

Transtorno obsessivo-compulsivo na adolescência

Obsessive-compulsive disorder in adolescence

Irani Iracema de Lima Argimon^I; Mônica Giaretton Bicca^{II}; Juciclara Rinaldi^{III}

^I Psicóloga, Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Supervisora de Estágio de Psicologia Clínica do Serviço de Atendimento e Pesquisa em Psicologia no Laboratório de Intervenções Cognitivas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

^{II} Psicóloga, Mestre em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

^{III} Estudante do último semestre de Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

[Endereço para correspondência](#)

RESUMO

O presente relato de experiência profissional discorre sobre o tratamento associado, fármacos e Terapia Cognitivo-Comportamental, de uma adolescente diagnosticada com Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) – o quarto transtorno psiquiátrico mais freqüente na população. A paciente, juntamente com sua mãe, trouxe como motivo da busca de tratamento o elevado número de medicamentos ingeridos ao dia, as dificuldades escolares, de sono e de relacionamento com colegas. Desta forma, o objetivo do artigo é apresentar um histórico do quadro clínico da paciente, presente e passado, bem como realizar considerações sobre o diagnóstico, atentando para o histórico de desistências de tratamento que ocorreram ao longo da vida da paciente, juntamente com aparentes ganhos secundários. Além disso, serão apresentadas as

adaptações realizadas para o tratamento do TOC, com as técnicas comportamentais e cognitivas utilizadas.

Palavras-chave: TOC, Adolescente, TCC, Psiquiatria infantil.

ABSTRACT

This report presents the case of a female teenager with Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). OCD is the fourth most frequent psychiatric disorder, affecting 1-3% of the population. The patient reports that the reasons she presents this disorder are the high number of medications she ingests everyday, learning difficulties, sleeping problems, and relationship problems with her classmates. Thus, the objective of this article is to present the patient's previous and current history, as well as her diagnosis. In addition to that, the report highlights her history of treatment interruptions throughout her life, as well as her secondary gains. We will also present the adaptations utilized in the treatment of OCD, as well as the behavioral and cognitive techniques used.

Keywords: OCD, Adolescence, CBT, Child psychiatry.

Introdução

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) acarreta prejuízos na vida de crianças e de adolescentes com esse transtorno. Os pacientes apresentam perda na capacidade de desempenhar as funções na escola, na sociedade e em casa. Esta perda parece estar relacionada à maior severidade da doença (Piacentini, Bergman, Keller & McCracken, 2003). No presente caso, além dos prejuízos descritos anteriormente, havia dificuldade da família em dar continuidade ao tratamento da paciente.

O TOC é o quarto transtorno psiquiátrico mais freqüente, segundo Del-Porto (2001), precedido pelas fobias, pelo abuso, pela dependência de drogas e pela depressão maior. É um transtorno psiquiátrico que acomete, aproximadamente, de 1 a 3% da população (Kochan, Qureshi & Fallon, 2000; Torres & Lima, 2005). As taxas do TOC na infância e adolescência são semelhantes às taxas dos adultos, que variam de 1,9 a 4% (Zohar, 1999).

Na infância, comumente as compulsões antecedem o início das obsessões, que podem ser menos habituais nos adultos (Rosário-Campos & Mercadante, 2000). Em relação à idade em que se iniciam os sintomas, pode-se subdividir os grupos quanto ao gênero: os homens os apresentam mais precocemente. Para eles, o transtorno se inicia na infância, enquanto para as meninas na adolescência. Conforme a idade avança, a prevalência tanto para homens quanto para mulheres se assemelham, ou seja, chega

a 1:1 na vida adulta (Zohar, 1999; Rosário-Campos, 2001). Esta característica é embasada por achados, como o de Del-Porto (2001), que realizou um estudo com 105 pacientes, no qual os homens foram diagnosticados com menos idade do que as mulheres.

