

Programa de pesquisas apresentado para

**Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental
(AUPPF)**

Felipe Lessa da Fonseca – 2024

SINTOMAS SOMÁTICOS, FUNCIONALIDADE E AFETOS

1. Resumo

Apresentamos aqui um plano de trabalho com duas frentes de estudos. A primeira frente, como projeto de pesquisa em andamento no Ambulatório SOMA-IPq, apresenta um apanhado histórico sobre os fenômenos no espectro de Sintomas Somáticos e a circunscrição do problema entre os *sintomas* corporais, os *afetos* e a *funcionalidade* dos pacientes atendidos. A seguir, detalha-se a estratégia de pesquisa, que se serve de instrumentos da psiquiatria cognitiva (análise fatorial) para observação de categorias psicanalíticas. A segunda frente, ocupa-se das dificuldades epistemológicas, sobretudo no entendimento das relações entre a noção de Inibição do Eu (imbricada nos conceitos de sintoma e angústia, segundo Freud) e a noção de Funcionalidade da medicina social da CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade), explorando os limites e as convergências das noções de incapacitação, limitação e de restrição, em face das noções de Lacan sobre a inibição, o impedimento e o embaraço do agir.

2. Plano geral de trabalho

O presente plano de trabalho faz convergir duas linhas de investigação: um estudo epistemológico e outro estudo observacional por meio de questionários. A primeira linha desenvolverá uma avaliação coletiva e transversal que deverá beneficiar a segunda linha de investigação, teórico-conceitual, de modo a se buscar “cerzir” conhecimentos psicanalíticos e psiquiátricos por uma estratégia quali-quantitativa.

Como pesquisa observacional do tipo transversal, serão investigadas as correlações entre seis variáveis; Sintomas Somáticos, Ansiedade Generalizada e Depressão, Funcionalidade e Traumas Infantis – agrupando as ansiedades e as depressões entre os fatores Afetivos, e considerando as incapacitações Funcionais como inibições subjetivas.

Essa pesquisa já dispõe de uma primeira coleta de dados que resultou apenas na descrição epidemiológica da população atendida no Ambulatório SOMA, no primeiro semestre de 2020. Esta sondagem serviu de piloto para reformulação dos interesses de pesquisa, porém, estes resultados não serão apresentados aqui, pois o desenho atual da pesquisa visa estabelecer o prisma de uma epidemiologia mais analítica, ou crítica, que possa ensejar questões sobre a subjetividade nesta população. As escolhas metodológicas, objetivos e cronograma, estão detalhadas abaixo, em seções específicas.

3. Uma articulação possível entre a psicanálise e psiquiatria

A compreensão das situações ligadas ao processo saúde-doença demanda a abordagem integral dos sujeitos, portanto, envolve a compreensão das disposições subjetivas intrínsecas à produção das inibições do Eu, à formação dos sintomas, e ao desenvolvimento das perturbações afetivas (angustias e depressões). Junto ao horizonte (contínuo e interminável) da análise das cadeias de significação que sustentam os processos subjetivos; as formas do mal-estar, das substituições sintomáticas e das limitações funcionais apresentam-se como três categorias passíveis de observação – que podem ser abordadas tanto pela psicanálise como pela psiquiatria.

A linha de investigação (teórica) será apontada neste plano de trabalho apenas à título de introdução. Trabalharemos o conceito de “inibição do Eu” pelo prisma *dos impedimentos e embaraços* do sujeito que não pode por em ato suas habilidades, ficando paralisado ou constringendo as “funções do Eu” (Freud). As complicações afetivas (humores e ansiedades) derivadas dos conflitos e desejos inconscientes têm efeitos diretos na formação dos sintomas e nas restrições da capacidade de agir – quando as inibições se apresentam em seu caráter sintomático. O conceito de “inibição” passou por diferentes concepções ao longo da obra de Freud – indo do efeito de “repressão” ou “defesa” contra as pulsões no início de sua obra, até a incapacitação das funções ativas do Eu, em *Sintoma Inibição e Angústia* de 1926 – e por essa evolução conceitual, o tema exigirá uma atenção especial.

Também em diferentes momentos, Lacan trabalhou sobre esse conceito destacando sua intrincada relação com os sintomas e com a perturbação dos afetos. As noções de *inibição, impedimento e embaraço*, vistas em maior ou menor grau de complexidade e em níveis maiores ou menores de movimento ou possibilidade de colocar os desejos em atos, são estudadas por Lacan em face dos registros do imaginário, do real e do simbólico. O peso dos efeitos imaginários na paralização, a experiência real do impedimento sintomático e a dimensão simbólica do embaraço dos atos dos sujeitos – situam as condições patológicas do agir; entre a estagnação, a atuação e a passagem ao ato, segundo Lacan. O sofisticado estudo de Lacan sobre os laços *borromeanos* (RSI) e as três dimensões do sofrimento subjetivo (sintoma, inibição e

angústia) tem um complexo desenvolvimento teórico, e refletem condições dos acontecimentos que se manifestam como *phatos* subjetivo; sobre as quais o trabalho psicanalítico obtém os canhos terapêuticos que não podemos dispensar.

A lógica lacaniana, insuflada por cálculos e digressões filosóficas faz parecer que algum idealismo abstrato anima sua apreensão dos fenômenos, dificultando o entendimento do pragmatismo que subjaz sua abordagem sobre o como e o que move os sujeitos; entre os tempos de ver, refletir e decidir por uma ação. Porém, o retorno aos conceitos de Freud, feitos visando os avanços sofisticados propostos por Lacan, nos oferecem a trilha de uma visão prática e útil para a articulação que nos interessa ressaltar. As funções do Eu (enquanto capacidade de por em ato as habilidades do sujeito) dada a ignorância sobre o que se processa inconscientemente, operam inibições imaginárias e embaraços simbólicos, transtornando a possibilidade de perceber, analisar e agir – o que se manifesta como um impedimento real.

Além disso, o conceito de inibição pede esclarecimentos a propósito do lastro emocional que acompanha a figura geral que esse significante sugere. O perfil do sujeito inibido aproxima-se e confunde-se com as condições da timidez e do constrangimento social. Aquém do que se poderia considerar algum sintoma de fobia social; a vergonha e o embaraço frente aos outros (como um cálculo sobre o olhar dos outros) sugerem que essas perturbações subjetivas estejam associadas (ou dissociadas) em meio as condições de percepção, reflexão e ação junto aos outros. Frente aos outros, a consciência perceptiva vê-se impregnada das inclinações afetivas do sujeito que, de pronto, analisa sua posição e a posição dos outros e das coisas, para então, comportar-se em função do andamento e do desembaraço desse processo. Com maior ou menor inibição, os atos comuns (e os patológicos) ocorrem no ritmo de processos afetivo-cognitivos mais ou menos hesitantes, que conduzem as tomadas de atitude.

A segunda linha de estudo irá investigar principalmente as relações entre a noção de função do Eu da psicanálise, e a noção de Funcionalidade geral da medicina social e da psiquiatria – refletindo sobre as complicações conceituais dessa aproximação.

A medicina social, desde 2001, pela proposição da OMS, ganhou uma base útil e mais integral para compreensão dos processos biopsicossociais nas situações de saúde, envolvendo a saúde mental. A OMS produziu a CIF (*Classificação Internacional de Funcionalidade*) que é uma detalhada lista de descrições – sem pretensão etiológica – das disfunções possíveis que podem afetar as estruturas e funções do corpo, e da vida de alguém. Não se compreende mais o prejuízo na funcionalidade com uma mera consequência linear de uma doença ou deficiência física, mas sim, como um prejuízo ou insuficiência inerente ao processo saúde-doença como um todo. Ou seja, a funcionalidade ou a incapacitação passaram a ser entendidas como parte dinâmica (bio-político-social) do acontecimento patológico nos indivíduos. A funcionalidade social é vista como parte do estado da pessoa, onde pode haver

uma perda de capacidade ou de desempenho, por deficiência ou incapacidade de colocar-se em atividade (física e mental) e de participar social e politicamente em seu meio. A ausência de facilitadores (adaptações) ou a presença de obstáculos e restrições (preconceitos, atitudes limitantes) são considerados parte da perda funcional dos sujeitos.

Na CIF, a “influência” de fatores pessoais (contextuais) não encontra classificação, pois a dimensão da subjetiva dos indivíduos e a diversidade antropológica e cultural talvez sejam infinitas, o que não permite uma classificação ordenada. No entanto, a CIF apresenta a descrição comportamental de um grande número de formas de atividades: domésticas, escolares e profissionais; e formas de participação social – todas descritas e presumidas como parte da funcionalidade integral das pessoas. Assim, a concepção de sujeito da CIF compreende um indivíduo socialmente integrado, e propõe a avaliação de 5 níveis (escala Likert) de desempenho das capacidades, em seis domínios (cognição, mobilidade, autocuidados, relações interpessoais, atividade diária, participação). A integralidade estrutural e funcional do corpo deve permitir que, o cérebro e o sistema nervoso funcionem, que os olhos enxerguem, que as pernas andem, e que o indivíduo seja ativo e participe – sem obstáculos e restrições – de sua vida comunitária, conforme seu meio ambiente. Uma longa lista de estruturas e funções do corpo, de atividades e possibilidades de participação (e de fatores ambientais) serve de base para elaboração de questionários na medicina, na fisioterapia, na educação física, na avaliação de qualidade de vida, nos estudos de impacto social de doenças, etc.

