afectiunii este specifica pentru intervalul de varsta 10 – 35 de ani, ea avandu-si debutul in copilaria tardiva sau la varsta adulta precoce. Atitudinea pacientului fata de conditia sa patologica poate varia de la o stare de *belle indifference*, pana la o interpretare si ilustrare dramatica a simptomelor. In cazul spitalizarilor, simptomele se remit, in cele mai multe cazuri, in decursul a doua saptamani, dar recurenta sau recidivarea afecteaza pana la un sfert di cazurile diagnosticate clinic (DSM IV).

Diagnosticul diferential trebuie realizat cu urmatoarele categorii de afectiuni:

- neurologice (de tipul agnoziilor, afaziilor, apraxiilor) de diferite etiologii (leziuni datorate unor traumatisme cranio-cerebrale, accidente vasculare, debutul sau exacerbarea unor maladii neuropsihice degenerative);
- conditii medicale generale;
- intoxicarea cu substante;
- celelalte tulburari de somatizare;
- tulburari ale dispozitiei;
- in cazul in care se asociaza cu stari dissociative halucinatorii sau pseudohalucinatorii, trebuie facut diagnosticul diferential cu schizofrenia sau alte tulburari psihotice;
- tulburarile factice si de simulare.

4. Tulburarea algica

Pentru aceasta forma a tulburării de somatizare durerea este simptomul esențial al tabloului simptomatologic, ea devenind centrul gravitațional al vieții individului. Ea are un grad de severitate care justifică atenție medicală, putând fi situată într-unul sau mai multe sedii anatomice și determinând detresa psihică sau o deteriorare semnificativă într-unul dintre principalele domenii de funcționare ale individului (social, familial, profesional etc).

Tulburarea algică de somatizare poate fi cauzată fie de factori exclusiv sau preponderent de natură psihică (atunci când se consideră că factorii psihologici au un rol major în debutul, severitatea, exacerbarea sau persistența bolii), fie pot avea o etiologie mixtă – atât factori psihologici, cât și cauze medicale.

Durerea poate avea diferite grade de severitate: ea este considerată ca fiind acută atunci când durata ei se înscrie sub intervalul de șase luni, și este considerată ca fiind cronică atunci când depășește acest interval. Această afecțiune poate genera probleme de relaționare, individul izolându-se de ceilalți, centrându-se excesiv de mult asupra acestui sector al vieții sale și ignorând celelalte aspecte. Ei fac o serie de eforturi, uneori prea mari sau inutile, pentru a diminua sau controla durerea, fac exces de anumite medicamente, apelează frecvent la serviciile medicale, solicită investigații și expertize repetate și din ce în ce mai amanunțite. Apelează la o serie de tratamente, medicale sau tradiționale, putând astfel ajunge să suporte efectele secundare ale inadvertenței asocierii anumitor substanțe, al utilizării prelungite sau, pe de altă parte, efectele dependenței de medicamente, al “imunizării” în fața tratamentelor medicamentoase ori pe cele ale sindromului de abinență, în cazul încetării administrării lor.

Din acest punct de vedere, trebuie subliniat faptul că tulburarea algică prezintă un risc crescut de iatrogenizare (aspect despre care vom discuta într-o altă secțiune a acestui capitol).

5. Hipocondria

Specific pentru această tulburare este preocuparea excesivă a subiectului pentru starea sănătății sale, teama de a nu contracta sau dezvolta o afecțiune gravă sau teama de a nu avea deja o boală gravă. Acesta este permanent preocupat de simptomele sale, pe care le examinează permanent, căutând justificări pentru acestea sau încercând să-și explice posibilele lor semnificații. Adesea aceste simptome sunt supradimensionate, supraevaluate și interpretate ca fiind semnele clare ale debutului sau agravării unor afecțiuni somatice. Pentru acești indivizi chiar și stările minore de disconfort, inerente vieții cotidiene, sunt interpretate ca fiind simptome edificatoare ale unei disfuncții sau alterări organice. Aceste distorsiuni cognitive sunt tratate intens în sfera intimă a afectivității individului, având un caracter anxiogen și putând perturba ritmul de viață al persoanei. În multe cazuri pot fi depistate afecțiuni somatice coexistente, dar adesea acestea nu justifică temerile individului de a fi purtătorul sau victima unei grave boli. În alte cazuri, examenul clinic nu releva nici o afecțiune care să confirme prezența simptomelor reclamate.

