

revisão

Sobre o transtorno de pânico e a hipocondria: uma revisão

Panic disorder and hypochondriasis: a review

Albina Rodrigues Torres e André Luiz Crepaldi

Disciplina de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) – Unesp, Botucatu, SP, Brasil

Resumo **Introdução/Objetivos:** A hipocondria é associada a diversos transtornos de ansiedade, sobretudo ao transtorno de pânico (TP). Estima-se que 50% a 70% dos pacientes com TP tenham sintomas hipocondríacos, e que 13% a 17% dos hipocondríacos tenham TP associado. O presente estudo teve como objetivo revisar a literatura sobre as relações clínicas, fenomenológicas, cognitivas e psicodinâmicas entre o TP e a hipocondria, além de discutir aspectos conceituais e critérios diagnósticos.

Métodos: A busca de artigos foi feita pelo sistema Medline entre 1990 e 2001, utilizando-se, como palavras-chave, transtorno de pânico, agorafobia, hipocondria e preocupações hipocondríacas.

Resultados: Considera-se que há comorbidade com hipocondria no TP quando as preocupações com saúde não se restringem a sintomas das crises de pânico. Apesar de geralmente consideradas secundárias, vários pacientes com TP apresentam, antes da primeira crise, manifestações hipocondríacas que podem ser consideradas prodromáticas. A ansiedade pode gerar, num círculo vicioso, preocupações excessivas com saúde, auto-observação seletiva e antecipação do pior. Apesar do viés catastrófico comum, no TP sintomas autonômicos aumentam rapidamente até culminar num ataque, a catástrofe temida é iminente, com comportamentos de esquiva e busca imediata de socorro. Na hipocondria, temem-se doenças mais insidiosas, predominam comportamentos de hipervigilância e busca de reafirmação, as crenças são mais disfuncionais, é pior a relação médico-paciente e maior o foco de sensações erroneamente interpretadas catastróficamente. O medo patológico da morte e a alexitimia estariam presentes nos dois quadros.

Conclusão: A sobreposição clínica entre TP/agorafobia e hipocondria é relevante, mas não completa. A relação entre os dois quadros é complexa e possivelmente bidirecional, um aumentando a vulnerabilidade ao outro. Há diferenças fenomenológicas identificáveis e relevantes, com implicações diagnósticas e terapêuticas.

Descritores Transtorno de pânico. Agorafobia. Hipocondria. Neurose hipocondríaca. Diagnóstico diferencial. Comorbidade.

Abstract **Introduction/Objectives:** Hypochondriasis has been associated with several anxiety disorders, especially with panic disorder (PD). It is estimated that 50% to 70% of PD patients have hypochondriacal symptoms and 13% to 17% of patients with hypochondriasis have associated PD. The objective of this study was to review the literature on clinical, phenomenological, cognitive and psychodynamic relationships between PD and hypochondriasis, and to discuss conceptual aspects and diagnostic criteria.

Methods: A Medline search was conducted between 1990 and 2001 using the following keywords: panic disorder, agoraphobia, hypochondriasis, and hypochondriacal concerns.

Results: It is considered hypochondriasis comorbidity in PD only when health worries are not restricted to panic attack symptoms. Although usually regarded as a secondary phenomenon, hypochondriacal preoccupations precede the first panic attack in many PD patients and may be considered prodromal symptoms. In a vicious circle, anxiety may lead to excessive health worries, selective self-observation and anticipation of the worst outcomes. Though a catastrophic bias is common to both diseases, in PD the autonomic symptoms increase rapidly culminating in a panic attack, and the dread catastrophe seems to be imminent, leading to avoidant behaviors and immediate quest for help. Hypochondriasis is characterized by a fear of more insidious dis-

eases, hypervigilance, search for reassurance behaviors, more dysfunctional beliefs, poorer doctor-patient relationship, and a wider range of feelings misinterpreted as catastrophic. Pathological fear of death and alexithymia may play an important role in both disorders.

Conclusions: The clinical overlapping of PD/agoraphobia and hypochondriasis is significant but not complete. The relationship between the two disorders is complex and possibly bidirectional, both increasing their mutual vulnerability. There are identifiable and important phenomenological differences with implications for diagnosis and treatment.

Keywords Panic disorder. Agoraphobia. Hypochondriasis. Neurosis, hypochondriacal. Diagnosis, differential. Comorbidity.

Introdução

A hipocondria vem sendo associada à ansiedade e aos transtornos de ansiedade há muito tempo,¹ assim como aos transtornos depressivos.² Segundo Tyrer et al³ e Noyes,² as crenças e os medos hipocondríacos estariam associados predominantemente a sintomas ansiosos e somáticos, sendo a associação com depressão em geral secundária, e, mesmo em pacientes deprimidos, as preocupações hipocondríacas estariam mais relacionadas a sintomas ansiosos do que a depressivos.

Barsky et al⁴ encontraram transtornos de ansiedade ao longo da vida em 85,7% dos pacientes com hipocondria, enquanto Noyes et al⁵ encontraram apenas 22%. As taxas de comorbidade na hipocondria são de tal ordem que alguns autores questionam sua própria existência como um quadro isolado ou primário.⁶ Dentre os transtornos de ansiedade, há interesse particular no estudo das relações entre hipocondria e transtorno de pânico (TP) que têm se mostrado complexas, pois há algumas características clínicas, fenomenológicas, cognitivas e psicodinâmicas comuns e que serão revisadas neste artigo.

Assim, o objetivo do presente trabalho foi fazer uma revisão sistemática da literatura sobre as relações entre TP e hipocondria.

Métodos

A busca de artigos foi feita pelo sistema Medline, cobrindo o período de 1990 a 2001, utilizando-se, como palavras-chave, transtorno de pânico, agorafobia, hipocondria e preocupações hipocondríacas. Artigos anteriores citados nas publicações e considerados relevantes também foram consultados e incluídos.

Problemas conceituais e critérios diagnósticos

Salkovskis & Clark⁷ criticam os critérios diagnósticos para hipocondria, que incluem pacientes convictos de estar doentes e aqueles com medo de vir a adoecer, sendo este último tipo muito semelhante às fobias específicas de doenças. Consideram problemático também o critério de necessariamente ter de ser excluída patologia orgânica e de haver avaliação médica adequada (o que seria difícil de definir), sendo que alguns hipocondríacos podem não ter acesso à avaliação médica ou mesmo evitá-la, buscando reafirmação com familiares ou em publicações sobre saúde.

