

Les síndromes funcionals somàtiques

Arthur J. Barsky, Jonathan F. Borus

Traducció de Gaietà Permanyer Miralda i Joan M. V. Pons de l'article: Barsky AJ, Borus JF. Functional somatic syndromes. *Ann Intern Med.* 1999;130:910-21.

La denominació *síndromes funcionals somàtiques* fa referència a diferents síndromes interrelacionades que es caracteritzen més per símptomes, patiment i incapacitat que per alteracions demostrables d'estructura o funció específiques de la malaltia. En moltes especialitats, els metges es troben cada vegada més amb pacients que tenen símptomes somàtics, incapacitants i no justificats mèdicament, per a la malaltia dels quals ja s'ha identificat una etiqueta diagnòstica. Les síndromes funcionals somàtiques han assolit dimensions socioculturals i polítiques de gran importància. El seu estatus definitiu en la consciència pública i el llenguatge popular contrasta vivament amb el seu estatus científic i biomèdic encara incert. Els pacients que sofreixen aquestes síndromes sovint les atribueixen molt clarament a malalties concretes i rebutgen les informacions que contradiuen tals atribucions. Sovint, aquests pacients tenen un enèrgic sentiment d'assertivitat i fan una aferrissada defensa de les seves suposicions etiològiques, i és freqüent que treguin valor o menyspreïn l'autoritat mèdica o l'evidència epidemiològica que posi en dubte les seves creences.

Entre les síndromes funcionals somàtiques hi ha la sensibilitat química múltiple, la síndrome de l'edifici malalt, la lesió per sobrecàrrega repetida, la fuetada crònica, la malaltia de Lyme crònica, els efectes col·laterals dels implants mamaris de silicona, la hipersensibilitat a *Candida*, la síndrome de la Guerra del Golf, intoleràncies alimentàries, el prolapse mitral i la hipoglucèmia. Aparentment, la incidència d'algunes altres síndromes funcionals somàtiques ha declinat: la intoxicació crònica per monòxid de carboni, la mononucleosi crònica o els símptomes derivats de l'exposició a pantalles de vídeo, al paper de còpia sense carboni i a camps electromagnètics febles. En tres altres síndromes (fatiga crònica, fibromiàlgia i budell irritable) existeix més incertesa sobre la possible fisiopatologia demostrable, però les incloem en aquesta revisió a causa de la seva àmplia superposició fenomenològica amb altres síndromes funcionals somàtiques i perquè els factors psicosocials comentats aquí hi són aplicables.

Mètodes

Mitjançant una cerca en la base de dades MEDLINE s'identificaren articles en anglès publicats entre 1966 i el moment actual. Es revisaren les bibliografies dels articles recuperats cercant publicacions addicionals. No va ser possible dur a terme una anàlisi estandarditzada o estructurada dels articles identificats a causa de la variabilitat en qualitat, disseny i mètodes, i també per l'amplitud temàtica dels articles inclosos. Es va posar èmfasi en els estudis empírics que utilitzaven mètodes diagnòstics més rigorosos, mostres més grans, anàlisis sistemàtiques, grups de comparació adequats i seguiment longitudinal.

La font de finançament d'aquest treball no va jugar cap paper en la recollida, anàlisi o interpretació de les dades ni en la decisió de remetre l'article per a publicació.

Context històric

En temps passats, van sorgir diferents trastorns associats als símptomes de les síndromes funcionals somàtiques (com ara el mal de cap, els dolors musculoesquelètics, la fatiga, les molèsties gastrointestinals, les dificultats de memòria o l'insomni), suscitaron un interès mèdic intens i després la seva incidència va declinar. Inicialment, es pensà que la neurastènia, la irritació vertebral, la brucel·losi crònica, el pinçament nerviós, la lesió espinal postaccident de tren i el cor del soldat tenien tots una causa mèdica, però quan no es va poder establir una base patològica d'aquests trastorns aleshores la seva prevalença i incidència varen baixar. En temps més recents ha decaïgut la popularitat de síndromes funcionals somàtiques com la intoxicació per mercuri a partir d'empastaments dentals, els símptomes derivats de l'ús de pantalles de vídeo o la mononucleosi crònica.

El distrès o malestar somàtic i els símptomes no explicats mèdicament han estat sempre endèmics en la vida diària, però les característiques socials i culturals de cada època conformen l'expressió, interpretació i atribució d'aquests símptomes. Així, a constel·lacions semblants de símptomes benignes s'apliquen etiquetes diagnòstiques diferents i s'atribueixen diferents causes en diferents períodes de temps. Es pot traçar una línia genealògica des de la síndrome de Da Costa que passa pel cor del soldat, el *shock* per granada de mà i la fatiga de batalla fins a la sín-

drome de la Guerra del Golf. Els dolors musculoesquelètics en el lloc de treball, que primer es manifestaren com la rampa de l'escrivent i el canell del telegrafista, ara s'anomenen *lesió per sobrecàrrega repetida*. Hi ha similituds entre la lesió espinal postaccident de tren, freqüent a començaments del segle XX, i la més recent síndrome de la fuetada crònica.

Encara que les síndromes funcionals somàtiques no són noves, els pacients que les pateixen avui en dia es diferencien dels seus predecessors en el fet que són menys alleujats per les troballes negatives en l'examen mèdic i responen menys a l'explicació i l'actitud tranquil·litzadora del metge i al tractament pal·liatiu. Hi ha diferents factors que poden explicar aquest gir.

