



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

JOÃO FILIPE MORGADO GOMES

PLACEBO E MEDICINA PSICOSSOMÁTICA

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE PSIQUIATRIA

Trabalho realizado sob a orientação de:
PROF. DOUTOR MANUEL JOÃO QUARTILHO

MARÇO/2017

Resumo

Os distúrbios psicossomáticos acarretam um grande sofrimento pessoal e social para o doente e ao mesmo tempo uma experiência frustrante para o médico.

Isto deve-se à ideia generalizada que os doentes "não têm nenhuma doença" ou que "o problema está na cabeça" ou ainda à ineficácia habitual das intervenções terapêuticas.

Na realidade, apesar de não serem detetadas alterações na avaliação clínica tradicional, os doentes são portadores de patologia igualmente ou mais incapacitante que nos casos de patologia médica.

Em toda a prática clínica a relação médico-doente é determinante para o sucesso do ato médico e toma especial importância nas perturbações psiquiátricas e psicossomáticas.

O médico, ao conseguir criar uma forte relação com o doente, abre caminhos para terapias mente-corpo nas quais se incluem os placebos, como um importante instrumento no processo de cura.

Os placebos são um exemplo de ligação entre os factores psicossociais e os processos fisiológicos. O uso de placebo e o efeito que tem nos doentes, demonstra o poder do pensamento positivo de sugestão com base na boa relação médico-doente.

O presente artigo apresenta uma revisão científica das principais características das doenças psicossomáticas, da importância de uma boa relação médico-doente e do estudo do efeito placebo, com ênfase no fenómeno mente-corpo.

Para elaboração do trabalho, foram consultados livros de texto relativos à temática e foram pesquisados artigos na base de dados Google Scholar, sendo depois seleccionados aqueles que se consideraram enquadrar no âmbito da dissertação.

Palavras-Chave: Medicina Psicossomática; Somatização; Relação Terapêutica; Placebo

Abstract

Psychosomatic disorders entail great personal and social distress to the patient while also a frustrating experience to the practitioner.

This is due to the generalized idea that the patients "have no disease" or "the problem is in the head" or yet to the ineffectiveness of the usual therapeutic interventions.

In reality, besides no anomalies are detected in the traditional clinical evaluation, the patients suffer from an equally or even more incapacitating disease than in medical diseases.

In all clinical practice, the patient-doctor relationship is essential for the success of the medical procedure and take special importance in the psychiatric and psychosomatic disorders.

The practitioner, by creating a strong bond with the patient, opens the way for mind-body therapies in which placebos are included as an important tool in the healing process.

Placebos are an example of the connection between psychosocial factors and physiologic process. The use of placebos and its effects on patients shows the power of the positive thinking and suggestion, based on a good doctor-patient relationship.

This article presents a scientific revision of the main characteristics of the psychosomatic diseases, of the importance of a good doctor-patient relationship and of the placebo effect study, with emphasis on the mind-body phenomenon.

For the elaboration of this article, books about this subject were consulted and a research was made in Google Scholar database, then relevant articles on the subject of this work were selected.

Keywords: Psychosomatic Medicine; Somatization; Therapeutic Relationship; Placebo

Índice

Resumo	i
Abstract	ii
Lista de Figuras	v
Lista de Siglas e Acrónimos	vi
1 Introdução	1
2 Metodologia	4
3 Psicossomática	5
3.1 Mente e Corpo	6
3.2 Co-morbilidade Mente-Corpo	7
3.3 Mecanismos da Relação Mente-Corpo	9
3.3.1 Modelo Antecedente	10
3.3.2 Modelo Consequente	10
3.3.3 Bidirecionalidade	11
3.3.4 Partilha de Determinantes	11
3.3.5 Interocepção	13
3.4 Somatização	15

4	Relação Terapêutica	17
4.1	Relação Médico-Doente na Somatização	18
5	Placebo	20
5.1	Mecanismos de Ação	21
5.1.1	Mecanismo de Ação na Dor	22
5.1.2	Mecanismo de Ação na Ansiedade	24
5.1.3	Mecanismo de Ação na Depressão	24
5.2	Efeito Nocebo	25
5.3	Ética na Prática Clínica	25
6	Conclusão	27
7	Agradecimentos	29
	Bibliografia	30

Lista de Figuras

3.1	Diagrama das Vias Ascendentes com origem na Lamina I e no Núcleo do Trato Solitário [1].	14
5.1	Regiões de Interesse em Estudos da Analgesia com Placebo [2].	23

Lista de Siglas e Acrónimos

ACC Córtex Cingulado Anterior

COMT Enzima Metabolizadora da Dopamina

DLPFC Córtex Pré-frontal Dorsolateral

DNA Ácido Desoxirribonucleico

EEG Electroencefalograma

fMRI Ressonância Magnética Funcional

HPA Eixo Hipotalâmico-Pituitario-Corticosuprarrenal

MDvc Porção Ventro-caudal do Núcleo Dorsal Medial

NTS Núcleo do Trato Solitário

OFC Córtex Orbitofrontal

PET Tomografia por Emissão de Positrões

SAM Eixo Simpático-Medular-Suprarrenal

VLPFC Córtex Pré-frontal Ventrolateral

VMb Porção Basal do Núcleo Ventral Medial

VMpo Porção Posterior do Núcleo Ventral Medial

1

Introdução

O Homem, como ser integrante de um Mundo cheio de agressões, está sujeito a uma grande variedade de estímulos externos, desde a sua fase de embrião até ao momento da sua morte, que vão influenciar todo o seu processo de crescimento e saúde emocional.

As afeções a que está sujeito podem ir de uma "simples"fratura de um osso, que tem um diagnóstico objectivo com base em exames físicos e exames complementares de diagnóstico, a afeções de mais complexo diagnóstico como são os fenómenos de somatização, que por sua vez não excluem a própria fratura do osso, pelo componente emocional do impacto que tem na vida do doente.

O fenómeno de somatização, reconhecido como um importante problema de saúde pública, com uma grande carga de sofrimento individual e interpessoal, incapacidade e custos sociais, continua a ser um problema não resolvido pela medicina [3].

