

Gestão do doente hipocondríaco

Tiago Oliveira Vaz Guimarães

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(mestrado integrado)

Orientador: Prof. Doutor Miguel Castelo-Branco

maio de 2021

Dedicatória

Ao meu pai, que é o meu herói, por ser a minha principal fonte de motivação, e por lhe dever tudo o que sou. Espero que esteja orgulhoso, independentemente de onde estiver.

Agradecimentos

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer ao Prof. Doutor Miguel Castelo-Branco por toda a prontidão e disponibilidade para com os alunos, não só este ano, mas sim durante o curso todo. Agradeço, igualmente, à Faculdade de Ciências da Saúde por me ter proporcionado esta etapa de 6 anos da minha vida.

Em segundo lugar, gostaria também de agradecer à minha mãe, a pessoa mais importante da minha vida, e ao meu irmão, o meu melhor amigo desde sempre, por representarem a melhor família que eu poderia pedir. Uma palavra de agradecimento aos meus colegas de casa, Gonçalo e Pedro, por tantos anos de histórias criadas e memórias para a vida.

Em último lugar, agradeço, com sinceridade, a todos os meus amigos mais próximos, nomeadamente os que aparecem no “Estúdio”, por todos os momentos vividos em conjunto, bons e maus, que apenas espero que continuem por muitos e bons anos.

Resumo

Introdução: O doente hipocondríaco, segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais-4^a edição, é um indivíduo que tem uma crença inabalável de possuir ou vir a desenvolver uma patologia grave. Com a atualização do “Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais-4^a edição”, para o “Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais-5^a edição”, a Hipocondria foi dividida em “Distúrbio de Ansiedade da Doença” e “Distúrbio do Sintoma Somático”, observando-se, nos dois casos, elevados níveis de ansiedade relacionados com a saúde. A maior diferença entre os dois distúrbios, é a presença de sintomas somáticos no Distúrbio do Sintoma Somático, sendo que no Distúrbio de Ansiedade da Doença não há sintomas somáticos, ou quando há, são de leve intensidade. Como tal, por ser uma patologia subdiagnosticada e com alterações recentes na sua definição, é importante que os médicos vão atualizando os seus conhecimentos acerca da Hipocondria, verificando os critérios de diagnóstico recomendados, e fazendo um correto diagnóstico diferencial e tratamento (é igualmente importante entender a postura e forma mais correta de comunicar com o doente hipocondríaco). Com esta revisão bibliográfica, pretende-se clarificar e esclarecer a forma mais correta de gerir um doente hipocondríaco, desde o momento em que há uma suspeita diagnóstica de Hipocondria.

Métodos: A realização desta monografia baseou-se na leitura de artigos científicos. Desta forma, usando os motores de busca “PubMed”, selecionei preferencialmente artigos em inglês a partir do ano 2010 (contudo sem restrições de data de publicação), usando múltiplas associações entre os termos “Hypochondriasis”, “Illness Anxiety Disorder”, “Somatic Symptoms Disorder”, “Management”, “Diagnosis” e “Treatment”. Usei também, livros de referência na área da Psiquiatria, nomeadamente o “Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais-4^a edição” e o “Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais-5^a edição”.

Conclusão: Foram já comprovados os benefícios, tanto dos Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina, como da Terapia Cognitivo-Comportamental, nos doentes hipocondríacos, contudo continua a ser necessário a realização de mais estudos, para se tornarem os tratamentos mais eficazes, sobretudo a longo prazo. Após a leitura de vários artigos científicos relacionados com a Hipocondria, concluí que mais estudos têm de ser efetuados para clarificar e tornar mais unânime o seu conceito.

Alguns autores defendem mesmo que, tanto o Distúrbio de Ansiedade da Doença, como o Distúrbio do Sintoma Somático, deveriam ser considerados Transtornos de Ansiedade, e não pertencerem à secção “Sintomas Somáticos e Distúrbios

Relacionados”, mais uma prova da necessidade de continuar a clarificar o conceito de Hipocondria.

Palavras-chave

“Hipocondria”; “Distúrbio de Ansiedade da Doença”; “Distúrbio do Sintoma Somático”; “Gestão”; “Diagnóstico”; “Tratamento”

Abstract

Introduction: The hypochondriac patient, according to the “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition”, is an individual who has an unwavering belief of possessing or developing a severe pathology. With the update of the “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition” for “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition”, the word hypochondriasis was divided into "Illness Anxiety Disorder" and "Somatic Symptom Disorder", observing, both in one disorder and in the other, high health-related anxiety. The biggest difference between the two disorders is the presence of somatic symptoms in the Somatic Symptom Disorder, and in the Illness Anxiety Disorder there are no somatic symptoms, or when there are, are of mild intensity. As such, because it is an underdiagnosed pathology and with recent changes in the definition, it is important that doctors update their knowledge about Hypochondriasis, verifying the recommended diagnostic criteria, and making the right differential diagnoses and treatment (it is equally important to understand the posture and the most correct way to communicate with the hypochondriac patient). With this literature review, it is intended to clarify a correct way to manage a hypochondriac patient, from the moment there is a diagnostic suspicion of Hypochondriasis, to its treatment.

Methods: This monograph was based on the reading of scientific articles. Thus, using the search engines "PubMed", I preferably selected articles in English from the year 2010 (however without restrictions of publication date), using multiple associations between the terms "Hypochondriasis", "Illness Anxiety Disorder", "Somatic Symptoms Disorder", "Management", "Diagnosis" and "Treatment". I also used reference books in psychiatry, namely the “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition” and “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition”.

Results/Conclusion: The benefits of both Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and Cognitive-Behavioral Therapy in hypochondriac patients have already been proven, but further studies are still needed to become the most effective treatments, especially in the long term. After reading several scientific articles related to Hypochondriasis, more studies are required to clarify and make his concept more unanimous. Some authors even argue, that both Illness Anxiety Disorder and Somatic Symptoms Disorder, should be considered Anxiety Disorders, instead of being part of the section "Somatic

Symptoms and Related Disorders", further proof of the need to clarify the concept of Hypochondriasis.

Keywords

"Hypochondriasis"; "Illness Anxiety Disorder"; "Somatic Symptoms Disorder"; "Management"; "Diagnosis"; "Treatment"

Índice

Dedicatória.....	iii
Agradecimentos	v
Resumo	vii
Abstract.....	ix
Lista de Acrónimos	xiii
1. Introdução	1
1.1 Metodologia	2
2. Hipocondria – Fundamentação.....	3
2.1 Fisiopatologia	4
3. Distúrbio de Ansiedade da Doença.....	5
3.1 Fatores de risco	5
3.2 Diagnóstico	5
4. Distúrbio do Sintoma Somático.....	7
4.1 Fatores de risco	8
4.2 Diagnóstico	8
5. Cibercondria.....	11
6. Diagnóstico Diferencial e Comorbilidades	13
7. Tratamento.....	15
8. Comunicação	19
9. Conclusão.....	21
Referências Bibliográficas	23

Lista de Acrónimos

DAD	Distúrbio de Ansiedade da Doença
DSS	Distúrbio do Sintoma Somático
DSM-IV	Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais-4ª edição
DSM-5	Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais-5ª edição
TP	Transtorno de Pânico
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TOC	Transtorno Obsessivo-Compulsivo
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TC	Terapia Cognitiva
TE	Terapia de Exposição
ISRS's	Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina

1. Introdução

O doente hipocondríaco tem uma grande convicção, ou um receio/medo constante, de possuir uma doença grave, ou sérios problemas de saúde. Este medo constante, conseqüente à certeza de que possui uma doença ou patologia por identificar, leva a que se verifiquem, nestes doentes, elevados níveis de ansiedade relacionados com a sua saúde. Desta forma, verifica-se uma utilização aumentada dos recursos da Área da Saúde por parte do doente hipocondríaco. Sendo uma doença difícil de tratar, mesmo com a utilização de meios complementares de diagnóstico e garantindo ao doente que o mesmo se encontra saudável, este continua determinado e confiante que existe alguma patologia/s por identificar. (1,2)

Contudo, em 2013, através do DSM-5, após múltiplas críticas aos critérios rígidos de diagnóstico de Hipocondria, segundo o DSM-IV (inserido nos “transtornos somatoformes”) e à conotação negativa com que o diagnóstico era associado, este termo deixou de ser utilizado, tendo sido substituído por dois novos: o Distúrbio de Ansiedade da Doença (DAD) e o Distúrbio do Sintoma Somático (DSS). Tanto no DAD, como no DSS são observados, nos doentes, níveis muito elevados de ansiedade face à sua saúde, sendo que a principal diferença entre os dois distúrbios é a presença/não presença de sintomas somáticos. (3) Deste modo, a presença de sintomas somáticos é um elemento de diagnóstico chave para diagnosticar o DSS, apesar de no DAD, por vezes, serem observados sintomas somáticos leves (os níveis de ansiedade relacionados com a saúde são semelhantes entres os dois Distúrbios). (4)

O diagnóstico, tanto de DSS como de DAD, faz-se segundo critérios definidos pelo DSM-5 para o respetivo transtorno. Em relação ao tratamento, foram já descritos em alguns artigos, os benefícios da Terapia Cognitivo-Comportamental e dos Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina. (5)

Desta forma, e sendo que tanto o DAD como o DSS são conceitos relativamente recentes, é necessário que se continue a investigar o procedimento que os médicos devem ter em conta perante a suspeita de um destes distúrbios num indivíduo, incluindo o mais correto diagnóstico e tratamento, assim como a forma de comunicação e a postura que se deve adotar perante um doente hipocondríaco. Neste artigo, tenta-se, então, clarificar o modo de ação de um médico perante um doente hipocondríaco, abordando a maneira como se deve comunicar com o paciente, como fazer o seu diagnóstico segundo os critérios do DSM-5, quais os diagnósticos diferenciais a que se tem de prestar atenção, e qual o tratamento ideal para o mesmo.

1.1 Metodologia

A realização desta monografia baseou-se na leitura de artigos científicos através da base de dados eletrónica “PubMed”, de maneira a recolher informações atualizadas sobre a Hipocondria, a importância de se entender a sua definição e conceitos associados, o seu diagnóstico e tratamento. Foram selecionados, preferencialmente, artigos em inglês entre o ano 2010 e 2021 (contudo sem restrições de data de publicação), usando múltiplas associações entre os termos “Hypochondriasis”, “Illness Anxiety Disorder”, “Somatic Symptoms Disorder”, “Management”, “Diagnosis” e “Treatment”.

Foram usados, também, livros de referência na área da Psiquiatria, nomeadamente o DSM-IV e DSM-5 para melhor entender a Hipocondria e sua gestão.

2. Hipocondria – Fundamentação

Segundo o DSM-IV, a Hipocondria baseia-se no diagnóstico em que a ansiedade persistente e grave (pode mesmo, em casos extremos, incapacitar a vida do paciente) sobre a presença de uma doença médica não diagnosticada, é a característica principal e mais frequentemente visível no indivíduo. (6,7) Deste modo, o paciente procura ajuda médica recorrentemente, e mesmo após realizar exames ou análises de diagnóstico com resultados normais (inclusive com o médico a tranquilizá-lo acerca do seu estado de saúde), o mesmo permanece inquieto e confiante que possui uma doença por diagnosticar. (8)

Através da revisão literária de 55 artigos em 2014, foi verificada uma prevalência de Hipocondria na população em geral de cerca de 0,40%. (9,10)

Em 2013, com o lançamento do DSM-5, o termo Hipocondria deixou de ser utilizado, tendo sido dividido em dois termos, o Distúrbio de Ansiedade da Doença, e o Distúrbio do Sintoma Somático (englobados, no DSM-5, na secção “Sintomas Somáticos e Distúrbios Relacionados”). Alguns estudos referem que tanto num distúrbio como no outro, os valores de ansiedade da saúde são semelhantes, sendo que a principal diferença se baseia na existência de sintomas somáticos. Alguns estudos sugerem que cerca de 75% dos indivíduos que cumpriam critérios de diagnóstico, segundo o DSM-IV, para Hipocondria, são assumidos atualmente, pelo DSM-5, como tendo o diagnóstico de DSS. (11) O doente hipocondríaco está, geralmente, associado a maiores custos na área da saúde. Estes encargos justificam-se, comparativamente a um indivíduo saudável, por maiores custos laboratoriais e de ambulatório, e com um maior número de consultas médicas, hospitalizações por internamento e idas ao serviço de urgência, ficando, assim, mais suscetível a iatrogenias. (12,13)

Apesar da incongruência, uma vez que seria dedutível que o indivíduo hipocondríaco teria mais comportamentos de segurança, de higiene e de proteção face à sua saúde que um indivíduo saudável, estudos apontam para a conclusão que tal ideia não pode ser presumida. De facto, estudos demonstraram que pacientes hipocondríacos revelam um modo de vida menos ativo e, por exemplo, com menos higiene (explicado pela ansiedade que os indivíduos hipocondríacos têm em desenvolver certas patologias, e como tal tentam-se proteger das mesmas). Desta forma, os doentes afastam-se de todas as atividades que pensam não trazer qualquer tipo de benefício para a sua saúde. Atualmente, mesmo com todos os estudos e investigações efetuadas na área da Hipocondria, continua-se a verificar a existência de poucos conhecimentos acerca deste distúrbio, nomeadamente ao nível da sua epidemiologia e etiologia. (11,14)

2.1 Fisiopatologia

Alguns estudos já referiram e estudaram as possíveis alterações, ou diferenças, do cérebro de um indivíduo com Hipocondria face a um indivíduo saudável. Apesar da demonstração, de alguns estudos posteriores, de anomalias e diferenças, face a uma pessoa saudável, tanto na morfologia como no funcionamento cerebral de um indivíduo hipocondríaco, ao nível da matéria cinzenta e conetividade cerebral (engloba os comportamentos, funções motoras e relacionadas com os sentidos animais, assim como certos tipos de processamento de informação ao nível do cérebro), atualmente já existem alguns artigos que abordam as suas alterações. O pré-cúneo está relacionado com a autoconsciência, assim como com a integração de informações passadas e presentes, certos aspetos da memória, entre outros. (15) O cúneo está relacionado com o processamento visual básico. O giro frontal medial gere a memória perçetual, o fim do medo aprendido e a função executiva. Alguns autores observaram uma diminuição do volume da matéria cinzenta no pré-cúneo esquerdo, tendo aumentado no giro frontal medial esquerdo, no doente hipocondríaco. Há, de igual forma, evidências da diminuição da conetividade cerebral funcional entre o giro frontal medial esquerdo e o cúneo, assim como entre o pré-cúneo esquerdo e o cúneo. Estas alterações podem representar um papel futuro importante no esclarecimento da fisiopatologia da Hipocondria. Existem, ainda, poucos estudos de imagem sobre a Hipocondria, existindo suspeitas, segundo alguns autores, que pacientes, por exemplo diagnosticados com DAD, podem ter alterações e anomalias ao nível do córtex frontal orbital, tálamo e hipófise. (4) No entanto, em diferentes estudos verificam-se discordâncias nos resultados e, como tal, é importante se continuar a investigar as verdadeiras alterações e diferenças cerebrais, entre um indivíduo saudável e um doente hipocondríaco. (12,16)