En primer lloc, l'autoritat i el prestigi del metge han minvat. L'actitud tranquil·litzadora del propi metge i de les autoritats de salut pública ja no calma tant ni és tan sedant ni pal·liativa com era fa temps. Amb aquesta erosió de l'autoritat del metge i una actitud anticientífica generalitzada cada cop més estesa, la conclusió que una síndrome funcional somàtica no té una base patològica no condueix a una ràpida reducció de la seva incidència, com succeïa en el passat. La divergència entre l'evidència científica i mèdica i l'opinió pública és particularment manifesta en la controvèrsia recent sobre els implants mamaris de silicona.

En segon lloc, la situació actual està profundament configurada pels mitjans de comunicació de masses, que sovint recorren a la hipèrbole i a exposicions acrítiques per tal de descriure les síndromes funcionals somàtiques. Dades preliminars, troballes especulatives i descripcions personals de pacients que les pateixen es presenten com si fossin una evidència mèdica concloent. Es qualifiquen les síndromes funcionals somàtiques com epidèmies en ràpida expansió, progressives i incapacitants; alguns mitjans insinuen que hi ha poderoses institucions socials que neguen l'existència d'aquestes síndromes per amagar la seva negligència o culpabilitat. Aquest sensacionalisme i alarmisme faciliten els símptomes i el distrès.

Finalment, l'entorn social contemporani està marcat per les destacades ramificacions polítiques, legals, econòmiques i reguladores de les síndromes funcionals somàtiques. Individus i organitzacions tenen interessos poderosos invertits en l'existència d'aquestes síndromes i les activitats d'aquestes persones i grups poden reforçar la creença dels que les pateixen que els seus símptomes tenen fonament mèdic. Les síndromes funcionals somàtiques donen peu a plets i accions legals que busquen l'atribució de responsabilitats i culpes. Metges especialistes i clíniques tenen interessos professionals i econòmics en una o altra d'aquestes síndromes. Sorgeixen grups de suport que mobilitzen l'opinió pública, influencien el debat científic i configuren les polítiques públiques. Les síndromes fun-

cionals somàtiques són font de discussions sobre cobertures en assegurances de salut; poden promoure la creació de regulacions ambientals, ocupacionals i laborals; i poden qualificar els qui les pateixen com a candidats a compensacions laborals o per invalidesa.

Superposicions i característiques comunes

Cada síndrome funcional somàtica és vista en un grup de pacients heterogeni. En alguns pacients, els símptomes són atribuïbles a una entitat nosològica coneguda; en altres, són conseqüència d'un trastorn no identificat que pot comportar hiperreactivitat fisiològica o immunològica i hipersensibilitat perceptiva. Altres tenen símptomes causats per un trastorn psiquiàtric i, finalment, la millor manera d'entendre els símptomes d'altres pacients és com a resposta a circumstàncies vitals estressants. El nostre coneixement de les síndromes funcionals somàtiques és incomplet i no entenem del tot el paper etiològic que hi juguen els factors biològics, psicològics i socioculturals. No obstant això, encara que siguin complexes, poc enteses i heterogènies, les síndromes funcionals somàtiques tenen prou en comú per justificar que les comentem conjuntament com a variants d'un únic procés biopsicosocial.

Les similituds que es troben en les síndromes funcionals somàtiques han fet que alguns autors proposin que comparteixen una fisiopatologia comuna. Així, han estat conceptualitzades com a variants d'un "espectre de trastorn afectiu" per tal com una part significativa d'aquests pacients respon a medicacions antidepressives de diferents classes químiques no relacionades. També s'ha suggerit que totes les síndromes funcionals somàtiques comporten la mateixa desregulació i atenuació de la resposta del sistema nerviós central a l'estrès. Potser recerques ulteriors donaran més llum sobre aquestes hipòtesis, però ara com ara són en gran manera especulatives.

Fenomenologia

Encara que cada síndrome funcional somàtica es pot presentar amb símptomes específics d'un òrgan i diferir en els símptomes prominents en cadascuna (per exemple, el dolor cervical en la fuetada crònica i els símptomes gastrointestinals en la síndrome del budell irritable), generalment els manquen presentacions clíniques característiques o complexos simptomàtics distintius que siguin consistents entre els casos i que distingeixin una síndrome d'una altra. Les diferents síndromes funcionals somàtiques tenen símptomes remarcablement semblants que comparteixen dues característiques importants: són difusos, inespecífics i ambigus, i són molt prevalents en poblacions sanes, no malaltes. Entre els símptomes comuns a les síndromes funcionals somàtiques hi ha la fatiga, la debilitat, els trastorns del son, el mal de cap, els dolors musculars i articulars, els problemes de memòria, atenció i concentració, les

nàusees i altres símptomes gastrointestinals, l'ansietat, la depressió, la irritabilitat, les palpitations i el "cor accelerat", la manca d'alè, la inestabilitat o "mareig", el mal de gola i la boca seca.

Tots aquests símptomes són d'alta incidència en la població general. Les revisions de persones sanes, no malaltes, mostren que la fatiga, el mal de cap, els dolors i la rigidesa articulars, els símptomes respiratoris superiors i la diarrea són freqüents i generalment es resolten espontàniament en el termini d'un mes. Per exemple, s'ha descrit que més del 20% d'adults té fatiga rellevant i que el 30% de persones refereix dolors musculoesquelètics en el moment de la revisió. Entre el 86% i el 95% de la població general té com a mínim un símptoma somàtic en un període determinat de 2 a 4 setmanes. Un adult té un símptoma cada 4 o 6 dies i el 81% dels estudiants universitaris sans refereix com a mínim un símptoma somàtic en un període de 3 dies.