Essa falha na abordagem dos distúrbios psicossomáticos deve-se a uma orientação médica

demasiado convencional e muitas vezes às próprias intervenções terapêuticas que são ineficazes. Isto leva a que os doentes sejam considerados como "não doentes" e a que exista uma grande insatisfação para o doente e uma experiência frustrante para o médico [3].

Para corrigir esta lacuna da medicina, o médico deverá ter em conta a saúde emocional e deverá "olhar para além das fronteiras físicas do organismo, procurando elementos de compreensão e auxílio nos espaços interpessoais que constituem os contextos familiares e sociais dos doentes, ..." [3].

Esta abordagem, aliada a uma relação terapêutica baseada na preocupação, confiança e abertura entre o médico e o doente, é o caminho para se conseguir uma *biopsychosocial oriented clinical practice* [4].

O modelo multifatorial biopsicossocial, permite que as doenças sejam vistas como o resultado de uma interação de mecanismos a nível celular, tecidual, orgânico, interpessoal e ambiental. Como tal, o estudo de cada doença deve incluir o indivíduo, o seu corpo e o ambiente como componentes essenciais de um sistema total.

A medicina psicossomática pode ser definida como uma estrutura interdisciplinar e abrangente para:

- avaliação de factores psicossociais que afetem vulnerabilidade individual e o curso ou resultado de qualquer tipo de doença
- consideração holística do cuidado de doentes na prática clínica
- integração de terapias psicológicas na prevenção, tratamento e reabilitação de doença médica

Neste contexto, podemos considerar os placebos como uma poderosa ferramenta que ganha

esse estatuto se houver uma forte relação terapêutica de confiança entre o médico e o doente.

O início do uso de placebos data do século XIX, ou se quisermos, podemos considerar como fenómenos de placebo as tradições mundiais de cura como o xamanismo, práticas de cura Cristãs ou o *King's Touch*, que se refere à crença que o toque de um rei poderia curar doenças [5].

Neste trabalho, pretendo explorar o fenómeno psicossomático e fazer uma ponte para o fenómeno de placebo, sem poder deixar de fazer referência à relação médico-doente, componente essencial no estudo destes dois temas.

Ambos são fenómenos mente-corpo, sendo que o primeiro é gerador de doença e o segundo, se bem aplicado, pode ser gerador de saúde e bem-estar.

2

Metodologia

Para a realização deste artigo foi efetuada uma revisão da mais recente literatura na base de dados Google Scholar, restringindo a pesquisa às línguas portuguesa e inglesa.

Adicionalmente, foram revistos 2 livros de texto e sua bibliografia, para sistematização e consolidação de conhecimentos relacionados com o tema.

3

Psicossomática

O termo Psicossomática é comumente conotado com um sentido pejorativo como uma doença sem importância, imaginária, como um sinal de loucura ou uma falha de carácter. Esta ideia reflete o problema do estigma que existe em relação às doenças mentais, a crença que os problemas psicológicos não são reais [6].

À psicossomática é também frequentemente atribuído o significado de problema psicológico ou os efeitos da mente no corpo, quando na verdade representa uma interação recíproca entre o corpo e a mente [6].

Este tema leva-nos ao problema da relação mente-corpo. Qual é o lugar da consciência, da intencionalidade ou da mente no mundo físico? A resposta a esta difícil questão pode ser dada por várias perspectivas, incluindo as mais conhecidas: a perspectiva fisicalista e a perspectiva dualista, que vou abordar de seguida.

3.1 Mente e Corpo

O fisicalismo diz que uma pessoa é uma coisa física, feita de coisas físicas (órgãos, células, partículas). Como pessoas somos aglomerados de matéria física bioquímica, com propriedades como massa, peso e uma posição no espaço [7].

Os fisicalistas acreditam que os factos mentais, como pensamentos ou sentimentos, são uma espécie de facto físico. Os pensamentos e sentimentos são idênticos aos estados do cérebro duma pessoa. O cérebro é o órgão do pensamento e do sentimento [7].

Já o dualismo é uma negação do fisicalismo. Esta teoria defende que as pessoas têm uma natureza dupla, e não única (física). Defende a existência de mente e do corpo. Define a mente como coisa não-física, não composta por coisas físicas, que está ligada a uma coisa física (o corpo humano). A mente não tem peso, massa ou posição no espaço físico [7].

Para os dualistas, a mente é a base ou veículo dos factos mentais (crenças, desejos, pensamentos) e o corpo (incluindo o cérebro) é a base ou veículo de factos físicos [7].

Abordando o tema das perturbações mentais, segundo uma perspectiva fisicalista, estas são consideradas perturbações de entidades não físicas, nomeadamente a mente. Nesta perspectiva, estas doenças não existem, não são reais, ou então, têm de ter uma natureza física de alguma maneira. As perturbações mentais não são apenas físicas ou no cérebro, são perturbações do cérebro, como perturbações neurológicas [7].

No entanto as perturbações mentais são reais. Para as compreender é necessário olhar para o ser humano como um todo, incluindo a mente, o corpo, as experiências sociais. Olhar para o ser humano com uma perspetiva holista através do modelo Biopsicossocial.

O modelo biopsicossocial é um modelo científico construído tendo em conta as dimensões em falta no modelo biomédico.

O modelo biomédico representa a aplicação na medicina da abordagem analítica clássica, que assenta na perspectiva dualista e não inclui o doente e os seus atributos como pessoa ou ser humano [8].

Já a abordagem no modelo biopsicossocial, considera fatores biológicos, psicológicos e sociais e as suas interações complexas para compreender a saúde, a doença e o método de tratamento [8]. Para tal é importante ter em atenção, para além das queixas específicas do doente, o contexto e circunstâncias da sua vida e compreender que aspetos (biológicos, psicológicos ou sociais) são mais importantes para promover a saúde deste [8]. Muitas vezes o tratamento deve ser multidimensional e abordar todos estes pontos, pois a sua separação é, como já foi dito, contra os princípios deste modelo.

3.2 Co-morbilidade Mente-Corpo

Existe um grande número de doentes com patologia psiquiátrica, com importantes consequências no estado de saúde geral, que muitas vezes não são reconhecidas nem tratadas [3].