3. Distúrbio de Ansiedade da Doença

No Distúrbio de Ansiedade da Doença, os indivíduos estão convencidos que possuem alguma patologia por identificar e, deste modo, são encontrados com mais frequência em consultas médicas, do que uma pessoa saudável. No entanto, apesar de apresentarem taxas elevadas de utilização médica, os serviços de saúde mental não são muito utilizados por estes indivíduos. Tanto na eventualidade do médico não valorizar as queixas do paciente, como na possibilidade do mesmo identificar o distúrbio e direcionar o indivíduo para os cuidados de saúde mental, o doente hipocondríaco frequentemente fica insatisfeito e sente-se desrespeitado. Estudos referem que a prevalência deste distúrbio é semelhante entre homens e mulheres. Nos idosos, a ansiedade relacionada com a sua saúde associa-se mais frequentemente ao receio de perderem a memória, enquanto que nas crianças este distúrbio é raro.

Neste momento, a prevalência de DAD entre diferentes países com culturas igualmente diversas, parece ser semelhante. (17,18)

3.1 Fatores de risco

O DAD é considerado um distúrbio crónico com grandes probabilidades de recidiva. Segundo alguns estudos efetuados, os níveis de ansiedade de saúde aumentam com a idade, sendo que existem alguns fatores de risco para o desenvolvimento deste distúrbio como um episódio de grande stress ou de ameaça à sua vida (apesar de benigno), um familiar de primeiro grau com DAD ou um familiar com, pelo menos, uma doença grave ou crónica. Por outro lado, um histórico de abuso infantil ou de uma infância problemática são, também, fatores que predispõem o desenvolvimento deste distúrbio em fase adulta. (12)

3.2 Diagnóstico

O diagnóstico de DAD é feito segundo os critérios definidos pelo DSM-5. No DAD observa-se uma preocupação em possuir ou vir a ter uma patologia grave, mesmo após uma avaliação atenta, onde não se identifica nenhuma condição médica (critério A), sendo que os sintomas somáticos não podem estar presentes, ou têm de ser de leve intensidade (critério B).

É importante entender que a ansiedade do indivíduo sobre a sua saúde não deriva da sua queixa física, mas sim do significado que esta pode ter. Deste modo, sinais normais e benignos, como uma simples tontura, levam a níveis de ansiedade e preocupação

excessivos e desproporcionais face à verdadeira gravidade da situação. Uma vez que o utente com DAD se encontra mais facilmente alarmado com o seu estado de saúde, estes pacientes ao ouvirem falar de outros indivíduos adoecerem, ou que foram diagnosticados com patologias graves, elevam os seus níveis de ansiedade sobre a sua saúde (ou de eventualmente desenvolverem alguma doença grave), para valores ainda mais altos (Critério C).

A ansiedade de saúde em níveis extremos pode mesmo levar à invalidez de um indivíduo. De facto, em alguns casos, este distúrbio pode tornar-se a identidade do indivíduo hipocondríaco, em que o mesmo começa a praticar comportamentos protetores excessivos relacionados com a sua saúde como, por exemplo, se auto-examinar repetidamente e procurar informações sobre a suposta doença constantemente (inclusive via Internet) (19), sendo que nalguns casos pode mesmo deixar de visitar familiares diagnosticados com alguma doença, ou de fazer exercício e qualquer atividade em que exista uma probabilidade, mesmo que reduzida, de se magoar ou ficar doente (uma parte reduzida destes indivíduos evita mesmo consultas médicas e hospitais, de forma a se protegerem)-Critério D.

Para ser efetuado o diagnóstico de DAD num indivíduo, é importante que esta preocupação e ansiedade, acerca do seu estado de saúde, esteja presente há pelo menos 6 meses, e a suposta doença que o indivíduo receia ter, pode mudar o seu curso ao longo desse período de tempo (critério E).

Após a observação de elevados níveis de ansiedade de saúde numa pessoa, é importante entender se o indivíduo frequentemente recorre a cuidados médicos, ou se evita os mesmos. Por outro lado, devido ao facto de este distúrbio poder coexistir com outros, é importante verificar se a preocupação excessiva do indivíduo sobre a sua saúde, ou possível doença, é melhor explicada por outro transtorno mental (critério F). (20–23)

4. Distúrbio do Sintoma Somático

Anteriormente inserido nos “Distúrbios Somatoformes” (os médicos tinham dificuldade em entender e colocar em prática os limites diagnósticos entre os diferentes distúrbios desta secção), segundo o DSM-IV, com o DSM-5 o DSS passou a englobar os “Sintomas Somáticos e Distúrbios Relacionados”. É realmente difícil determinar se um sintoma somático é clinicamente inexplicável, visto que não é aceitável fazer o diagnóstico de um transtorno mental a um indivíduo, apenas porque não existe uma causa médica demonstrada como razão dessa queixa. Por outro lado, a existência de um diagnóstico médico não exclui a existência de uma doença mental comórbida.(12,24,25) Estudos verificaram que cerca de 75% dos indivíduos anteriormente diagnosticados com Hipocondria têm, agora, segundo os critérios do DSM-5, um diagnóstico de DSS (os indivíduos com altos níveis de ansiedade sobre a sua saúde, sem sintomas somáticos assinaláveis, ou com sintomas leves, têm o diagnóstico de DAD).

No DSS, assim como no DAD, existe uma atribuição de doença física a sensações corporais normais/benignas, com uma repetida visualização e controlo de possíveis anomalias corporais, para além de uma procura constante de ajuda médica e evicção de comportamentos considerados como potencialmente perigosos, como por exemplo a atividade física, pelo receio do indivíduo em se poder magoar, ou desenvolver certa patologia. Outro ponto idêntico entre o DSS e o DAD, é o facto do indivíduo supor que o médico não o leva a sério após a explicação, por parte do mesmo, de que os sintomas sentidos não são indicativos de doença física grave. (8,11,26)

Um artigo de 2015, estudou e revelou algumas diferenças entre os indivíduos com DSS e DAD. Segundo este artigo, os autores verificaram um grau menor de educação e níveis mais baixos na “Avaliação Global da Escala de Funcionamento” por parte dos indivíduos com DSS. Por outro lado, os autores verificaram um maior número de sintomas somáticos e de procura de ajuda médica nos indivíduos com DSS, em relação aos que tinham DAD, assim como uma maior associação deste distúrbio com o Transtorno de Pânico (TP) e o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG). (3)

Desta forma, indivíduos com DSS são vistos frequentemente nos serviços de saúde médica geral e não nos serviços de saúde mental (por vezes estes indivíduos podem ficar insatisfeitos ou mesmo irritados com a sugestão do médico, de que o indivíduo se deverá apresentar, por exemplo, numa consulta de psiquiatria).

Estima-se que existe uma prevalência de sintomas somáticos em cerca de 5% a 7% na população adulta, com maior incidência no sexo feminino.