Schmidt⁸ também aponta dificuldades na conceituação de hipocondria: (a) inclui desde ansiedade pela saúde, fenômeno que considera primário, até convicção de estar doente (secun-

dário); (b) deve ter gravidade suficiente para não resolver com tranquilização pelos médicos, mas não tanta para ser considerada delirante; (c) é um quadro egossintônico e crônico, aproximando-se dos transtornos de personalidade; (d) é menos aplicável à medida que existe uma doença física, mas não está claro qual o grau de discrepância necessária entre a ansiedade e os achados médicos; (e) é de difícil diferenciação em relação a outros transtornos, como depressão, somatização, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e TP.

Barsky & Klerman⁹ destacam na hipocondria o que denominaram de “estilo de amplificação somática”, independente de haver ou não doença física concomitante e procura ou não de serviços médicos. O foco estaria não naquilo que a pessoa sente, mas em como sente, interpreta e se expressa, verbalmente ou não.

Fava & Grandi¹⁰ enfatizam a importância de diferenciar crenças hipocondríacas (caracterizadas fundamentalmente pela resistência à reafirmação) de fobia de doenças, fobia da morte (tanatofobia) e outras atitudes anormais menos específicas relacionadas a doenças, pois consideram que isto tem implicações terapêuticas e prognósticas. Haveria tendência de nomear de hipocondria quaisquer preocupações excessivas com funções corporais. Ela se constituiria de várias crenças e medos distintos, porém muito relacionados, como convicção de estar doente, preocupações corporais e tanatofobia. Esta se refere à convicção do indivíduo de que morrerá em breve, porém não por uma razão médica específica, mas envolvendo medo de tudo que lembra morte, como funerais e obituários, e poderia fazer parte da hipocondria, do TP e da fobia de doenças. Já ansiedade em relação à saúde (“*health anxiety*”) seria um termo inespecífico que engloba várias dimensões de comportamentos anormais em relação à saúde, como preocupações gerais (que passam rapidamente com reafirmação) relativas a alguma dor ou ao funcionamento corporal e tendência a amplificar sensações somáticas. Pode ocorrer como reação a doenças reais, e é em geral temporária, diferentemente da hipocondria, da fobia de doenças ou da tanatofobia.

Os mesmos autores descrevem um instrumento de avaliação chamado *Illness Behavior Questionnaire*, constituído por sete escalas: preocupação com doenças, com dores, hábitos de saúde, crenças hipocondríacas, tanatofobia, fobia de doenças e preocupações corporais. Curiosamente, pacientes hipocondríacos só não se diferenciariam dos não-hipocondríacos em rela-

ção a hábitos de saúde, ou seja, não se cuidariam melhor. Para Kellner et al,¹⁰ isto se deve ao fato de que a idéia perturbadora de já estar com uma doença grave não diagnosticada poderia levá-los a negligenciar comportamentos que visassem benefícios futuros para a saúde.

Para Starcevic,¹¹ a hipocondria é um transtorno heterogêneo, com ampla gama (um *continuum*) de manifestações, envolvendo diferenças mais quantitativas que qualitativas. Portanto, propõe uma conceituação dimensional do fenômeno hipocondríaco, como um espectro de manifestações relacionadas, primárias e secundárias, transitórias e crônicas, com mais e menos prejuízo da crítica.

Alguns autores chegam a considerar a hipocondria um transtorno de personalidade por seu início precoce e pela abrangência e cronicidade dos sintomas,¹² da mesma forma que a fobia social pode ser vista como transtorno evitador de personalidade, e a distímia, como um transtorno depressivo de personalidade. Entretanto, outros quadros como a esquizofrenia e o transtorno obsessivo-compulsivo podem igualmente ser precoces, crônicos, abrangentes e mesmo egossintônicos, sem que a validade de seu *status* de doença do eixo I seja questionada.¹³

Já o TP, quadro conhecido há mais de um século, teve sua caracterização como entidade nosológica autônoma somente a partir do DSM-III,¹⁴ baseada nos trabalhos da década de 60 de Klein. Até então, o TP não era reconhecido como tal, e fazia parte da categoria geral das neuroses, dentro do grupo das neuroses de ansiedade, com diferenças consideradas apenas quantitativas. A partir de então, o fenômeno do pânico adquiriu um papel central entre os transtornos ansiosos e tem sido objeto de muitas pesquisas específicas.¹⁵

Quanto aos critérios diagnósticos atuais, é importante ressaltar que a CID-10¹⁶ classifica o TP junto aos transtornos neuróticos, somatoformes e relacionados ao estresse, enquanto o DSM-IV¹⁷ o situa entre os transtornos de ansiedade. Além disso, na classificação da OMS, a agorafobia é vista como o transtorno original, considerando os ataques de pânico em situações fóbicas indicadores da gravidade da fobia e restringindo o diagnóstico de TP para os casos em que as manifestações fóbicas não são observadas. Assim, nessa classificação, a agorafobia tem precedência diagnóstica sobre o TP quando as duas condições estão presentes, o contrário ocorrendo no DSM-IV.¹⁵

Discussão

Aspectos clínicos

Ocorrência de sintomas hipocondríacos no transtorno de pânico

Uma suposta “complicação” freqüente e compreensível do TP são as preocupações hipocondríacas: “se me sinto repetidamente tão mal fisicamente a ponto de achar que estou morrendo, deve haver algo de muito grave com meu organismo”. Se a princípio os pacientes interpretam seus sintomas como indicativos de alguma doença física grave, tenderiam a se tranquilizar e se convencer do contrário com explicações fisiopatológicas.⁶ Assim, um diagnóstico adicional de

hipocondria só se aplica se as preocupações somáticas não forem secundárias e exclusivamente relacionadas às sensações físicas das crises de pânico, ou seja, se não forem explicadas pelo TP.^{2,8} Nas classificações atuais, CID-10¹⁶ e DSM-IV,¹⁷ há essa ressalva, como uma regra hierárquica.¹⁸

Conforme ressaltou Ballenger,¹⁹ como os pacientes com TP apresentam muitos sintomas físicos, principalmente cardíacos, neurológicos e gastrintestinais, apenas 11% atribuiriam tais manifestações a causas psicológicas, ou seja, quase 90% consideram inicialmente ter algum problema físico. Tal fato propicia a habitual “peregrinação” por diferentes serviços médicos e especialistas antes de o diagnóstico psiquiátrico ser considerado.