Superposició i concomitància

Les síndromes funcionals somàtiques mostren un grau elevat de superposició i concomitància. Per tal com aquests trastorns són fenomenològicament similars, la mateixa persona sovint compleix els criteris diagnòstics de diferents síndromes funcionals somàtiques alhora. S'ha descrit que hi ha una considerable superposició entre la sensibilitat química múltiple i la lesió per sobrecàrrega repetida, entre la fibromiàlgia i la síndrome de fatiga crònica, entre la fibromiàlgia i la síndrome del budell irritable, entre la sensibilitat a múltiples productes químics, la síndrome del budell irritable i la síndrome de la Guerra del Golf, i entre la síndrome de fatiga crònica, la sensibilitat química múltiple i la fibromiàlgia. Al llarg del temps, la mateixa persona pot creure que sofreix diferents síndromes funcionals somàtiques (procés que s'ha anomenat *patoplasticitat*); l'etiqueta diagnòstica que s'aplica a un pacient en particular pot dependre de manera equivalent tant del context i especialitat mèdica del diagnosticador com dels símptomes del malalt. Davant d'un mateix pacient polisintomàtic, és possible que un reumatòleg se centri en els símptomes de les extremitats superiors i diagnosticui lesió per sobrecàrrega repetida, que un internista aprofundeixi en els símptomes generals i sospiti una síndrome de fatiga crònica, que un al·lèrgic diagnosticui una síndrome de l'edifici malalt o que un gastroenteròleg destaquï els símptomes intestinals i identifiqui una síndrome del budell irritable.

Epidemiologia

Les síndromes funcionals somàtiques tenen diferents similituds epidemiològiques. Sovint comencen en brots limitats i esporàdics en petits grups de persones que estan en contacte pròxim unes d'altres (com són els residents de petites poblacions rurals, empleats de la mateixa oficina o

membres d'unitats militars particulars) i aleshores "s'escampen" a altres persones amb perfil de risc semblant després d'una publicitat i alarma d'àmplia difusió. El patró d'aquests brots, semblants a una epidèmia, de bell antuvi suggereix el contagi d'una infecció o un agent tòxic comú. No obstant això, l'anàlisi epidemiològica demostra que la difusió té lloc seguint línies de comunicació interpersonal, coneixement i familiaritat, a més de per la proximitat física o exposició al "patogen" sospitat. Les taxes de prevalença són àmpliament variables en poblacions similars exposades al mateix suposat agent etiològic, i grups semblants en diferents localitzacions geogràfiques no desenvolupen forçosament una determinada síndrome (per exemple, les persones que treballen amb teclats fora dels Estats Units, Anglaterra o Austràlia sofreixen menys sovint la lesió per sobrecàrrega repetida, i les tropes de parla no anglesa enviades al Golf Pèrsic no varen desenvolupar tan sovint la síndrome de la Guerra del Golf). No es pot establir amb fermesa una relació dosi-resposta ni es descobreix, després d'una exhaustiva avaluació, cap toxina patògena, agent infeccios o vector físic com a responsable.

Comorbiditat psiquiàtrica

El pacients amb síndromes funcionals somàtiques tenen trastorns psiquiàtrics en una elevada proporció, particularment ansietat, depressió i trastorns somatomorfs. La relació causa-efecte entre les síndromes funcionals somàtiques i els trastorns psiquiàtrics és objecte de molt debat, perquè sovint és difícil precisar quina alteració és antecedent i quina és conseqüent. Sigui com sigui, la prevalença de trastorns psiquiàtrics de l'eix I, tant en el moment de la síndrome funcional somàtica com al llarg de tota la vida, és clarament més alta en pacients amb síndromes funcionals somàtiques que en la població general o amb grups similars de pacients amb malalties mèdiques. Per exemple, la prevalença de símptomes i diagnòstics psiquiàtrics és significativament més alta en pacients amb fibromiàlgia que en pacients amb artritis reumatoide o en persones sanes. Entre els pacients amb síndrome del budell irritable hi ha més diagnòstics psiquiàtrics, trastorns de la personalitat i símptomes psiquiàtrics que entre pacients amb malalties intestinals inflamatòries. La prevalença de trastorns psiquiàtrics en pacients amb sensibilitat química múltiple és més alta, tant la prèvia al trastorn com la concomitant, que en diferents grups de comparació i s'han trobat elevades taxes de trastorns d'ansietat i depressió en diferents poblacions amb la síndrome de fatiga crònica.

Els pacients afectes de síndromes funcionals somàtiques, inclosos els que pateixen síndrome de fatiga crònica, sensibilitat química múltiple, fibromiàlgia i síndrome del budell irritable, mostren també una alta prevalença de somatització, trastorns somatomorfs i símptomes inexplicats mèdicament que no guarden relació amb les síndromes funcionals somàtiques. En alguns estudis, la

somatització (l'experiència de símptomes somàtics que no tenen una base mèdica demostrable, la creença que aquests símptomes es deuen a una malaltia demostrable i la cerca d'atenció mèdica per a ells) és anterior a l'inici de les síndromes funcionals somàtiques; aquest fet suggereix una tendència preexistent a experimentar i referir malestar corporal. Per exemple, en un grup de pacients amb sensibilitat química múltiple hi havia significativament més símptomes somàtics mèdicament inexplicats i una major prevalença del trastorn de somatització abans de l'inici clínic de la sensibilitat a productes químics que en un grup de comparació. No obstant això, gairebé tothom experimenta somatització en algun moment i en algun grau i això per si mateix no indica un trastorn psiquiàtric. Per tal com les síndromes funcionals somàtiques són determinades per factors múltiples i conformades en gran manera per forces psicològiques, socioculturals i circumstancials, es resisteixen a ser localitzades en qualsevol lloc de la nostra taxonomia mèdica o psiquiàtrica.