A interação entre indivíduo e ambiente resulta em comportamento aprendido. O tipo de educação – mais ou menos rígida –, a cultura e a família podem influenciar na origem de crenças que norteiam a vida do indivíduo (Cordioli, 2004; Salkovskis et al., 2000). Há consenso que a ocorrência de educação com responsabilidade excessiva, o exagero na importância dos pensamentos, dos perigos e dos riscos, resulta em comportamentos perfeccionistas (Cordioli, Braga, Margis, Souza & Kapczinski, 2001; Salkovskis et al., 2000).

Para o tratamento de crianças e adolescentes com TOC, o indicado é o tratamento combinado. Segundo um estudo realizado pela *Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder Treatment Study Team* (2004), a primeira escolha é a Terapia Cognitivo-Comportamental associada a um inibidor seletivo de recaptação da serotonina. Segundo esse mesmo estudo, a segunda opção de tratamento é apenas a Terapia Cognitivo-Comportamental. O inibidor de recaptação da serotonina utilizado amplamente é a fluoxetina. A frequência na escolha desse medicamento se deve aos resultados satisfatórios no tratamento de crianças e adolescentes com TOC e ao fato de seu custo ser acessível à população. A indicação diária é de 20 a 60mg (Geller et al., 2001).

O objetivo deste artigo é relatar a experiência no tratamento do TOC da adolescente em questão, ressaltando os padrões de funcionamento reforçadores aos comportamentos compulsivos da mesma e a dificuldade de manter o tratamento até seu término.

Relato do Caso

A paciente com o diagnóstico de TOC é natural de Porto Alegre, estudante da 7ª série do Ensino Fundamental. Seu nível socioeconômico é de baixa renda. Quando chegou para o tratamento, estava com 13 anos de idade e, durante o processo terapêutico, completou 14 anos. Ao chegar, apresentava aparência, comportamento e comunicação infantilizados, não-condizentes para esta faixa etária. Também demonstrava altos níveis de ansiedade, constrangimento e baixa habilidade social.

A mãe referiu que a filha teve desenvolvimento adequado durante a infância, porém, salientou que a paciente não se relacionava com crianças da sua idade, porque se dizia doente. Aos sete anos, foi diagnosticada com TOC, passando a usar medicação pelo período de um ano. Após este tempo, a mãe concluiu que a filha havia melhorado, então cessou o tratamento. Aos nove anos, seu avô paterno faleceu. Segundo relato da mãe, esse episódio foi difícil para a filha, mesmo tendo pouco contato com o avô. O falecimento do avô coincide com o início das dificuldades escolares na 4ª série do Ensino Fundamental. A paciente desenvolveu uma inflamação intraocular (uveíte). O relacionamento com os colegas de aula era difícil. No geral, quando a paciente buscou tratamento, as notas escolares estavam abaixo ou na média exigida.

A paciente relatou que se sentia triste e diferente das colegas de mesma idade, e não conseguia dormir à noite, pois tinha medo do escuro. Na semana da primeira consulta, relatou, ainda, que havia urinado na cama por não ter ido ao banheiro. O motivo desse comportamento foi a tentativa de evitar ter que contar os objetos do banheiro e, na volta, ter que contar os objetos do quarto. Em seus relatos, acrescentou insatisfação em outros aspectos de sua vida, como: (a) não possuir amigas na escola; (b) estar acima do peso; (c) precisar fazer várias contagens, estando estas circunscritas à sua casa. Acrescentou que havia sido diagnosticada com possível Transtorno de Humor Bipolar (THB) há dois anos, sendo tratada com fármacos e terapia. Entretanto, o tratamento foi interrompido pela mãe. A paciente relatou que preferia que as informações sobre seus problemas fossem pedidas a sua mãe, pois não saberia explicar os seus problemas. No histórico familiar, o avô materno e duas primas do mesmo ramo familiar apresentam TOC. O avô apresenta compulsões de contaminação, lavando as mãos repetidas vezes.

O diagnóstico foi realizado nas primeiras sessões do tratamento. A dúvida que permaneceu por mais tempo foi quanto à questão do possível THB. No decorrer do tratamento, essa hipótese foi descartada. O diagnóstico multiaxial inicial foi descrito da seguinte forma: Eixo I: F42.8, Transtorno Obsessivo-Compulsivo sem especificador; Eixo II: Z03.2, não observado; Eixo III: H30, uveíte recorrente; Eixo IV: Z55.8, problemas sociais e escolares; Eixo V: início AGF = 50, final AGF = 85 (CID-10, 1994; DSM-IV/TR, 1994).