A OMS oferece duas versões de questionários padronizados que abordam os cinco domínios funcionais; o WHODAS 36 e o WHODAS 12 (*World Health Organization, Disability Assessment Schedule*), que será utilizado na primeira linha de investigação – detalhada abaixo sob a forma de Projeto de Pesquisa.

Se de um lado a medicina social (e a psiquiatria social) incluem aspectos políticos e bioéticos na consideração do estado de saúde, de outro lado, a normatização das formas de vida ganha uma longa e exigente lista de prescrições comportamentais. Ao não serem contemplados pela CIF, os chamados “fatores pessoais” (contextuais) deixam em aberto a devida consideração pela subjetividade, pois tomam as pessoas como indivíduos, e não têm em conta a condição dividida (cindida) e plural dos sujeitos. Esse problema toca diretamente o problema da inibição subjetiva do agir (exposta acima) que contrasta com e complementa o entendimento da funcionalidade social dos sujeitos. Assim, esta aproximação teórica entre as funções do Eu e a funcionalidade social dos sujeitos exige ainda uma análise mais cuidadosa, que já está em marcha na segunda linha deste plano de trabalho.

*

A primeira linha de investigação, apresentada aqui a título de projeto de pesquisa, irá articular a análise fatorial de dados obtidos por inquéritos,

seguida da devida consideração da subjetividade, segundo uma concepção psicanalítica – interpretando quatro categorias clínicas que, em conjunto, descrevem o estado dos sujeitos. Não se trata de simular qualquer fricção epistemológica entre a psicanálise e a psicologia psicométrica; pois as discrepâncias conceituais e as distâncias metodológicas entre elas não permitem correspondências. Porém, trata-se de servir-se das práticas de investigação que criam indicadores sociais e geram registos sobre grupos populacionais – e que, em certo sentido, registram vertentes das representações sociais que se apresentam como conhecimentos científicos ou como saberes convencidos de sua validade.

A reflexão sobre as dificuldades conceituais na articulação das perspectivas da psicanálise e da psiquiatria (e da medicina social) envolve a análise crítica de certezas epistemológicas tradicionais, que devem servir para a aproximação metodológica entre essas disciplinas – o que será melhor detalhado em boa hora, no andamento da segunda linha de investigação. Esses estudos já contam com um primeiro levantamento, ainda não sistemático, de textos e referências sobre o assunto. Contudo, por se tratar de uma aproximação entre campos conceituais bastante distintos, o contraste das noções e a consubstanciação dos argumentos depende um olhar livre de qualquer rigidez objetivista (e substancialista), seja na psiquiatria ou na psicanálise. Nem o pragmatismo funcionalista de curto alcance, cujo senso de utilidade atende aos grupos (ou culturas) sem uma franca autocrítica etnocêntrica; e nem o subjetivismo idealista que se ilude no solipsismo de grupos (ou coletivos) espelhados entre si, sem acordo público mais amplo.

Assim, o senso de certa desobediência epistêmica deve favorecer o desejo de solidariedade na produção de conhecimentos. Para isso, torna-se necessária determinada compressão epistemológica que envolva a autocrítica e alguma disposição pragmática relativista, no sentido de suportar a suspensão de certas convicções sobre a verdade e de assumir o risco os desacordos sobre o real. Isso porque, ao relativizar as certezas teóricas e conceituais cresce o temor da incoerência e da inconsistência, *como se*, a consideração das funções da subjetividade; ou levasse ao abandono do desejo de objetividade; ou levasse a ignorância sobre os acordos intersubjetivos que acompanham as ciências em geral e permeiam o senso de realidade em todos os coletivos. (cf. Rorty,, 1993)

Tendo em conta a tolerância epistemológica e pragmática suficiente (e necessária) para certa construção transdisciplinar, considera-se que o fenômeno manifesto tem seu referente real na experiência do sujeito, e é sobre isso que versam as diferentes disciplinas. Nesse sentido, a observação da impossibilidade do movimento dos sujeitos (bem como os modos sintomáticos de agir, e as perturbações emocionais da atividade) ganham diferentes descrições e explicações, conforme o aparato teórico empregado.

O modelo do arco-reflexo simples nas teorias comportamentais, ou as reduções cognitivistas dos modelos neuro-desenvolvimentistas atuais confiam em registos que, pela repetibilidade e pela concordância estatística,

acreditam obter a melhor validação científica possível. As bases epistêmicas desta confiança (ou confiabilidade) fiam-se no sentimento de certeza gerado pelo empenho estatístico em evitar as variáveis subjetivas inerentes tanto a abordagem do pesquisador, como a própria condição dos sujeitos estudados. (Kirk, 1992)

Em que pese a alegria da difusão de resultados numéricos, os ganhos terapêuticos registrados pelas práticas cognitivas merecem atenção e respeito. A despeito das explicações teóricas cultivadas; nas relações entre terapeutas e pacientes circulam afetos (e desejos) e são analisadas as cognições (cadeias significantes) perturbadoras. É de se esperar que o manejo destas crenças cognitivas e dos afetos socialmente associados (fantasias sobre si e os outros) produzam efeitos terapêuticos. O desejo de eficiência (redução de tempo e recurso) parece empolgar as análises dos resultados, que se animam na descrição da eficácia de curto prazo, buscando observar a mudança de crenças e comportamentos, em conformidade com os objetivos específicos do tratamento. Entretanto, em tantos casos, a efetividade dos tratamentos nos médio e longo prazos mostra-se mais complexa e menos quantificável, dado que a análise do conjunto das variáveis na vida dos sujeitos não pode ser reduzida no planejamento objetivo do tratamento.

Ainda que a modificação de pensamentos e atos sintomáticos, e o controle dos afetos sejam desejáveis, a boa funcionalidade dos sujeitos não se resume à resolução de elementos isolados, tomados como patológicos por si sós. Efetivamente, a funcionalidade subjetiva integra-se ao conjunto das variáveis que determinam o estado e o processo saúde-doença do paciente, o que, na maioria dos casos, não se modifica com um número pré-determinado de sessões programadas pelo tratamento.

A psicometria apresenta problemas semelhantes. Ainda que os inquéritos cognitivos sirvam para estabelecer parâmetros sobre a intensidade das variáveis que se quer medir; ao buscar avaliar os fenômenos latentes (não-observáveis – referentes dos questionários) a ambição de eliminar os aspectos subjetivos credita ao processo uma objetividade maior do que a ponderação dos coeficientes de erros e desvios pode garantir. Os coeficientes de concordância (Kappa, Croenbsch, etc.) que visam conferir validade e confiabilidade às medidas e às escalas – por mais que se repliquem os estudos de validação – não conseguem garantir o consenso geral sobre a complexidade da experiência subjetiva dos pacientes. Para os muitos fenômenos da vida mental foram produzidos incontáveis instrumentos de avaliação; da inteligência às diferentes alterações emocionais. Nas últimas décadas, multiplicam-se os “testes” e os estudos de validação específicos, que constituem uma das principais estratégias de pesquisa da psiquiatria e da medicina social.

Além de várias escalas para medir níveis de perda funcional (já citamos a WHODAS) existem muitas outras escalas feitas para avaliar a depressão e ansiedade, etc.; e também existem algumas escalas para medir a intensidade de sintomas somáticos (PHQ-15; SSS-8; SSD-12, entre outras). Estes

instrumentos tem uma utilidade relativa e aproximativa – e como detalhamos no projeto, nos serviremos de alguns deles para avaliação de um coletivo de pacientes. Com isso, certo horizonte do desejo de objetividade pode ser trabalhado, pois presta esclarecimentos e estabelece parâmetros, mesmo se, a respeito destes “testes”, o “acordo científico” entre os profissionais da saúde mental talvez nunca alcance a generalidade suficiente para conquistar a certeza científica almejada – e a respeito das categorias psicopatológicas, como observou Sonnenhich (2007), também não se alcançou a universalidade pretendida pela psiquiatria classificatória.

Não obstante, ao abordar processos coletivos, a epidemiologia (e os métodos estatísticos) representam valiosas estratégias de estudos da distribuição social do sofrimento psíquico, bem como, de investigação de processos psicopatológicos de populações específicas. Se as abordagens quantitativas dos sujeitos singulares não podem atingir a precisão pragmática pretendida, pois não conseguem se desvencilhar da subjetividade nos dois polos de processo de investigação (sujeito e objeto), ao abordar coletivos de sujeitos apenas indiretamente relacionados, os métodos quantitativos oferecem indicadores fecundos e interessantes. São conhecidas, em várias áreas da saúde, as vantagens das descrições populacionais, dos estudos analíticos, estudos de coorte, de caso controle, etc.