Refractarietat al tractament de símptomes

Habitualment, les síndromes funcionals somàtiques són refractàries als tractaments mèdics habituals i a les mesures estàndard de pal·liació. Les comparacions epidemiològiques de pacients amb síndromes funcionals somàtiques autodiagnosticades i membres de la comunitat amb els mateixos símptomes suggereixen que la refractarietat, la cronicitat i la intractabilitat dels símptomes són més característiques dels primers. En les síndromes funcionals somàtiques per a les quals es postula una causa mediamambiental no hi ha habitualment una millora després del control o l'eliminació del suposat agent tòxic. Quan se suposa que una activitat física n'és el factor patogènic, el repòs i la fisioteràpia no acostumen a ser efectius. Quan la restricció de les activitats i el funcionament del pacient no aconseguen alleujar un determinat símptoma, sovint això no es considera una dada en contra de la suposada relació causa-efecte, sinó com una indicació que les recomanacions no eren prou restrictives. Així, els pacients cauen en un cercle viciós en el qual la inefectivitat d'una estratègia terapèutica condueix a la seva intensificació més que no pas al seu abandonament.

Amplificació i manteniment dels símptomes somàtics

Un model explicatiu

No hi ha cap mecanisme aïllat que expliqui les síndromes funcionals somàtiques, però en tenim prou coneixement com per permetre suggerir un model explicatiu de la gènesi i manteniment d'aquests trastorns. Els símptomes causants de malestar són omnipresents en la vida diària. Són conseqüència de disfuncions benignes i dolències autolimitades, de malalties mèdiques cròniques, de distrès

psicosocial, de trastorns psiquiàtrics i, menys freqüentment, de malalties mèdiques prèviament inexistentes o no conegudes. Per la influència de l'escrutini mèdic, preocupacions de salut pública o l'interès dels mitjans es pot posar en marxa un procés d'amplificació d'aquests símptomes endèmics que n'altera la percepció. Aprendre sobre una malaltia de la qual abans no en teníem consciència (per contacte personal amb algun malalt, per difusió oral o pels mitjans) ens pot portar a reatribuir a la "nova" malaltia símptomes que abans teníem mal definits o que eren crònics i resistents al tractament (per exemple, la congestió nasal o el mal de cap poden ser atribuïts a la síndrome de l'edifici malalt). Aquesta reatribució aleshores amplifica els propis símptomes, fent-los semblar més intensos, nocius i molestos. La suposició que un mateix està seriosament malalt també fa intensificar l'autoanàlisi i porta a una cerca confirmatòria d'altres símptomes per tal de corroborar les pròpies sospites. Sensacions ambigües que abans eren ignorades, no tingudes en compte en ser considerades innòcues o mai conscientment advertides ara són interpretades com una major evidència de la malaltia sospitada. D'això se'n deriva un cicle autovalidant i autopropagador d'amplificació de símptomes i convicció de malaltia: la sospita de malaltia incrementa la consciència corporal, la percepció de símptomes i el malestar i aquests, al seu torn, reforcen la creença que qui els pateix està malalt.

Aquest procés de biaix confirmatiu i amplificació de símptomes té lloc en cada individu afectat. També pot servir com a mecanisme per "transmetre" la síndrome d'una persona a una altra. Una nova síndrome pot aparèixer en primer lloc quan es reconeix en unes poques persones un trastorn mèdic abans desconegut o mal definit. Sota la influència d'una creixent atenció mèdica i pública, aquestes persones serveixen de nucli entorn del qual s'agreguen altres persones amb símptomes semblants però que no tenen realment la mateixa malaltia de base. La publicitat dels mitjans, els metges que hi sintonitzen, clíniques especials dedicades a la malaltia, línies telefòniques específiques, litigis legals, compensacions per incapacitat i grups de suport de malalts serveixen, tots ells, de vectors i propulsen l'amplificació de símptomes i la reatribució del malestar somàtic prèviament existent. En aquest procés fan de mediadors quatre mecanismes: la creença d'estar malalt, les expectatives negatives, el "rol de malalt" i els esdeveniments estressants.

Les poques persones inicialment afectades poden servir de plantilla per a altres que tinguin símptomes similars i previs, que aleshores els reatribueixen a la síndrome que han conegut fa poc. Aleshores les forces socioculturals estimulen la reatribució i, finalment, els propis símptomes. Algunes persones (per exemple, les que tenen història de traumatisme, les que pateixen trastorns psiquiàtrics o es-

très vital important, o aquelles les famílies o cuidadors de les quals reforcen els seus símptomes i la seva conducta de malalts) són més vulnerables a aquest procés d'amplificació. A continuació es comenten quatre mecanismes específics implicats en l'amplificació de símptomes. Aquests amplificadors han estat seleccionats perquè són especialment remarcables en la perpetuació i manteniment del malestar del pacient i perquè hi ha evidència empírica del seu paper.