Por um lado, o DSS em idades mais avançadas pode ser subdiagnosticado, visto que alguns dos sintomas somáticos, como o cansaço, podem ser vistos como sinais e

sintomas normais da idade, ou provavelmente são consequência das doenças ou medicações do indivíduo. Por outro lado, apesar do DSS ser raro nas crianças, quando apresentam sintomas, costumam incidir mais em queixas de dores abdominais, cefaleias, cansaço e náuseas. Nas crianças costuma-se observar, mais frequentemente, apenas um sintoma proeminente, ao contrário dos adultos, sendo que poucas vezes se preocupam realmente com a doença em si. Neste caso, a reação e resposta por parte dos pais a determinado sintoma, pode se associar ao nível de ansiedade sentida pela criança face ao mesmo. (20)

4.1 Fatores de risco

É importante conhecerem-se alguns dos fatores de risco, que podem contribuir para o desenvolvimento do DSS como fatores genéticos, eventos traumatizantes precoces ou recentes (entre os quais, abuso sexual e doença física crónica) e baixa escolaridade e estatuto socioeconómico, assim como certos estigmas sociais que desvalorizam a saúde mental em prol da saúde física. Indivíduos com histórico passado de transtornos mentais, como a Depressão, ou o TP, têm também um risco acrescido de desenvolverem o DSS. Existem, também, alguns traços de personalidade com afetividade negativa, como no neuroticismo, em que existe um maior risco do indivíduo possuir variados sintomas somáticos. (18,21,27)

4.2 Diagnóstico

O diagnóstico do DSS é feito segundo os critérios do DSM-5. Em primeiro lugar, para o diagnóstico do DSS é importante observar se o indivíduo tem um ou mais sintomas somáticos, que se traduzem em níveis de ansiedade maiores para o indivíduo, ou que têm consequências significativas e limitativas na vida diária do mesmo (Critério A). Estes sintomas somáticos podem ser específicos como uma dor localizada, ou não específicos como por exemplo o cansaço. É importante, por isso, estudar o indivíduo e perceber se existe alguma explicação médica para o/s referido/s sintoma/s.

Para além dos sintomas somáticos, são frequentemente observáveis, em indivíduos com DSS, comportamentos e pensamentos excessivos relacionados com os mesmos, ou níveis elevados de ansiedade face à sua saúde. Esta elevada preocupação pode ser representada por pensamentos desproporcionais e persistentes, acerca dos sintomas que possuem e sua seriedade (Critério B-1), por constantes níveis elevados de ansiedade associados com a sua saúde ou sintomas (Critério B-2), e por um gasto elevado de tempo e energia em pesquisarem, ou se informarem acerca das suas queixas

Gestão do doente hipocondríaco

(Critério B-3). Normalmente, os indivíduos com DSS associam as suas sensações corporais a ameaças reais, mesmo havendo indicações por parte do médico ao paciente, que o mesmo pode estar descansado. Estes níveis elevados de ansiedade face à sua saúde podem mesmo, em casos graves, assim como no DAD, invalidar o indivíduo, assumindo um papel totalmente relevante na vida do mesmo.

Em último lugar, é importante verificar se o quadro clínico do indivíduo com queixas de sintomas somáticos é superior a cerca de 6 meses (Critério C).

Após o diagnóstico do indivíduo ser efetuado, devemos classificar a gravidade do mesmo. Assim, indivíduos que apenas satisfaçam um destes critérios de diagnóstico é considerado “suave”. Aquando um diagnóstico de gravidade “moderada”, dois ou mais pontos do critério B são visualizados, enquanto que num diagnóstico “grave”, para além de dois ou mais pontos do critério B serem preenchidos, têm de existir várias queixas somáticas, ou apenas uma, mas muito grave. (20,27)

Gestão do doente hipocondríaco

5. Cibercondria

Apesar do termo Hipocondria continuar a ser alvo de estudo, necessita de uma contínua investigação até que se compreenda totalmente a sua definição e a forma mais correta de como se deve fazer a gestão do doente hipocondríaco. Desta forma, novos termos associados à Hipocondria têm sido descobertos e estudados, entre os quais a “Cibercondria”.

Tanto no DSS como no DAD, verifica-se uma procura incessante por novas informações médicas em relação à sua saúde. Deste modo, com a globalização e desenvolvimento tecnológico, qualquer indivíduo pode pesquisar e se informar sobre qualquer tipo de patologia via Internet. Se por um lado, se podem encontrar informações precisas e profissionais em certas páginas online ou certas revistas médicas, na maior parte dos casos, a informação via Internet é dada e partilhada sem qualquer tipo de revisão feita, o que leva à existência de níveis elevados de “desinformação” online.

Em relação à sua definição, existem duas hipóteses possíveis. Por um lado, pode se definir a cibercondria como a excessiva e repetitiva investigação online sobre a sua saúde e possíveis doenças, associada a um aumento da ansiedade e preocupação sobre o seu estado de saúde. Por outro lado, e sugerindo que a cibercondria pode ser considerada como uma “síndrome”, define-se pela ansiedade de saúde associada a vários componentes. Dentro destas componentes, podemos realçar a investigação online em saúde repetitiva e temporalmente demorada, a limitação das atividades e vida diária do indivíduo pela mesma e o maior recurso a cuidados médicos, procurando alcançar a tranquilidade (devido aos elevados níveis de ansiedade de saúde provocada pelas pesquisas online).

Se por um lado, elevados níveis de ansiedade de saúde podem preceder a cibercondria, foi também observado que o excesso de investigação online sobre saúde pode, também, conduzir a altos valores de ansiedade de saúde. Alguns investigadores consideram a Cibercondria um fenómeno de uma condição psicopatológica, neste caso a Hipocondria.(28–30)

Desta forma, é necessário a continuação da realização de estudos de investigação de forma a entender o verdadeiro estatuto da Cibercondria, isto é, se deve ser considerada uma entidade distinta, ou como parte de outra psicopatologia.

Gestão do doente hipocondríaco

6. Diagnóstico Diferencial e Comorbilidades

Aquando da presença de um indivíduo com suspeitas de um possível diagnóstico de DSS, ou DAD, é importante se assegurar que a sua situação e queixas clínicas não são mais bem explicadas por outra doença ou transtorno mental. No doente hipocondríaco, tanto no DSS como no DAD, podem ser observados transtornos mentais comórbidos, e face às semelhanças que muitas vezes se encontram entre os mesmos é necessário, por conseguinte, dar uma atenção reforçada ao diagnóstico diferencial da Hipocondria (o médico deve ver todos os registos médicos anteriores do indivíduo).

Em todos os Transtornos de Ansiedade, é possível, observar-se um pessimismo constante, atribuindo uma conotação negativa a estímulos e sensações corporais normais e benignas, detetando ameaças com uma maior facilidade e sensibilidade, e criando respostas cognitivas e comportamentais para as mesmas (apesar do DAD e o DSS estarem inseridos nos “Sintomas Somáticos e Distúrbios Relacionados”, é possível se verificarem estes padrões dos Transtornos de Ansiedade na Hipocondria). Deste modo, é importante entender as diferenças ou as características clínicas mais comuns entre os variados Transtornos de Ansiedade (alguns artigos defendem mesmo a integração do DSS e DAD nesta secção). Assim, o médico quando confrontado com um indivíduo suspeito de possível diagnóstico de DSS ou DAD, deve recolher os seus sintomas gerais, assim como a atenção que o mesmo lhes fornece, e atentar às consequências comportamentais e cognitivas para o paciente. (12,31)

O diagnóstico associado mais comum da Hipocondria é a Depressão, no entanto, os Transtornos de Ansiedade como grupo representam números comórbidos maiores do que os Transtornos Depressivos em grupo. Alguns estudos apontam, também, uma maior associação entre o DSS e o TP, ou o TAG, comórbido.(3,18) Na realidade, é notável a semelhança entre o DAD e DSS em termos demográficos, do curso da doença, do número de episódios de ansiedade e comportamentos de saúde.