Essa desvalorização pode acontecer pelo doente ou mesmo por parte do médico que não dá importância a determinados sintomas e, por vezes, interpreta o estado emocional como consequência de fatores como o contexto clínico, considerando as alterações emocionais como "normais". Essa negligência das perturbações mentais leva a que estas fiquem por tratar, mesmo quando existe tratamento possível [3].

Um outro exemplo dessa desvalorização é o próprio doente recorrer a cuidados médicos com queixas dos sintomas físicos, escondendo alterações do seu estado emocional [3]. Isto deve-se, muitas vezes à existência de um preconceito com as doenças psiquiátricas que tem

como consequência a diminuição da procura de cuidados nesse sentido. Apesar de haver uma incidência de 30 a 40% de perturbações psiquiátricas, a frequência de pedidos de consulta de psiquiatria pode chegar a valores tão baixos como 1-2% [9].

É importante notar, que as alterações emocionais como a depressão são prevalentes em doentes médicos crónicos, e para além disso podem agravar o prognóstico médico diminuindo a adesão ao tratamento, influenciando as funções cognitivas e físicas, diminuindo a qualidade de vida em alguns casos a sobrevivida [10]. Estudos sugeriram que a coocorrência de doenças mentais e físicas afetam negativamente o seu controlo e resultado [11].

A depressão pode ser um fator etiológico ou afetar o curso de doenças médicas cardíacas, cerebrovasculares, neurológicas, neoplasias [10].

A ansiedade e a depressão podem ainda influenciar a gravidade e o impacto dos sintomas físicos e os mecanismos de autocontrolo da doença. São também favorecedoras da transformação da dor aguda em dor crónica [3]. Para além das situações supracitadas, muitas outras associações entre fatores psicossociais e fatores médicos foram encontradas em estudos, de entre elas [3]:

- abuso sexual e síndromes de dor crónica;
- doença coronária, isolamento e mortalidade;
- baixos índices de apoio social e acidentes cardiovasculares;
- relações sociais e risco de mortalidade;
- stress crónico e doença coronária.

Foram realizados vários estudos em 18 países com uma grande variedade de estatutos culturais e socioeconómicos, onde se concluiu que a presença de doenças físicas (dor crónica, doença

respiratória crónica, doenças metabólicas, doenças cardiovasculares) está associada a uma elevada probabilidade de doenças mentais [11].

Com base nestes estudos, pode então dizer-se, que existe uma relação de comorbilidade entre a mente e o corpo.

É importante ter em conta que nos doentes com alterações do estado emocional, os frequentes sintomas físicos surgem não por mero acaso mas porque existe uma associação entre doenças físicas e perturbações mentais, através de uma ligação bidirecional complexa [3].

3.3 Mecanismos da Relação Mente-Corpo

Como já foi dito, a associação entre doenças físicas e perturbações mentais é feita através duma ligação bidirecional complexa. Essa associação pode ter origem na doença mental que leva à doença física ou na doença física que leva à doença mental. Nos casos em que a génese está na doença mental, existe alguma evidência do papel da depressão no desenvolvimento de doenças coronária, diabetes tipo II, doença cerebrovascular, dor crónica e asma.

A depressão pode ter um papel biológico direto no desenvolvimento dessas doenças ou influenciar indiretamente através de alterações comportamentais que por sua vez aumentam o risco de doença crónica [12] [3].

Esta relação de causalidade não é estanque, ou seja, são relações bidirecionais. uma doença mental pode levar a doença física e essa doença física agravar a doença mental e vice-versa.

Uma outra hipótese, coloca as doenças físicas e mentais como consequência de fatores de risco comuns: experiências de adversidade na infância [12] [3].

3.3.1 Modelo Antecedente

Considerando o início na doença física, percebe-se que situações crônicas com diminuição da qualidade de vida, pessoal ou social, pode causar sofrimento emocional. No entanto, o contrário, apesar de menos intuitivo, também se verifica.

Uma quantidade crescente de estudos prospetivos demonstra que depressão, e possivelmente ansiedade, aumentam a probabilidade do desenvolvimento de doença coronária, diabetes mellitus tipo 2 e asma [11]. Foi também encontrada relação entre depressão e doenças cerebrovasculares e dor crónica [11].

Várias hipóteses de mecanismos biológicos para este fenómeno, sugerem uma relação do sistemas de controlo do stress e de ameaças: o sistema nervoso autónomo (através do eixo simpático suprarrenal medular, SAM) e o sistema neuroendócrino (através do eixo hipotalâmico-pituitário-corticosuprarrenal, HPA). Alterações em ambos os sistemas foram associadas à depressão e distúrbios de ansiedade. Desregulações hormonais relacionadas com estes sistemas (catecolaminas e glucocorticoides), foi relacionada com efeitos adversos a nível metabólico, cardiovascular e imunológicos. Foi ainda descoberto um aumento da atividade do eixo HPA quando existe uma comorbilidade de depressão e ansiedade [11].

Uma outra forma das doenças mentais afetarem o risco de doença física é através do comportamento. Os fatores de risco comportamentais tais como tabaco, dieta, sedentarismo, alcoolismo e fraca adesão ao tratamento são mais frequentemente encontrados em doentes com doenças mentais [11].

3.3.2 Modelo Consequente

Apesar da maioria dos doentes com doença médica crónica não padeça de doença mental, é possível que a doença mental como consequência de doença física seja responsável por uma

parte da associação epidemiológica da comorbilidade mente-corpo. Algumas das afeções que podem causar depressão ou ansiedade são deficiência física, dor, desfiguração ou procedimentos médicos stressantes [11].

A via biológica também está implicada neste modelo, quer diretamente através de distúrbios endócrinos, neuroquímicos, metabólicos e imunológicos que por si podem causar sintomas de ansiedade e depressão, ou indiretamente através de medicamentos. Alterações comportamentais devidas a doença física são também causa de ansiedade ou depressão. São exemplos disso mudanças na dieta ou estilo de vida, cessação tabágica ou seguir regimes terapêuticos complexos.

Alterações nas relações sociais resultantes da doença física são também causas importantes com consequências no bem estar emocional [11].

