

## **TRASTORN DE SÍMPTOMES SOMÀTICS I TRASTORN D'ANSIETAT PER LA MALALTIA**

*Isabel M<sup>a</sup> Sánchez Díaz i Laura Hermida Barros*

*Servei de Psiquiatria. Hospital Universitari de Bellvitge*

El diagnòstic d'hipocondria ha experimentat grans canvis en la cinquena edició del Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals (DSM-5). La categoria general de Trastorns Somatomorfs on quedava inclosa la hipocondria ha desaparegut, i en el seu lloc s'ha establert la nova categoria de Síntomes Somàtics i Trastorns Relacionats (Somatic Symptom and Related Disorders). L'American Psychiatric Association també ha eliminat el terme hipocondria i els anteriors criteris diagnòstics. Els casos que anteriorment es classificaven com a hipocondria, en el DSM-5 queden redistribuïts en dues categories diagnòstiques: Trastorn de Síntomes Somàtics (TSS) (Somatic Symptom Disorder) i Trastorn d'Ansietat per la Malaltia (TAM) (Illness Anxiety Disorder).

El diagnòstic de TSS es realitza quan hi ha símptomes somàtics persistents (>6 meses) (criteris A i C) acompanyats de pensaments, sentiments i conductes relacionades amb la salut que resulten excessives i desproporcionades (criteri B) (Taula 1). D'aquesta manera el TSS recull els casos d'hipocondria que presenten símptomes somàtics i elevada ansietat per la salut, però també els anteriors trastorns de somatització, somatomorf indiferenciat i trastorn per dolor. El diagnòstic de TAM és exclusiu per a aquells casos d'hipocondria que presenten elevada ansietat per la salut però en absència de símptomes somàtics significatius (Taula 2).

Després de quasi un any de la sortida del DSM-5 continua la controvèrsia entre els autors que estan a favor o en contra dels canvis efectuats en la nova reconceptualització diagnòstica dels trastorns somatomorfs i la hipocondria (Brakoulias, 2014).

## TAULA 1. Trastorn de Síntomes Somàtics 300.82 (F45.1)

A. Un o més símptomes somàtics que causen preocupació o suposen una interferència significativa a la vida diària.

B. Excessius pensaments, sentiments o conductes en relació als símptomes somàtics o associats a preocupacions per la salut com es manifesta per almenys un dels següents:

1. Pensaments desproporcionats i persistents sobre la gravetat d'un dels símptomes.
2. Ansietat per la salut o els símptomes persistentment elevada.
3. Temps i energia excessius dedicats a aquests símptomes o preocupacions per la salut.

C. Malgrat que els símptomes somàtics poden no estar presents de forma continua, l'estat simptomàtic del criteri B és persistent (normalment més de 6 mesos)

Especificar si:

Amb dolor predominant (prèviament trastorn per dolor): Síntomes somàtics que impliquen principalment dolor.

Especificar si:

Persistent: Un curs persistent es caracteritza per símptomes greus, notable deteriorament i llarga durada (més de 6 mesos).

Especificar gravetat actual:

Lleu: Només es compleix un dels símptomes del criteri B.

Moderada: Es compleixen dos o més símptomes del criteri B.

Severa: Es compleixen dos o més símptomes del criteri B i a més existeixen múltiples queixes somàtiques (o un símptoma somàtic molt greu).

L'eliminació de la categoria de Trastorns Somatomorfs és recolzada per Dimsdale et al. (2013) que es basen, entre altres raons, en que el terme somatomorf és difícil d'entendre i de traduir a altres idiomes i es confon amb el trastorn de somatització, mentre que la nova categoria de Síntomes Somàtics i Trastorns Relacionats evita terminologia ambígua, és més fàcil de traduir i és directa. Per altra banda, aquests autors sostenen que aquesta nova reconceptualització soluciona en gran mesura el considerable solapament que es donava entre els trastorns somatomorfs al DSM-IV, amb la reducció a dos trastorns (TSS y TAM) dels cinc trastorns de l'anterior edició (trastorn per somatització, trastorn somatomorf indiferenciat, hipocondria, trastorn per dolor associat a factors psicològics i trastorn per dolor associat a factors psicològics i a malaltia mèdica). A més, la premissa central en els Trastorns Somatomorfs era

que els símptomes no s'explicaven per una malaltia mèdica, reforçant així el dualisme ment-cos. Els autors argumenten que normalment els diagnòstics mèdics no es defineixen basant-se en l'absència d'alguna cosa sinó en la presència de determinats criteris diagnòstics positius, tal i com representen al DSM-5 la presència de símptomes somàtics del criteri A en TSS i els pensaments, sentiments i conductes del criteri B, tant en TSS com a TAM.

#### TAULA 2. Trastorn d' Ansietat per la Malaltia 300.7 (F45.21)

- A. Preocupació per tenir o adquirir una malaltia greu.
- B. Els símptomes somàtics no estan presents o són d'intensitat lleu. Si es dona una altra condició mèdica o un risc elevat de desenvolupar una condició mèdica, la preocupació és clarament excessiva o desproporcionada.
- C. Elevat nivell d'ansietat per la salut i facilitat per alarmar-se pel seu estat de salut.
- D. Conductes relacionades amb la salut que resulten excessives (comprova repetidament el seu cos per detectar signes de malaltia) o evitació desadaptativa (evitar demanar visita amb el metge o anar a l'hospital).
- E. La preocupació per la malaltia ha estat present almenys 6 mesos, tot i que la malaltia específica temuda pot canviar al llarg del temps.
- F. La preocupació per la malaltia no s'explica millor per un altre trastorn mental, com el trastorn de símptomes somàtics, trastorn de pànic, trastorn d'ansietat generalitzada, trastorn dismòrfic corporal, trastorn obsessiu-compulsiu, o trastorn delirant de tipus somàtic.