Tratamento

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) foi escolhida como forma de terapia, após a triagem da paciente. O uso do tratamento associado (terapia e fármacos) é indicado para tratamento de TOC. A TCC apresenta bons resultados no tratamento de TOC, principalmente quando associada à medicação (Cordioli, 1998; Rosário-Campos, 2001). Nas sessões seguintes, foi realizada psicoeducação para a paciente. Após cinco sessões, as técnicas da Terapia Comportamental para o TOC foram introduzidas no tratamento. A primeira tarefa de prevenção foi verificar as portas e janelas uma única vez antes de dormir. No começo das tarefas de enfrentamento, houve situações em que a paciente verificou uma única vez, em outras, porém, verificou duas ou três vezes. Nas semanas seguintes, a compulsão de verificar portas e janelas começou a diminuir.

A segunda tarefa de enfrentamento foi referente às compulsões de alinhamento dos sapatos e tapetes. Nesses rituais, a paciente contava até o número quatro ao alinhar os sapatos. Entretanto, nesta segunda etapa, a tarefa foi realizada mais lentamente, uma vez que ela julgava ser difícil deixar de alinhar os sapatos. A última tarefa foi a tentativa de evitar os pensamentos ruins, cujo conteúdo versava sobre a morte de seus familiares. Sempre que era solicitada a tarefa de enfrentamento em sessão, foi questionado sobre a diminuição ou não do sintoma trabalhado na semana anterior.

O foco na intervenção cognitiva do TOC iniciou após a intervenção comportamental, com identificação e registros dos pensamentos automáticos e das crenças disfuncionais. O modelo ABC foi demonstrado, para que a paciente entendesse como acontece a manutenção do ciclo: a (A), situação que ativa crenças disfuncionais e/ou pensamentos automáticos negativos, leva a (B), interpretação distorcida das crenças,

que acarreta (C), acontecimentos emocionais, comportamentais e psicológicos que reduzem o medo e mantêm o ciclo.

Uma das dificuldades apresentadas pela paciente foi identificar os pensamentos automáticos. A pergunta: "O que passou pela minha cabeça naquele momento?" não auxiliou a paciente a identificar os pensamentos automáticos, contudo, ao vincular às emoções, ela entendeu o conceito. As crenças centrais distorcidas da paciente faziam com que sentisse obrigação de rezar e verificar portas e janelas, a fim de que nada de ruim acontecesse para sua família. A psicoeducação esclareceu à paciente que sua capacidade de raciocinar de forma lógica estava comprometida devido ao TOC. Acrescentou, ainda, a importância das crenças, pois estas influenciam os pensamentos, geradores de respostas emocionais, fisiológicas e comportamentais.

Os instrumentos utilizados, ao longo do tratamento, foram: a Tríade Cognitiva que mostrou a visão que a paciente tinha de si, dos outros e do mundo; o *Child Behavior Checklist* (CBCL) (Achenbach, 1991), que é um questionário para avaliar competência social e problemas de comportamento em indivíduos de 4 a 18 anos, a partir de informações fornecidas pelos pais, indicando os vários âmbitos da vida da criança/adolescente — como comportamento, funções cognitivas, afetividade e possibilidade de escore clínico para transtorno —; a Escala do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) (Beck, Brown, Epstein & Steer, 1988), que indica a presença de sintomas de ansiedade, sendo aplicada no início do tratamento. No decorrer do tratamento, os sintomas da ansiedade também foram monitorados através da Escala de Unidades Subjetivas de Desconforto (SUDS) (Wolpe, 1973). Já o Treino Respiratório foi uma alternativa para auxiliar o controle da ansiedade da paciente, principalmente à noite, no horário de dormir.