Vários autores têm destacado a alta freqüência de sintomas hipocondríacos no TP, e três mecanismos poderiam explicar seu aparecimento: (a) a distorção cognitiva na avaliação da saúde; (b) o maior estado de alerta nos próprios processos fisiológicos; e (c) a ativação do sistema nervoso autônomo (SNA), cujas manifestações seriam interpretadas pelo paciente como disfuncionais. Todos esses mecanismos partiriam de um mesmo ponto comum: a ansiedade.² Segundo Otto et al,²⁰ a sensibilidade à ansiedade – medo de sintomas ansiosos, de sensações somáticas, tendência a responder ansiosamente à excitação (“*arousal*”) – seria o melhor fator preditivo de fenômenos hipocondríacos no TP.

Barsky et al²¹ identificaram em pacientes de ambulatórios médicos gerais um subgrupo que desenvolveu sintomas hipocondríacos transitórios relacionados à doença de base, mas que diferia dos hipocondríacos crônicos e dos não-hipocondríacos. Portanto, sintomas hipocondríacos temporários não são uma reação universal mesmo numa situação de doença física, ocorrendo apenas em alguns casos. Esse subgrupo de pacientes teria mais transtornos mentais – inclusive de personalidade – ao longo da vida, além de maior sensibilidade às sensações somáticas e tendência a amplificá-las. Essa “hipocondria transitória” seria uma condição comum no TP, que, em geral, melhoraria paralelamente ao controle das crises.

Em 1988, Fava et al²² avaliaram, em 18 pacientes agorafóbicos, por meio de Escalas de Atitudes em Relação a Doenças, a presença de medos e crenças de natureza hipocondríaca, encontrando padrão semelhante ao de pacientes hipocondríacos. Entretanto, aplicada terapia comportamental de exposição a dez desses pacientes, tais sintomas cederam junto com a ansiedade.

Starcevic et al²³ estudaram 54 portadores de TP e encontraram preocupações e atitudes hipocondríacas substanciais em metade deles. O grupo “hipocondríaco” apresentava maior associação com agorafobia, além de mais traços de personalidade evitadores, histriônicos e *borderlines*. Mostravam-se mais interessados numa explicação para a causa do problema do que no alívio ou na cura dos sintomas.

Num estudo com 141 pacientes com TP, Kuck et al²⁴ obtiveram que 38,3% apresentavam dores crônicas (p. ex., de cabeça, pescoço, costas), provavelmente tensionais, e 7,8% tomavam analgésicos diariamente. Sugerem que esse subgrupo possa ser particularmente vulnerável a desenvolver hipocondria. O medo/convicção de estar doente e a ansiedade estariam associados a

um limiar menor para dor.^{20,25,26} Num estudo de Barsky et al,²⁷ com 100 portadores de TP, 25% preencheram critérios diagnósticos do DSM-III-R²⁸ para hipocondria. Estes mostravam-se mais convictos sobre a existência de doença física, apresentavam mais somatizações, tinham maior comprometimento funcional e procuravam mais vezes serviços de emergência, além de serem mais exigentes e insatisfeitos com o atendimento médico.

Bach et al¹⁸ estudaram 82 pessoas com ataques de pânico: 28,5% das que não chegaram a preencher critérios diagnósticos para TP apresentavam hipocondria, o mesmo ocorrendo em 50% das com TP e 56% das com TP e agorafobia.

Em trabalho recente,²⁹ foram comparados pacientes com ataques de pânico, com início antes e após os 50 anos de idade, quanto a vários parâmetros clínicos. Apesar do pequeno número de casos com início tardio (n=9) em relação aos de início mais precoce (n=88), aqueles apresentaram menor gravidade sintomatológica, menos esquivas fóbicas e menor incidência de hipocondria e tanatofobia.

Furer et al³⁰ compararam pacientes com TP, fobia social e controles normais. Dos 21 portadores de TP, 48% tinham comorbidade com hipocondria, contra apenas um e nenhum caso dos outros grupos, respectivamente. Aqueles com hipocondria associada apresentavam também mais somatizações, fobia de sangue ou ferimentos e ansiedade generalizada. Curiosamente, os portadores de TP não tinham hábitos mais saudáveis (p. ex., alimentares, em relação ao fumo), apesar de mais preocupados com doenças, como descrito na hipocondria primária.¹⁰ Além disso, 48% deles tinham algum problema físico, como asma, hipoglicemia ou hérnia de hiato (significativamente mais que os outros grupos).

Na maioria desses trabalhos, entretanto, não fica claro se o critério de exclusão do DSM foi respeitado, ou seja, se as preocupações hipocondríacas não se restringem aos sintomas do TP, o que, ressalte-se, nem sempre é tarefa fácil, pois indivíduos com TP têm tendência a somatizar não apenas nas crises, mas mesmo entre elas,²⁷ possivelmente pela ansiedade antecipatória e esquivas fóbicas.

De toda forma, preocupações hipocondríacas acometeriam em torno de 50% a 70% dos pacientes com TP,^{1,18,20,23,31,32} mas elas em geral melhorariam com o tratamento eficaz do TP, assim como crenças hipocondríacas da depressão primária cedem com a recuperação.

Entretanto, acompanhando a evolução de 65 casos de TP tratados, Shinoda et al³³ identificaram a presença de sintomas hipocondríacos na primeira avaliação (43,1% dos pacientes) como um dos fatores preditivos de má resposta ao tratamento, ou seja, de persistência de ataques de pânico e agorafobia após um ano. Tyrer et al,¹² estudando portadores de TP, ansiedade generalizada e distímia, concluíram que a presença de transtorno hipocondríaco associado piora a evolução desses quadros, que tendem a se cronificar. Assim, a presença de sintomas hipocondríacos no TP afetaria a maneira do portador lidar com eles, o padrão de atitudes na procura por tratamento e, conseqüentemente, teria impacto no curso da doença.³⁴

Ocorrência de ataques de pânico na hipocondria

Segundo Barsky et al,²⁷ hipocondríacos crônicos são medro-

sos, ansiosos e têm mais transtornos de ansiedade, sendo que 13,3% teriam TP associado.

