Relato de caso

Medo do abandono, medo de abandonar - um caso de Perturbação Obsessivo-Compulsiva

por Ângela Almeida Costa[1]
1. Interna de Medicina Geral e Familiar, UCSP Aldoar (ACeS Porto Ocidental)

RESUMO

Introdução: A Perturbação Obsessivo-Compulsiva é definida pela presença de obsessões e compulsões recorrentes, que consomem tempo ou que causam um marcado sofrimento, interferindo significativamente no quotidiano da pessoa. Cabe ao médico de família identificar o quadro e orientar adequadamente. Com o presente caso pretende-se alertar para a importância da relação médico-doente no diagnóstico de patologias mentais, assim como a abordagem biopsicossocial do doente.

Descrição do caso: Utente do género feminino de 37 anos, sem antecedentes psiquiátricos de relevo, que iniciou de forma súbita um quadro obsessivo-compulsivo com compulsões de verificação (certificação de inexistência de crianças esquecidas em carros estacionados, desligar aquecedores e ferro de engomar, desligar luzes de presença), e de ordem e simetria (afastar móveis da parede). Desde o início apresentou um bom insight, sem alucinações ou delírios. Nos Cuidados de Saúde Primários iniciou precocemente tratamento com inibidores seletivos da recaptação da serotonina e ansiolíticos, com boa resposta após dois meses de tratamento. No início do quadro foi orientada para a especialidade de Psiquiatria do hospital de referência, que manteve a medicação prescrita, e orientou para psicoterapia.

Comentário: A Perturbação Obsessivo-Compulsiva é uma doença crónica, frequentemente incapacitante, com prejuízos a nível familiar, laboral e social. Apesar de nem sempre se identificar um acontecimento precipitante, poderá haver neste caso uma relação entre as circunstâncias atuais de vida da doente e o aparecimento desta perturbação. Trata-se de uma mulher solteira que vive com a mãe e três irmãos, sendo cuidadora de dois, que tem sentido uma pressão crescente para construir família com o namorado. O médico de família desempenhou neste caso um importante papel na introdução precoce da terapêutica, gestão de emoções e dúvidas, e no acompanhamento estreito da situação, prevenindo complicações.

Palavras-chave: Perturbação obsessivo-compulsiva; Obsessão; Compulsão

INTRODUÇÃO

A Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) é definida pela presença de obsessões e compulsões recorrentes, que consomem tempo ou que causam um marcado sofrimento, interferindo significativamente no quotidiano do indivíduo. As obsessões são pensamentos, imagens ou ideias indesejáveis e persistentes que são acompanhadas por sensações desagradáveis como ansiedade ou culpa. As mais frequentes são: contaminação; dúvida patológica; preocupações somáticas; necessidade de ordem e simetria; impulsos agressivos ou sexuais.[1,2] As compulsões são ações realizadas com o objetivo de reduzir os sentimentos, pensamentos e ideias desagradáveis envolvidos nas obsessões; e podem ser de verificação; lavagem; contagem; interrogação ou afirmação repetitiva; simetria e precisão; impulsos sexuais; e acumulação.[1]

A idade de aparecimento é, em geral, a adolescência e início da idade adulta. O início dos sintomas pode ser agudo ou insidioso. Em geral, a evolução é crónica ou com flutuações na intensidade dos sintomas, com agravamento em situações de stress. A remissão completa é rara.

O tratamento precoce tem provado ter uma influência positiva na maior parte das patologias mentais. Os inibidores seletivos da recaptação da serotonina têm demonstrado eficácia. A psicoterapia pode ser útil, quer no alívio dos sintomas comportamentais, quer na intervenção ao nível dos fatores psicológicos internos que podem estar envolvidos no desenvolvimento da doença, e os indivíduos que recebem este tipo de tratamento têm habitualmente um melhor prognóstico.

DESCRIÇÃO DO CASO

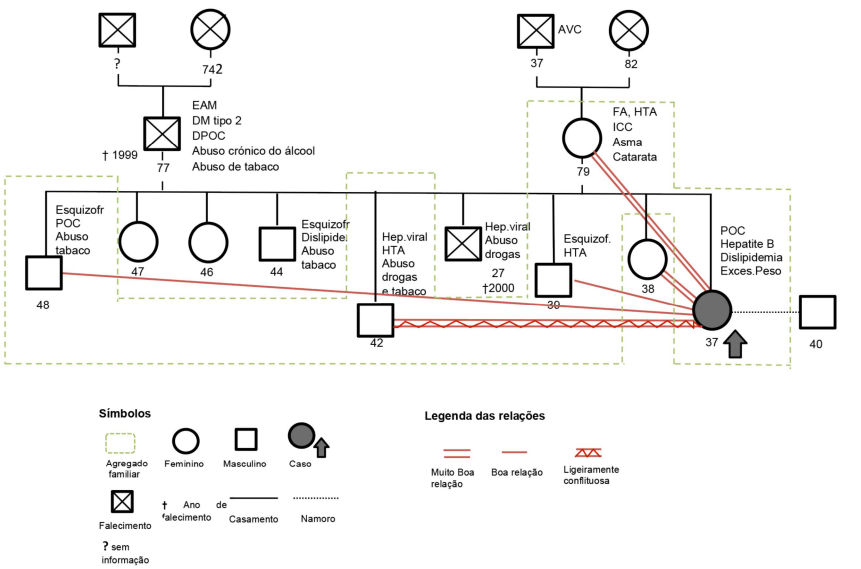
1. Dados demográficos, antecedentes pessoais e contexto familiar

