

## **Resumo**

A hipocondria e a perturbação de pânico são ambas caracterizadas pela prevalência de sintomas de ansiedade e medo de desenvolver uma doença grave. Há evidências na literatura da relação entre as duas patologias, contudo as suas características clínicas permitem uma individualização e distinção das doenças, não obstante a sua comorbidade. De acordo com o particular interesse na relação entre estas desordens e a relevância na clarificação para diagnóstico e tratamento adequados efetuou-se uma revisão sistemática sobre as suas relações clínicas e conceituais. Genericamente, os pacientes com hipocondria experimentam níveis mais elevados de ansiedade, maior somatização, uma psicopatologia mais geral e uma tendência para a maior utilização dos cuidados médicos comparativamente aos pacientes com transtorno de pânico. A comorbidade entre as duas desordens é relevante, complexa, havendo diferenças fenomenológicas identificáveis com implicações diagnósticas e terapêuticas.

## **Palavras-chave**

Hipocondria; Perturbação de Pânico; Comorbidade; Desordens de ansiedade;

Somatização

## **Abstract**

Hypochondriasis and panic disorder are both characterized by prevalent health anxieties and fear of developing a serious illness. There is evidence in the literature of the relationship between the two diseases, but their clinical features allow for individualization and distinction of diseases, despite their comorbidity. According to the particular interest in the relationship between these disorders and relevance in clarifying diagnostic and treatment we performed a systematic review of its clinical and conceptual relationships. Generally, patients with hypochondriasis experience higher levels of anxiety, more somatization, more general psychopathology and a trend towards increased use of medical care compared to patients with panic disorder. The comorbidity between the two disorders is significant, complex, and there are phenomenological differences identifiable with diagnostic and therapeutic implications.

## **Keywords**

Hypochondriasis; Panic Disorder; Comorbidity; Anxiety Disorders; Somatization

## 1.1 Introdução

A hipocondria tem vindo a ser associada ao transtorno de pânico, bem como a outros transtornos de ansiedade.

É recorrente a discussão dos critérios conceituais e diagnósticos da hipocondria (Abramowitz et al., 2002), tal como a sua comorbidade com a perturbação de pânico (Hiller et al., 2005; Longley et al., 2010).

No entanto, os limites nosológicos entre a hipocondria e as desordens de ansiedade apresentam-se pouco explorados. Atualmente, não se evidencia claro que as características principais da hipocondria, tais como, a sensibilidade visceral, o proeminente papel comportamental do doente, e ainda o seu esquema cognitivo, são únicos deste estado psíquico ou se tais sintomas são manifestações transversais a vários desordens, incluindo as de ansiedade (Barsky et al., 1994).

Ao nível epidemiológico e das suas manifestações, as duas desordens apresentam uma sobreposição elevada. A hipocondria, em linhas gerais, caracteriza-se pelo medo, preocupação e ansiedade exacerbados, sendo que os indivíduos afetados evidenciam uma prevalência de comorbidade com distúrbios de ansiedade (Fava et al., 1990; Barsky et al., 1994). Por outro lado, os pacientes com perturbação de pânico apresentam salientes manifestações hipocondríacas e intensamente somatizadas durante os ataques de pânico (Katon, 1984).

Tem sido proposto um similar mecanismo patogénico para os ataques de pânico, caracterizados por estados hipocondríacos agudos regidos por uma má compreensão de uma excitação fisiológica benigna, interpretada como uma patologia médica séria (Clark, 1986). Os quadros de ansiedade e pânico são acompanhados de hipervigilância corporal, enviesamento da informação médica com contornos catastróficos e apresentam

sistematicamente características cognitivas reportadas na hipocondria (Barsky 1992a). Ambas as desordens, a hipocondria e a perturbação de pânico tendem a sobrepor-se clinicamente, com frequentes apresentações e cuidados médicos primários similares. Ambas representam a maior causa de somatização em populações médicas ambulatorias, são fonte de excessiva visitação clínica e tendem a comprometer o diagnóstico de outras comorbidades psiquiátricas (Barsky et al., 1994).

No critério DMS-IV, a hipocondria é definida como a preocupação e medo de se possuir uma doença grave com base na interpretação dos sintomas corporais, fortemente ligados ao receio incontrolável da morte, o que poderá levar a sua classificação entre os transtornos de ansiedade. Os limites da hipocondria e do transtorno geral de ansiedade têm sido debatidos e permanecem pouco claros sendo que, atualmente a hipocondria é classificada como uma desordem somatoforme. Com efeito, a justificação assenta no facto da hipocondria ser baseada na interpretação errada dos sintomas corporais (Noyes, 1999).