Factors psicosocials que amplifiquen els símptomes

La creença d'estar malalt

La percepció del cos és un procés actiu, no pas passiu. Una gran multitud d'estímuls somàtics i visceral es filtra constantment en el cervell i només una petita fracció dels quals arriba a l'atenció conscient. Les sospites sobre les causes de les nostres sensacions guien aquest procés de filtre i avaluació: aquelles sensacions que es creu que comporten un significat patològic són seleccionades per a l'atenció conscient i amplificades. La influència de les creences cognitives en la percepció somàtica es fa evident en estudis que demostren que l'etiquetatge com a malaltia porta a pitjor salut psicològica i major absentisme. Per exemple, en pacients que no sabien que eren hipertensos hi havia tres vegades més dies de falta al treball després del diagnòstic; aquest efecte era independent del tractament antihipertensiu. En un estudi prospectiu de pacients amb herpes zòster, la magnitud de la convicció sobre la malaltia en el moment del seu inici predeia la persistència de dolor durant el seguiment. En malalts amb dolor toràcic però sense malaltia coronària rellevant, la creença prèvia que ell o ella eren propensos a una cardiopatia important predeia la persistència del dolor. De manera similar, la persistència de fatiga després d'una infecció viral s'ha vist associada amb la creença del pacient en la seva vulnerabilitat als virus i amb la tendència a atribuir símptomes corporals ambigus a una malaltia. En dos estudis prospectius de la síndrome de fatiga crònica, la força de la creença dels pacients en la causa mèdica de la seva fatiga predeia un pitjor resultat simptomàtic posterior. Finalment, la convicció que tenien una greu intolerància a la lactosa portà pacients a atribuir erròniament diferents símptomes abdominals benignes a aquest trastorn.

Les creences sobre la malaltia també esbiaixen el record de símptomes previs. En un estudi comparatiu amb controls no lesionats es va trobar que els pacients amb fuetada subestimaven la seva història de molèsties al coll abans de la lesió. Comparades amb dones que tenien una visió menys negativa del distrès menstrual, dones que creien que la menstruació és una experiència negativa recordaven els seus períodes mensuals previs com a més simptomàtics que com els havien descrit durant el seu curs. Els dos grups de dones, en canvi, no eren diferents pel que fa al seu record dels símptomes intermenstruals.

De manera similar, dir en un experiment a voluntaris sans que el resultat d'una prova de malaltia havia estat positiu va fer que recordessin símptomes que consideraren característics d'aquesta i rememoraren més conductes que van descriure com a factors de risc.

Així, com més convençuts estan els pacients amb síndromes funcionals somàtiques que els seus símptomes són seriosos i patològics, més intensos, prolongats i incapacitants es fan aquests. Aquesta amplificació de símptomes és estimulada pels metges que de manera prematura se centren exclusivament en una explicació mèdica dels símptomes, per anècdotes alarmants a la premsa popular o a Internet i per campanyes organitzades per tal de descriure una síndrome concreta com una malaltia greu.

Les expectatives futures i el paper de la suggestió

La suggestió amplifica i manté els símptomes perquè els humans tendeixen a percebre allò que esperen percebre. El processament cognitiu de la sensació corporal actual és guiat per les nostres expectatives d'allò que experimentarem tot seguit. Això es va demostrar en un estudi multicèntric del tractament de l'angina inestable amb aspirina. Els pacients, en els fulls de consentiment informat dels quals s'esmentava els possibles efectes col·laterals gastrointestinals, tingueren una incidència significativament més alta de símptomes d'aquest tipus (però no de malaltia gastrointestinal confirmada) que aquells en els fulls dels quals aquests efectes no eren esmentats específicament. En el primer grup es retiraren de l'estudi a causa de trastorns gastrointestinals sis vegades més pacients. En pacients amb la síndrome de fatiga crònica, les expectatives extremadament negatives sobre les futures conseqüències de l'exercici s'associen amb nivells més alts de fatiga i incapacitat. De manera semblant, els pacients més preocupats per la gravetat de la fuetada en el moment de la lesió tenen símptomes de major durada, i les expectatives relatives a símptomes futurs, en pacients amb traumatisme cranial lleu, justifiquen tant com la gravetat de la lesió, la variació dels símptomes. S'ha demostrat que el poder de la suggestió afecta també persones sanes: el fet d'instruir persones sobre estar alerta de "l'obstrucció nasal" mentre respiraven va induir més símptomes que quan eren instruïdes per tal d'estar alerta al "lliure pas de l'aire". De manera similar, s'induí mal de cap en voluntaris als quals se'ls deia que se'ls passaria pel cap un lleu corrent elèctric que indueix cefalea; de fet, no se'ls aplicà cap mena d'electricitat.

També hi ha estudis rellevants en comunitats exposades a pol·lució per residus tòxics. Comparats amb els residents de comunitats no exposades, els residents exposats refereixen un ventall de símptomes més ample que el que es pot atribuir a l'agent contaminant; els símptomes més prominents són els de les persones que creuen que el residu tòxic i la pol·lució ambiental són més amenaçadors i perillous. La cobertura dels mitjans, la comunitat, les ac-

cions legals i les acusacions d'encobriment alteren la percepció de símptomes benignes que tenen lloc en situacions normals en aquelles persones que creuen que emmalaltiran, fent-les atribuir incorrectament els símptomes a l'agent contaminant. Una explicació de la major incidència de símptomes somàtics en els veterans de la Guerra del Golf poden ser les suggestions creades pels mitjans, alguns professionals mèdics i grups de suport sobre les conseqüències sanitàries negatives de suposades exposicions tòxiques. Així mateix, investigadors de la síndrome per sobrecàrrega repetida han arribat a la conclusió que els reportatges exagerats dels mitjans sobre la gravetat del trastorn i els suggeriments que aquest és progressiu i incapacitant perpetuen els símptomes i la incapacitat que s'hi associen.