Avaliando comorbidade em 50 pacientes hipocondríacos, Noyes et al⁵ encontraram o TP com agorafobia como o transtorno de ansiedade mais freqüente (16%), porém a depressão maior predominou no geral. Em outro estudo,⁴ 16,7% dos hipocondríacos tinham TP ao longo da vida, e 42,9%, alguma fobia associada, incluindo agorafobia.

Em trabalho de Warwick & Salkovskis,³⁵ 59% dos hipocondríacos também preencheram critérios diagnósticos para TP.

Assim, vários estudos apontam uma alta comorbidade entre os dois transtornos, mesmo não se considerando as preocupações hipocondríacas inerentes ao TP.⁶ Haveria uma sobreposição clínica importante entre as duas condições, mas não completa, sendo possível fenomenológica e funcionalmente a distinção entre elas.^{2,6,7} Warwick & Salkovskis,³⁵ entretanto, chegam a considerar o TP uma forma especial de hipocondria. Ambos os quadros envolvem preocupação excessiva com doenças físicas, atenção seletiva corporal, interpretações catastróficas de sinais ou sensações corporais como alguma doença grave, comportamentos repetidos de verificação da saúde, providências para evitar o pior e risco de iatrogenia.

O ovo ou a galinha?

Vários estudos têm examinado a relação temporal do TP e transtorno hipocondríaco, na tentativa de esclarecer a relação entre eles.²

Em 1988, Fava et al³¹ observaram que, entre 20 pacientes com TP e agorafobia, 17 apresentavam medos e crenças hipocondríacas antes do primeiro ataque de pânico. Posteriormente descreveram seis casos clínicos de comorbidade entre TP e hipocondria, em que os sintomas hipocondríacos precediam em vários anos o início do quadro de pânico.³⁶ Assim, apesar de sintomas hipocondríacos serem usualmente considerados um fenômeno secundário aos ataques de pânico, o contrário também pode ocorrer, ou seja, os ataques resultarem das cognições hipocondríacas, sobre as quais o tratamento farmacológico – em geral eficaz no controle das crises – teria pouco efeito.^{2,36}

Novamente estudando de forma sistemática 20 portadores de TP com agorafobia, segundo critérios do DSM-III-R,²⁸ Fava et al³⁷ confirmaram que a maioria já apresentava esquivas agorafóbicas, ansiedade generalizada e/ou crenças hipocondríacas antes da primeira crise de pânico, sendo considerados como sintomas prodrômicos do TP. A idade média de início da agorafobia (início da adolescência) seria menor do que a do TP (por volta dos 20 anos). Dos 17 pacientes com preocupações prévias excessivas com a saúde ou com sensações corporais, nove tinham fobias específicas de doença, oito evitavam notícias relacionadas a morte, e seis acreditavam firmemente ter problemas físicos que seus médicos não conseguiram diagnosticar. Nesse trabalho, cita-se um comentário de Furlong de que “o ataque de pânico inicial, aparentemente espontâneo, é a culminação de anos de esquivas baseadas em diversos medos. Muitas dessas esquivas foram se tornando refinadas e sutis, parecendo naturais ao indivíduo, ou mesmo parte de seu caráter, sendo com freqüência altamente racio-

nalizadas²⁷. Finalmente enfatizam a importância de avaliar o TP sempre por uma perspectiva multifatorial (incluindo fatores genéticos, biológicos, de desenvolvimento e psicossociais) e longitudinal (incorporando fases prodrômicas, agudas, subagudas e residuais).

Em trabalho de Furer et al,³⁰ a idade média de início do TP foi de 25,9 anos, e da hipocondria, de 22,9, esta precedendo o primeiro em 60% dos casos, começando em média 4,5 anos antes. Já os pacientes com hipocondria e algum transtorno de ansiedade co-mórbido (principalmente TP e agorafobia) estudados por Noyes et al⁵ tinham início mais precoce do quadro de hipocondria, e este precedeu em pelo menos seis meses os sintomas ansiosos em três casos, foi concomitante em quatro casos e posterior em quatro outros.

Avaliando alguns traços de personalidade em 33 pacientes com TP antes e após o tratamento, Saviotti et al³⁸ obtiveram que esquiva de perigos e sensibilidade à ansiedade costumam persistir após a remissão sintomatológica. Tais aspectos se aproximariam de crenças e medos hipocondríacos e poderiam, segundo esses autores, já estar presentes anteriormente ao TP/ agorafobia, sendo talvez fatores de risco para seu desenvolvimento. Haveria uma sobreposição entre esses traços caracteriológicos e sintomas prodrômicos do TP, como ansiedade, fobias e hipocondria.

Benedetti et al³² avaliaram a ocorrência de hipocondria e fobia de doenças antecedendo a instalação do TP em 131 pacientes. Destes, 64% apresentaram diagnóstico de hipocondria associado, e 38% já tinham fobia de doenças antes do TP. Não houve diferenças nas características clínicas, de gravidade ou evolução naqueles com ou sem hipocondria associada. Entretanto, aqueles com fobia prévia de doenças tinham mais ansiedade antecipatória, mais despersonalização/desrealização durante os ataques e maior probabilidade de vir a apresentar hipocondria co-mórbida. Os autores consideram que fobia de doenças ocorrendo previamente pode ser um transtorno independente, um pródromo ou mesmo uma forma leve do TP, sem ataques completos.

Noyes² confirma haver preocupações hipocondríacas ou sintomas nosofóbicos numa parcela significativa de portadores de pânico e agorafobia já antes dos primeiros ataques, também especulando se esses sintomas não seriam fatores predisponentes, pródromo ou mesmo manifestações precoces do TP.