Com isso, em nossa primeira linha de investigação, o estudo (transversal) da população atendida em um Ambulatório permitirá uma abordagem quantitativas de variáveis interrelacionadas (covariáveis), focadas nas três dimensões determinantes do estado subjetivo dos sujeitos, que estamos destacando; sintomas, funcionalidade e afetos. Considerando as limitações apresentadas, a abordagem quantitativa do coletivo dos pacientes atendidos por meio dos questionários padronizados (para sintomas somáticos, para ansiedade generalizada e para depressão, para funcionalidade, e a mais um para lembranças traumáticas – melhor apresentados abaixo) deverá dar ensejo a uma reflexão qualitativa sobre quatro grandes variáveis que determinam as condições subjetivas e patológicas dos pacientes.

4. Breve história dos sintomas somáticos

O extenso campo de questões relacionadas ao espectro de sintomas somáticos conta com diferentes frentes de investigação e com larga literatura sobre o assunto. Deixaremos as interessantes concepções da Antiguidade e da Idade Média para outra ocasião; abordaremos aqui apenas o desenrolar da história moderna e contemporânea, focados nas categorias se referem aos aspectos psíquicos do sofrimento corporal. Ao longo da história da medicina moderna foram muitas as modificações das categorias diagnósticas que refletiam o problema da participação de processos psicológicos na formação de sintomas corporais. Vão das muitas definições dos quadros históricos, passando por várias concepções dos fenômenos de somatização e de

adoecimentos psicossomáticos, chegando às recentes categorias dos sistemas classificatórios do DSM (*Diagnostic and Statistical M. of Mental Disorder*) e da CID (Classificação Internacional de Doenças).

Desde antes do século XVII até o início do século XX, o desenvolvimento dos conhecimentos e das especialidades médicas permitiu a progressiva identificação de quadros clínicos sobre os quais *não* se reconheciam causas orgânicas – para os quais atribuíam-se razões emocionais e/ou morais. Sydenham (1624-1689) descreveu os sintomas físicos de quadros histéricos e os distinguiu da mania e do aspecto mental da hipocondria, identificando ainda a Coreia Reumática involuntária, e a gota. John Ferriar (1795), pela primeira vez referiu-se às "conversões histéricas" produzindo epilepsias, e também procurou separá-las das hipocondrias. Paul Briquet (1796-1881) revisou os conceitos médicos sobre a histeria e definiu seus sintomas principais; também indicou o que chamou de causas determinantes (fatores que atuam na parte do cérebro responsável pelas sensações afetivas, passionais e dolorosas...) e causas predisponentes (sexo, idade, saúde dos pais, constituição física e disposição moral, clima, posição social, educação, alimentação, doenças anteriores, estado de saúde atual, etc.). Charcot (1825-1893) avançou na investigação sobre as etiologias traumáticas e hereditárias, descrevendo o curso das crises histéricas, e mostrando seu caráter psicológico por meio de experiências com as hipnosos. É conhecida a influência de Charcot sobre a visão de Freud a respeito das histerias.

Pierre Janet (1859-1947) introduziu a noção de "dissociação" para explicar os fenômenos somáticos nas histerias, falando da dupla consciência, da auto hipnose e das formas do automatismo inconsciente. Janet, Babinsk e outros discípulos de Charcot contribuíram muito para a diferenciar dos sintomas histéricos de outros quadros neurológicos. O desenvolvimento das clínicas neurológica e psiquiátrica favoreceu a discriminação dos casos com etiologia orgânica (síndromes genéticas e disfunções fisiológicas, etc.) daqueles que seguiram sem explicação médica para os sintomas corporais. A hipnose, a sugestão e a autoridade moral dos médicos prestavam-se a condução dos tratamentos; onde também prescrevia-se valeriana, sofonal, hidrato de cloral, morfina, chás, injeções, banhos e emplastros, etc., embora as explicações dos processos mentais e da razão dos efeitos dessas substâncias, fossem ainda apenas exercícios iniciais da racionalidade positivista da época.

Freud e Josef Breuer no famoso texto, *Estudos Sobre a Histeria* (1882), investigaram as determinantes psíquicas (traumas afetivos, amorosos e sexuais) na formação de sintomas somáticos na histeria. Ainda que Breuer não estivesse disposto a enfatizar ou argumentar pela etiologia sexual das neuroses, sustentou com Freud a tese de que fatores traumáticos – pela impossibilidade de "ab-reação" e por meio de "processos inconscientes" – produziram efeitos *conversivos* característicos dos sintomas corporais histéricos. Se o recalque das pulsões e das memórias realizam as conversões nas histerias, para Freud, a operação do recalque (como dissociação da consciência) também participa da formação de sintomas físicos nas hipocondrias, acompanhadas de delírios persecutórios sobre o próprio corpo...

Contudo, as muitas formas da histeria nas formulações de Freud; histeria de angústia, histeria de conversão, a histeria traumática e a neurose histérica sugerem que a posição histérica seja anterior e mais primária em relação as neuroses obsessivas ou hipocondríacas. O monismo de Freud o leva a concepção das neuroses (e das psicoses) compreendidas em seus sintomas psíquicos e psicossomáticos, com diferentes fixações e significações corporais, situadas entre as predisposições pulsionais do corpo e as histórias familiares e sociais dos sujeitos.

Na primeira metade do século XX, a psicanálise e as abordagens psicossomáticas desenvolveram diferentes modelos diagnósticos, e pautaram as principais estratégias terapêuticas para lidar com sintomas somáticos e/ou psicogênicos. Wilhelm Stekel (1924) utilizou pela primeira vez o termo somatização (*somatisieren*) pensando a “conversão de estados emocionais em sintomas físicos”. Em 1926, Sandor Ferenczi propôs a noção de “neurose de órgão” e investigou a influência de processos psíquicos nas doenças orgânicas. A noção de somatização (emparelhada à noção de conversão) seguiu o princípio geral de Freud, pelo qual a impossibilidade de elaboração consciente dos afetos leva as “energias” inconscientes a produzirem efeitos no corpo. Wilhelm Reich e depois Alexander Lowen desenvolveram a “bioenergética”, que desdobra uma psicossomática dedicada a relacionar aspectos psicodinâmicos da personalidade (e do caráter) às diferentes situações de adoecimento. A noção de “neurose vegetativa” de Franz Alexander (1950) relacionou as funções do sistema nervoso autônomo aos conteúdos psicodinâmicos, propondo o monismo psicofísico como base das pesquisas psicossomáticas psicanalíticas. Também, na chamada Escola de Paris, investigando as disposições psíquicas para o adoecimento, Pierre Marty e M’Uzan (1963) explicaram as psicossomatizações pela baixa capacidade de elaboração simbólica dos conflitos afetivos, sob a condição de pensamentos operatórios, conformando o que chamaram de “neuroses operatórias”. Ainda, desde a psicanálise, a noção de “alexitimia” (falta de léxico afetivo) de Peter Sifneos (1972) diz respeito aos efeitos somáticos causados pela incapacidade de identificar sentimentos subjetivos, pela dificuldade de distinguir emoções e sensações físicas e as expressar.

Na segunda metade do século XX, o tema dos processos psicofisiológicos formando as “neuroses de órgão” (ou “neuroses vegetativas”) serviu de base para outras psicologias e configurou o prisma geral das pesquisas psicossomáticas na psiquiatria. A psicologia comportamental passou a ocupar-se do assunto em termos dos impasses entre os processos cognitivos e a percepção das ansiedades somáticas. Lipowsky (1968) falou da somatização em termos da tendência a experimentar e comunicar *ansiedades somáticas* e sintomas não baseados em achados patológicos. A psicologia cognitiva comportamental, de um modo geral, investigou o conceito de “somatização” buscando compreender as formas como os pacientes apresentam e expressam as sensações corporais e as queixas dos sintomas. Bridges e Goldberg (1985) ocuparam-se das “atribuições somáticas” e do comportamento de repetição de consultas; já diferenciando-as das

somatizações funcionais (sem explicação médica, neurológica) – e tratando em separado as comorbidades psiquiátricas.

O DSM I (1952) e o DSM II (1968) adotaram concepções organogenéticas, com bases psicodinâmicas inspiradas na psicanálise. O DSM I utilizou a categoria maior de Transtornos Psicofisiológicos Autonômicos e Viscerais, falando nas “neuroses de órgão” e classificando as “reações psicofisiológicas”: dérmicas, musculoesqueléticas, respiratórias, cardiovasculares, linfáticas, geniturinárias, endócrinas, e as reações do sistema nervoso. Em separado, apresentavam as “reações dissociativas” e as “reações conversivas” – sendo a reação conversiva considerada sinônimo de “histeria de conversão”. Em 1968, de modo parecido, o DSM II, nomeou a categoria como Transtorno Psicofisiológico, e classificou os mesmos Transtornos de órgãos (psicofisiológicos) exceto o do sistema nervoso. O DSM II, sob a categoria das Neuroses classificou as Neuroses Históricas em dois tipos: Neurose Histórica do tipo Conversivo, e Neurose Histórica do tipo Dissociativa. Além das observações sobre as condições simbólicas associadas aos conflitos subjacentes, o sentido do recalque permeia as noções de dissociações/conversões e da psicossomática das funções de órgão. Cabe notar que, neste esforço classificatório do DSM II já se pode reconhecer o empenho em reconhecer os sintomas de perfil neurológico e separá-los das demais afecções corporais.