3.3.3 Bidirecionalidade

Nos modelos anteriormente mencionados faz-se uma distinção entre as duas vias de comorbilidade mente-corpo. Contudo, muita literatura sugere que a relação entre os distúrbios mentais e as doenças cardiovasculares, diabetes, doenças respiratórias e dor crónica são bidirecionais.

Ou seja, a depressão pode levar ao desenvolvimento de diabetes através das vias descritas, e consequentemente essa afeção e as mudanças do estilo de vida causadas pela diabetes podem levar à exacerbação da depressão [11].

3.3.4 Partilha de Determinantes

Uma alternativa aos modelos antecedente e consequente é o modelo da partilha de determinantes. Este diz que a comorbilidade das doenças mentais e físicas não se condicionam uma à outra, mas que estas partilham fatores de risco comuns e a sua coocorrência existe em função

de etiologia partilhada [13].

3.3.4.1 Efeitos de Latência

Para determinar a origem das doenças, é por vezes necessário alargar o campo de pesquisa para alturas mais precoces da vida.

Neste caso, estudos indicam que índices de restrição de crescimento fetal estão relacionados com o despoletar de doenças cardiovasculares, resistência à insulina e síndrome metabólico, diabetes mellitus tipo 2, obesidade, hipertensão e osteoporose em adultos [11].

As alterações biológicas e no metabolismo das crianças ocorrem através do mecanismo da plasticidade do desenvolvimento. Este fenómeno é responsável pelas adaptações biológicas do organismo em desenvolvimento, em resposta ao ambiente, durante períodos críticos ou sensíveis. Este é um exemplo de modelo de latência em que respostas fisiológicas são "programadas" em períodos críticos ou sensíveis do desenvolvimento [11].

Vários estudos indicam que baixo peso à nascença está relacionado com depressão de início na adolescência ou vida adulta [14] [11].

Outros estudos indicam que alterações neurobiológicas e reatividade comportamental para com o stress podem ser instigadas por maus cuidados maternos, stress materno ou separação da mãe. Esta hipótese é suportada por estudos que demonstram que indivíduos com história de adversidade ou abuso na infância têm atividade aumentada do eixo HPA e têm risco aumentado de doenças físicas e mentais [11].

3.3.4.2 *Pathway Effect* e Efeito Cumulativo

Os modelos *pathway* e cumulativo focam-se na influência que ambientes adversos na infância têm na exposição aumentada a eventos ou ambientes adversos mais tarde na vida [15].

No modelo *pathway* é sugerido que os ambientes na infância moldam as subseqüentes tra-

jetórias da vida. Já no modelo cumulativo, é dada ênfase ao efeito cumulativo de desvantagem em diversos pontos do curso da vida [15].

Nestes modelos, a ligação entre a adversidade na infância e as consequências na saúde na vida adulta é mediada por uma variedade complexa de fatores psicológicos, biológicos, comportamentais e ambientais [11].

O desenvolvimento de doenças mentais e físicas envolve tanto os efeitos de latência como os efeitos *pathway*/cumulativo.

O que nos leva ao conceito de *carga alostática* que abrange ambos os efeitos. Carga alostática refere-se ao desgaste biológico cumulativo que ocorre através de desequilíbrios crônicos de hormonas e neurotransmissores, especialmente glucocorticoides e catecolaminas [11].

Perturbações mentais, em particular depressão e ansiedade, podem ser vistas como consequências da carga alostática mas podem também ser contribuintes da mesma [11].

A comorbilidade mente-corpo pode ter várias explicações, enquanto que os mecanismos de morbidade direta explica alguns casos, os mecanismos de partilha de determinantes podem explicar outros [11].

3.3.5 Interocepção

A Interocepção é uma teoria alternativa que explica a interpretação de estímulos e sensações viscerais de todos os órgãos por parte do cérebro [1].

As mensagens de todos os órgãos são levadas por fibras aferentes primárias de pequeno diâmetro para a lamina I no corno dorsal da espinhal medula e para o núcleo solitário na medula

(Figura 3.1).

Estas vias representam, respetivamente, as vias aferentes simpáticas e parassimpáticas do sistema nervoso autónomo, que fornecem informação sensitiva para os mecanismos homeostáticos no tronco cerebral e no hipotálamo [1].

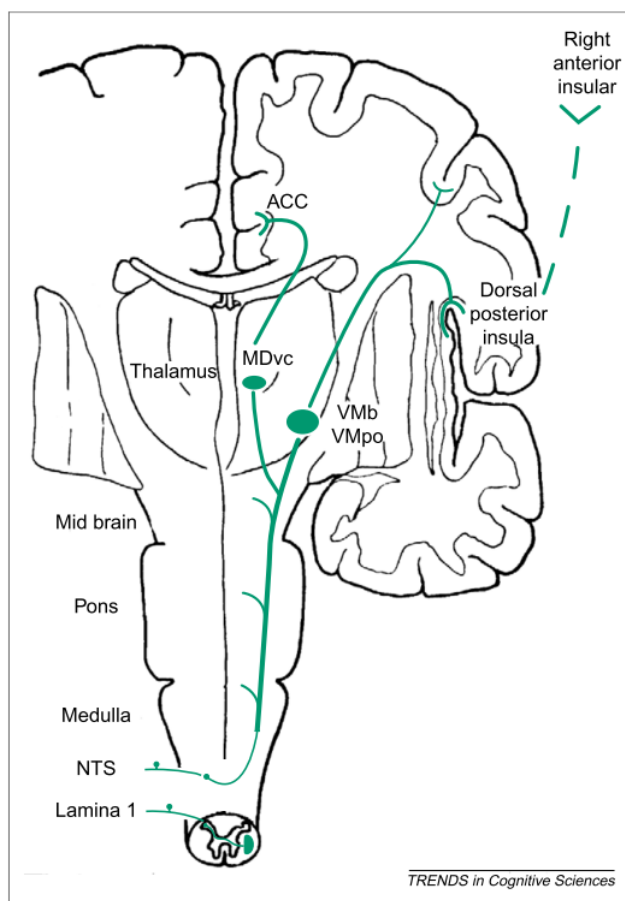


Figura 3.1: Diagrama das Vias Ascendentes com origem na Lamina I e no Núcleo do Trato Solitário [1]. Estas vias são retransmitidas do Tálamo (através das porções basal e posterior do Núcleo Ventral Basal) até ao Córtex Insular Posterior, que gera a representação interoceptiva da condição fisiológica do corpo. Esta região nos humanos é representada na Insula Anterior Direita (Right Anterior Insula), que é importante para a percepção de sentimentos e emoções [1].