Utente do género feminino de 37 anos, raça caucasiana, natural de Massarelos e residente em Aldoar. Completou o 7º ano de escolaridade, auxiliar de geriatria num lar de idosos e empregada de limpeza em casa particular. Pertence à classe média-baixa da classificação de Graffar.

É a filha mais nova de uma fratria de 9, tendo um dos seus irmãos falecido por abuso de drogas aos 27 anos de idade. Vive com a mãe e três irmãos, dois dos quais são parcialmente dependentes ajudando-os nas tarefas domésticas, na gestão da medicação e no acompanhamento às consultas médicas. Tem com estes uma boa relação. Estes beneficiam de pensão social de invalidez mas não raras vezes a utente tem que suportar os custos da medicação. Com o terceiro irmão tem uma relação um pouco mais conflituosa, porque este ainda mantém consumo de drogas, embora também lhe preste apoio. Tem um relacionamento amoroso desde há 6 anos com um homem de 40 anos, que está desempregado e vive sozinho com a sua mãe. Gostariam de viver juntos, mas nenhum quer abandonar a respetiva mãe. Sente também um forte dever de apoiar a sua mãe e os irmãos, negligenciando os seus interesses individuais e o seu bem-estar. Diz não ter condições para ter filhos, embora gostaria.

Tem excesso de peso, dislipidemia, fibromioma uterino

e Hepatite B crónica (sem terapêutica em curso) cuja via de contágio se desconhece. Sem consumos de tabaco, álcool ou drogas. Medicada com anticoncecional oral combinado. Plano nacional de vacinação e rastreios oncológicos atualizados.



Aldoar, 26 de maio de 2015

Figura 1. Genograma

Do genograma (figura 1) destaca-se os antecedentes familiares de patologia mental, nomeadamente três irmãos com Esquizofrenia e um caso de Perturbação Obsessivo-Compulsiva; e elevada prevalência de problemas aditivos, com abuso de drogas por dois irmãos, e o alcoolismo do pai que protagonizava situações de violência doméstica com a mãe.

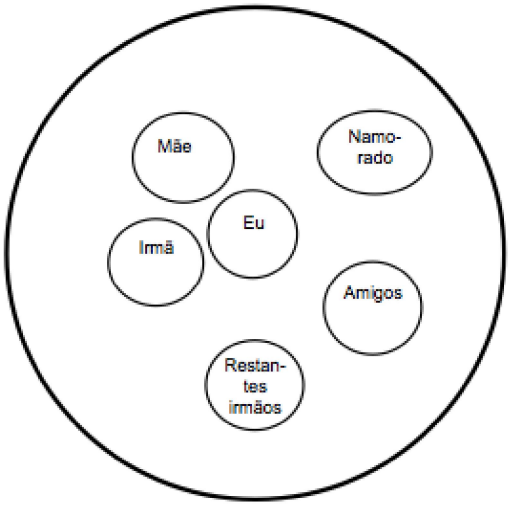


Figura 2. Círculo de Trower

No Círculo de Trower (figura 2) representou no seu interior a mãe, a irmã, os restantes irmãos num único círculo, o namorado e os amigos. Desenhou com maior proximidade a irmã mais nova e a mãe, a quem recorre quando precisa de ajuda. Afirmou sentir-se satisfeita com a representação familiar. A aplicação do apgar familiar de Smilkstein sugere uma família altamente funcional. Considera-se o ponto de ligação entre vários elementos da família e é a gestora da casa pois realiza grande parte das tarefas domésticas (limpeza, cozinhar, compras, etc.), gere a medicação da mãe e dos irmãos portadores de diversas comorbilidades, e acompanha-os às consultas. Por vezes tem dificuldade em lidar com os problemas psiquiátricos dos irmãos, mas refere que mantém com eles um bom relacionamento.