Unul dintre aspectele specifice acestei tulburări constă în rezistența opusă de pacient în fața medicilor care îi infirmă suspiciunile sau temerile exagerate, dar fără ca aceste convingeri ale subiectului să atingă intensități psihotice; el poate recunoaște că este posibil să nu sufere de nici o boală sau că este posibil să fi exagerat în ceea ce privește semnificația simptomelor; teama însă, și suspiciunea, rămân.

Spre deosebire de tulburările somatoforme descrise anterior, în sindromul hipocondriac, individul nu experimentează dureri acute, stări de disconfort organic profunde sau alte simptome de intensitate crescută; el pur și simplu investeste cu un potențial patologic o serie de stări ale organismului, cum ar fi:

- senzații corporale sau viscerale vagi, localizate la nivelul diferitelor organe, funcții sau segmente anatomice;

- starile de disconfort datorate oboselii sau epuizarii fizice si/sau intelectuale, care sunt inerente depunerii unui efort sustinut;
- accelerarea unor functii metabolice (palpitiatile, transpiratia, accelerarea ritmului respirator etc);
- anomalii somatice minore (cefalee ocazionale, tuse etc).

Temerile individului pot fi focalizate asupra unui anumit organ (organe) ori aparat si asupra unei numite afectiuni (sau tipuri de afetiuni, cum sunt cele cardiace), sau pot avea un caracter difuz, nespecific, acesta temandu-se de a nu contacta, la modul general, vreo afectiune, de a nu fi predispus, prin vreo slabiciune fiziologica, imbolnavirilor etc.

Individul hipocondriac decine cu atat mai stresat atunci cand citeste sau aude ceva despre afectiunea de care se teme, cand cineva din anturajul sau a contactat boala, atunci cand se afla in compania unor persoane bolnave (teama de a nu fi contagioase si de a nu se contamina si el), sau atunci cand se anunta epidemii (e gripa, de viroze, de hepatita etc). In astfel de situatii ei tind sa ia masuri de prevenire exagerate.

6. Delimitare conceptuala: sindromul Hipocondriac vs. sindromul Munchausen.

Este nevoie sa facem aceasta clarificare terminologica in primul rand pentru a putea delimita sfera conceptului de sindrom hipocondriac, deoarece adesea sunt incluse in aceasta categorie, mai ales de catre necunoscatori, persoane care nu sufera de acest sindrom, dar care sunt caracterizate de simptome, aparent similare. Aceste persoane, in mod analog, prezinta o preocupare crescuta fata de starea sanatatii personale, apeleaza la serviciile medicale mai frecvent decat ar fi necesar, solicita o atentie si o ingrijire speciala, au la activ un numar considerabil de spitalizari (in regim total sau ambulatoriu), efectuate in scopul realizarii unor seturi de analize si interventii diagnostice complete si amanuntite etc.

Dincolo insa de toate aceste demersuri si de exprimarea permanenta a simptomelor, vom putea constata cu totul altceva: o conduita paradoxala, aflata in disonanta evidenta cu faptele relatate cu atata patos. Este vorba de aceea "*bell indifference*" de care aminteam mai devreme; acesti pacienti par detasati de "problemele lor de sanatate", care au devenit subiectul central al discutiilor sociale, in cadrul familiei sau in cercul de prieteni, colegi, cunoscuti. Spre deosebire de cei su sindrom hipocondriac, acestia nu par a fi ingrijorati sau afectati in vreun fel de starea sanatatii lor. In acest caz putem vorbi despre *Sindromul Munchausen*.

Pacientii suferind de acest sindrom relateaza mai mult "la rece" datele referitoare la "boala" lor, sunt adesea inconsecventi in descrierea simptomelor, uneori chiar contradictorii; deasemenea sunt inconsecventi in urmareea tratamentelor, nu sunt interesati de ducerea acestora la bun sfarsit si nici de finalitatea demersurilor investigative sau de prognosticul medical.