Os medicamentos ingeridos por ela, quando chegou ao atendimento, eram fluoxetina, carbamazepina, cortisona (via oral e tópica) e cálcio. Inicialmente, usava carbamazepina pelo diagnóstico de THB. Após dois meses, a medicação foi suspensa, pois a psiquiatra que a acompanhou, durante a maior parte do tratamento psicoterápico, não concordou com o diagnóstico. A fluoxetina já era usada pela paciente e continuou sendo ministrada pela psiquiatra, pois é um dos medicamentos eleito para tratamento farmacológico do TOC, por ser um antidepressivo inibidor da recaptção da serotonina, aprovada pelo *Food and Drugs Administration - FDA* (Cordioli & Souza, 2005). A fluoxetina continuará sendo utilizada, mesmo após o término da psicoterapia, por recomendação médica, pois a dosagem somente foi estabilizada na metade do tratamento psicoterápico (40mg por dia). O tratamento da uveíte foi realizado com cortisona, via oral e tópica, e foi finalizado com a remissão completa da inflamação intraocular.

O manejo da família foi essencial para a continuidade do tratamento, pois, no histórico da paciente, havia vários abandonos de tratamento. Para que esse comportamento não se repetisse, a família foi convidada a participar do tratamento desde o início. Primeiro, foi aplicado o teste CBCL (Achenbach, 1991) na mãe, em uma sessão especial, com o objetivo de conhecer o desenvolvimento e as questões atuais da paciente. Em um relato de caso, Weiss, Fogelman e Yaphe (2003) salientam a necessidade de conhecer o contexto familiar do paciente, bem como observam a necessidade da psicoeducação da família com relação ao TOC.

O pai, a avó materna e o irmão participaram do tratamento, mostrando-se atentos e com uma visão clara do que acontecia, e salientando o desejo de vê-la crescer e viver

como as adolescentes de sua idade, entretanto, apontando dificuldade de impor limites à paciente. Ao longo do tratamento, a mãe foi convidada a entrar em parte de algumas sessões com a paciente, com o objetivo de esclarecer questões sobre o TOC e explicar atitudes da família que auxiliariam no tratamento.

Discussão

O relato de caso demonstra alguns fatores que dificultavam e mantinham o transtorno da paciente. O ambiente familiar foi observado desde o início por influenciar na descontinuidade do tratamento. Cordioli (2004) afirma que o ambiente pode influenciar na origem de crenças, norteando a vida do indivíduo. Neste caso, o ambiente apresentava-se em função da doença da paciente, o que alimentava os sintomas e os ganhos secundários. Com a revisão de alguns comportamentos da família, estes se apresentaram mais funcionais do que no início do tratamento.

O funcionamento psicossocial da paciente, no final do tratamento, apresentou desempenho satisfatório. Estudos, como o de Piacetini et al. (2003), apontam para prejuízos psicossociais na vida de crianças e adolescentes com TOC, com impactos diferentes, dependendo da gravidade do transtorno. No presente caso, a paciente apresentava prejuízos em diferentes áreas de sua vida, entretanto, ao final do tratamento, a paciente demonstrou ganhos no funcionamento psicossocial. Ela foi aprovada no ano letivo, melhorou o relacionamento com os colegas de classe e começou a sair para se divertir com as colegas de aula. A paciente reduziu o peso em 8 kg, com tratamento acompanhado por nutricionista, e passou a dormir tranquilamente, sem pesadelos ou necessidade da porta do quarto estar aberta.

Como a TCC é realizada em conjunto – terapeuta e paciente –, foi argumentada a importância de a relação estar pautada pela sinceridade, empatia, cordialidade e responsabilidade (Carlat, 2007). Na sessão seguinte, após os esclarecimentos à paciente, a mesma voltou com sua agenda para anotar as tarefas que deveria realizar durante a semana. Em alguns casos, há indicação de realizar sessão conjunta com os familiares e paciente. No presente caso, a paciente aceitou apenas a participação da mãe em partes das sessões, não consentindo a presença de outros familiares, por isso não houve a sessão com todos os familiares que participaram do início do tratamento. Ressalta-se a importância do manejo com a família para a continuidade do processo terapêutico, devido às reiteradas desistências de tratamento e à dificuldade de manter uma rotina caseira. Acrescenta-se que a família foi essencial para contornar as dificuldades psicossociais apontadas pela paciente.