El "rol de malalt"

Els símptomes també són amplificats per l'acte d'esdevenir un malalt. L'adopció del "rol de malalt" pot iniciar canvis d'ampli abast i de llarga durada (com per exemple atur, alteració de la dinàmica familiar i social i cerca d'ajuda mèdica) que al seu torn amplifiquen els símptomes. Així, les respostes de membres de la família, patrons i metges a la conducta que té un pacient respecte a la malaltia pot exacerbar o alleujar el dolor crònic i els símptomes dels trastorns somatomorfs; la cronicitat dels símptomes inexplicats mèdicament ha estat associada de manera empírica amb aquests "guanys secundaris". En termes generals, la teoria de l'etiquetatge social defensa que les connotacions i implicacions de l'etiqueta que apliquem a una malaltia o estat de salut condicionen el resultat d'aquesta malaltia o estat. Per exemple, tan bon punt com una persona és etiquetada com a malalta és considerada i tractada de maneres que fan més difícil la seva recuperació: els símptomes d'aquella persona s'espera que continuïn i, per tant, els símptomes persisteixen.

Les demandes legals basades en qüestions de salut, la compensació monetària i els pagaments per incapacitat tenen, tots ells, efectes negatius sobre els símptomes. Això va ser demostrat en un estudi recent sobre la fuetada en un país on hi ha poca consciència d'aquesta síndrome entre els metges i el públic, on no hi ha demandes ni compensacions a causa d'ella ni tampoc participació de les companyies d'assegurances. En aquell país, les víctimes de les topades posteriors de cotxe no tingueren més mal de cap ni mal de coll que persones triades a l'atzar, no lesionades i aparellades segons edat i sexe. Hi ha un ampli volum de literatura que indica que la compensació per lesions i els pagaments per incapacitat del treballador s'associen a un resultat simptomàtic pitjor després del tractament mèdic i a una durada més llarga de la rehabilitació. Per exemple, la recuperació de la cirurgia de la síndrome del túnel carpià és més prolongada i més simptomàtica en persones que reben una compensació per incapacitat que en les que no

la reben. El fet de forçar algú per tal que demostrï repetidament que està malalt confon l'experiència de la malaltia, dificulta la recuperació dels símptomes i afavoreix la invalidesa. Quan el manteniment dels beneficis es fa dependent de la continuïtat dels símptomes, el pacient es queda atrapat en el "rol de malalt". Així, la incidència de síndrome per sobrecàrrega repetida està correlacionada estretament amb l'existència i generositat dels pagaments de compensació per incapacitat laboral, i es redueix després de sentències judicials i administratives que declaren que no és compensable.

Quan les persones amb síndromes funcionals somàtiques es converteixen en pacients i se'ls dona un diagnòstic, accedeixen al "rol de malalt". Aleshores poden limitar o aturar el treball, reduir les activitats socials o d'esbarjo, iniciar demandes legals o rebre una compensació econòmica, llegir sobre el seu trastorn en revistes o a Internet, reunir-se i parlar amb altres persones també afectades i incorporar-se a un grup de suport. Encara que aquestes passes poden ser adaptatives i adequades per a alguns, poden tenir també conseqüències negatives inesperades i a llarg termini, per tal com incrementen les expectatives de distretès futur, reforcen els símptomes i dificulten la recuperació. Aquesta és més difícil i exigeix un "canvi de cara" quan les conductes pròpies del rol de malalt han guanyat en extensió i arrelament: aleshores sembla que la millora clínica posi en dubte la veracitat del o de la pacient i la legitimitat dels seus símptomes.

Estrès i distretès

L'estrès exacerba i perpetua els símptomes físics, abaixa el llindar de demanda d'atenció mèdica i ens predisposa a concloure que una sensació corporal ambigua és causada per una malaltia. Hi ha dos tipus rellevants d'estrès: 1) problemes de la vida diària i irritants menors repetits; 2) esdeveniments i canvis de vida majors que exigeixen adaptació. Per exemple, la lesió per sobrecàrrega repetida està íntimament relacionada amb l'estrès i irritacions de cada dia en el lloc de treball, i té tendència a aparèixer quan els treballadors s'han d'adaptar a una nova tecnologia exigent, que amenaça el manteniment del lloc de treball i augmenta les expectatives de productivitat. Els treballadors de despatx que refereixen dolor a les extremitats superiors també expliquen majors demandes de feina, més inseguretat del lloc de treball i menor camaraderia amb els seus companys que els treballadors que no sofreixen aquest tipus de dolor. Existeix una relació similar entre l'estrès laboral i el mal d'esquena; la intensitat percebuda de la intensitat del treball, la tensió mental i l'estrès en la vida domèstica són més freqüents entre els treballadors que desenvolupen agudament la síndrome de l'edifici malalt. S'ha observat que en pacients amb artritis reumatoide l'estrès quotidià amplifica el dolor. Així mateix, els símptomes de la síndrome de la fuetada crònica als 6 mesos d'un

accident de cotxe eren predits de manera prospectiva per l'estrès de la vida diària en els mesos previs a l'accident; en canvi, els símptomes neurològics no eren predictors del trastorn posterior.

També s'ha vist que els esdeveniments vitals majors estressants amplifiquen els símptomes corporals. Les catàstrofes naturals, com les inundacions, les guerres, la violència criminal i l'exposició a contaminants ambientals, donen lloc a símptomes inexplicats mèdicament. S'ha observat que agents estressants carregats emocionalment exacerben o precipiten moltes síndromes funcionals somàtiques. Les accions de guerra han donat lloc a un conjunt ben definit de símptomes no explicats mèdicament en els soldats dels EUA des dels temps de la guerra civil americana. Els símptomes somàtics mèdicament no explicats augmenten substancialment en les poblacions sotmeses a l'estrès de l'exposició a tòxics ambientals i en les poblacions en les quals hi ha tan sols rumors d'aquesta exposició.