Recentes pesquisas têm evidenciado que os DSM-II-R e DSM-IV representam, para a hipocondria um diagnóstico válido (Barsky et al., 1992; Noyes et al., 1993).

Tal como a histeria, a hipocondria foi uma das doenças reconhecidas por Hipócrates. A primeira era atribuída ao mau funcionamento uterino, e a segunda à disfunção do baço com reflexos nas vísceras addominais (Noyes et al., 2006). A expressão clínica da hipocondria pode estar relacionada com o facto de ser percecionada como um transtorno de ansiedade, um transtorno somatoforme ou mesmo de personalidade (Starcevic, 1988; Tyrer et al., 1990; Noyes, 1999).

Os doentes hipocondríacos podem apresentar queixas físicas semelhantes aos doentes com perturbação de somatização. Contudo, o contexto psicopatológico destas patologias tem sido apresentado como contrastante (Noyes et al., 2006).

Como refere J.L.Pio Abreu (2012: 362-363), a perturbação de somatização tem um início mais precoce e é mais frequente em mulheres; ocorre em conjunto com traços de personalidade histriónicos que lhes conferem um maior dramatismo mas uma aparente indiferença às consequências da situação, enquanto os hipocondríacos estão claramente mais preocupados e ansiosos. Se os primeiros exibem sintomas que procuram diagnóstico, os segundos focalizam antes uma doença específica.

Quanto aos traços de personalidade, os mais frequentes correspondem à personalidade obsessiva (55,7% dos doentes hipocondríacos), logo seguidos dos traços evitantes (53,1%), que, por sua vez, se sobrepõem aos anteriores (Sakai R et al., 2010). É através da personalidade que a hipocondria se liga ao espectro obsessivo, já que, nos doentes com perturbação obsessiva-compulsiva, a frequência da hipocondria (3.8%) (Brakoulias V et al., 2011) não parece ser superior à da população geral.

A hipocondria apresenta uma comorbilidade elevada com outras perturbações ansiosas e depressivas (Barsky AJ, Wyshak G, Klerman GL., 1992). Nomeadamente a ansiedade generalizada (71%), a distímia (45%) e a depressão major (43%). Estas patologias, caracterizadas pela preocupação e o pessimismo, têm comorbilidade entre si, e podem vulnerabilizar os seus portadores para a hipocondria. A comorbilidade com a perturbação de pânico é menor, mas ainda acentuada (16.7%) (Abramowitz JS, Schwartz SA, Whiteside SP., 2002)

Por sua vez, a perturbação de pânico é um quadro conhecido há mais de um século. Todavia, a sua caracterização como entidade nosológica autónoma surgiu com o DMS-III e mais recentemente segundo o DMS-IV.

A sintomatologia geral do transtorno de pânico reside em ataques imprevisíveis e recorrentes de ansiedade severa, sem vinculação a nenhuma situação específica, concretamente pela manifestação de palpitações súbitas, dor torácica, taquicardia,

dificuldade na respiração, sudorese, náuseas e tonturas (APA, 1994). Face aos critérios de diagnóstico atuais, importa referir que o ICD-10 classifica esta perturbação junto dos transtornos neuróticos, somatoformes e associado ao stress, enquanto o DSM-IV categoriza-a entre os transtornos de ansiedade (Torres & Crepaldi, 2002).

A relação entre a hipocondria e o transtorno de pânico é complexa e perante o interesse particular no estudo das relações entre hipocondria e transtorno de pânico, este trabalho objetiva a realização de uma revisão sistemática da problemática.

## **1.2 Materiais e Métodos**

### **1.2.1 Hipocondria e Perturbação de Pânico: uma revisão**

Para conhecimento do panorama geral do interesse científico e médico na associação da hipocondria e perturbação de pânico a Figura 1 ilustra a distribuição de estudos da problemática no período de 1990 a 2012.

A pesquisa de artigos foi realizada nas plataformas PubMed NCBI e ScienceDirect utilizando-se como palavras-chave, “panic disorder”, “hypochondriasis”, “anxiety disorders” and “comorbidity”. Foram encontradas 217 publicações onde se foca a relação entre as doenças ou simplesmente se refere o tema ao longo do corpo do texto. Entende-se a revisão como uma medida do impacto do tema junto da comunidade médico-científica.