Vale notar que o DSM II faz uma primeira e discreta observação sobre a importância de diferenciar os quadros Históricos e os Psicofisiológicos dos quadros de *Malingering*, que manifestam doenças fabricadas, ou fingimento consciente dos sintomas corporais. A observação deste fenômeno, nas décadas seguintes, levou formulação do diagnóstico de Transtorno Factício (correlato da Síndrome de Münchhausen), especificando a fabricação consciente e deliberada de sintomas físicos ou mentais, e os classificados entre Autoimposto e Imposto ao outro.

Nos DSM III (1983) e DSM IV-R (2000) promoveram o plano classificatório e criterial na psicopatologia, pretendendo uma isenção teórica, sem a fundamentação de sua concepção de sujeito. Animados pelo desejo uma maior confiabilidade estatística, apostaram que o sistema RDC (*Research Diagnostic Criteria*) poderia aproximar-se de alguma validade universal. Com essa ambição, realizaram uma larga redescritção dos fenômenos psicopatológicos, criaram e eliminaram nomes, modificaram as relações entre sintomas e diagnósticos, e redistribuíram os agrupamentos das experiências subjetivas. As manifestações das experiências de sofrimento sob a forma sintomas corporais (sem explicação física ou médica conhecida) foram colocadas sob a rubrica geral das perturbações Somatoformes, por outro lado, a semiologia de perfil neurológico passou progressivamente a figurar mais claramente entre as formas das Conversões e das Dissociações.

Do DSM III em diante os casos antes classificados como transtornos psicofisiológicos (que abordavam certa psicossomática de órgãos) não encontraram mais categorias específicas. No DSM III estas situações

passaram a ser enquadradas como; Fatores Psicológicos Afetando as Condições Físicas e no DSM IV como; Fatores Psicológicos Afetando Condições Médicas (correspondendo ao F54 da CID-10). Sempre apresentados em secções separadas do conjunto dos casos somáticos e conversivos/dissociativos. Essa reclassificação afasta o prisma de investigação dos problemas psicossomáticos do adoecimento em geral, e circunscreve o foco dos estudos sobre as graves somatizações neuróticas e psicóticas, definindo outro prisma diagnóstico e investigativo sobre os sintomas somáticos.

O DSM III desmembrou a figura das neuroses (sobretudo da histeria), e para isso, redefiniu os diagnósticos distinguindo os registros dos afetos ansiosos e dos afetos humorais em categorias maiores, separados dos quadros somatoformes e dissociativos. Foram propostas as figuras dos Transtornos de Humor, dos de Ansiedades e dos Somatoformes. Estes últimos foram divididos em Tr. de Somatização; Tr. Conversivo (ou Neurose Histórica, tipo conversiva); Tr. Somatoforme Doloroso (sem achado médico) e Tr. Hipocondríaco. Ainda, a outra menção a Neurose Histórica (então tomada como do tipo dissociativo) a colocava junto aos Transtornos Dissociativos (fuga, amnésia, despersonalização e personalidade múltipla). Também, apresenta em separado os Transtornos Factícios (fabricação de sintomas físicos e/ou psíquicos).

O DSM-IV manteve a categoria de Transtornos Somatoformes: Tr. de Somatização (fazendo referência a Síndrome Histórica de Briquet); Tr. Conversivo (sintomas motores e sensoriais); Tr. Doloroso e Tr. Hipocondríaco. Em grupos separados apresentava-se os Tr. Factícios e os Tr. Dissociativos. Reduziu-se o número de categorias, pois no conjunto, e em face da CID-10, o detalhamento dos critérios colocava dificuldades muitas vezes sutis e passíveis de confusão, entre as múltiplas queixas e sintomas; de dor, fraqueza, parestesias, paralisias, convulsões, tremores, etc. – talvez sobretudo para diferenciar as Somatizações dos quadros Dolorosos.

A CID 10 (1992 - 2021) acompanhava apenas em parte esse plano de redescrições, pois preservava a noção de neurose, relacionada às ansiedades e aos sintomas corporais, nos Transtornos neuróticos, de estresse e somatoformes (F4). Entre os samatoformes (F44) apresentavam: Tr. de Somatização; Tr. de Somatização indiferenciado; Tr. Hipocondríaco; Tr. de Disfunção Autonômica (cardiovascular, gastrointestinal e geniturinário) e; Tr. Somatoforme de dor persistente. Em outro grupo, os fenômenos dos Tr. Dissociativos ou Conversivos (F44): amnesia, fuga, estupor, possessão, *dissociação motora*, convulsões, anestésias, *perda sensorial*, múltiplas personalidades, e formas mistas. Na CID 10, os transtornos factícios encontravam-se no subgrupo dos Tr. de Personalidade adulta (F6): na exageração de doenças existentes (F68); ou na de produção intencional ou fingimento de sintomas e doenças (F68.1). O complexo espectro dos sintomas descritos dificultava a definição dos critérios orientam o diagnóstico diferencial entre os vários quadros propostos.

O DSM-5 (2013) e o DSM-5-TR (2022) assumiram uma base teórica Neurodesenvolvimentista, e trouxeram algumas modificações classificatórias. No plano das neuroses, os transtornos obsessivos-compulsivos e os transtornos de estresse pós-traumáticos passaram a ser apresentados como distúrbios destacados do grupo dos transtornos ansiosos. Também, os transtornos depressivos (com ou sem sintomas psicóticos) foram apresentados em uma categoria separada dos transtornos bipolares.

Procurou-se reduzir e simplificar os registros sobre as condições patológicas das relações do sujeito com o próprio corpo e com o adoecimento. As experiências dolorosas crônicas e as múltiplas perturbações corporais, intensas e difusas, das categorias de Tr. Doloroso e de Somatização, foram agrupadas sob o diagnóstico de Transtorno de Sintomas Somáticos e Tr. Relacionados. E, foram mantidas neste grupo as experiências de perfil neurológico, de dissociações funcionais (cognitivas, motoras e sensoriais; amnesias, fugas, convulsões, paralisias, paresias, etc.) sob o diagnóstico de Tr. Neurológico Funcional ou Tr. Conversivo. A hipocondria também foi mantida no espectro das perturbações somáticas, mas passou a chamar-se Tr. Ansioso de Doença – de modo a enfatizar o teor ansioso da experiência de preocupação persistente com doenças e tratamentos. Também neste grupo estão os Tr. Factícios Autoimpostos (e os Impostos ao outro) foram mantidos na órbita dos sintomas somáticos.

Em 2021, a CID 11 firmou novas redescritões do espectro dos sintomas somáticos. Ainda apenas sob a forma de consulta online, no Site da OMS, a nova classificação internacional, no Capítulo 6, chamado de *Mental, Behavioral and Neurodevelopmental Disorder* – também assumiu uma clara concepção teórica de sujeito.

No espectro dos sintomas somáticos, seguiu-se a mesma distinção de base entre quadros somático-corporais e os quadros dissociativos-conversivos, classificando à parte os fatores psicológicos relacionados à condição médica, e considerando em outro lugar os factícios e os simuladores (*malingering*). No grupo dos Transtornos Dissociativos; o diagnóstico de Transtornos de Sintomas Neurológicos Dissociativos é seguido dos fenômenos da amnésia, transe e possessão, dissociação de identidade, despersonalização e outros. Os demais fenômenos de sintomas corporais foram agrupados entre os Transtornos de estresse corporal ou experiência corporal (*Disorder of bodily distress or bodily experience*), classificados em duas categorias: o Transtorno de estresse corporal (*Bodily distress disorder*) e a Disforia de integridade corporal (*Body integrity dysphoria*). A experiência de estresse corporal envolve critérios semelhantes aos adotados no DSM 5 para os transtornos de sintomas somáticos, descrevendo as especificações; médio, moderado e grave. A experiência de disforia de integridade corporal define os quadros em que prepondera o intenso desejo de possuir alguma deficiência corporal grave. Já a Hipocondria, para CID 11, enquadra-se entre os Transtornos obsessivos-compulsivos, também descrito como ansiedade e preocupação excessiva com doenças.

A CID 11 também apresenta uma seção com observações sobre as condições de fronteira (*boundary*) indicando correlações entre o Tr. de Estresse Corporal e outros quadros clínicos; Tr. de Humor, Tr. de Ansiedade Generalizada, Tr. de Pânico, Hipocondria e Tr. Factícios – indicação que permite uma visão geral da complexidade das experiências em que os Sintomas Somáticos são produzidos nas diferentes estruturas subjetivas. Ou seja, essas correlações apontam para relevância dos Afetos (humores e angústias) e indicam a importância das distorções afetivas e cognitivas produzindo fantasias sobre as experiências de uso do próprio corpo.