Num interessante trabalho, Cassano et al³⁹ propõem uma abordagem dimensional do fenômeno pânico-agorafobia, como um espectro de manifestações clínicas relacionadas. Assim, além dos sintomas centrais do quadro, incluem um mosaico de manifestações associadas de natureza prodrômica, residual, atípica, subclínica, parcial, frustra ou isolada, e mesmo características de personalidade que o sistema categorial tradicional não consegue abarcar. Entre tais manifestações, freqüentemente negligenciadas na prática clínica, descrevem a expectativa ansiosa (sensação de ameaça, insegurança, alerta e impotência), a esquiva fóbica (incluindo manifestações claustrofóbicas, fóbico-sociais, fobia por chuvas e desastres naturais, hipocondria e fobias de doenças), a sensibilidade à reafirmação (dependência dos outros, procura repetida por serviços médicos, dificuldade de in-

terromper vínculos terapêuticos, pensamentos supersticiosos e comportamentos mágicos), além da hipersensibilidade a substâncias químicas, ao estresse em geral e à separação. Note-se que, entre tais características, os autores destacam as preocupações hipocondríacas não apenas relacionadas aos ataques, mas também ao medo excessivo de doenças crônicas, de reações adversas dos medicamentos, à ansiedade ao ler temas médicos, escutar conversas sobre doenças ou fazer exames laboratoriais.

Para Barsky et al,⁴ sintomas ansiosos graves (assim como depressivos) podem gerar preocupações com a saúde e antecipação do pior, e, por sua vez, preocupações hipocondríacas podem causar altos níveis de ansiedade (e depressão). Estudando pacientes encaminhados para uma clínica cardiológica, Ehlers et al⁴⁰ caracterizaram aqueles que tinham palpitações benignas, ou seja, nenhum problema cardiovascular: tinham desempenho ruim no teste de percepção de batimentos cardíacos e prevalência bem mais alta de depressão, ataques de pânico (26% a 47%) e TP (10%), revelando que a percepção aumentada dos batimentos cardíacos contribuiria para a sensação de palpitação em pacientes com transtornos de ansiedade (principalmente TP) ou hipocondria. Portanto, a própria ansiedade subjetiva poderia levar à inferência da existência de perigo nos transtornos de ansiedade.⁴¹

Dessa forma, teoricamente a hipocondria pode ser considerada parte do TP e vice-versa.⁸ A sensibilidade à ansiedade, o medo de sintomas ansiosos e a tendência a responder ansiosamente seriam comuns a ambos os quadros.² A superestimação da gravidade dos sintomas físicos pode levar à auto-observação seletiva,³ que aumenta a ansiedade e o desconforto, num círculo vicioso.²⁵ Essa amplificação somato-sensorial teria um papel relevante na hipocondria, assim como no TP.^{3,21,26}

Aspectos fenomenológicos e cognitivos

Num abrangente trabalho sobre aspectos cognitivos do TP e da hipocondria, Salkovskis & Clark⁷ descrevem que, apesar da mesma tendência de interpretar catastroficamente variações corporais, há diferenças importantes entre os dois quadros, nos seguintes aspectos: (1) extensão na qual os sintomas erroneamente interpretados são capazes de aumentar pela própria ansiedade: no TP seriam sintomas autonômicos que aumentariam rapidamente até culminar num ataque de pânico; (2) tempo de ocorrência da catástrofe temida: enquanto no TP é súbita e iminente (p. ex., infarto, AVC), na hipocondria tem curso insidioso (p. ex., câncer, esclerose múltipla); (3) comportamentos de esquiva, fuga e busca de segurança: no TP, pela expectativa de desastre iminente, há esquiva e fuga de vários estímulos, assim como busca imediata de socorro médico, enquanto na hipocondria há mais comportamentos de hipervigilância, verificação e busca de confirmação da saúde; (4) crenças e atitudes em relação a doenças: seriam relativamente mais disfuncionais nos pacientes com hipocondria do que no TP.

De modo geral, pacientes hipocondríacos difeririam daqueles com transtornos ansiosos e depressivos por relatar mais medo de doenças e da morte, prestar mais atenção a sensações corporais, procurar com mais freqüência cuidados médicos e desconfiar mais das opiniões médicas. Apesar de apresenta-

rem níveis de ansiedade e depressão maiores do que controles normais, tais níveis seriam significativamente menores do que de pacientes com TP. Entretanto, o foco nas sensações físicas erroneamente interpretadas é mais específico no TP do que na hipocondria, centrando-se basicamente nas manifestações autonômicas, como taquicardia e dispnéia.⁷

Para Cia,⁶ a chave para o diagnóstico diferencial entre preocupações hipocondríacas próprias do TP e da hipocondria seria que aquelas se focalizam em doenças que ameçam agudamente a vida (p.ex., ataque cardíaco) enquanto nesta as preocupações são relativas a doenças graves, mas insidiosas, como o câncer, a tuberculose e a Aids. Assim, enquanto na hipocondria são temidas as conseqüências em longo prazo, no TP a catástrofe seria imediata, já estaria em curso.⁸ Por isso, pacientes com TP procuram muito mais serviços de emergência e pronto-atendimento do que os hipocondríacos (Tabela).¹¹

Comparando portadores de TP “puro” (sem hipocondria) e hipocondríacos “puros” (sem TP), Barsky et al⁴ encontraram mais comorbidade com depressão, fobias e TOC entre aqueles. Os hipocondríacos tinham mais medo e convicção sobre doenças, mais preocupações corporais e somatizações, mais transtorno de ansiedade generalizada, pior desempenho de papéis sociais, mais consultas agendadas (não em pronto-socorro) e mais insatisfação com o tratamento, mostrando-se ao mesmo tempo mais exigentes e rejeitadores de ajuda.