(Figura 1)

### **1.3 Discussão**

#### **1.2.1 Sobreposição fenomenológica e descritiva das patologias**

A distinção fenomenológica entre hipocondria e a perturbação de pânico tem gerado um interesse considerável, com tendência crescente ao longo dos anos (Figura 1). De acordo com o DSM-IV, não deve ser feito o diagnóstico de hipocondria se a sintomatologia tipicamente hipocondríaca, como a preocupação com o estado físico, o medo de doenças ou a convicção de se estar afetado por uma doença do âmbito físico, for melhor explicada pelo transtorno de pânico (APA, 1994; Noyes, 1999).

Um estudo de Noyes et al., (1986) evidencia que os processos que fundamentam o pânico podem ser os mesmos que são responsáveis pela hipocondria em pacientes agorafóbicos. Defende-se que a ansiedade inerente ao pânico pode estar associada a uma avaliação cognitiva distorcida do estado de saúde (Beck et al., 1974). Ainda a ansiedade pode estar acompanhada de um maior estado de alerta que poderá ampliar a consciência dos processos fisiológicos (Hoehn-Saric & McLeod, 1993 citado por Noyes, 1999). Por fim, a ansiedade pode estar relacionada como uma maior excitação fisiológica catalisando a produção de sintomas, pelo sistema nervoso autônomo, que conduzem à suspeita da disfunção de órgãos, como o coração (Katon, 1984). Com efeito, estas três hipóteses foram implicadas como mecanismos que contribuem para a hipocondria (Barsky, 1992a).

Ao nível sintomatológico, a hipocondria parece assemelhar-se ao pânico contudo distinguível, a saber, nos pacientes com ataques de pânico é comum experimentarem o medo de algum evento catastrófico como um ataque cardíaco, já os hipocondríacos temem uma doença progressiva como um cancro no pulmão, por exemplo (Noyes et

al.,1986). Considera-se que há comorbidade com a hipocondria na perturbação de pânico quando as preocupações excessivas com a saúde não se restringem aos sintomas das crises de pânico. As manifestações hipocondríacas, primárias ou secundárias, parecem ser bastante frequentes em quadros de pânico. Por oposição, os pacientes com este diagnóstico revelam à baixa incidência de sintomas hipocondríacos (Starcevic et al., 1992). Concretamente, estima-se que cerca de 50% a 70% dos pacientes com transtorno de pânico apresentem sintomas hipocondríacos e, por sua vez, que 13% a 17% dos hipocondríacos exibam perturbação de pânico (Torres & Crepaldi, 2002). Os estudos de Benedetti et al., (1997) e Bach et al., (1996) avançam outros números, no qual 45% a 51% dos pacientes com transtorno de pânico e agorafobia se incluem no critério DSM-III-R e DSM-IV.

Os pacientes que apresentam comorbidade entre a hipocondria e transtorno de pânico possuem uma psicopatologia geral diferente dos indivíduos que exibem as patologias separadamente. Neste sentido, em pacientes comórbidos regista-se níveis mais elevados de ansiedade, maior somatização e uma maior utilização dos serviços médicos. Os estudos nestes casos revelam que a hipocondria e a desordem de pânico não são intercambiáveis, todavia cada transtorno tem componentes que podem incrementar gravidade à psicopatologia do outro (Hiller et al., 2005).

Pode enumerar-se cinco preditores de medos hipocondríacos na perturbação de pânico: ansiedade crónica generalizada, estado depressivo, número de ataques de pânico atuais, grau de evitação agorafóbica e sensibilidade à ansiedade. Para a tendência catastrófica da má interpretação dos medos e sensações somáticas vários autores atribuem formulações cognitivas comportamentais de hipocondria, bem como de perturbação de pânico (Kellner, 1990; Warwick et al., 1996).

Não obstante a similaridade das patologias, um estudo de Barsky, et al. (1994) concluiu que os transtornos são distintos e com validade discriminante, com base na comparação de uma série de cuidados primários destas doenças. Concretamente, em pacientes com hipocondria pura apresentaram sintomas hipocondríacos mais graves e mais somatizados. Adicionalmente, os indivíduos com hipocondria mostram-se de forma consistente menos aptos em atividades sociais e ocupacionais. Os cuidados médicos primários também diferenciam os pacientes, já que os presumíveis hipocondríacos aparentam ser mais ansiosos, mais exigentes, e solicitam mais ajuda, mostram mais insatisfeitos com o apoio médico face aos portadores de transtorno de pânico (Barsky et al., 1994; Noyes, 1999). Ainda no campo das dissimilaridades entre as duas patologias os aspetos centrais de distinção dizem respeito ao padrão de tempo e ao papel da ansiedade (Hiller et al., 2005). Enquanto a hipocondria tende a ser caracterizada por uma sequência de ansiedade e preocupações, a perturbação de pânico consiste, tipicamente, em ataques episódicos de excitação autonómica, com um claro início, um pico de alguns minutos e de recuperação completa. O transtorno de pânico pode tornar-se crónico quando os ataques ocorrem com frequência e quando a pessoa desenvolve um comportamento de evitação por temer novos eventos (Salkovskis & Clark, 1993).