Asadar, diferentierea intre sindromul hipocondriac si sindromul Munchausen se face in functie de un criteriu fundamental: preocuparea reala fata de boala si caracterul anxiogen al acestei preocupari. In functie de prezenta sau absenta acestui criteriu vom putea incadra intr-o categorie sau alta pacientii suferind de simptomele enumerate in paginile precedente.

7. Tulburarea dismorfica corporala.

Se manifesta prin preocuparea excesiva si insatisfactia sau nemulțumirea profunda fata de un anumit aspect al structurii ori conformatiei fizice, considerat defectuos de catre persoana in cauza. Defectul poate fi in integralitate imaginar sau poate avea ca baza reala o usoara anomalie sau asimetrie fizica, dar care nu justifica detresa si disconfortul psihic trait de catre individ.

Cel mai frecvent sunt incriminate defecte la nivelul fetei si al capului in general, cum ar fi: ridurile, acneele, cicatricile sau alte semne, culoarea pielii, inflamatiei, asimetria sau disproporția faciala, conformatia sau dimendiunea nasului, ochilor, gurii, dintilor, mandibulei, barbiei, obrazilor, forma sprancenelor sau aspectul ori dispunerea parului (DSM IV). Subliniem inca o data, ca este posibil ca, in anumite cazuri, sa existe o usoara asimetrie sau o proeminenta

mai deosebita a unor elemente faciale (cum ar fi nasul), dar raportarea individului la acest aspect sa fie disproportionata.

Desigur ca mai pot fi incriminate defecte situate si la alte segmente anatomice (picioarele, sanii etc).

Uneori preocuparea individului fata de “defectul” sau devine atat de intensa, incat poate fi afectata sfera relational – sociala, acesta evitand situatiile publice, evitand sa faca noi cunostinte, sa mai mearga la servicii sau la scoala etc. Preocuparea pentru aspectul fizic devine centrul existentei sale, care il acapareaza cu totul iar efectele pot fi resimtite ca fiind devastatoare; in cele din urma individul poate fi copleșit de “diformitatea” sa fizica, toate esecurile, nereusitele si complexele personale fiind atribuite acestui “stigmat”.

Aceste persoane pot petrece multe ore din zi gandindu-se la defectul lor sau studiindu-l in oglinda - acasa sau in orice suprafete reflectorizante atunci cand se afla pe strada, in locuri publice, la servicii (in vitrine, suprafete metalice etc). Altele, din contra, evita oglinzile, le acopera sau le indeparteaza din mediul lor ambiant de viata. Alte persoane manifesta un comportament de “ornare” excesiv (machiajul, bijuteriile, tatuajele etc). Acest lucru poate insa conduce la sporirea anxietatii individului sau chiar la punerea in evidenta a respectivului defect, atunci cand el chiar exista.

Adesea aceste persoane apeleaza la interventii chirurgicale de corectare si la clinicile de chirurgie plastica, in vederea remedierii defectelor. Dar, in multe cazuri, simptomele nu dispar, sau chiar se agraveaza. Acesti subiecti pt ajunge pana la izolarea completa – nu mai ies din casa, abandoneaza scoala sau serviciul, rup legaturile cu prietenii si uneori chiar cu familia; pot dezvolta idei suicidare, tentative sau chiar suicid complet.

Aceasta afectiune se poate asocia cu: tulburarea depresiva majora, tulburarea delirante, fobia sociala, tulburarea obsesiv-convulsiva.

8. Tulburarea somatoforma fara alta specificatie.

Aceasta categorie include toate manifestarile care pot surveni in sfera somatica si care, desi nu se justifica printr-o conditie medicala specifica, nu intrunesc nici criteriile pentru vreo tulburare somatoforma specifica. Pentru aceasta clasa de manifestari atipice mentionam doar *pseudociesisul* – falsa convingere a unei femei de a fi insarcinata, asociata cu simptome obiective de sarcina (oprirea fluxului menstrual, marirea abdomenului, stari de disconfort fizic specifice, impresia de miscari fetale, marirea sanilor etc).