Aspectos psicodinâmicos

O medo patológico da morte

Apesar de normal em todo ser humano, o medo da morte, fenômeno com características dimensionais, teria um papel crucial na etiologia de vários transtornos “neuróticos”, e o medo *patológico* da morte faria parte de forma não exclusiva, porém muito particular, da psicopatologia do TP e da hipocondria. Pela intensidade excessiva, o medo patológico seria qualitativamente diferente em sua expressão: muito intenso, “inundando” todo o funcionamento psíquico, relacionado à ameaça e ao desamparo, sem uma elaboração simbólica e protetora do significado da morte, incapaz de ser preterido em relação a outros medos mais suportáveis, mal-adaptativo, comprometedor do desempenho e ocorrendo na ausência de qualquer ameaça real.⁴²

Ora, o medo da morte é uma das características mais proeminentes de um ataque de pânico, que evolui freqüentemente

para um “medo do medo da morte”. Trata-se de um fenômeno ideacional, cuja explicação não pode se ater a mecanismos biológicos, e que envolve “catastrofização”, ou seja, a tendência a interpretar erroneamente sensações físicas, antecipar os piores desfechos possíveis, avaliar as situações como cada vez mais perigosas e enfocar nos aspectos situacionais que aumentam sua periculosidade.⁴² Na hipocondria, características ansiosas englobariam, além da sensação de vulnerabilidade a lesões e doenças, o medo do envelhecimento e da morte.^{2,25,26} É incerto, entretanto, se o medo patológico da morte antecede ou mesmo causa a hipocondria ou se é uma conseqüência desta.¹¹

Mesmo sendo psicopatologicamente muito associada à depressão e aos transtornos da personalidade, a hipocondria pode ter fases em que a ansiedade atinge níveis de pânico, o “pânico hipocondríaco”. Haveria desconfiança em relação ao valor e ao funcionamento do corpo, associada a uma sensação de vulnerabilidade e ansiedade persecutória na qual a ameaça vem “de dentro”, como uma possibilidade constante de traição e aniquilamento. Teria havido uma falha na aquisição de uma segurança somática fundamental, gerando uma ansiedade que é capaz de aumentar as sensações físicas ameaçadoras, num círculo vicioso alimentado por fatores cognitivos.⁴² Para Noyes,² pacientes com TP temem “o morrer”, enquanto os hipocondríacos temem a morte.

O medo patológico da morte está possivelmente relacionado ao desenvolvimento inadequado de mecanismos de neutralização de formas primárias de ansiedade, de falha na internalização de funções parentais protetoras durante a infância, com colapso dos mecanismos de defesa psicológicos, além da já citada incapacidade de representação simbólica da morte. Esse “defeito” particular na simbolização estaria ligado à alexitimia que, por sua vez, teria um papel importante em muitos casos de pânico e de hipocondria.⁴²

A alexitimia

Conceito psicológico desenvolvido por Sifneos há 26 anos e que ainda envolve questionamentos, a alexitimia tem como características principais: funcionamento emocional marcadamente constrito, pobreza de imaginação e inabilidade de encontrar palavras para descrever as emoções. Haveria, na verdade, um déficit no processamento cognitivo das emoções, as quais permaneceriam indiferenciadas e mal ajustadas. Seria uma incapacidade neurofisiológica de vivenciar fantasias e afetos,

Tabela - Diferenças entre TP e hipocondria.

	Transtorno de pânico	Hipocondria
Sintomas comuns	Taquicardia, falta de ar, sudorese, tontura	Manchas, dores, gânglios
Amplificação dos sintomas	Direta, autonômica	Pela verificação, manipulação
Catástrofe temida	Súbita e iminente (infarto, AVC)	Curso insidioso (câncer, esclerose múltipla)
Comportamentos de esquiva/fuga	De vários estímulos	Hipervigilância e busca de reafirmação
Busca de segurança	Socorro imediato (pronto-socorro)	Consultas agendadas, exames de rotina ou evitação
Reafirmação da saúde física	Diminui ansiedade	Pode ter efeito paradoxal
Crenças e atitudes sobre doenças	Menos disfuncionais	Mais disfuncionais
Foco de sensações físicas	Menor	Maior
Capacidade crítica	Melhor	Pior
Relação médico-paciente	Melhor	Pior (descrença, disputa)
Risco de iatrogenia	Menor	Maior
Aspecto psicodinâmico central	Desamparo	Culpa

relacionada a uma anormalidade em sua percepção interna e expressão.⁹ Além da dificuldade de reconhecer e verbalizar sentimentos, envolveria pensamento e discurso concretos e muito ligados a eventos externos.⁴³

Embora classicamente descritos em portadores de doenças psicossomáticas, traços alexitímicos seriam comuns também na anorexia nervosa, na bulimia, na obesidade, no abuso de substâncias, na depressão, no transtorno de estresse pós-traumático, no pânico e na hipocondria.^{43,44}

Estudando comparativamente 27 pacientes com TP e TOC, Zeitlin & McNally⁴³ confirmaram haver mais características alexitímicas naqueles. Cria a hipótese de que essa “construção afetiva” ajudaria a evitar os sintomas fisiológicos que acompanham as emoções. Entretanto, não se sabe se tais características precedem ou resultam dos sintomas de pânico. Caso sejam secundárias, o que é consistente com dados de literatura que relatam o desenvolvimento de alexitimia em indivíduos que sofreram algum trauma importante, poderiam desaparecer com o tratamento bem-sucedido do TP.

A culpa e o desamparo

Além dos anteriormente discutidos, outros aspectos psicodinâmicos estariam envolvidos nos dois transtornos. Assim, na hipocondria, a culpa por desejos e sentimentos hostis ou proibidos em relação a figuras parentais geraria medo de punição retaliativa, de lesão corporal e morte.⁴⁵ A culpa ou “senso de maldade inata” se daria pela raiva originada de desapontamentos, como rejeições, perdas e solidão.⁹ Esses aspectos se expressariam por sintomas físicos, medo/convicção de estar com doença grave (resistente a reafirmações em contrário), preocupação com funções corporais (em detrimento de interesses externos), persistência ou cronicidade dos sintomas, prazer e desprazer (autoconsolo, antagonismo aos demais, ganhos secundários) e dependência dos outros (visitas médicas frequentes). A necessidade persistente de diminuir sentimentos de culpa conferiria os traços obsessivos e masoquistas do quadro. A ambivalência quanto a desejar/temer a relação mãe-criança explicaria a postura de procurar/rejeitar ajuda, a atitude freqüente de “*doctor-shopping*” na busca de um consolador idealizado. O mais poderoso obstáculo para a recuperação seria exatamente o sentimento de culpa, que se satisfaria na doença e se recusaria a abrir mão da punição do sofrimento.⁴⁵