(Tabela 1)

### **1.2.2 A hipocondria – um possível fator de risco para o transtorno de pânico**

A estreita relação entre transtorno de pânico, agorafobia, hipocondria e somatização é suportada pelo critério nosológico DSM-IV. Contudo as diferenças presentes nos grupos tornam exequível a sua distinção por parte dos clínicos com base nos comportamentos.

A sensibilidade à ansiedade e as preocupações hipocondríacas desempenham um papel central numa das maiores teorias psicológicas do pânico, o modelo de mediação na qual as preocupações hipocondríacas veiculam a relação entre a sensibilidade à ansiedade (preditor) e a sintomatologia de pânico (variável dependente) (Berrocal et al., 2007). Assim, os Otto et al., (1998) evidenciam que a ansiedade foi um forte antecedente temporal da hipocondria numa amostra de pacientes com perturbação de pânico. Em consistência com esta linha está o estudo de Berrocal et al., (2007) que indica evidências preliminares do padrão específico de inter-relações entre a sensibilidade à ansiedade e as preocupações hipocondríacas no desenvolvimento do transtorno de pânico.

A questão temporal nas duas patologias em destaque pode explicar alguns aspetos da relação entre ambas. Fava et al., (1992) apontam que as preocupações hipocondríacas e os sintomas fóbicos da doença podem numa fração considerável de pacientes agorafóbicos e de pânico anteceder os seus primeiros ataques. Assim, estes primeiros sintomas podem representar fatores de predisposição ou manifestações iniciais de pânico (Benedetti et al., 1997). Furer et al., (1997) revelaram dados significativos para a prevalência hipocondria no período que antecede o começo da desordem de pânico em 29% dos pacientes envolvidos, facto esse consistente com um estudo de Noyes et al., (1994) que sugere que a hipocondria pode ser interpretada como um fator de risco para o desenvolvimento da perturbação de pânico.

A presença de hipocondria no histórico clínico de um paciente não sugere influenciar a idade de início da perturbação de pânico, bem como a duração da doença, não afetando a gravidade dos ataques de pânico, a ansiedade antecipatória ou a taxa de comorbidade. Tais pressupostos sustentam as evidências de que a hipocondria, assim como a agorafobia e fobia social, não representa um subgrupo específico da desordem de

pânico, contudo pode ser encarada como uma evolução da doença (Benedetti et al., 1997).

### **1.2.2.1 Subtipos de hipocondria**

A hipocondria poderá ramificar-se em dois subtipos que assentam nas dimensões da fobia e da convicção da doença. Para pacientes onde predomina o medo da doença poderão estar mais próximos de transtornos de ansiedade e casos em que se manifestam convictos de estar doentes tendem para desordem depressivas. Destaca-se então dois conceitos chave na categorização da hipocondria: a ansiedade e depressão. Barsky, (1992b) constatou que pacientes com a doença proeminentemente fóbica semelhante ao transtorno de ansiedade apresentavam um maior conhecimento sobre a natureza psicológica do seu distúrbio. Por sua vez, os pacientes com convicção de doença caracterizam-se mais pelo quadro depressivo e pela preocupação com os sintomas somáticos. Ainda os autores Pilowsky & Spence, (1983) concluíram que os medos hipocondríacos são predominantemente associados a ansiedade e sintomas somáticos, enquanto a associação com a depressão aparenta ser secundária.

## **1.4. Conclusões**

A sobreposição entre a perturbação de pânico e a hipocondria evidencia um carácter extenso e específico, todavia são mais os pacientes que apresentam as condições separadamente. Ainda as duas patologias podem coexistir sem que uma seja considerada principal ou temporalmente primária.

A relação entre ambas é bastante densa podendo ao longo do tempo um transtorno potenciar a vulnerabilidade do outro. Salienta-se o facto de que a existência da

sobreposição clínica das patologias não é de forma alguma completa, destacando-se as diferenças fenomenológicas entre ambas que são perfeitamente identificáveis.