Especificar si:

Tipus cerca de cura: Demanden freqüentment atenció mèdica, acudint a visites mèdiques i sotmetent-se a proves i procediments.

Tipus evitació de cura: Utilitzen molt poc els serveis mèdics.

En relació a l'anterior, Brakoulias (2014) considera que aquests nous criteris són menys estigmatitzants. En el cas del TSS, si els símptomes s'expliquen o no per raons mèdiques és menys rellevant i l'atenció s'enfoca en ajudar els pacients en el seus símptomes més que a la seva causa (Sharpe, 2013). Respecte al TAM, aquest valida les preocupacions d'alguns pacients i augmenta l'habilitat dels

professionals sanitaris per connectar amb els pacients i ajudar-los a alleugerir el seu patiment. A més, aquests nous diagnòstics probablement promoguin la col·laboració amb d'altres professionals de la salut i amb els propis pacients, degut a la seva naturalesa descriptiva que permet reconèixer que no tots els individus reaccionen als símptomes somàtics o a una malaltia de la mateixa forma i, en definitiva, la millora del resultat tenint en compte les influències psicològiques, socials i culturals en tots els pacients.

No obstant això, alguns autors opinen que la validesa d'aquests nous diagnòstics no està ben sustentada. Frances i Chapman (2013) critiquen el baix llindar diagnòstic del TSS i destaquen la poca utilitat d'aquest diagnòstic quan és present un quadre mèdic. A més, sostenen que tant en el cas del TSS com en el de TAM, els criteris que es refereixen a pensaments i conductes estan poc definits i subjectes a diferents interpretacions, cosa que dificulta la pràctica clínica (Taula 3). En la mateixa línia, Starcevic (2013) argumenta que s'han perdut els components essencials de la hipocondria i que aquests nous conceptes són deficientes i poc útils a nivell clínic.

Finalment, Starcevic (2013) considera prematura l'exclusió de la hipocondria de la nosologia psiquiàtrica en absència d'unes alternatives diagnòstiques sòlides. Considera que tot i que era raonable la proposta de canvis a la classificació diagnòstica de la hipocondria, la divisió d'aquest concepte basada en la presència o absència de símptomes somàtics li ha tret solidesa empírica. Aquest autor troba que l' heterogeneïtat de la hipocondria hagués estat millor representada si s'hagués especificat com havien proposat altres autors (Asmundson, Taylor, Carleton, Weeks, & Hadjstavropoulos, 2012) per un subtipus més ansiós, la por (fòbia) a patir una malaltia, i per un altre menys ansiós, la creença sobrevalorada (convicció) de tenir-la. Sirri i Fava (2013) també consideren que ni els criteris del TSS ni del TAM recullen aquest tret clau de la hipocondria: la creença o idea sobrevalorada de l'individu de que està patint una malaltia.

	Trastorn de Síntomes Somàtics (es requereix almenys 1 dels 3 criteris)	Trastorn d'Ansietat per la Malaltia (es requereixen tots 3 criteris)
Sentiments	Persistència d'alts nivells d'ansietat per la salut o els símptomes	Ansietat elevada per la salut i fàcilment alarmat sobre el seu estat de salut
Conductes	Excessiu temps i energia dirigida a aquests símptomes o preocupacions per la salut	Excessives conductes relacionades amb la salut (comprovacions físiques repetides a la troballa de signes de malaltia) o evitació desadaptativa (evitació de visites mèdiques)

Adaptat de Starcevic (2013)

Com a conclusió, creiem que aquests canvis al DSM-5 no estan exempts de certes limitacions però destaquem l'especial consideració en el diagnòstic a la manera particular que té cada individu de respondre a nivell emocional, cognitiu i conductual a les seves preocupacions envers la salut, afavorint un enfocament més subjectiu de la vivència del pacient i no tant en uns criteris objectius (com el nombre de símptomes o l'existència de resultats negatius a les proves mèdiques) com succeïa a la versió anterior del manual. Tot i que considerem que aquest canvi és beneficiós pels pacients, és difícil preveure com afectarà finalment a la pràctica clínica. Per aquest motiu és necessari més temps per implantar i avaluar aquestes noves categories diagnòstiques abans d'extreure conclusions més específiques.

## Referències

- Asmundson, G.J., Taylor, S., Carleton, R.N., Weeks, J.W., & Hadjstavropoulos, H.D. (2012). Should health anxiety be carved at the joint?

A look at the health anxiety construct using factor mixture modeling in a non-clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 246-251.

- Brakoulias, V. (2014). DSM-5 bids farewell to hypochondriasis and welcomes somatic symptom disorder and illness anxiety disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, Feb 26. [epub ahead of print]
- Dimsdale, J. E., Creed, F., Escobar, J., Sharpe, M., Wulsin, L., Barsky, A., ... & Levenson, J. (2013). Somatic symptom disorder: an important change in DSM. *Journal of psychosomatic research*, 75(3), 223-228.
- Frances, A. & Chapman, S. (2013). DSM-5 somatic symptom disorders mislabels medical illness as mental disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 47, 483-484.
- Sharpe, M. (2013). Somatic symptoms: beyond the “medically unexplained”. *British Journal of Psychiatry*, 203, 320-321.
- Sirri, L. & Faba, G.A. (2013). Diagnostic criteria for psychosomatic research and somatic symptom disorders. *International Review of Psychiatry*, 25, 19-30.
- Starcevic, V. (2013). Hypochondriasis and health anxiety: Conceptual challenges. *British Journal of Psychiatry*, 202, 7-8.
- Starcevic, V. (2014). Should we deplore the disappearance of hypochondriasis from DSM-5? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48, 373-374.