Nos primatas e em especial nos humanos, existe uma extensão tálamo-cortical única destas vias para o córtex insular que fornece uma representação da atividade homeostática aferente e se traduz nas várias sensações: dor, temperatura, prurido, sensações viscerais, fome, sede, entre outras [1].

No âmbito da medicina psicossomática, é importante compreender as anomalias na interocepção, ou seja, perceber como os processos sensoriais viscerais falham [16].

Os ataques de pânico estão altamente associados a sintomas subjetivos viscerais, o que se comprova em ataques de pânico induzidos experimentalmente que induzem ativação simpática cardiovascular e alterações respiratórias [16]. Os indivíduos com perturbação de pânico ou outras doenças de ansiedade relatam maior percepção cardíaca e gastrointestinal do que indivíduos normais. Esses indivíduos relatam também mais sintomas somáticos, incluindo os viscerais, do que indivíduos saudáveis, o que, apesar de ainda não haver dados suficientes para chegar a uma conclusão, é indício de envolvimento destes processos sensoriais nas perturbações psiquiátricas [16].

3.4 Somatização

Somatização é um conceito complexo, ambíguo e com vários sentidos. É um "porto de chegada para a histeria, neurastenia, medicina psicossomática, comportamento de doença, perturbações somatoformes, síndromes somáticas funcionais, e conceitos relacionados, muitas vezes na ausência de qualquer diagnóstico psiquiátrico." [3].

Inicialmente, o termo foi utilizado para dar nome ao "processo através do qual os conflitos neuróticos podem apresentar-se como perturbação física". Mas somatização é mais que isso. Tanto se pode olhar para a somatização como uma manifestação somática de mal-estar psicoló-

gico ou como uma experiência de mal-estar somático, caracterizada por sintomas medicamente não explicados. Foi também considerada como uma expressão atípica de perturbação psiquiátrica. Outra interpretação considera a somatização como a expressão de um mal-estar pessoal e social sob a forma de uma linguagem ou idioma somático e procura de cuidados médicos. Numa perspectiva socio-somática, a somatização representaria de uma forma metafórica não apenas os problemas clínicos mas também sociais [3].

Resumidamente, pode-se resumir o conceito de somatização a três leituras [3]:

- Uma apresentação somática de perturbações psiquiátricas
- Um grupo de categorias psiquiátricas específicas (perturbações somatoformes) ou um conjunto de síndromes medicamente não explicados (síndromes somáticas funcionais)
- Um comportamento de doença particular, resultante de uma interação complexa de sintomas, mal-estar psicológico, mecanismos cognitivos de interpretação ou atribuição, e recurso ao sistema de cuidados de saúde.

4

Relação Terapêutica

Em todas as situações na prática clínica, e talvez com uma maior importância nas doenças psicossomáticas, o papel do médico e a relação terapêutica com o doente são fundamentais.

O objetivo do médico é sempre gerar saúde e/ou aliviar o sofrimento do doente. Para tal, o médico deve ser capaz de recolher uma história precisa e saber distinguir entre o que o doente realmente precisa e o que este diz que quer [4].

Pode vezes, pode ser necessário fazer decisões baseadas em informação incompleta, o que é uma característica de um médico experiente [4].

É essencial compreender a experiência subjetiva da doença e o impacto familiar e social causado pela incapacidade [3].

Na relação com o doente, deve também haver uma adaptação do vocabulário utilizado com cada doente para que este compreenda o diagnóstico e o tratamento proposto.

4.1 Relação Médico-Doente na Somatização

No caso da somatização, muitas vezes as queixas dos doentes são desvalorizadas e noutros casos existe uma discrepância entre as expectativas do doente e as respostas do médico, o que prejudica a relação médico-doente [3].

De acordo com vários questionários realizados, foi encontrada uma maior dificuldade no estabelecimento de uma boa relação médico-doente nos casos de somatização, perturbação da personalidade e sintomas de ansiedade ou depressão [17].

Talvez uma das razões para esta dificuldade, seja o facto de os doentes não se comportarem como médico na nossa cultura espera que se comporte. Um "bom"doente deveria queixar-se de doenças físicas em termos somáticos e distúrbios emocionais em termos psicológicos, tal como deveriam aceitar a opinião do médico e aderir ao tratamento proposto. Na somatização, os doentes não se comportam segundo este modelo. Estes insistem que os seus sintomas físicos significam presença de doença física apesar do médico assegurar o contrário [18].

Estes doentes têm a necessidade de "provar que estão doentes", pressionando o médico para dar um diagnóstico e um tratamento o que faz com que o médico ceda e peça exames complementares de diagnóstico não previstos, causando iatrogenia [18] [3].

Nestes casos, é propício que se desenvolva uma relação médico-doente ambivalente e de tenso [18]. O que se encontra com frequência, é uma atitude do médico que não valoriza os fatores psicossociais e não dá uma explicação para os sintomas físicos sentidos pelo doente [3].

Neste "confronto", caso o médico desvalorize os sintomas como tendo uma "causa psicológica", o doente pode sentir-se culpabilizado e responsável pela própria doença [19] [3].

Por outro lado, o médico pode privilegiar a agenda física, não discutindo as questões de natureza social e emocional. Esta resposta somática não corresponde às necessidades do doente de apoio emocional [3].

É então essencial perceber as expectativas de cada doente para influenciar positivamente as suas crenças, reduzir ansiedade e melhorar a satisfação. Para tal deve-lhe ser facultada informação e uma explicação que faça sentido. "Os médicos deveriam partir da investigação clínica, antropológica, sociológica e psicológica, para refletirem na ciência e tecnologia das melhores explicações, em cada caso" [3] [19].