Visto que utilizaremos as categorias do DSM-5-TR (2022), repassamos os critérios para os diagnósticos no espectro geral dos **Transtornos de Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados**:

Tr. de Sintomas Somáticos (- F45.1) TSS

- a) Um ou mais sintomas somáticos persistentes causando impedimentos significativos
- b) Pensamentos e comportamentos ligados a doença (desproporcional, excessivo e persistente)
- c) Por mais 6 meses – ainda que alguns sintomas sejam intermitentes

Tr. de Sintoma Neurológico Funcional ou Tr. de Conversão (-) TNF

- a) Um ou mais sintoma de alteração motora ou sensorial
- b) Incompatibilidade entre os sintomas e as condições médicas neurológicas
- c) Os sintomas ou déficits não se explicam por outra doença médica ou mental
- d) Os sintomas ou déficits causam impedimentos funcionais significativos

Tr. Ansioso de Doença (Hipocondria – F45.21) TAD

- a) Preocupação de ter ou adquirir doenças sérias
- b) Alto nível de ansiedade sobre a saúde – facilmente alarmado
- c) Excesso de comportamentos (checagem e evitação) em saúde
- d) Por 6 meses – a preocupação pode trocar de doença
- e) Exclusão: Tr. Sintoma Somático; Ansiedade Generalizada, ou outras

Transtornos Factícios, Autoimposto (- F68.10) TF

- a) Falsificação de sintomas físico e psicológicos, e doenças
- b) Apresentar-se como doente, incapaz ou ferido
- c) Comportamento enganoso mesmo sem ganhos externos
- d) Sem outros transtornos que expliquem melhor

Transtornos Factícios, Imposto ao outro (- F68.A) TF

- a) Falsificação de sintomas físico e psicológicos, feridas e doenças
- b) Apresenta o outro (vitima) como doente, incapaz ou ferido
- c) Comportamento enganoso mesmo sem ganhos externos
- d) Sem outros transtornos que expliquem melhor

Fatores Psicológicos afetando outra condição médica (F54)

- a) A presença de um sintoma médico (diferente de Tr. Mental)
- b) Fatores psicológicos afetam a condição médica – influem no curso da doença, associação temporal – interferem no tratamento – assumir risco adicional – influem na fisiopatologia
- c) Sem outros transtornos que expliquem o critério b)

A distinção entre o prisma dos fatores psicológicos (e psicossomáticos) afetando as condições médicas no adoecimento e o prisma do espectro de sintomas somáticos (e conversivo-dissociativos) é uma separação heurística, que serve para abordagem de casos graves que, a rigor, transcendem a condição médica ou a factualidade orgânica das doenças que atingem os sujeitos.

Por outro lado, a ausência de achados médicos fez parte dos critérios para Tr. Somatoformes, porém, por representar um critério negativo, deixou de ser utilizado no DSM-5; observando ainda que os Tr. de Sintomas Somáticos podem manifestar-se junto a outras condições médicas. Assim, um histórico mais completo dos problemas recentes relacionados ao fenômeno dos sintomas somáticos (ou estresse corporal) pediria ainda a compreensão do papel das pesquisas que investigam os casos chamados de Sem Explicação Médica (SEM), ou de *Medical Unexplain Symptoms* (MUS), que representam um prisma complementar aos problemas do espectro de Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados. Porém, essa história e esse complemento, são menos importantes para nossa primeira linha de investigação.

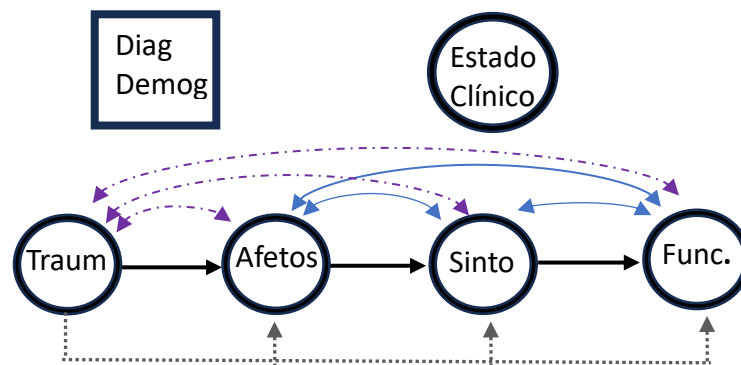
5. O problema de pesquisa

O problema das interações entre as variáveis; Sintomas (somáticos), Inibição (funcionalidade) e Afetos (ansiedade e humor), de um ponto de vista psicodinâmico, determina a produção do Estado dos sujeitos, e sofre influência indireta das lembranças Traumáticas que intervêm nestas interações. Então, pode-se perguntar qual é e como se dá a correlação de forças entre essas variáveis; e se seria possível figurar essa trama interativa, nos diferentes casos do espectro somático.

O modelo dos diagramas abaixo oferece a possibilidade da análise de caminhos (*Path Analysis*) que expressam o problema geral das relações entre

os quatro fenômenos (latentes, no sentido estatístico) que se pretende estudar por meio de dados observados utilizando-se de questionários. (Ver Metodologia Proposta)

Por uma lógica de causalidade linear simples, poder-se-ia pensar que: as lembranças Traumáticas perturbam os afetos, e que por sua vez, os Afetos causariam os sintomas somáticos, e por fim, os Sintomas teriam por consequência um prejuízo na Funcionalidade – refletindo o estado clínico do sujeito – o que poderia ser observado em relação aos diferentes quadros diagnósticos e as variáveis demográficas.



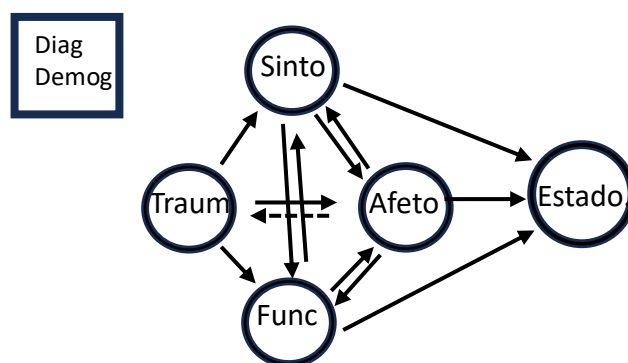
[Diagrama 01]

Entretanto, essa correlação causal linear simples não reflete as condições do processo subjetivo conforme se observa na clínica e na experiência dos sujeitos. As dificuldades colocadas pela definição de trauma complicam a investigação; seja porque a memória traumática é distorcida pelas fantasias dos sujeitos ao longo do tempo, seja porque a escolha de inquéritos implica um forte viés para avaliação coletiva das cargas de sofrimento em jogo.

Acontece que, ao conceber uma relação causal direta entre o trauma e a produção dos afetos (angústia e depressão) desconsidera-se que o teor traumático de determinada memória é dado pelo próprio investimento afetivo/emocional conferido a estas lembranças. Ainda, cabe ressaltar que não se trata de abordar os sintomas do chamado Transtorno de “estresse pós-traumático”, TEPT, conforme as descrições do DSM; categoria que se desenvolveu a partir dos cuidados com acidentados e com feridos de guerra. Esta categoria diagnóstica concebe uma entidade nosológica independente dos demais quadros psicológicos, atribuindo a figura do “transtorno pós-traumático” um conjunto de sintomas (exposição à ameaça da morte ou violência sexual: lembranças intrusivas, pesadelos, dissociações, evitações, etc.) cuja especificidade diagnóstica não convêm ao escopo desta pesquisa. A abordagem das memórias traumáticas infantis busca investigar os abusos físicos, morais e sexuais que os pacientes possam referir. Por isso, utilizaremos o questionário QUESI sobre traumas na infância. (Ver Metodologia)

Entretanto, sabemos que as interações entre essas variáveis são múltiplas e mutuamente determinadas. De um ponto de vista psicodinâmico, as lembranças Traumáticas associam-se na mesma cadeia de sentidos dos processos de formação de Sintomas e, associam-se também a dinâmica dos Afetos (ansiedade e humor). Porém, os medos e angústias, as tristezas e os pensamentos melancólicos também influenciam as condições de formação dos Sintomas. É conhecida a correlação entre o humor depressivos e as queixas de sintomas corporais sem achado médico – em outro momento uma revisão sistemática do tipo compreensiva poderá complementar essa observação pela literatura psiquiátrica.

Também, é conhecida a associação entre Sintomas somáticos e incapacitação por perda Funcionalidade – refletindo relações diretamente proporcionais entre os sintomas (e o enigma de seu sentido) e as inibições funcionais do sujeito (cujo sentido do impedimento participa dessa cadeia de significações). Neste sentido, é conhecido o fato de que as dores, fraquezas, paralisias, tremores e outros sintomas, determinam a perda de capacidades dos sujeitos. Por outro lado, cabe perguntar se o impedimento funcional (limitações e restrições na atividade) agrava a expressão dos sintomas corporais? Ou, em que medida a perda funcional determina a gravidade dos sintomas? Ver: [Diagrama 02]



[Diagrama 02]

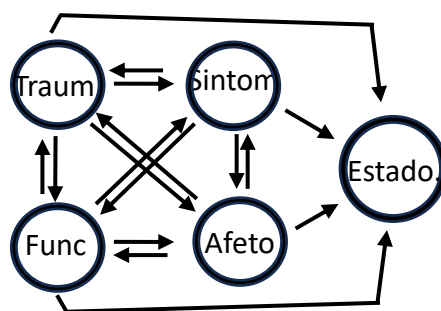
A influência recíproca dos Afetos sobre Sintomas, bem como a influência recíproca entre Afetos e Funcionalidade também configuram correlações problemáticas. Quais as relações de força entre estas variáveis? Os Afetos são mais determinantes dos Sintomas, do que a perda de Funcionalidade? A maior incapacitação funcional poderia ser acompanhada de um menor nível de perturbações afetivas? Ou ainda; a determinação dos Afetos é preponderante na relação com os Sintomas? De um modo geral, ao traçar todas as possibilidades de determinação recíproca entre as variáveis, no conjunto, torna-se difícil destacar um vetor determinante preponderante.