A literatura e a atual nosologia (DSM-IV) enunciam que se deve considerar as doenças em estudo como desordens distintas, sendo que a hipocondria é associada a *status* de saúde mais ansioso que a perturbação de pânico, facto esse que não pode ser explicada à luz da somatização. Deve ser atribuída especial atenção aos casos de comordidade entre a hipocondria a desordem de pânico dado que tais pacientes tendem a exhibir sintomas mais severos comparativamente aos pacientes afetados singularmente.

## 1.5 Referências

Abramowitz, J.S., Schwartz, S.A., & Whiteside, S.P. (2002). A contemporary conceptual model of hypochondriasis. *Mayo Clin Proceedings*, 77, 1323-1330.

Abreu, J.L.P., (2012), *Elementos de Psicopatologia Explicativa*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

APA. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). 4ª revisão.

Bach, M., Nutzinger, D.O., & Hartl, L. (1996). Comorbidity of anxiety disorders and hypochondriasis considering different diagnostic systems. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 62-67.

Barsky, A.J. (1992a). Amplification, somatization, and the somatoform disorders. *Psychosomatics*, 33, 28-34.

Barsky, A.J. (1992b). Hypochondriasis and obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinic North America*, 15, 791-801.

Barsky, A.J., Cleary, P.D., Wyshak, G., Spitzer, R.L., Williams, J.B., & Klerman, G.L. (1992). A structured diagnostic interview for hypochondriasis. A proposed criterion standard. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 20-27.

Barsky, A.J., Barnett, M.C., & Cleary, P.D. (1994). Hypochondriasis and panic disorder. Boundary and overlap. *Archives of General Psychiatry*, 51, 918-925.

Beck, A.T., Laude, R., & Bohnert, M. (1974). Ideational components of anxiety neurosis. *Archives of General Psychiatry*, 31, 319-325.

Benedetti, A., Perugi, G., Toni, C., Simonetti, B., Mata, B., & Cassano, G.B. (1997). Hypochondriasis and illness phobia in panic-agoraphobic patients. *Comprehensive Psychiatry*, 38, 124-131.

Berrocal, C., Ruiz Moreno, F., & Cano, J. (2007). Anxiety Sensitivity and Panic Symptomatology: The Mediator Role of Hypochondriacal Concerns. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(1), 159-166

Clark, D.M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470.

Fava, G.A., Grandi, S., Saviotti, F.M., & Conti, S. (1990). Hypochondriasis with panic attacks. *Psychosomatics*, 31, 351-353.

Fava, G.A., Grandi, S., Rafanelli, C., & Canestrari, R. (1992). Prodromal symptoms in panic disorder with agoraphobia: a replication study. *Journal of Affective Disorders*, 26, 85-88.

- Furer, P., Walker, J.R., Chartier, M.J., & Stein, M.B. (1997). Hypochondriacal concerns and somatization in panic disorder. *Depressive Anxiety*, 6, 78-85.
- Hiller, W., Leibbrand, R., Rief, W., & Fichter, M.M. (2005). Differentiating hypochondriasis from panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 29-49.
- Katon, W. (1984). Panic disorder and somatization. Review of 55 cases. *American Journal of Medicine*, 77, 101-106.
- Kellner, R. (1990). Somatization. Theories and research. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 150-160.
- Longley, S.L., Calamari, J.E., Wu, K., & Wade, M. (2010). Anxiety as a context for understanding associations between hypochondriasis, obsessive-compulsive, and panic attack symptoms. *Behavior Therapy*, 41, 461-474.
- Noyes, R., Reich, J., Clancy, J., & O'Gorman, T.W. (1986). Reduction in hypochondriasis with treatment of panic disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 149, 631-635.
- Noyes, R. Jr., Kathol, R.G., Fisher, M.M., Phillips, B.M., Suelzer, M.T., & Holt, C.S. (1993). The validity of DSM-III-R hypochondriasis. *Archives of General Psychiatry*, 50, 961-970.
- Noyes, R. Jr., Kathol, R.G., Fisher, M.M., Phillips, B.M., Suelzer, M.T., & Woodman, C.L. (1994). One-year follow-up of medical outpatients with hypochondriasis. *Psychosomatics*, 35, 533-545.
- Noyes, R. Jr. (1999). The relationship of hypochondriasis to anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry*, 21, 8-17.
- Otto, M.W., Demopulos, C.M., McLean, N.E., Pollack, M.H., & Fava, M. (1998). Additional findings on the association between anxiety sensitivity and hypochondriacal concerns: examination of patients with major depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 225-232.
- Pilowsky, I., Spence, N.D. (1983). Manual of the Illness Behavior Questionnaire (IBQ). University of Adelaide, Department of Psychiatry, Adelaide, South Australia.
- Salkovskis, P.M., Clark, D.M. (1993). Panic disorder and hypochondriasis. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 15, 23-48.
- Starcevic, V. (1988). Diagnosis of hypochondriasis: a promenade through the psychiatric nosology. *American Journal of Psychotherapy*, 42, 197-211.
- Starcevic, V., Kellner, R., Uhlenhuth, E.H., & Pathak, D. (1992). Panic disorder and hypochondriacal fears and beliefs. *Journal of Affective Disorders*, 24, 73-85.