No TAG, é possível se observarem níveis elevados de ansiedade relacionados com a saúde. Por outro lado, neste transtorno, são diversas as situações, ou atividades, com que os indivíduos se queixam e preocupam, ou seja, a saúde não é o foco principal.

É necessário observar as diferenças entre os sintomas e sinais de um indivíduo com Hipocondria e doentes com elevados níveis de ansiedade, como resultado do diagnóstico de uma doença grave, situação esta explicada pela patologia médica. Por outro lado, é possível verificar-se, nestes doentes, uma coexistência da Hipocondria e de elevados níveis de ansiedade relacionada à saúde como resultado de um diagnóstico médico.

Gestão do doente hipocondríaco

No Transtorno Dismórfico Corporal, o indivíduo está mais focado numa preocupação excessiva com o seu corpo e aspeto do mesmo.

Na Depressão, apesar de ser possível se observarem sintomas somáticos, a preocupação com a saúde será exacerbada nos episódios depressivos agudos.

A manifestação mais intensa de sintomas físicos, com cognições negativas associadas ao significado dos mesmos, e a incapacidade do indivíduo se tranquilizar, são características mais comuns do Transtorno de Pânico. Neste caso, a má interpretação de sensações corporais benignas é um ponto comum com a Hipocondria.

No Transtorno Bipolar as queixas sobre sintomas físicos ou ferimentos ligeiros são dramáticos e podem mesmo ser fingidos.

É necessário atentar e entender o Transtorno da Personalidade Histriónica, em que os indivíduos, pelo fato de expressarem um padrão de elevada emocionalidade, com elevada necessidade de chamar a atenção dos outros, apresentam queixas exageradas, ou têm uma reação desproporcional face a uma pequena lesão.

No Transtorno do Stress Pós-traumático, é possível, serem observados sintomas somáticos inexplicáveis, e os indivíduos centram-se mais em preocupações excessivas físicas.

Quando se está perante um indivíduo com Psicose, as ilusões somáticas são geralmente irrealistas e exageradas, enquanto que no Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), assim como na Hipocondria, os pacientes partilham comportamentos de segurança excessivos, como a constante verificação corporal, de modo a reduzirem os seus níveis de ansiedade. Contudo, no TOC verifica-se uma preocupação elevada e desproporcional com a contaminação e organização, e desenvolvimento de doenças graves. Neste ponto, para além de se verificar que o TOC pode ser uma comorbilidade da DAD, artigos referem que a DAD pode, também, ser uma manifestação do Transtorno Obsessivo-Compulsivo. (12,18,20,32)

7. Tratamento

Como referido previamente, no doente hipocondríaco é observada uma sobrevalorização, desproporcionada da realidade, dada a sintomas e sensações corporais normais ou benignas, com conseqüente excessiva observação corporal e adoção de comportamentos de segurança. Assim sendo, todos estes fatores reforçam as preocupações e receios dos indivíduos hipocondríacos acerca do seu estado de saúde, levando a níveis ainda mais elevados de ansiedade face à possível patologia por identificar. Deste modo, é importante entender a relevância destes comportamentos de segurança e interpretações de sensações corporais falsas e irrealistas como processos fulcrais para o desenvolvimento e manutenção da Hipocondria. (1)

Atualmente, já foram estudados e confirmados alguns benefícios de certos tratamentos, tanto farmacológicos como não farmacológicos, no tratamento da Hipocondria a curto e a longo prazo.

Outro ponto igualmente importante no tratamento da Hipocondria, baseia-se na adoção de um estilo de vida saudável, uma vez comprovada a associação e as vantagens, por exemplo, do exercício físico ou de uma boa higiene de sono, tanto a nível físico como psicológico. (33,34)

Dentro dos tratamentos não farmacológicos, é importante entender a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), e, dentro da mesma, realçar a Terapia Cognitiva (TC) e a Terapia de Exposição (TE). Na TCC, é bastante usual se verificar uma associação da TC com a TE. Nos últimos anos tem havido uma grande incidência na pesquisa e desenvolvimento das técnicas da TCC, uma vez que cada vez mais está comprovada a eficácia deste tratamento em diversos transtornos mentais. (35,36).

A TE é uma das técnicas mais abordadas e vantajosas no tratamento de Transtornos de Ansiedade. Todos os indivíduos possuem estruturas cognitivas relacionadas com o medo, isto é, certos estímulos específicos que desencadeiam respostas negativas (por exemplo associar certos animais a um perigo eminente) podem desencadear a resposta do medo, que se pode manifestar por uma simples corrida ou fuga, ou por sintomas físicos (entre outros, a taquicardia). No entanto, quando se observam estas reações e respostas ao medo para situações ou estímulos normais e seguros, pode-se considerar que se está perante algum tipo de patologia. Deste modo, a Terapia de Exposição baseia-se na tentativa de identificar as respostas ao medo patológicas, e, desta forma, desmistificar e modificar a associação negativa das mesmas a um certo estímulo seguro, mas considerado como um potencial perigo. Assim sendo, usa-se o exemplo de um indivíduo que por alguma situação de stress específica (por exemplo, um local fechado e completamente lotado), fica muito ansioso, e conseqüentemente taquicárdico, sendo

que de seguida começa a recear estar a ter um “ataque cardíaco” e, conseqüentemente, perante tal estímulo desencadeia uma resposta com sudorese, palpitações, entre outros. Na Terapia de Exposição, como o nome indica, pretende-se expôr o indivíduo ao receoso estímulo (pode ser na vida real, como em cenários de imaginação), e modificar a percepção negativa que o indivíduo tem do mesmo. (37,38)

A Terapia Cognitiva é também muito usada no tratamento de Transtornos de Ansiedade. Esta terapia sugere que tanto os sentimentos e comportamentos, assim como os pensamentos, estão interligados e relacionados intimamente. Desta forma, a TC tenta identificar os pensamentos anormais e relevantes, assim como analisa o indivíduo na forma como exprime os seus sentimentos e a caracterização dos mesmos. Por conseguinte, na TC tentam-se mudar e alterar os pensamentos mal adaptativos do indivíduo, assim como alterar certos problemas comportamentais ou sociais do mesmo.(36,39)

Em relação a casos de doentes hipocondríacos, um exemplo mais específico da forma e métodos que a TC utiliza no tratamento da Hipocondria, baseia-se na finalidade de modificar os processos cognitivos responsáveis pelos elevados valores de ansiedade face à sua saúde, isto é, alterar a percepção e atenção exagerada dada a certos sintomas benignos corporais, ou o constante receio e medo de desenvolverem algum tipo de doença (associado à constante procura de informação médica relacionado com os seus receios e sintomas, ou sensações). (9)

Estudos recentes têm incidido as suas investigações nos efeitos da TC e TE na Hipocondria. Para além de confirmada a eficácia da TCC na Hipocondria, foram também observados benefícios deste tratamento em sintomas depressivos comórbidos. Observando todas as semelhanças entre os Transtornos de Ansiedade e a Hipocondria, conseguem-se entender as críticas que muitos autores foram salientando sobre a inserção deste distúrbio na secção “Sintomas Somáticos e Distúrbios Relacionados”, no DSM-5, invés de ser considerado um Transtorno de Ansiedade. Estudos defendem que o atraso e a demora em se entender realmente, em que secção dos variados transtornos mentais a Hipocondria deve ser inserida, pode levar a que se continue a retardar o desenvolvimento de conhecimentos mais claros acerca deste tema, assim como a compreensão real do seu tratamento. (18)

De facto, partindo do princípio que a Hipocondria está inserida nos Transtornos de Ansiedade, poderia se considerar a TE como a abordagem mais correta a utilizar no seu tratamento, uma vez que apesar da TC incidir mais na alteração da forma de reação e associação, face a um certo estímulo, e memórias disfuncionais, a TE iria colocar o paciente frente-a-frente com o mesmo de forma a superar a sua ansiedade ou preocupação.