É pressuposto que a determinação do Estado dos sujeitos resulta da influência das três variáveis clínicas. Porém, poderia haver uma correlação mais preponderante do que outras na determinação do Estado dos sujeitos?

Do mesmo modo, é conhecida a associação entre Traumas infantis e o quadro geral dos sujeitos. Porém, faria sentido correlacionar de modo direto as lembranças Traumáticas ao Estado dos sujeitos? Ou, a variação da frequência das lembranças Traumáticas deveria ser estudada como variável independente? Ou haveria aí um efeito indireto, e os Traumas operariam como variáveis moderadoras (intervenientes)?

Considerando que, no tempo, as lembranças traumáticas estão sujeitas a distorções (mitigações e exagerações) alterando em diferentes momentos as expressões da memória; torna-se possível explorar a influência dos Afetos sobre as condições de evocação das piores lembranças. Neste sentido, pode-se perguntar se a associação entre as lembranças de abusos infantis e as demais variáveis clínicas também pode indicar que o aumento das perturbações afetivas seja acompanhado de maior frequência no relato de abusos traumáticos. Menos claro e mais problemático; poderia se perguntar se o aumento das perdas Funcionais modifica a frequência das lembranças Traumáticas. Da mesma forma; o aumento da intensidade dos Sintomas seria acompanhado do aumento das lembranças Traumáticas? [Diagrama 02]

O problema torna-se ainda mais complexo, ou obscuro, quando consideramos todas as determinações recíprocas e uma influência direta das lembranças Traumáticas no Estado dos sujeitos. Portanto, talvez não faça sentido conceber uma relação causal direta entre as lembranças Traumáticas e o Estado do sujeito, mesmo que eventualmente se possa encontrar alguma correlação estatística.



[Diagrama 03]

A análise de tantos caminhos e correlações não permite esclarecer as relações de determinação entre as quatro variáveis; construindo um problema talvez insolúvel do ponto de vista estatístico. Especialmente nesse último modelo, a rede de caminhos situa todos os fenômenos como covariantes, e não especifica um caminho passível de ser verificado, e expressa uma perspectiva exploratória que sugere um número excessivo de correlações. Ainda que por um prisma psicodinâmico, as associações entre os quatro fenômenos possam ser concebidas como uma teia de múltiplas inter-

determinações subjetivas; para a abordagem coletiva – por meio de questionários – será preciso formular modelos que permitam hipóteses mais simples, e passíveis de investigação. (Ver hipóteses)

6. Objetivo primário

Pretende-se avaliar e quantificar a força das interações entre cinco indicadores do estado clínico dos pacientes diagnosticados em torno do espectro dos Transtornos de Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados (DSM-5) junto a população atendida no Ambulatório SOMA do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas de São Paulo – entre maio de 2024 e maio de 2025.

Tendo em vista uma possível articulação entre a psiquiatria e a psicanálise serão estudadas correlações entre de cinco determinantes do sofrimento psíquico (intensidade dos sintomas somáticos, limitações funcionais, perturbações do humor e da ansiedade, e memórias de experiências traumáticas na infância), de modo a explorar e verificar as vertentes de determinação recíprocas destas variáveis.

Conforme o exposto no histórico acima, no intuito de reduzir a complexidade subjetiva envolvida nos casos em que prevalecem os sintomas corporais, os fenômenos dos Transtornos de Sintomas Somáticos (DSM-5) ou Transtornos de Estresse Corporal (CID-11) passaram a ser enquadrados separadamente dos fenômenos da ansiedade e da depressão – e, passaram a incluir o prejuízo funcional entre os critérios diagnósticos das somatizações e dos quadros conversivos.

Assim, visando resgatar a complexidade subjetiva destas determinações, a pesquisa investigará as correlações entre as cinco variáveis, equacionadas nas três dimensões do sofrimento psíquico indicadas por Freud (sintomas, inibições e angústias) acrescidas e uma quarta (traumas infantis). Em que pesem as possíveis questões epistemológicas que pedem o refinamento destes conceitos e categorias (como salientado no plano de trabalho), a abordagem dos Sintomas somáticos, das limitações da Funcionalidade e das perturbações Afetivas compõe o prisma central de articulação entre a psiquiatria e a psicanálise que essa pesquisa pretende investigar.

Para a compreensão desta articulação são necessárias algumas especificações. Assim, em linhas gerais, os sintomas serão observados sobretudo como sintomas corporais, tomados como queixas persistentes de dores e fraquezas (e conversões) acompanhadas de preocupações e buscas de cuidados médicos. À essas disposições correspondem os efeitos corporais de processos mentais substitutivos, quase sempre inconscientes. À incapacidade funcional e às limitações das atividades psicossociais

correspondem às inibições do Eu, tratadas como estagnações, impedimentos e embaraços dos atos cotidianos. Ainda, junto as ansiedades, medos e angústias serão considerados os afetos melancólicos, tristes e depressivos – tomados enquanto duas vertentes da experiência afetiva dos sujeitos. Essas três dimensões, compreendidas como partes da função subjetiva, serão estudadas por meio de questionários. (Ver Proposta Metodológica).

Para completar a abordagem integral da complexidade subjetiva destes quadros, será estudada a relação entre as três variáveis clínicas citadas e a frequência das memórias de traumas infantis, em termos dos abusos emocionais, abusos físicos e abusos sexuais.

Portanto, o objetivo primário da pesquisa será a análise das forças de correlações entre quatro principais variáveis psicodinâmicas (sintomas, funcionalidade, afetos e traumas); observando suas interações, de modo a explorar as determinações recíprocas que compõe a subjetividade, nos diferentes tipos diagnósticos do espectro em questão. Dito de outro modo, pretende-se investigar as intrincadas relações entre a intensidade dos sintomas somáticos, o grau de restrição das atividades funcionais, os níveis de alteração das condições afetivas (de ansiedade e humor) em face da carga de memórias traumáticas infantis – que em conjunto traçam o estado dos sujeitos.

Neste sentido, pretende-se obter um banco de dados consolidado capaz de servir de matriz de covariância, permitindo a exploração (e eventual confirmação) das variáveis compostas por caminhos em redes de associações (*Path Analysis*). Serão explorados os modelos de relação desenhados nos diagramas apresentados entre as hipóteses modeladas nos Diagramas 04, 05 e 06. (Ver abaixo)

E.T.: Em relação à segunda linha de investigação, pretende-se reunir elementos teóricos e práticos que sirvam para a crítica e para a análise dos pressupostos envolvidos na articulação possível entre os conceitos da medicina social, da psiquiatria e da psicanálise.

7. Objetivos secundários

1) Caracterizar o perfil clínico e sociodemográfico de pacientes atendidos no Ambulatório ao longo de 1 ano; entrevistando os pacientes que já se encontram em atendimento e os novos pacientes que ingressarem no serviço neste período.

1.1). Explorar as variáveis independentes (sexo, idade, escolaridade, trabalho, etc.) em relação às três variáveis latentes associadas ao estado clínico do sujeito – observado ainda as diferenças junto as variáveis trauma infantil.

2) Analisar e comparar as relações de covariância entre as cinco variáveis, explorando as combinações possíveis – tendo em vista o conjunto dos pacientes atendidos

3) Analisar e comparar as relações de covariância entre as cinco variáveis, explorando as combinações possíveis – tendo em vista cada subgrupo diagnóstico do espectro de sintomas somáticos

4) Analisar e comparar as relações de covariância entre as variáveis (agrupadas nas três dimensões psicodinâmicas), explorando as combinações possíveis – tendo em vista o conjunto dos pacientes atendidos

5) Analisar e comparar as relações de covariância entre as variáveis (agrupadas nas três dimensões psicodinâmicas), explorando as combinações possíveis – tendo em vista cada subgrupo diagnóstico do espectro de sintomas somáticos

6) Analisar e comparar as relações de covariância entre o conjunto dos casos que apresentam indicadores significativos sobre as memórias traumáticas, e os casos que não informam memórias traumáticas – tendo em vista cada subgrupo diagnóstico do espectro de sintomas somáticos

7) Estabelecer o banco de dados e construir condições para possível repetição das avaliações nos mesmos sujeitos de pesquisa, estruturando eventual nova pesquisa observacional e longitudinal.

8. Metodologia Proposta

O número de sujeitos (N) da amostra se definirá conforme aconteça a prospecção da pesquisa ao longo de um (1) anos. Tendo em vista a média de atendimentos no serviço, estima-se uma amostra com cerca de 80 a 100 sujeitos. O recrutamento dos sujeitos de pesquisa acontecerá pela abordagem dos pacientes em atendimento e durante a triagem do serviço.

Os sujeitos de pesquisa deverão passar por uma entrevista dirigida e padronizada por meio do Formulário eletrônico, disponibilizado gratuitamente

pelo serviço GoogleDrive. O protocolo conterá diferentes instrumentos de avaliação psicométrica: CAD7 – PHQ9 – SSS8 – SSD-12 – WHODAS/12 – QUESI-21 – ver Análise de Dados.