L'estrès amplifica els símptomes de dues maneres. En primer lloc, per tal com és ben conegut que l'estrès és patogènic, les persones que el pateixen són més propenses a atribuir símptomes corporals ambigus que a atribuir-los a una fisiologia normal, com potser farien d'altra manera. En segon lloc, els agents estressants externs indueixen ansietat i depressió, que tenen les seves contrapartides somàtiques pròpies. L'ansietat redueix el llindar del dolor i la seva tolerància. També porta el subjecte a un escrutini aprensiu de si mateix i a un sentiment de perill i amenaça física que fa que els símptomes apareguin com a més nocius, de mal pronòstic i preocupants. La depressió, a més de produir els seus propis símptomes del sistema nerviós autònom, amplifica i perpetua altres símptomes somàtics. Per exemple, s'ha observat que els pacients que tenien símptomes més persistents i prolongats després d'un brot epidèmic de grip també havien tingut nivells de depressió més alts abans d'emmalaltir.

Com més incapacitants, greus i de mal pronòstic es consideren les síndromes funcionals somàtiques, i com més alarma i perill s'hi associen (en dues paraules, com més estressant és l'experiència de malaltia), més intensos i incapacitants esdevenen els seus símptomes.

Ajudant el pacient

Les hipèrboles, els litigis legals, les compensacions econòmiques i les societats de suport autointeressades que envolten les síndromes funcionals somàtiques poden exacerbare-ne i perpetuar-ne els símptomes, incrementar els temors i les preocupacions, prolongar la invalidesa i potenciar el rol de malalt. Un excés de proves i de tractaments mèdics exposa els pacients a dany per iatrogenia i potencia els símptomes. La insistència exclusiva en cercar anomalies estructurals pot dificultar que els metges iden-

tifiquin les creences, expectatives i circumstàncies personals dels pacients. Els pacients amb síndromes funcionals somàtiques poden tenir la ment tan ocupada en establir la legitimitat del seu trastorn, estar tan dedicats a descobrir la causa dels seus símptomes i tan preocupats per atribuir errors i culpabilitats que es faci difícil o es deixi de banda el tractament pal·liatiu.

A la vista d'aquestes dificultats, com han de procedir els clínics? El maneig mèdic de les síndromes funcionals somàtiques es basa en sis passos: 1) descartar l'existència d'una malaltia tractable mèdicament; 2) buscar un trastorn psiquiàtric; 3) elaborar una aliança de col·laboració amb el pacient; 4) fer que el restabliment de la funció sigui l'objectiu del tractament; 5) tranquil·litzar prudentment el pacient; i 6) indicar teràpia cognitiva-conductual a aquells pacients que no hagin respost als cinc passos esmentats.

En primer lloc, els clínics han de complir els seus deures com a metges fent una cerca adequada d'una malaltia orgànica inadvertida. Per decidir fins a quin punt aquest estudi ha de ser exhaustiu, cal que els metges recordin els efectes nocius d'una investigació massa agressiva, d'estimular el rol de malalt i de fer que el pacient esperi una explicació mèdica definitiva de tot el seu trastorn somàtic. Es recomana prudència en demanar proves i consultes d'especialista només per tal de tranquil·litzar el pacient: la negativitat de les proves dona poca tranquil·litat a la majoria de pacients amb símptomes crònics mèdicament no explicats i, a la llarga, sovint fa augmentar, més que no pas alleujar, la preocupació i l'ansietat. Més encara, l'exhaustivitat de les proves mèdiques comporta risc de iatrogenia i enforteix la convicció del o la pacient que el seu trastorn té una causa biomèdica. Per tant, és útil fer ús de guies de pràctica clínica basades en l'evidència per tal d'establir la profunditat adequada de l'estudi i la freqüència amb què cal dur-lo a terme. En el moment actual, només s'ha establert un consens d'expert en unes poques síndromes funcionals somàtiques.

En segon lloc, el metge ha de buscar si hi ha trastorns psiquiàtrics diagnosticables, especialment depressió major o trastorn de pànic (que són freqüents i tractables). Els qüestionaris autoadministrats de cribratge i les entrevistes diagnòstiques estructurades i breus poden ajudar el metge en aquesta cerca. És important recordar que la probabilitat d'un diagnòstic psiquiàtric augmenta de manera lineal segons el nombre de símptomes somàtics referits pel pacient. Per exemple, comparats amb pacients que no refereixen dolor, els que tenen dolor mèdicament no explicat de dues localitzacions tenen una prevalença cinc vegades més gran de depressió major; i en els que tenen tres tipus o més de dolor el risc de depressió major és vuit vegades més gran. L'estigma associat amb un diagnòstic psiquiàtric sovint fa que els malalts sentin que es devalua la legitimitat del seu trastorn i els fa aferrar-se amb més tenacitat a una

explicació biomèdica dels seus símptomes. Cal assegurar als pacients que la presència d'un trastorn psiquiàtric no vol dir de cap manera que els seus símptomes somàtics siguin imaginaris o fingits. Cal dir-los que els trastorns psiquiàtrics es consideren no tant una causa dels símptomes com amplificadors que els exacerben i perpetuen i en dificulten la recuperació.