5

Placebo

Os placebos são usados na prática médica já desde o século XIX tendo passado de moda com o surgimento da medicina moderna. Contudo, com o conhecimento dos mecanismos dos placebos a nível neuronal, houve um "reacendimento da chama" dos placebos [5].

Para Raz, os placebos são um exemplo de ligação entre os factores psicossociais e os processos fisiológicos. Eles ligam a psicologia com as técnicas da neurociência e a fisiologia com as Ciências Sociais [5].

Mas afinal o que é o Placebo? Muitas definições atuais evocam a natureza não específica do efeito no tratamento como a característica do placebo, incluindo vários elementos de cuidado comuns não-farmacológicos e não-cirúrgicos, tais como descanso no leito, prescrição de exercício, relação médico/doente, entre outros [20].

Segundo Harrington, o efeito placebo é um fenómeno com três definições distintas, cada uma delas com a sua aplicação na sociedade. Podemos classificá-lo como [21]:

- uma sensação ilusória a curto-prazo de um melhorado estado de saúde que alguns doentes experienciam após toma de uma substancia inerte que se assemelha a um medicamento real
- os efeitos não específicos do tratamento médico que, em ensaios clínicos, têm que ser controlados para que os investigadores avaliem os efeitos específicos das novas intervenções, nomeadamente medicamentos
- um poderoso fenómeno mente-corpo com uma biologia específica "real"

Focando-nos na definição de placebo como um poderoso fenómeno mente-corpo, Harrington [21] diz-nos que esta surgiu no inicio dos anos 70, com o aparecimento de movimentos com uma orientação para uma medicina holística, em que era enfatizada a relação médico-doente, não patronizando os doentes, mas sim trabalhando juntos no processo de cura.

Ainda nos anos 70, a descoberta das endorfinas como analgésico natural do cérebro contribuiu para chegar a essa definição de placebo com a sua biologia específica.

5.1 Mecanismos de Ação

O primeiro estudo dos mecanismos dos placebos data de 1978, foi documentado por Levine e demonstrava evidência da base fisiológica do efeito de placebo na analgesia pós-operatória [22]. Esse estudo levou ao início da exploração e investigação da importância e dos mecanismos do efeito placebo em várias doenças [23].

É de notar que o sucesso dos ensaios clínicos para novos medicamentos diminuiu significativamente na última década devido à incapacidade de se demonstrar a sua eficácia terapêutica face ao grupo de controlo com placebo [2].

Os mecanismos de ação dos placebos em várias patologias, foram alvo de vários estudos,

usando técnicas convencionais, tais como EEG, PET, fMRI e DNA microarrays, que discrimino de seguida.

5.1.1 Mecanismo de Ação na Dor

A primeira evidencia bioquímica do efeito placebo demonstrou um papel do receptores μ -opioide na analgesia [2].

A fisiologia do efeito placebo é suportada por estudos de neuroimagem funcional que demonstram uma correlação entre um sinal dependente do nível de oxigénio no sangue nas regiões do cérebro que respondem à dor e a magnitude do efeito placebo.

Coincidindo com a ativação diminuída das regiões que respondem à dor, um grande número de estudos encontrou evidências que apoiam o recrutamento do sistema modulatório da dor que causam analgesia com placebo. [2].

Outros estudos de imagem revelaram que durante a antecipação da dor, a atividade do Córtex Pré-frontal Dorsolateral (DLPFC) e do Córtex Orbitofrontal (OFC) Figura 5.1, medida através do aumento do nível de oxigénio no sangue, correlaciona-se com uma consequente depressão do sinal nas áreas que respondem à dor. Enquanto que a atividade μ -opioide na DLPFC, medida por PET, correlaciona-se negativamente com a magnitude da antecipação do alívio da dor [2].

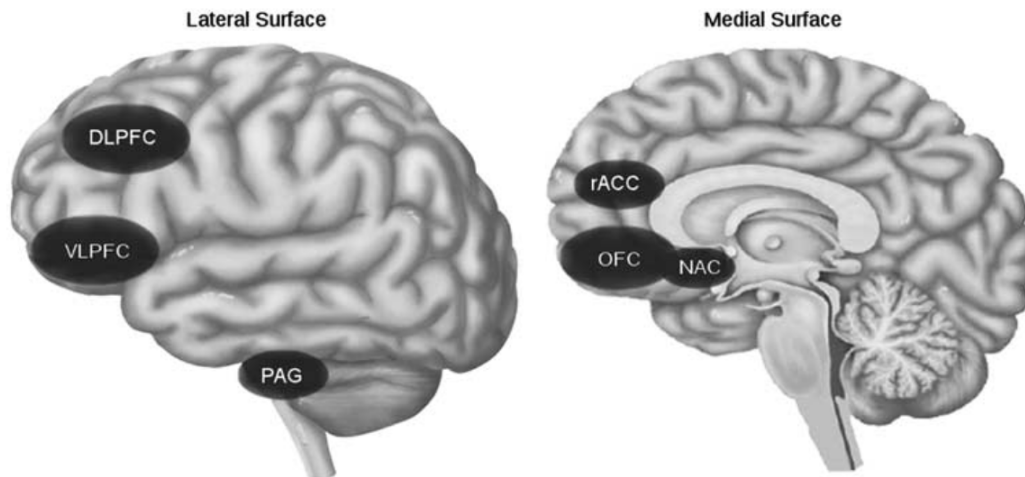


Figura 5.1: Regiões de Interesse em Estudos da Analgesia com Placebo [2]. DLPFC, Córtex Pré-frontal Dorsolateral; NAC, Núcleo Accumbens; OFC, Córtex Orbitofrontal; PAG, Substância Cinzenta Periaquedutal; rAAC, Córtex Cingulado Anterior Rostral; VLPFC, Córtex Pré-frontal Ventrolateral

Estudos mais recentes avaliaram a analgesia com placebo como uma forma de resposta de antecipação e foi encontrada evidência que apoia o envolvimento dos sistemas opiodérgicos e dopaminérgico neste modelo: Avaliando a atividade da Enzima Metabolizadora da Dopamina (COMT) que tem uma relação inversa com a quantidade de dopamina disponível, verificou-se que os sujeitos com menor atividade desta enzima tiveram melhorias mais significativas na sintomatologia; A COMT tem o seu maior efeito sobre a dopamina nas zonas DLPFC, VLPFC e OFC Figura 5.1, que são zonas identificadas e relacionadas com placebos em estudos de imagem fMRI.