A equipe de 5 pesquisadores, formada por membros do corpo clínico do Ambulatório e alunos da Residência Médica, passará por treinamento prévio, para padronização da aplicação dos formulários. A agenda de coleta será organizada tendo em vista as possibilidades dos pacientes e as necessidades do serviço. Os pesquisadores utilizarão computadores do hospital, recebendo acesso eletrônico aos Formulários. Estima-se a duração de 40 minutos à 1h para cada entrevista.

Serão utilizados os critérios do DSM-5-TR, observando os princípios para diagnósticos diferenciais da entrevista SCID. A adequada observação clínica e a coerência com os instrumentos específicos para Sintomas Somáticos servirão de complemento para o diagnóstico e inclusão dos sujeitos na amostra.

Os dados sociodemográficos (idade, sexo e gênero, etnia, estado civil, escolaridade, profissão, situação profissional e religião) serão coletados em prontuários.

9. Critério de inclusão

1. Idade superior a 18 anos; 2. O diagnóstico positivo de um dos quadros do espectro de sintomas somáticos, conforme o DSM-5 (SICD)

10. Critério de exclusão

1. Comorbidades que sejam mais importantes que o Transtorno somático em si (eg.: condições médicas, quadros psicóticos, transtornos do humor não estabilizados, dependência de substâncias); 2. A indisponibilidade ou descompromisso ao responder os questionários

11. Metodologia de análise de dados

Os dados serão tratados estatisticamente por meio de análise multivariada (MVA), utilizando modelos de *Path Analysis* – como estratégia de Modelagem de Equações Estruturais (MEE). Será utilizada a Análise Fatorial Exploratória e, eventualmente, a Análise Fatorial Confirmatória. A construção do Modelo Teórico está apoiada na literatura e no conhecimento clínico apresentados na introdução deste projeto; apontando para provável consistência das

correlações entre os fatores descritos nas hipóteses. A especificação e identificação (do grau de liberdade) do Modelo, será avaliada e ajustada partindo das hipóteses de modelagem inspiradas na teoria. Também com auxílio de técnico estatístico, a Estimação será verificada para aproximar a matriz de covariância que o banco de dados poderá fornecer aos Modelos propostos;

Serão estudadas (4) variáveis dependentes (sintoma, funcionalidade, afetos e memórias traumáticas) e as possíveis associações com as variáveis independentes (subtipos diagnósticos, gênero, idade, etnia, escolaridade, etc). O plano de exploração das variáveis observáveis deverá ser composto de uma equação estrutural central (com variáveis clínicas principais) e uma adicional – possível moderadora (com indicador de lembranças traumáticas) – figurando quatro (4) nodos principais em rede, que determinam um quinto nodo: o Estado dos sujeitos.

Na equação geral: o nodo (5) da variação do Estado do sujeito será explorada tendo em vista a determinação direta de três variáveis latentes, representadas por 3 outros nodos; sintomatologia somática (queixas e atenção a doença); funcionalidade (capacidade e desempenho) e afetividade (depressão e ansiedade), a serem observadas e medidas pelos seguintes instrumentos:

GAD -7 – Investiga a frequência situações de ansiedade e “nervosismo”, nos últimos 15 dias, em uma escala de 4 níveis (0 a 4).

PHQ 9 – Investiga a frequência de sensações e sentimentos relacionados a depressão, nos últimos 15 dias, em uma escala de 4 níveis (0 a 3),

SSS-8 – Investiga a intensidade de 8 sintomas físicos, nos últimos 7 dias, em uma escala de 5 níveis (0 a 4).

SSD-12 – Investiga a frequência de pensamentos e sentimentos associados a doenças, em 3 domínios; aspectos cognitivo, aspectos afetivos e aspectos comportamentais, persistindo nos últimos 6 meses, em 5 níveis (0 a 4).

WHODAS/12 – Investiga a intensidade das dificuldades na execução de atividade, em 6 domínios; mental, mobilidade, autocuidado, relações interpessoais, atividades domésticas e profissionais, participação social, nos últimos 30 dias, em 5 níveis (0 a 4).

QUESI-21 – Investiga a frequência de lembranças traumáticas na infância, em 3 domínios; abusos emocionais, abusos físicos e abusos sexuais, em 5 níveis (0 a 5).

Instrumentos, indicadores e referências				
<i>Instrumento</i>	<i>Índice</i>	<i>Tipo de índice</i>	<i>idioma</i>	<i>Referência</i>
Sintomas Somáticos				
SSS-8	$\alpha = 0.70$	Cronbach	Port.Br	Pollo
*SDS-12	$\alpha = 0.95$	Cronbach	Inglês	Toussaint
Ansiedade				
GAD-7	$\alpha = 0.90$	Cronbach	Port.Br	Santos Silva
Depressão				
PHQ-9	$\alpha = 0.87$	Cronbach	Inglês	Lopes
	$\alpha = 0.93$	Confiabilidade	Port.	Nunes
Funcionalidade				
WHODAS-12	$\alpha = 0.944$	Cronbach's α	Port.	Silveira
Traumas Infantil				
QUESI-21			Port.	Brodski
emocional	$\alpha = 0,90$	Cronbach's α		
sexual	$\alpha = 0,86$	Cronbach's α		
físico	$\alpha = 0,69$	Cronbach's α		
<p>As correlações entre as variáveis das três equações serão analisadas utilizando o SPSS, <i>Statistical Package for Social Science</i>, e transferidas para extensão do programa AMOS, para identificação e análise das Equações Estruturais em <i>Path Analysis</i>, sob orientação de Técnico Estatístico.</p>				

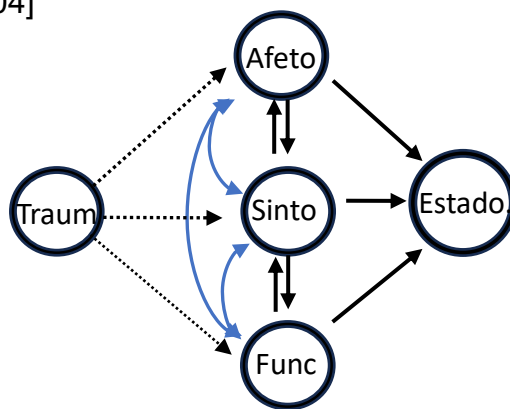
12. Hipóteses
<p>1) Visto tratar-se de serviço terciário especializado, espera-se encontrar os principais quadros do espectro; sobretudo Transtornos Neurológicos Funcionais (TNF), seguido Transtornos de Sintomas Somáticos (TSS) e Transtornos Factícios (TF) – e com menor frequência Transtornos Ansiosos de Doença (TAD) – que podem revelar diferentes correlações entre as variáveis dependentes (fatores clínicos)</p> <p>1.1) Considerando o perfil da população, espera-se encontrar maior frequência do sexo feminino, concentração na faixa de 40-50 anos, escolaridade média, e pouca atividade profissional – que podem revelar variações nos três momentos.</p> <p>2) Nos diferentes quadros estudados espera-se encontrar indicadores elevados nos quatro fatores clínicos; alta a frequência de sintomas somáticos, importante prejuízo na funcionalidade. (sobretudo nos domínios social e profissional)</p>

2.1) Possivelmente em menor grau, a presença de perturbações nos afetos (humor e ansiedade)

2.2) Indicadores significativos de experiências traumáticas na infância (sobretudo abuso emocional, seguido de abusos sexual e físico)

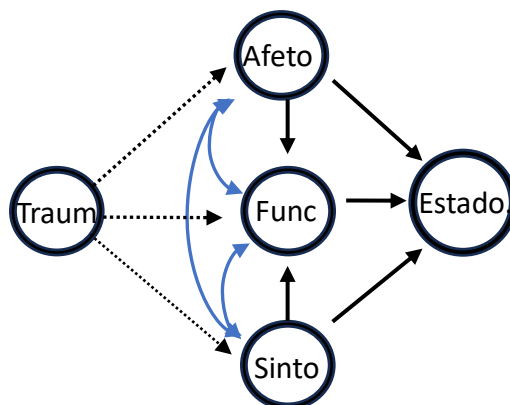
3) Considerando o fundamento teórico adotado, as relações de covariância (em azul) entre os três fatores clínicos principais sugere que os Sintomas sejam determinados (setas pretas) sobretudo por força das condições Afetivas e Funcionais – Sendo os três fatores determinados pela variável traumática, e determinantes do Estado do sujeito (Diagrama 04)

3.1) Ao mesmo tempo, a formação dos Sintomas pode determinar as perturbações Afetivas e as condições da Funcionalidade – Sendo os três fatores determinados pela variável traumática, e determinantes do Estado do sujeito [Diagrama 04]



(Diagrama 04)

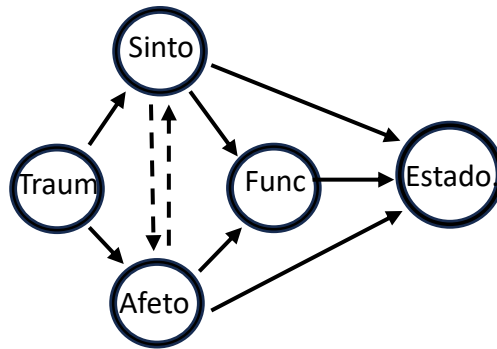
4) As correlações entre as três dimensões poderão indicar a preponderância da força de determinação; na relação sintoma→funcionalidade e na relação afetos→sintoma – Sendo os três fatores determinados pela variável traumática, e determinantes do Estado do sujeito. [Diagrama 05]



[Diagrama 05]

5) As diferenças das correlações entre os fatores clínicos poderão indicar a preponderância da determinação; na relação sintoma→ funcionalidade ou na afetos→funcionalidade – apresentando certo grau de determinação recíproca entre Sintomas e Afetos. [Diagrama 06]

5.1) As lembranças traumáticas determinam sobretudo os Sintomas e os Afetos, não sendo determinantes diretas da Funcionalidade



[Diagrama 06]

6) Pode-se supor que os TNF e os TSS apresentem maiores níveis de perturbações Afetivas, quando comparados aos TF

6.1) Pode-se supor que os TSS apresentem maiores níveis de perda Funcional, quando comparados aos demais

6.2) Pode-se supor que os TF apresentem menor perda Funcional, quando comparados aos demais

13. Desfecho primário

Banco de dados passível de regressões estatísticas entre as diferentes associações entre às quatro variáveis em foco – refletindo a complexidade do estado de saúde mental do coletivo abordado e dos sujeitos tomados caso a caso.