En tercer lloc, és crucial establir una aliança terapèutica de col·laboració entre el metge i el pacient. El metge ha de tenir una especial cura de reconèixer i legitimar el sofriment del pacient perquè no s'ha aconseguit determinar una explicació biomèdica definitiva dels seus símptomes. Al mateix temps, el metge ha de desaconsellar al pacient que adopti el rol de malalt, ha de treure pes de les expectatives alarmants sobre el seu curs clínic i ha d'evitar donar explicacions inquietants dels símptomes. Estretament associat amb l'establiment d'una aliança de col·laboració hi ha el procés de centrar l'objectiu de l'activitat clínica cap a la pal·liació dels símptomes, l'afrontament i la rehabilitació. La identificació i l'al·leujament dels factors que amplifiquen i perpetuen els símptomes del pacient i causen la seva afectació funcional es converteix en la principal finalitat del tractament. El focus se centra en afrontar més que en curar, en millorar l'estat funcional més que en erradicar els símptomes. Si es vol que això es dugui a terme, cal que els pacients amb síndromes funcionals somàtiques estiguin implicats activament en el procés de tractament; cal dissuadir-los d'adoptar un rol passiu i limitar-se a esperar ser curats per intervencions o tractaments mèdics. S'ha d'establir objectius realistes i esglaonats, que han de ser especificats en termes de conducta observable (per exemple, la prescripció d'un programa d'exercici suaument graduat). S'ha d'animar els pacients per tal que repreguin les seves activitats tant com sigui possible i que continuïn treballant per poc que en siguin capaços.

És recomanable tranquil·litzar el pacient de manera prudent i limitada. Es pot tranquil·litzar-lo en el sentit d'assegurar que s'han descartat diagnòstics mèdics greus i que no pateixen una malaltia mortal o progressiva. No obstant això, per tal com aquests pacients se senten malalts i pateixen símptomes, no n'hi ha prou amb dir-los el que no tenen sense dir-los el que realment els passa. Sovint ajuda descriure el procés d'amplificació, a través del qual els factors socioculturals i psicològics exacerben el malestar i dificulten la recuperació. Aquest tipus d'explicació, encara que no dona una resposta etiològica definitiva al patiment d'un pacient, aporta un model explicatiu que se centra en processos i funcionament més que no pas en anomalies orgàniques.

Finalment, si aquestes estratègies són insuficients, les teràpies cognitives i conductuals poden ser efectives en el tractament del malestar i incapacitat persistent que són conseqüència de les síndromes funcionals somàtiques.

S'han desenvolupat teràpies d'aquest tipus per als trastorns somatomorfs i per a alguns símptomes no explicats mèdicament, entre ells els propis de la síndrome del budell irritable, la fibromiàlgia, la síndrome de fatiga crònica, la cefalea i el dolor toràcic atípic. En assajos controlats d'intervenció amb seguiment a llarg termini s'ha demostrat l'eficàcia del tractament cognitivoconductual per reduir els símptomes somàtics, el malestar generalitzat i la incapacitat. Aquestes intervencions ajuden els pacients a afrontar els símptomes, facilitant que examinin novament les seves creences i expectatives de salut i reconeixin els efectes del rol de malalt, de l'estrès i del distrès en els seus símptomes. Ajuden els pacients a trobar explicacions alternatives als símptomes, reestructuren idees errònies sobre la malaltia, modifiquen les expectatives i ensenyen tècniques d'atenció i distracció. Les estratègies conductuals, com per exemple la prevenció de respostes, la desensibilització sistemàtica, els programes d'exercici graduat i la relaxació muscular progressiva ajuden els pacients amb síndromes funcionals somàtiques a reprendre les seves activitats normals, minimitzen l'afectació dels rols i frenen les conductes del rol de malalt. L'orientació cognitivoconductual estimula els pacients a adoptar un rol més actiu en l'afrontament i la rehabilitació i contradiu la suposició que a la cura només s'hi arriba amb l'aplicació d'intervencions tecnològiques a pacients passius.

El paper de la psicoteràpia tradicional generalment es limita als casos en què el pacient amb una síndrome funcional somàtica identifica un problema psicològic o una font de distrès emocional per al qual ell o ella vol tractament. Les medicacions psicotròpiques estan indicades quan hi ha un trastorn psiquiàtric que pot respondre a la psicofarmacologia (per exemple, la depressió major o el trastorn de pànic). A més, a vegades els antidepressius alleugen els símptomes somàtics (especialment el dolor i l'insomni) i poden millorar l'estat funcional de pacients amb síndromes funcionals somàtiques i trastorns psiquiàtrics subliminals. L'evidència més sòlida en favor dels antidepressius es troba en el cas de la síndrome de fatiga crònica, la fibromiàlgia i la síndrome del budell irritable. Se sap poca cosa de les teràpies alternatives en les síndromes funcionals somàtiques. Poden ajudar alguns pacients en aportar un major sentiment d'autoeficàcia i control dels símptomes, però no existeixen dades empíriques sobre aquesta qüestió.

Conclusions

Les síndromes funcionals somàtiques causen molt patiment, malestar i incapacitat, i els seus costos per a la societat són substancials. És necessari, per tant, que el públic: 1) sigui advertit de no concloure prematurament que els seus símptomes corresponen a una malaltia greu; 2) conegui millor la ubiqüitat dels símptomes benignes i els trastorns

autolimitats i 3) reconegui la influència dels factors psicosocials en l'experiència de la malaltia. La recerca sobre les síndromes funcionals somàtiques ha de continuar, però la cerca de causes físiques i biològiques dels símptomes ha d'estar acompanyada de l'estudi de factors psicològics i socioculturals. Finalment, els mitjans haurien d'oferir un model menys sensacionalista, més precís i més elaborat

de les síndromes funcionals somàtiques, un model que englobés tant els factors biomèdics com els psicosocials. Que la professió mèdica, el públic i els mitjans adoptessin aquest tipus d'enfocament biopsicosocial comprensiu de les síndromes funcionals somàtiques ens permetria conèixer millor aquestes síndromes i tractar-les més efectivament.