Gestão do doente hipocondríaco

Um estudo, investigou a diferença da eficácia entre a TC e a TE no tratamento da Hipocondria. Segundo os seus resultados, tanto a TC como a TE, foram capazes de reduzir cognições e processos mentais que sustentavam a Hipocondria nos indivíduos, observando que os sintomas depressivos e as queixas de sintomas corporais diminuíram com as duas terapias, sendo que os sintomas de ansiedade reduziram de forma mais acentuada na TE. Em relação ao seguimento do indivíduo hipocondríaco a partir do seu diagnóstico, verificou-se que o tratamento manteve os seus efeitos nos 12 meses seguintes. Em relação aos comportamentos de segurança, foi observada uma maior redução nos indivíduos, com a TE. (9)

Apesar de alguns outros estudos terem apresentado resultados diferentes, com menos efeitos observados da TCC na Hipocondria, tal facto pode ser explicado pela possível importância do uso de sessões de reforço do tratamento, visualizadas neste artigo em questão. Outro fator que coloca em questão se é possível transpor os resultados deste estudo para cuidados de saúde mental, tem a ver com a qualidade dos terapeutas, especialistas e o recurso constante a informações fidedignas ou manuais (não parece muito plausível, que na prática clínica diária existam condições de reproduzir os resultados deste estudo com a mesma eficácia).

Outro estudo, investigou as diferentes taxas de resposta e remissão por parte dos indivíduos, segundo o uso da TC ou da TE como tratamento. Em primeiro lugar, é importante entender o conceito de “resposta” como uma diminuição assinalável dos sintomas, e “remissão” como a retoma do funcionamento normal corporal. Este estudo verificou nos seus resultados, “resposta” em cerca de 2/3 dos doentes hipocondríacos e “remissão” em cerca de metade dos mesmos. Desta forma, apenas metade dos indivíduos tiveram remissão mesmo com a utilização dos tratamentos disponíveis mais eficazes. Foi observado, neste estudo, que tanto as taxas de resposta, como as de remissão, foram contínuas e não baixaram mesmo após um ano do tratamento. Estes resultados positivos, não vão de acordo com estudos anteriores, mas podem ser facilmente explicados pelas sessões de reforço que foram usadas neste estudo. (40)

Outros estudos, verificaram a eficácia de novas modalidades dentro da TCC, mais concretamente da Terapia de Exposição, como, por exemplo, a TE através de um tratamento orientado, ou não, via Internet, que provou ser igualmente eficaz no tratamento tanto do DSS, como do DAD. As vantagens destas vertentes da TE, assentam-se na facilidade do acesso que os indivíduos vão dispor a um tratamento psicológico com eficácia comprovada. (11)

Ao nível do tratamento farmacológico para a Hipocondria, estão comprovados os benefícios dos Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS's).

Gestão do doente hipocondríaco

Um estudo destinou-se a entender os efeitos da farmacoterapia, neste caso através do uso da Paroxetina e da TCC (comparando os efeitos com o placebo), num doente diagnosticado com DAD. Através deste estudo, concluiu-se que a curto prazo (até 4 meses) a TCC tinha melhores resultados que os ISRS's, também com resultados positivos comparativamente ao Placebo. Em relação aos resultados dos diferentes tratamentos e placebo a longo prazo (5 anos), os autores concluíram que os efeitos positivos foram bastante mais reduzidos, apesar de terem verificado uma diminuição, por exemplo, dos sintomas depressivos associados ao DAD, com a TCC no período de seguimento. (4)

Outro estudo, investigou as vantagens e benefícios do uso de ISRS's, como a fluoxetina e a paroxetina, e a TCC no tratamento da Hipocondria. Em primeiro lugar, tanto a TC como a TE foram associadas à redução da associação de sensações e sintomas benignos a doenças graves. Em segundo lugar, no seguimento dos indivíduos do estudo tratados com ISRS's, verificou-se uma média temporal de 8.6 anos após a conclusão do estudo, para que 60% dos pacientes com critérios positivos para o diagnóstico de Hipocondria inicialmente, deixassem de os cumprir. Os autores deste estudo, observaram que os doentes, que após a conclusão do mesmo continuaram o tratamento com ISRS's por pelo menos mais um mês, demonstraram uma taxa de remissão de 80% (os doentes que não experimentaram o tratamento com ISRS's por, pelo menos, mais 1 mês após conclusão do estudo, demonstraram uma taxa de remissão de 40 %). (12)

Devido à incongruência de resultados entre estudos, é extremamente importante que os tratamentos da Hipocondria continuem a ser investigados e estudados, de forma a aumentar a eficácia dos mesmos a curto e longo prazo. Desta forma, é extremamente importante que os médicos colaborem e trabalhem em equipa, adotando sempre uma postura empática, sem julgarem as queixas ou preocupações dos doentes. Deve haver igualmente uma comunicação frequente e persistente entre o/os médico/s e o doente, com o intuito de esclarecerem os planos de diagnóstico e tratamento, evitando os custos em saúde desnecessários e aumentando a eficácia e eficiência da gestão e tratamento do doente hipocondríaco.

8. Comunicação

Apesar do tratamento da Hipocondria incidir maioritariamente no uso de ISRS's e da TCC, a comunicação com o paciente, acerca da sua situação clínica, revela uma extrema importância no processo do indivíduo entender e perceber a sua patologia.

A comunicação entre médicos é de igual importância, nomeadamente em situações em que se observa alguma incongruência nos resultados de exames de diagnóstico prévios, ou em que o doente foi mal tratado. Quando o médico verifica que um determinado teste ou exame foi mal interpretado, deve, em primeiro lugar, discuti-lo com o clínico em questão, e só depois transmitir a informação ao doente, de forma clara e transparente. A colaboração entre médicos baseia-se no objetivo de clarificar e definir, em conjunto, o melhor plano de tratamento para o doente, evitando os custos de saúde desnecessários (por exemplo, prescrever duas vezes o mesmo exame ao doente num curto espaço temporal, mesmo o resultado do primeiro tendo sido normal, a pedido do indivíduo). Todas estas questões, inclusive o plano de tratamento, devem ser discutidas com o paciente (a comunicação entre o/os médico/s e o paciente deve ser frequente e constante).