Forte correlação entre das três variáveis clínicas centrais, Sintomas, Funcionalidade e Afetos, em todos os casos – demonstrando a condição integral das disposições subjetivas no adoecimento de cada caso, e do coletivo estudado.

Forte correlação entre lembranças Traumas infantis e cada uma das três variáveis clínicas centrais – demonstrando maior perturbação do Estado destes sujeitos, quando comparados com os casos que não referem experiências traumáticas, em todos os quadros do espectro estudado.

14. Desfecho secundário

1) A descrição do perfil epidemiológico e sociodemográfico da população atendida dentro do espectro dos Transtornos Somáticos, com prevalência de TNF, TSS e TF.

2) Indicadores elevados de Sintomas somáticos, alto grau de perda de Funcionalidade e altos níveis de alteração de Afetos (humor e ansiedade) em todos os quadros do espectro em questão

2.1) Indicadores menos elevados de Afetos (humor e ansiedade) – comparados com os demais indicadores

2.2) Indicadores significativos de Traumas na Infância, em cerca de metade dos casos, sobretudo relacionadas a abusos emocionais

3) Correlação positiva significativa entre o conjunto das variáveis associadas no Diagrama 3

3.1). Forte correlação positiva entre Afetos e Sintomas – proporcional as demais correlações

3.2) Forte correlação positiva entre Afetos e Funcionalidade – proporcional as demais correlações

3.3) Forte correlação positiva entre Sintomas e Funcionalidade – proporcional as demais correlações

3.4) Forte correlação positiva entre Trauma e as demais variáveis – proporcional as demais correlações

4) Correlação positiva significativa entre o conjunto das variáveis associadas no Diagrama 4

4.1) Forte e preponderante correlação positiva entre Afetos e Funcionalidade

4.2) Forte e preponderante correlação positiva entre Sintomas e Funcionalidade

4.3) Forte correlação positiva entre Trauma e as demais variáveis – proporcional as demais correlações

5) Correlação positiva significativa entre o conjunto das variáveis associadas no Diagrama 5

5.1) Forte e preponderante correlação positiva entre Afetos e Funcionalidade

5.2) Forte e preponderante correlação positiva entre Funcionalidade e Sintomas

5.3) Forte correlação entre Afetos e Sintomas

5.3) Forte correlação positiva entre Trauma infantil e Afetos

5.4) Forte correlação positiva entre Trauma infantil e Sintomas

6) Fraca correlação positiva entre TF e prejuízo Funcional

6.1) Forte correlação positiva entre TNF e TSS e perturbações Afetivas

6.2) Forte correlação positiva entre TSS e prejuízo Funcional

15. Protocolos Éticos

O projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas, e ao Comitê de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde (CONEP) na Plataforma Brasil. Tendo havido o consentimento dos órgãos competentes, a inclusão dos sujeitos no estudo será baseada nos preceitos da ética em pesquisa com seres humanos conforme a Resolução 196/96 do CNS. Por se tratar de usuários de Sistema Único de Saúde (SUS) será explicitado ao paciente, em linguagem clara, que sua recusa em participar da pesquisa não impedirá a continuidade do atendimento. Serão respeitadas eventuais recusas a participar da pesquisa, sejam quais forem os motivos. A participação deverá ser livre, voluntária e consciente, conforme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – o qual será entregue uma cópia aos sujeitos da pesquisa. Assim, serão esclarecidos os objetivos, metodologia, riscos e benefícios da pesquisa e, será mantido o anonimato dos participantes, garantindo o sigilo e confidencialidade das informações.

16. Riscos

A pesquisa oferece riscos mínimos. Por ser uma pesquisa envolvendo questões psicológicas e emocionais, pode haver desconfortos não previsíveis, decorrentes do caráter pessoal e íntimo das perguntas padronizadas – afetando circunstancialmente o estado emocional do entrevistado. Nesse caso, qualquer maleficência poderá ser minimizada com a atenção particular no local e/ou contará com o seguimento em atendimento, pela equipe de saúde mental do Ambulatório.

17. Benefícios

A pesquisa irá contribuir para a contenção da vulnerabilidade no nível individual dos envolvidos, e para a qualificação da atenção no plano coletivo. As avaliações individuais instruem diretamente os tratamentos psicológicos e psiquiátricos de cada paciente pesquisado e atendido no Ambulatório SOMA. Por meio da entrevista, ocorrerá a oportunidade de uma escuta inicial, atenta às das emoções e sentimentos relacionados ao início ou seguimento do tratamento, bem como, à instituição. Os resultados da pesquisa também beneficiarão, futuramente, outros indivíduos do Ambulatório, além de servir eventualmente para elucidação de questões pertinentes a outros grupos populacionais semelhantes.

18. Cronograma

(12 meses)

Atividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Protocolos Éticos e Institucionais	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Treinamento dos Pesquisadores	X	X										
Análise e ajuste dos Instrumentos	X	X										
Agendamento e Coleta de Dados		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Avaliação dos Procedimentos					X	X	X						
Estudo preliminar Banco de Dados					X	X	X						
Resultados Parciais							X						
(+ 6 meses)													
Consolidação do Banco de Dados	X	X											
Análise de Dados		X	X	X									
Relatório final e Difusão de resultados				X	X	X							

19. Bibliografia

Anne Toussaint, Bernd Löwe, Elmar Brähler, Pascal Jordan, *The Somatic Symptom Disorder - B Criteria Scale (SSD-12): Factorial structure, validity and population-based norms*, Journal of Psychosomatic Research 97 (2017) 9–17

Camila Fernandes Pollo, Silmara Meneguim, Hélio Amante Miot and César de Oliveira, *Translation, cultural adaptation and validation of the Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8) for the Brazilian Portuguese language*, BMC Primary Care (2022) 23:222

Carol Sonenreich e Giordano Estevão, *O que psiquiatras fazem* São Paulo: Casa Editorial Lemos, 2007

DSM I, Diagnostic and Statistical Manual – Mental Disorder – American Psychiatric Associations - 1952

DSM II, Diagnostic and Statistical Manual – Mental Disorder – American Psychiatric Associations - 1968

DSM III, Diagnostic and Statistical Manual – Mental Disorder – American Psychiatric Associations - 1983

DSM IV, Diagnostic and Statistical Manual – Mental Disorder – American Psychiatric Associations – 1992 - (DSM-TR – 1997)

DSM 5, Diagnostic and Statistical Manual – Mental Disorder – American Psychiatric Associations – 1913 (DSMM-TR – 2022)

Ferenczi, S., “As neuroses de órgão e seu tratamento” (1926), *Obras completas. Psicanálise*, 3., São Paulo: WMF Martins Fontes, 2012.

Freud, S. (1925-26) "Inibição, sintoma e angústia". *Obras Completas*. Vol.17, São Paulo: Companhia das Letras, 2014

_____, “Análise terminável e interminável”. *Obras Completas*, vol. XXIII, Edição Standart Brasileira: Rio de Janeiro, Imago, 2006

Kirk, S. A., Kutchins, H., *The Selling of DSM: The Rhetoric of Science in Psychiatry*, New Brunswik, New Jersey, 1992

Lacan, J., *Seminários, Livro X*, (1962-1963) Rio de Janeiro: Zahar, 2005

_____, “O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada: um novo sofisma”, *Escritos*, Rio de Janeiro: Zahar, 1998

Iná S. Santos, Beatriz Franck Tavares, Tiago N. Munhoz, Laura Sigaran Pio de Almeida, Nathália Tessele Barreto da Silva, Bernardo Dias Tams, André Machado Patella, Alicia Matijasevich, *Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral*, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(8):1533-1543, ago, 2013

Rorty , R. Solidariedade ou objetividade. *Novos Estudos Cebrap*, n. 36, p. 109-121, jul.1993

Sifneos, R E.: Alexythimia and its relationship to hemispheric specialization, affect and creativity. *Psychiatr. Clin. North Am.*; 1988 (1972)