Resumindo, esse caso apresentou aspectos tradicionalmente presentes no TOC. Porém, a idade da paciente exigiu alguns cuidados na psicoterapia, como: atenção constante quanto ao tratamento farmacológico e adaptação das técnicas comumente utilizadas nestes casos. Destaca-se, ainda, a atenção necessária às peculiaridades de cada caso, a fim de empregar as técnicas almejando a melhora dos sintomas do transtorno.

Referências Bibliográficas

Achenbach, T. M. (1991). *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR and TRF profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostical and statistical manual of mental disorders* (4a ed.). Washington DC: APA.

Beck, A. T.; Brown, G.; Epstein, N. & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.

World Health Organization (1994). *Simptom glossary for mental disorders*. Division for Mental Health, Geneva: WHO.

Carlat, D. (2007). *Entrevista psiquiátrica* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Cordioli, A. V. (1998). Qual a psicoterapia mais adequada ao paciente. Em: A. V. Cordioli (Org.). *Psicoterapias: abordagens atuais* (2ª ed.) (pp. 77-98). Porto Alegre: Artmed.

Cordioli, A. V. (2004). *Vencendo o transtorno obsessivo-compulsivo: manual da terapia cognitivo-comportamental para pacientes e terapeutas*. Porto Alegre: Artmed.

Cordioli, A. V.; Braga, D.; Margis, R.; Souza, M. B. & Kapczinski, F. (2001). Crenças disfuncionais e o modelo cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Psiquiátrica Clínica*, 28(4), 197-206.

Cordioli, A. V. & Souza, M. B. (2005). Transtorno obsessivo-compulsivo. Em: A. V. Cordioli (Org.). *Psicofármacos: consulta rápida* (3ª ed.) (pp. 357-365). Porto Alegre: Artmed.

Del-Porto, J. A. (2001). Epidemiologia e aspectos transculturais do transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(2), 3-5.

Geller, D.; Hoog, S.; Heiligenstein, J.; Ricardi, R.; Tamura, R.; Kluszynski, S. & Jacobson, J. (2001). Fluoxetine treatment for obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: A Placebo-Controlled Clinical Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(7), 773-779.

Kochan, L. D. ; Qureshi, A. L. & Fallon, B. A. (2000). Therapeutic approaches to the treatment of refractory obsessive-compulsive disorder. *Current Psychiatric Reports*, 2, 327-334.

Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder Treatment Study Team (POTS) (2004). Cognitive-behavioral therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: The Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder Treatment Study (POTS) Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Association*, 292, 1969-1976.

Piacentini, J.; Bergman, R. L.; Keller, M. & McCracken, J. (2003). Functional impairment in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 13(1), 61-69.

Rosário-Campos, M. C. & Mercadante, M. T. (2000). Transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(2), 16-19.

Rosário-Campos, M. C. (2001). Peculiaridades do transtorno obsessivo-compulsivo na infância e adolescência. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(Supl. II), 24-26.

Salkovskis, P. M.; Wroe, A. L.; Gledhill, A.; Morrison, N.; Forrester, E.; Richards, C.; Reynolds, M. & Thorpe, S. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 347-372.

Torres, A. R. & Lima, M. C. P. (2005). Epidemiologia do transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(3), 237-242.

Zohar, A. H. (1999). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North American*, 8, 445-460.

Weiss, R.; Fogelman, Y. & Yaphe, J. (2003). *Somatization in response to undiagnosed obsessive compulsive disorder in a family*. Boston Medical Center Family Practice, 4, 1-3.

Wolpe, J. (1973). *The practice of behavior therapy*. New York: Pergamon Press.

Endereço para correspondência

Av. Ipiranga, 6681, Caixa Posta 1429, Porto Alegre / RS.

CEP: 90.6119-900.

E-mail: argimoni@puccrs.br.

Recebido em: 12/05/2007

Aceito em: 20/06/2007