Desta forma, o diálogo com o paciente hipocondríaco, deve ser baseado numa postura de empatia e preocupação para com o doente. O médico deve ser curioso em relação à experiência, sensações e queixas do indivíduo, fazendo-lhe perguntas e nunca desvalorizando, ou negando, o discurso do mesmo. (12,41,42)

Grande parte dos doentes hipocondríacos, mesmo o médico prescrevendo exames complementares de diagnóstico e os resultados estarem normais, não concordam, ficam insatisfeitos e continuam a acreditar na existência de alguma patologia por identificar. Desta forma, existem alguns pormenores no discurso do médico que podem acalmar o paciente, e fazê-lo sentir-se respeitado. O médico deve sempre simpatizar com as queixas do paciente, demonstrando empatia, mas nunca confirmando a veracidade das mesmas (um exemplo é o de dizer ao doente que não imagina o que será viver com aquelas queixas ou sintomas que o mesmo descreve). O médico deve, também, evitar estar de acordo com os pensamentos e crenças do doente, apesar de as respeitar, ou, por exemplo, prescrever novos exames de diagnóstico mesmo com testes recentes normais (cria expectativas, e posteriormente se o médico mudar de postura, pode perder a confiança do indivíduo), visto que os pacientes hipocondríacos não são tranquilizados por testes de resultado negativo ou normais (deve se explicar ao doente a razão de não se passar novo exame). Na eventualidade de se prescrever um exame de diagnóstico a um paciente hipocondríaco, deve-se avisá-lo com antecedência quais resultados serão considerados normais ou anormais. Caso o médico opte por não

Gestão do doente hipocondríaco

prescrever determinado exame que o paciente hipocondríaco lhe exige, deve clarificar na documentação a sua justificação, assim como explicar claramente ao doente a razão da sua decisão. (12,43)

Sendo assim, o médico deve se esforçar por ser paciente com o doente, e não desacreditar as suas queixas, nem demonstrar desrespeito, ou mesmo desprezo, pelo mesmo. O médico deve partir do princípio que os sintomas do paciente têm uma causa psicológica, e nunca deve dizer ao paciente que os seus sintomas são fingidos ou que são reproduzidos pela imaginação do mesmo.

É muito importante, desta forma, após efetuado o diagnóstico de Hipocondria, comunicar ao doente a sua situação clínica, e clarificar no seu relatório que, futuramente, apesar do paciente ser hipocondríaco, quaisquer queixas ou sintomas devem ser igualmente valorizados, e nunca ignorados (podem coexistir outras condições médicas). Mesmo suspeitando que o doente hipocondríaco reagirá de uma forma negativa à informação que as suas queixas e sensações são de causa psicológica, e que terá de ser acompanhado por profissionais da área da Saúde Mental, o paciente deve ser informado do seu diagnóstico. Por outro lado, é essencial a comunicação ao paciente do seu diagnóstico, uma vez que todas as tomadas de decisão, em qualquer especialidade médica, devem ser feitas em equipa, entre médicos e paciente, sem informações clínicas ocultadas.

9. Conclusão

Atualmente, segundo o DSM-5, quando se refere que um certo indivíduo é hipocondríaco, subentende-se que o mesmo terá sido diagnosticado com Distúrbio de Ansiedade da Doença, ou Distúrbio do Sintoma Somático.

É de extrema importância, que todos os médicos estejam atualizados sobre os conceitos associados tanto ao DSS como ao DAD, de forma a gerirem de forma mais correta os doentes hipocondríacos, desde a suspeita do diagnóstico ao seu tratamento.

Desta forma, tanto no indivíduo com DAD, como com DSS, observam-se níveis muito elevados de ansiedade relacionados com a sua saúde, com uma excessiva e repetitiva verificação corporal, procura por informação relacionada com os seus sintomas/sensações físicas (interpretados de forma negativa e exagerada, mesmo sendo benignos) e aumento da procura de cuidados médicos. Por outro lado, no DSS verifica-se a presença de sintomas somáticos no doente ao contrário do DAD, onde é possível serem observados, por vezes, sintomas somáticos de intensidade leve.

A Hipocondria, no DSM-IV, pertencia à secção dos “Transtornos Somatoformes”, no entanto, com o DSM-5 e consequente divisão em DSS e DAD, passou a englobar os “Sintomas Somáticos e outros Distúrbios Relacionados”.

Em relação ao diagnóstico, tanto do DSS como do DAD, deve ser feito segundo os critérios definidos no DSM-5. Perante a suspeita de um possível diagnóstico de Hipocondria numa pessoa, o médico deve anotar os seus sintomas, as suas queixas e preocupações, a atenção que o mesmo lhes fornece e as consequências comportamentais e cognitivas, das mesmas, para o indivíduo. O médico deve sempre excluir a possibilidade de outra patologia orgânica, tanto física ou psicológica, que melhor explique os sintomas e situação clínica do indivíduo. Também é necessário saber e estudar, após o diagnóstico de DSS ou DAD, a presença, ou não, de comorbilidades.

Ao nível do tratamento do DAD e DSS, já foram comprovadas as vantagens da TCC e dos ISRS's na Hipocondria. No entanto, apesar da importância do tratamento farmacológico e não farmacológico na Hipocondria, a comunicação, o diálogo e a postura que o médico adota perante o indivíduo é igualmente importante. De facto, a adoção de uma postura empática por parte do médico, demonstrando ao doente hipocondríaco que respeita as queixas do mesmo, impulsiona, de certa forma, o processo de tratamento do paciente, ao contrário de uma postura fria e agressiva, dizendo que o mesmo está a fingir, que consequentemente sente se desrespeitado e ignorado (este tipo de postura e comunicação aumentam ainda mais os níveis de ansiedade relacionados com a saúde do indivíduo). É de igual relevância, uma

constante comunicação com o doente, esclarecendo sempre qualquer questão que o mesmo possua, assim como entre médicos.

Desta forma, é necessário a continuação da realização de estudos de investigação em relação à Hipocondria. Para além das críticas de muitos autores à classificação da Hipocondria no DSM-5, considerando que deveria pertencer aos “Distúrbios de Ansiedade”, alguns não defendem, de igual forma, a divisão da Hipocondria em DSS e DAD. Em relação ao tratamento do doente hipocondríaco, é importante a necessidade da realização de mais estudos de investigação no futuro, de forma a aumentar a sua eficácia, sobretudo a longo prazo.

Referências Bibliográficas

1. Association AP, others. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th text revision ed. Washington, DC: American Psychiatric Association. 2000. 553–557 p.
2. Hart J, Björgvinsson T. Health anxiety and hypochondriasis: Description and treatment issues highlighted through a case illustration. *Bull Menninger Clin.* 2010;74(2):122–40.
3. Bailer J, Kerstner T, Witthöft M, Diener C, Mier D, Rist F. Health anxiety and hypochondriasis in the light of DSM-5. *Anxiety, Stress Coping.* 2016;29(2):219–39.
4. Chappell AS. Toward a Lifestyle Medicine Approach to Illness Anxiety Disorder (Formerly Hypochondriasis). *Am J Lifestyle Med.* 2018;12(5):365–9.
5. Starcevic V. Hypochondriasis: Treatment options for a diagnostic quagmire. *Australas Psychiatry.* 2015;23(4):369–73.
6. Longley SL, Broman-Fulks JJ, Calamari JE, Noyes R, Wade M, Orlando CM. A Taxometric Study of Hypochondriasis Symptoms. *Behav Ther [Internet].* 2010;41(4):505–14. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2010.02.002>
7. Eilenberg T, Frostholm L, Schröder A, Jensen JS, Fink P. Long-term consequences of severe health anxiety on sick leave in treated and untreated patients: Analysis alongside a randomised controlled trial. *J Anxiety Disord [Internet].* 2015;32:95–102. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.04.001>
8. Fink P, Ørnbøl E, Christensen KS. The outcome of Health anxiety in primary care. a two-year follow-up study on health care costs and self-rated health. *PLoS One.* 2010;5(3).
9. Weck F, Neng JMB, Richtberg S, Jakob M, Stangier U. Cognitive therapy versus exposure therapy for hypochondriasis (health anxiety): A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol.* 2015;83(4):665–76.
10. Weck F, Richtberg S, Neng J. Epidemiology of Hypochondriasis and Health Anxiety: Comparison of Different Diagnostic Criteria. *Curr Psychiatry Rev.* 2014;10(1):14–23.