Torres, A.R., Crepaldi, A.L. (2002). Sobre o transtorno de pânico e a hipocondria: uma revisão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 144-151.

Tyrer, P., Fowler-Dixon, R., Ferguson, B., & Kelemen, A. (1990). A plea for the diagnosis of hypochondriacal personality disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 34, 637-642.

Warwick, H.M., Clark, D.M., Cobb, A.M., & Salkovskis, P.M. (1996). A controlled trial of cognitive-behavioural treatment of hypochondriasis. *The British Journal of Psychiatry*, 169, 189-195.

Yates, W.R. (2009). Phenomenology and epidemiology of panic disorder. *Annals of Clinical Psychiatry*, 21, 95-102.

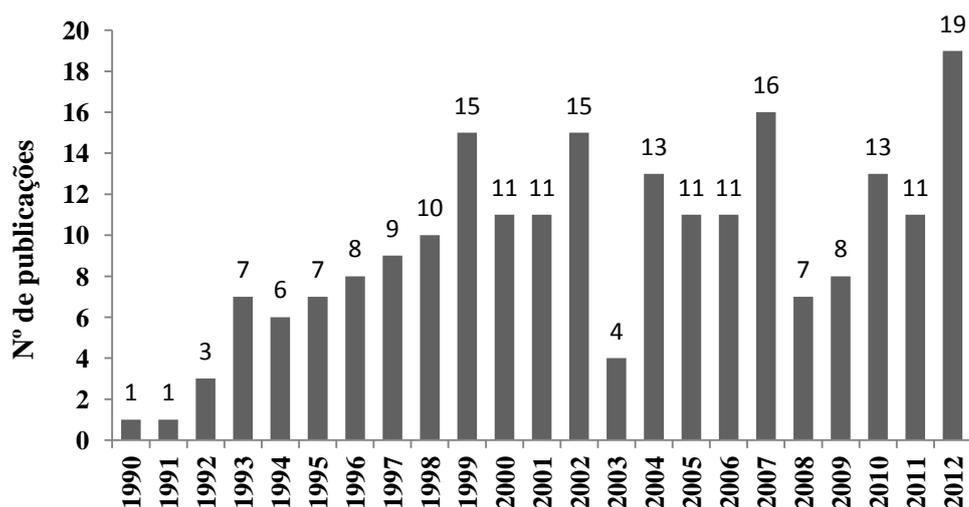


Figura 1. Distribuição do número de publicações de 1990 a 2012, com um total de 217 publicações relacionadas com as duas patologias, hipocondria e perturbação de pânico (Fontes: PubMed e ScienceDirect).

Tabela 1. Aspectos gerais e características distintivas entre hipocondria e perturbação de pânico (Torres & Crepaldi 2002; Yates 2009).

	<b>Hipocondria</b>	<b>Perturbação de Pânico</b>
<b>Sintomatologia comum</b>	Manchas, dores, alteração nos glândulos	Taquicardia, falta de ar, sudorese
<b>Amplificação dos sintomas</b>	Verificação, manipulação	Direta, autónoma
<b>Componente catastrófica</b>	Carácter insidioso (e.g. cancro)	Súbita e iminente (e.g. AVC)
<b>Comportamento de fuga</b>	Hipervigilância e reafirmação	Vários estímulos
<b>Atitude face a doenças</b>	Mais disfuncional	Menos disfuncional
<b>Relação médico-paciente</b>	Pior	Melhor
<b>Aspecto psicodinâmico central</b>	Culpa	Desamparo
<b>Prevalência</b>	1 – 5% população	1 – 2% população