A Neuroimagem demonstrou uma ligação entre a modulação genética da função dos neurotransmissores e ativação cerebral associada à resposta a placebos.

No geral, estes achados indicam que os fatores neurobiológicos podem contribuir para dife-

rentes respostas aos placebos [23].

5.1.2 Mecanismo de Ação na Ansiedade

A ansiedade tem a sua origem numa hiper-responsividade da amígdala e a resposta ao tratamento está frequentemente associada a uma diminuição dessa resposta [24].

Tal como na analgesia por placebo, a ansiólise por placebos é um exemplo do processamento de recompensa, associado a um aumento da atividade nas regiões OFC, AAC e VLPFC. O alívio sintomático está relacionado com atividade nas regiões modulatórias (ACC e VLPFC) e relacionados de forma negativa com atividade nas regiões do Córtex Extra-estriado e na Amígdala [25]

5.1.3 Mecanismo de Ação na Depressão

Uma meta-análise da resposta à terapêutica na depressão sugeriu que a maioria do benefício demonstrado por todas as classes de antidepressivos pode ser atribuído ao efeito placebo [26].

Vários estudos têm demonstrado que a proporção do efeito de placebo é virtualmente sempre 75% da encontrada com o medicamento ativo, independentemente da classe de antidepressivo utilizada [23].

Para o tratamento da Depressão com placebo, as regiões pré-frontais têm um papel predominante. Estudos demonstraram que doentes que respondem a placebo e doentes que respondem a medicação ativa, têm o mesmo padrão de ativação aumentada no Córtex Pré-frontal, Insula Posterior e Córtex Cingulado Posterior, ao mesmo tempo que apresentam uma diminuição da atividade no Córtex Cingulado Anterior, Parahipocampo e o Tálamo. Além disso, as semelhanças nas alterações no metabolismo da glicose nestes dois grupos, sugere uma via partilhada envolvendo a Serotonina [2].

5.2 Efeito Nocebo

O efeito Nocebo é o fenómeno-espelho, "o outro lado da moeda", do efeito placebo [27].

Tal como no efeito placebo a expectativa é considerada como o mecanismo central, o mesmo se pode dizer no efeito nocebo, contudo, neste caso sendo uma expectativa pessimista e não optimista [28].

Segundo Hahn [29] o efeito nocebo é "causar doença e morte pela expectativa de doença e morte e por estados emocionais associados".

As reações de nocebo podem surgir em duas formas: através de cefaleias, distúrbios gastrointestinais e outros sintomas inespecíficos; ou, quando a administração do medicamento é acompanhada por avisos de potenciais efeitos específicos, estes têm mais probabilidade de acontecer. Este efeito pode justificar o porquê de em tantos ensaios clínicos surgirem efeitos secundários nos grupos de controlo com placebo [30].

5.3 Ética na Prática Clínica

Como vimos até agora, os placebos são ou podem ser eficazes quando usados como alternativa aos medicamentos com compostos ativos. No entanto, podem surgir problemas éticos quando se considera o seu uso na prática clínica.

O problema mais frequentemente levantado é que o médico está a enganar o doente, pois o doente quer um tratamento efetivo e em vez disso está a receber uma substância supostamente inerte, o placebo [20].

Ora, esta ideia parte do pressuposto que a única maneira do médico ajudar o doente é através de fármacos ou procedimentos racionais. Isto não é verdade, o médico intervém no processo de cura em vários pontos e não reduz a sua ação à parte biomédica do tratamento [20].

Até que ponto deve o médico revelar ao doente a natureza inerte do medicamento placebo? A divulgação do mecanismo de ação dos placebos pode levar à extinção do comportamento condicionado e com ele a extinção do efeito placebo [20].

De entre um conjunto de guidelines descritas por P Lichtenberg, U Heresco-Levy, U Nitzan destaque [20]:

- O placebo não pode ser dado no lugar de outra medicação que o médico considere mais eficaz. A administração de placebo deve ser considerada quando o doente é refratário ao tratamento padrão, sofre de efeitos secundários ou está numa situação em que tratamento padrão não existe.
- O médico não deve hesitar em responder honestamente quando perguntado sobre a natureza e os efeitos esperados do tratamento com placebo que está a oferecer.

Oferecer um tratamento com placebo requer que o médico aceite que ele próprio é parte integrante da cura [20].

6

Conclusão

As doenças psicossomáticas são uma realidade para muitos doentes que, apesar de muitas vezes desvalorizada pelos médicos e pela sociedade, possivelmente por não se manifestarem com alterações no exame físico, imagiológico ou analítico, têm um grande impacto na qualidade de vida dos doentes e estão associadas a um grande sofrimento individual e interpessoal.

As perturbações psicossomáticas são também muitas vezes associadas, por não serem compreendidas pela sociedade, a fraqueza do doente, pois este é considerado o culpado da sua própria doença "imaginária". Isto complica ainda mais o seu já difícil diagnóstico. O doente refere apenas as suas queixas somáticas e insiste na procura de uma justificação médica para esses sintomas, quando o caminho para a cura está em fazer o doente perceber e aceitar a justificação para o que sente. Para esse efeito, o papel do médico é essencial.

Tal como podemos olhar para os distúrbios psicossomáticos como um exemplo de uma

relação mente-corpo com influência negativa no bem estar dos doentes, também o pensamento positivo é também uma forma de relação mente-corpo que, pelo contrário, pode influenciar de forma positiva o curso duma doença. Nesse âmbito, a comunicação entre o médico e o doente é o mecanismo chave para o tratamento, e é também o principal fator para a eficácia dos placebos.

Ao analisar estudos dos efeitos dos placebos em várias patologias como depressão, ansiedade e na dor, torna-se evidente que existem alterações a nível neurobiológico nos indivíduos sujeitos a tratamento com placebos.