11. Hedman E, Axelsson E, Andersson E, Lekander M, Ljótsson B. Exposure-based cognitive-behavioural therapy via the internet and as bibliotherapy for somatic symptom disorder and illness anxiety disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2016;209(5):407-13.
12. Scarella TM, Boland RJ, Barsky AJ. Illness Anxiety Disorder: Psychopathology, Epidemiology, Clinical Characteristics, and Treatment. *Psychosom Med*. 2019;81(5):398-407.
13. Sunderland M, Newby JM, Andrews G. Health anxiety in Australia: Prevalence, comorbidity, disability and service use. *Br J Psychiatry*. 2013;202(1):56-61.
14. Schwind J, Neng JMB, Höfling V, Weck F. Health behavior in hypochondriasis. *J Nerv Ment Dis*. 2015;203(7):493-8.
15. Utevsky A V., Smith D V., Huettel SA. Precuneus is a functional core of the default-mode network. *J Neurosci*. 2014;34(3):932-40.
16. Shen Z, Yu L, Zhao Z, Jin K, Pan F, Hu S, et al. Gray Matter Volume and Functional Connectivity in Hypochondriasis: A Magnetic Resonance Imaging and Support Vector Machine Analysis. *Front Hum Neurosci*. 2020;14(December):1-9.
17. Cabral Araújo Á, Lotufo Neto FMUSP F. A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais-o DSM-5 The new north american classification of Mental Disorders-DSM-5 [Internet]. Vol. XVI, Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn. 2014. 67-82 p. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452014000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
18. Scarella TM, Laferton JAC, Ahern DK, Fallon BA, Barsky A. The Relationship of Hypochondriasis to Anxiety, Depressive, and Somatoform Disorders. *Psychosomatics* [Internet]. 2016;57(2):200-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psych.2015.10.006>
19. Fergus TA, Dolan SL. Problematic internet use and internet searches for medical information: The role of health anxiety. *Cyberpsychology, Behav Soc Netw*. 2014;17(12):761-5.
20. Chiche S. *Dsm-5. Troubles mentaux et psychothérapies*. 2016. 38 p.
21. Newby JM, Hobbs MJ, Mahoney AEJ, Wong S (Kelvin), Andrews G. DSM-5 illness anxiety disorder and somatic symptom disorder: Comorbidity, correlates, and overlap with DSM-IV hypochondriasis. *J Psychosom Res* [Internet]. 2017;101:31-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.07.010>

22. Arnáez S, García-Soriano G, López-Santiago J, Belloch A. Illness-related intrusive thoughts and illness anxiety disorder. *Psychol Psychother Theory, Res Pract.* 2021;94(1):63–80.
23. Stefan S, Zorila A, Brie E. General threat and health-related attention biases in illness anxiety disorder. A brief research report. *Cogn Emot [Internet].* 2020;34(3):604–13. Available from: <https://doi.org/10.1080/02699931.2019.1645643>
24. van Dessel NC, van der Wouden JC, Dekker J, van der Horst HE. Clinical value of DSM IV and DSM 5 criteria for diagnosing the most prevalent somatoform disorders in patients with medically unexplained physical symptoms (MUPS). *J Psychosom Res [Internet].* 2016;82:4–10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.01.004>
25. Tyrer P, Eilenberg T, Fink P, Hedman E, Tyrer H. Health anxiety: The silent, disabling epidemic. *BMJ.* 2016;353(April):10–1.
26. Witthöft M, Weck F, Gropalis M. The Multidimensional Inventory of Hypochondriacal Traits: Factor Structure, Specificity, Reliability, and Validity in Patients With Hypochondriasis. *Assessment.* 2015;22(3):361–73.
27. Rief W, Martin A. How to use the new DSM-5 somatic symptom disorder diagnosis in research and practice: A critical evaluation and a proposal for modifications. *Annu Rev Clin Psychol.* 2014;10:339–67.
28. Starcevic V, Berle D, Arnáez S. Recent Insights Into Cyberchondria. *Curr Psychiatry Rep.* 2020;22(11).
29. Starcevic V, Berle D. Cyberchondria: Towards a better understanding of excessive health-related Internet use. *Expert Rev Neurother.* 2013;13(2):205–13.
30. Starcevic V, Baggio S, Berle D, Khazaal Y, Viswasam K. Cyberchondria and its Relationships with Related Constructs: a Network Analysis. *Psychiatr Q.* 2019;90(3):491–505.
31. Rachman S. Health anxiety disorders: A cognitive construal. *Behav Res Ther [Internet].* 2012;50(7–8):502–12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2012.05.001>
32. Gropalis M, Bleichhardt G, Witthöft M, Hiller W. Hypochondriasis, somatoform disorders, and anxiety disorders: Sociodemographic variables, general psychopathology, and naturalistic treatment effects. *J Nerv Ment Dis.* 2012;200(5):406–12.
33. Pelletier L, Shanmugasegaram S, Patten SB, Demers A. Self-management of mood and/or anxiety disorders through physical activity/exercise. *Heal Promot Chronic Dis Prev Canada.* 2017;37(5):149–59.

34. Hosker DK, Elkins RM, Potter MP. Promoting Mental Health and Wellness in Youth Through Physical Activity, Nutrition, and Sleep. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* [Internet]. 2019;28(2):171–93. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.chc.2018.11.010>
35. Giacobbe P, Flint A. Diagnosis and Management of Anxiety Disorders. *Contin Lifelong Learn Neurol*. 2018;24(3, BEHAVIORAL NEUROLOGY AND PSYCHIATRY):893–919.
36. Kaczurkin AN, Foa EB. Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: An update on the empirical evidence. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015;17(3):337–46.
37. Craske MG, Treanor M, Conway CC, Zbozinek T, Vervliet B. Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behav Res Ther* [Internet]. 2014;58:10–23. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2014.04.006>
38. Buchholz JL, Abramowitz JS. The therapeutic alliance in exposure therapy for anxiety-related disorders: A critical review. *J Anxiety Disord* [Internet]. 2020;70(January):102194. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102194>
39. Wenzel A. Basic Strategies of Cognitive Behavioral Therapy. *Psychiatr Clin North Am* [Internet]. 2017;40(4):597–609. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2017.07.001>
40. Weck F, Neng JMB. Response and remission after cognitive and exposure therapy for hypochondriasis. *J Nerv Ment Dis*. 2015;203(11):883–5.
41. Decety J. Empathy in Medicine: What It Is, and How Much We Really Need It. *Am J Med*. 2020;133(5):561–6.
42. Janssen M, Fluit CRMG, Sagasser MH, Kusters LHJ, Scherpbier-de Haan ND, de Graaf J. Competencies for collaboration between general practitioners and medical specialists: a qualitative study of the patient perspective. *BMJ Open*. 2020;10(7):e037043.
43. Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: A systematic review. *Br J Gen Pract*. 2013;63(606):76–84.