No TP, destaca-se a importância da falta de um relacionamento adequado da criança com a figura materna, capaz de acalmá-la afetiva e fisiologicamente em diferentes situações e que deveria ser internalizada, com sua função reguladora se mantendo mesmo na ausência dela. O núcleo estaria num “apego ansioso”, gerador de ansiedade de separação e de um sentimento de profundo desamparo. Haveria uma representação de fraqueza do “*self*” contraposta a uma representação poderosa dos outros. Esse estado de dependência ansiosa geraria raiva diante do comportamento parental (real ou percebido) de rejeição ou amedrontamento, seguido de culpa. O medo da perda se associaria ao medo de expressar a raiva e, talvez por mecanismos projetivos, à percepção dos pais como ainda mais rejeitadores, aumentando a ansiedade de separação.⁴⁶ Também

para Free et al,⁴⁷ a hostilidade encoberta seria muito comum no TP, havendo dificuldades em lidar com a agressividade e conflitos em relação à dependência/independência. Para Pereira,⁴⁸ o paciente com TP implora por garantias, proteção e afeto absolutos. O sentimento de desamparo se daria quando a garantia simbólica fornecida pelo adulto onipotente à criança nunca tenha sido dada ou tenha faltado precocemente.

Como se percebe, também do ponto de vista psicodinâmico, há nítidas aproximações entre os dois transtornos.

Conclusões

A área de comportamentos anormais em relação à saúde continua sendo um desafio considerável para a medicina: apresenta dificuldades conceituais e clínicas relevantes, e os critérios diagnósticos atuais são ainda confusos e insatisfatórios. Porém, a melhor diferenciação das várias formas de crenças e medos hipocondríacos pode levar a abordagens terapêuticas mais específicas e bem-sucedidas.¹⁰

A sobreposição entre TP/agorafobia e hipocondria parece ser consideravelmente extensa e específica, uma co-ocorrência maior do que a esperada ao acaso; entretanto, mais pacientes apresentam as duas condições separadamente do que em associação.^{2,27} Hipocondria e TP poderiam também coexistir sem que uma condição seja considerada principal ou cronologicamente primária.¹¹

Quanto à formulação do diagnóstico de hipocondria co-mórbida ao de TP, considera-se útil reservá-lo aos casos em que de fato as preocupações extrapolem aquelas esperadas em pessoas com intensa sintomatologia física, pois, em geral, elas desaparecem paralelamente ao controle das crises, não exigindo uma abordagem específica. Acredita-se que, no dia-a-dia, as entrevistas clínicas e o vínculo terapêutico sejam suficientes para estabelecer essa diferenciação, sem necessidade de questionários padronizados de avaliação, que ficam reservados para pesquisas clínicas.

Apesar de ainda não haver resposta definitiva, é de grande interesse prático saber se pacientes com TP e hipocondria constituem grupo particularmente resistente ao tratamento. A experiência clínica parece indicar que sim, pelo menos exigindo um manejo diferencial, pois a relação médico-paciente fica comprometida pela falta de confiança do paciente em função do prejuízo da crítica, pela dificuldade de delegar o controle ao médico, pela vigilância ainda maior das manifestações somáticas e dos efeitos colaterais dos medicamentos. Esse padrão mais global de atitudes de enfrentamento diferente teria impacto no curso da doença.^{3,32,33} Talvez sejam também pacientes mais sujeitos a recaídas após o controle sintomatológico ou que necessitem de antidepressivos serotoninérgicos, e em doses mais altas, na tentativa de modificar também as cognições hipocondríacas. Mais pesquisas sistemáticas nessa área seriam muito bem-vindas.

A relação entre TP e hipocondria é extremamente complexa, podendo caminhar nas duas direções, possivelmente um transtorno aumentando a vulnerabilidade ao outro.^{11,23} Mesmo sendo importante, a sobreposição clínica dos dois transtornos de modo algum é completa, havendo diferenças fenomenológicas identificáveis e relevantes.^{5,7,27}