Através de um uso criterioso, sempre acompanhado de um suporte emocional por parte do médico, os placebos podem ser considerados uma forte arma no tratamento de várias patologias, nomeadamente das doenças psicossomáticas.

7

Agradecimentos

Agradeço a disponibilidade e orientação do Professor e Orientador Dr. Manuel João Quartilho.

Bibliografia

- [1] AD Craig. Human feelings: why are some more aware than others? *Trends in cognitive sciences*, 8(6):239–241, 2004.
- [2] R D Holmes, A K Tiwari, and J L Kennedy. Mechanisms of the placebo effect in pain and psychiatric disorders. *Pharmacogenomics J*, 16(November 2015):1–10, 2016.
- [3] Manuel João Quartilho. *O processo de somatização: conceitos, avaliação e tratamento*. Imprensa da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2016.
- [4] Francesc Borrell-Carrió, Anthony L Suchman, and Ronald M Epstein. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *The Annals of Family Medicine*, 2(6):576–582, 2004.
- [5] Amir Raz, Eugene Raikhel, and Ran D. Anbar. Placebos in medicine: Knowledge, beliefs, and patterns of use. *McGill Journal of Medicine*, 11(2):206–211, 2008.
- [6] Jon Stone, Matthew Colyer, Steve Feltbower, Alan Carson, and Michael Sharpe. “psychosomatic”: a systematic review of its meaning in newspaper articles. *Psychosomatics*, 45(4):287–290, 2004.
- [7] George Graham. *The disordered mind: An introduction to philosophy of mind and mental illness*. Routledge, 2013.
- [8] George L Engel. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*, 137(5):535–544, 1980.

-
- [9] Moshe Torem, Stephen M Saravay, and Herbert Steinberg. Psychiatric liaison: benefits of an 'active' approach. *Psychosomatics*, 20(9):598–611, 1979.
- [10] Dwight L Evans, Dennis S Charney, Lydia Lewis, Robert N Golden, Jack M Gorman, K Ranga Rama Krishnan, Charles B Nemeroff, J Douglas Bremner, Robert M Carney, James C Coyne, et al. Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. *Biological psychiatry*, 58(3):175–189, 2005.
- [11] Michael Von Korff, Kate Margaret Scott, and Oye Gureje. *Global perspectives on mental-physical comorbidity in the WHO World Mental Health Surveys*. Cambridge University Press, 2009.
- [12] K. M. Scott, R. Bruffaerts, A. Tsang, J. Ormel, J. Alonso, M. C. Angermeyer, C. Benjet, E. Bromet, G. de Girolamo, R. de Graaf, I. Gasquet, O. Gureje, J. M. Haro, Y. He, R. C. Kessler, D. Levinson, Z. N. Mneimneh, M. A. Oakley Browne, J. Posada-Villa, D. J. Stein, T. Takeshima, and M. Von Korff. Depression-anxiety relationships with chronic physical conditions: Results from the World Mental Health surveys. *Journal of Affective Disorders*, 103(1-3):113–120, 2007.
- [13] Robert F Anda, Vincent J Felitti, J Douglas Bremner, John D Walker, CH Whitfield, Bruce D Perry, Sh R Dube, and Wayne H Giles. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 256(3):174–186, 2006.
- [14] Catharine R Gale and Christopher N Martyn. Birth weight and later risk of depression in a national birth cohort. *The British Journal of Psychiatry*, 184(1):28–33, 2004.
- [15] Clyde Hertzman. The biological embedding of early experience and its effects on health in adulthood. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896(1):85–95, 1999.
-

- [16] Oliver G Cameron. Interoception: the inside story—a model for psychosomatic processes. *Psychosomatic medicine*, 63(5):697–710, 2001.
- [17] Steven R Hahn, Kenneth S Thompson, Thomas A Wills, Virginia Stern, and Nancy S Budner. The difficult doctor-patient relationship: somatization, personality and psychopathology. *Journal of clinical epidemiology*, 47(6):647–657, 1994.
- [18] ZJ Lipowski. Somatization: a borderland between medicine and psychiatry. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 135(6):609, 1986.
- [19] Peter Salmon. Conflict, collusion or collaboration in consultations about medically unexplained symptoms: the need for a curriculum of medical explanation. *Patient education and counseling*, 67(3):246–254, 2007.
- [20] P Lichtenberg, U Heresco-Levy, and U Nitzan. The ethics of the placebo in clinical practice. *Journal of medical ethics*, 30(6):551–4, 2004.
- [21] Anne Harrington. The Many Meanings of the Placebo Effect: Where They Came From, Why They Matter. *BioSocieties*, 1(2):181–193, 2006.
- [22] JonD Levine, NewtonC Gordon, and HowardL Fields. The mechanism of placebo analgesia. *The Lancet*, 312(8091):654–657, 1978.
- [23] Danielle Murray and a Jon Stoessl. Mechanisms and therapeutic implications of the placebo effect in neurological and psychiatric conditions. *Pharmacology & therapeutics*, 140(3):306–18, 2013.
- [24] Katharina Domschke and Udo Dannlowski. Imaging genetics of anxiety disorders. *Neuroimage*, 53(3):822–831, 2010.

- [25] Predrag Petrovic, Thomas Dietrich, Peter Fransson, Jesper Andersson, Katrina Carlsson, and Martin Ingvar. Placebo in emotional processing—induced expectations of anxiety relief activate a generalized modulatory network. *Neuron*, 46(6):957–969, 2005.
- [26] Irving Kirsch and Guy Sapirstein. Listening to prozac but hearing placebo: A meta-analysis of antidepressant medication., 1998.
- [27] Shlomo Cohen. The nocebo effect of informed consent. *Bioethics*, 28(3):147–154, 2014.
- [28] Miro Jakovljevic. The placebo-nocebo response: Controversies and challenges from clinical and research perspective. *European Neuropsychopharmacology*, 24(3):333–341, 2014.
- [29] Robert A Hahn. Scope and foundations 3. *The placebo effect: An interdisciplinary exploration*, 8:56, 1999.
- [30] Morton E. Tavel. The placebo effect: The Good, the Bad, and the Ugly. *American Journal of Medicine*, 127(6):484–488, 2014.