Referências

1. Starcevic V, Fallon S, Uhlenhuth EH, Pathak D. Generalized anxiety disorder, worries about illness, and hypochondriacal and beliefs. *Psychother Psychosom* 1994;61:93-9.
2. Noyes R. The relationship of hypochondriasis to anxiety disorders. *Gen Hosp Psychiatry* 1999;21:8-17.
3. Tyrer P, Lee I, Alexander J. Awareness of cardiac function in anxious, phobic and hypochondriacal patients. *Psychol Med* 1980;10:171-4.
4. Barsky AJ, Wyshak G, Klerman GL. Psychiatric comorbidity in DSM-III-R hypochondriasis. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:101-8.
5. Noyes R, Kathol RG, Fisher MM, Phillips BM, Suelzer MT, Woodman CL. Psychiatric comorbidity among patients with hypochondriasis. *Gen Hosp Psychiatry* 1994;16:78-87.
6. Cía AH. Hipocondriasis (DSM-IV) o transtorno hipocondríaco (CIE-10). In: Cía AH, editor. *Trastorno obsesivo-compulsivo y síndromes relacionados*. Buenos Aires: Editorial "El Ateneo"; 1995. p. 301-13.
7. Salkovskis PM, Clark DM. Panic disorder and hypochondriasis. *Adv Behav Res Ther* 1993;15:23-48.
8. Schmidt ALM. Bottlenecks in the diagnosis of hypochondriasis. *Comprehensive Psychiatry* 1994;35:306-15.
9. Barsky AJ, Klerman GL. Overview: hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. *Am J Psychiatry* 1983;140:273-83.
10. Fava GA, Grandi S. Differential diagnosis of hypochondriacal fears and beliefs. *Psychother Psychosom* 1991;55:114-9.
11. Starcevic V. Clinical features and diagnosis of hypochondriasis. In: Starcevic V, Lipsitt DR. *Hypochondriasis: modern perspectives on an ancient malady*. New York: Oxford University Press; 2001. p. 21-60.
12. Tyrer P, Seivewright N, Seivewright H. Long-term outcome of hypochondriacal personality disorder. *J Psychosom Res* 1999;46:177-85.
13. Hollifield M. Hypochondriasis and personality disturbance. In: Starcevic V, Lipsitt DR. *Hypochondriasis: modern perspectives on an ancient malady*. New York: Oxford University Press; 2001. p. 103-26.
14. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3ª revisão. DSM-III; 1980.
15. Vidal CEL. Transtorno do pânico: critérios diagnósticos –DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV e CID-10. *Inf Psiquiatr* 1995;14(supl 1):4-7.
16. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
17. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4ª revisão. DSM-IV; 1994.
18. Bach M, Nutzinger DO, Hartl L. Comorbidity of anxiety disorders and hypochondriasis considering different diagnostic systems. *Comprehensive Psychiatry* 1996;37:62-7.
19. Ballenger JC. Panic disorder: the clinical challenge. In: *Practical approaches to the treatment of panic disorder*. *J Clin Psychiatry* 1996;57:45-8.
20. Otto MW, Pollack MH, Sachs GS, Rosenbaum JF. Hypochondriacal concerns, anxiety sensitivity, and panic disorder. *J Anxiety Dis* 1992;6:93-104.
21. Barsky AJ. Amplification, somatization, and the somatoform disorders. *Psychosomatics* 1992;33:28-34.
22. Fava GA, Kellner R, Zielenzny M, Grandi S. Hypochondriacal fears and beliefs in agoraphobia. *J Affect Dis* 1988;14:239-44.
23. Starcevic V, Kellner R, Uhlenhuth EH, Pathak D. Panic disorder and hypochondriacal fears and beliefs. *J Affect Dis* 1992;24:73-85.
24. Kuch K, Cox BJ, Woszczyna CB, Swinson RP, Shulman I. Chronic pain in panic disorder. *J Behav Ther & Exp Psychiatr* 1991;22:255-9.
25. Kellner R. Functional somatic symptoms and hypochondriasis: a survey of empirical studies. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:821-33.
26. Barsky AJ, Wyshak G. Hypochondriasis and somatosensory amplification. *Brit J Psychiatry* 1990;157:404-9.
27. Barsky AJ, Barnett MC, Cleary PD. Hypochondriasis and panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:918-25.
28. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3ª revisão-revista. DSM-III-R; 1987.
29. Katerndahl DA, Talamantes M. A comparison of persons with early- versus late-onset panic attacks. *J Clin Psychiatry* 2000;61:422-7.
30. Furer P, Walker JR, Chartier MJ, Stein MB. Hypochondriacal concerns and somatization in panic disorder. *Depression Anxiety* 1997;6:78-85.
31. Fava GA, Grandi S, Canestrari R. Prodromal symptoms in panic disorder with agoraphobia. *Am J Psychiatry* 1988;145:1564-7.
32. Benedetti A, Perugi G, Toni C, Simonetti B, Mata B, Cassano GB. Hypochondriasis and illness phobia in panic-agoraphobic patients. *Comprehensive Psychiatry* 1997;38:124-31.
33. Shinoda N, Kodama K, Sakamoto T, Yamanouchi N, Takahashi T, Okada S et al. Predictors of 1-year outcome for patients with panic disorder. *Comprehensive Psychiatry* 1999;40:39-43.
34. Katerndahl DA. Illness attitudes and coping process in subjects with panic attacks. *J Nerv Ment Dis* 1999;187:562-6.
35. Warwick HMC, Salkovskis PM. Hypochondriasis. *Beh Res Ther* 1990;28:105-17.
36. Fava GA, Grandi S, Saviotti FM, Conti S. Hypochondriasis with panic attacks. *Psychosomatics* 1990;31:351-3.
37. Fava GA, Grandi S, Rafanelli C, Canestrari R. Prodromal symptoms in panic disorder with agoraphobia: a replication study. *J Affect Dis* 1992;85:85-8.
38. Saviotti FM, Grandi S, Savron G, Ermentini R, Bartolucci G, Conti S et al. Characterological traits of recovered patients with panic disorder and agoraphobia. *J Affect Dis* 1991;23:113-7.
39. Cassano GB, Michelini S, Shear K, Coli E, Maser JD, Frank E. The panic-agoraphobic spectrum: a descriptive approach to the assessment and treatment of subtle symptoms. *Am J Psychiatry* 1997;154:27-37.
40. Ehlers A, Mayou RA, Springs DC, Birkhead J. Psychological and perceptual factors associated with arrhythmias and benign palpitations. *Psychosom Med* 2000;62:693-702.
41. Arntz A, Rauner M, Van den Hout M. "If I feel anxious, there must be danger": *ex-consequentia* reasoning in inferring danger in anxiety disorders. *Behav Res Ther* 1995;33:917-25.
42. Starcevic V. Pathological fear of death, panic attacks, and hypochondriasis. *Am J Psychoanal* 1989;49:347-61.
43. Zeitlin SB, McNally RJ. Alexithymia and anxiety sensitivity in panic disorder and obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1993;150:658-60.
44. Salminen JK, Saarijarvi S, Aarela E. Two decades of alexithymia. *J Psychosom Res* 1995;39:803-7.
45. Lipsitt DR. Psychodynamic perspectives on hypochondriasis. In: Starcevic V, Lipsitt DR. *Hypochondriasis: modern perspectives on an ancient malady*. New York: Oxford University Press; 2001. p. 183-201.
46. Bush FN. Agoraphobia and panic states. *J Am Psychoanal Assoc* 1995;43:207-21.
47. Free NK, Winget CN, Whitman RM. Separation anxiety in panic disorder. *Am J Psychiatry* 1993;150:595-9.
48. Pereira MEC. A psicopatologia do pânico à luz do "desamparo". In: *Pânico e Desamparo: um estudo psicanalítico*. São Paulo: Editora Escuta; 1999. p. 245-80.

Correspondência:

Albina Rodrigues Torres
Departamento de Neurologia e Psiquiatria
Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP
Caixa Postal 540 Distrito de Rubião Jr.
18618-970 Botucatu, SP, Brasil
Tels.: (0xx14) 6822-6260 e 6822-6089
Fax: (0xx14) 6821-5965
E-mail: atorres@fmb.unesp.br