2. História clínica

Iniciou de forma súbita em março de 2015, um quadro obsessivo-compulsivo caracterizado por obsessões, ansiedade e compulsões relacionadas com a verificação. Quando passava por veículos estacionados tinha de ir verificar através do vidro se não existiam crianças esquecidas no seu interior; tocou na campainha de uma casa porque a janela estava aberta há vários dias, com receio de que estivesse um idoso abandonado no seu interior; no lar verificava a luz de presença dos idosos; na casa particular onde trabalhava, antes de ir embora assegurava que não ficavam objetos junto dos aquecedores, verificava se desligou o ferro de engomar, afastava os móveis das tomadas, realizava mais que uma verificação, e depois de fechar a porta, permanecia muitas vezes o sentimento de dúvida. Quando ia buscar a mãe ao centro de fisioterapia, verificava se o aquecedor a gás estava desligado. Tinha consciência que os seus pensamentos eram irracionais, contudo perturbavam significativamente o seu dia-a-dia, de tal forma que deixou de ir a pé para o trabalho e passou a usar o autocarro, deixou de passear com o namorado, deixou de ir ao centro de fisoterapia, e inclusivamente fechou as persianas das janelas da sua casa para não ver janelas partidas ou abertas nas casas dos vizinhos. Teve ideação suicida, porém sem plano estruturado ou tentativas consumadas. Sentia-se uma pessoa diferente e receava estar num estado irreversível. Para aumentar o controlo da situação começou a registar os acontecimentos num diário.

Recorreu a consulta aberta da sua médica de família a 5 de março, e perante este quadro foi medicada com fluoxetina 20mg 1+0+0 e propanolol 40mg 1+0+1. Na consulta de reavaliação em 23 de março, apresentou além dos sintomas prévios, insónia inicial e intermédia e aumento da ansiedade, pelo que se decidiu suspender fluoxetina e iniciar sertralina na dose de 50 mg de manhã, com indicação de aumento progressivo para 100 mg/dia; em simultâneo introduziu-se alprazolam 0,25mg 1+1+2 e reduziu-se o propanolol para 40mg 1+0+0. Nesta consulta foi referenciada para a especialidade de Psiquiatria

do hospital de referência (Hospital Magalhães Lemos).
Na segunda reavaliação, a 2 de abril, apresentava franca melhoria da insónia, ligeira redução da ansiedade, no entanto mantinha as obsessões e compulsões de verificação. Deixou de ver telejornais porque ficava muito perturbada com notícias relacionadas com abandono (ex. criança esquecida no infantário, jovem que fugiu de casa). Mantinha *insight* para o problema e continuava a escrever no diário.
Na terceira avaliação, a 29 de abril apresentava algumas melhorias, conseguia resistir a algumas obsessões, no entanto com ansiedade associada, e teve alguns episódios de insónia inicial. Já havia sido vista pela especialidade que manteve a medicação, à exceção de ajuste posológico do ansiolítico (redução de alprazolam 0,25mg 0+1+0+2), e solicitou colaboração de psicologia. Nesta avaliação a médica de família prescreveu loprazolam 1mg, para usar apenas em caso de insónia.
Na última reavaliação, em 20 de maio, a utente sentia-se bastante melhor, conseguia contrariar a maioria dos rituais de verificação, mantendo ainda rituais de ordem e simetria mas com menor ansiedade, sem novos episódios de insónia (não teve necessidade de usar loprazolam). Nessa consulta reforçou-se positivamente a evolução favorável, anteciparam-se dificuldades e realçou-se a importância da adesão à terapêutica farmacológica e psicoterapia cuja primeira consulta estava agendada para essa semana. Por acordo mútuo, espaçou-se o seguimento com agendamento da reavaliação num período de dois meses.

COMENTÁRIO

A Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) constituí um desafio clínico uma vez que ainda não é totalmente compreendida a sua etiologia. Apesar de ser uma doença pouco prevalente, pode comprometer gravemente o funcionamento psicossocial do indivíduo com limitações no desempenho de tarefas familiares, profissionais e sociais.
A apresentação clínica não é linear, sendo dotada de um marcado polimorfismo que motivou a separação desta perturbação dos restantes Distúrbios de Ansiedade e a criação de um capítulo individual na 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), intitulado "Distúrbio Obsessivo-Compulsivo e Distúrbios Relacionados".[3] O diagnóstico diferencial deve ser realizado com Perturbações de controlo de impulsos; Hipocondria; Perturbações depressivas; Perturbações do Espectro da Esquizofrenia e outras Perturbações Psicóticas; e Perturbações de tiques.
Os casos de POC de início agudo são mais frequentes no sexo feminino, mas habitualmente apresentam relação temporal com um evento de vida (ex. aborto, gravidez, nascimento do primeiro filho)[1], situação que não se verificou no presente caso. A utente apresenta obsessões de conteúdo misto, quer de dúvida patológica (desligar o aquecedor, as luzes de presença, o ferro de engomar), quer de ordem e simetria (afastar os móveis da parede). Curiosamente o tema do abandono é muito prevalente (crianças abandonadas nos automóveis, idosos abandonados em casa). Poderá haver uma relação entre este tema e as circunstâncias de vida atuais da utente, que tem sentido uma pressão crescente para construir família com o namorado, que implica o abandono da sua família, situação que lhe cria bastante angústia e sentimentos ambivalentes, uma vez que é a principal cuidadora destes.
Vários estudos têm tentado delinear fatores preditores da evolução da POC. Comprovou-se existir uma relação entre o estado civil do indivíduo, a sua personalidade e o funcionamento pré-mórbido no curso da doença. Verificou-se que indivíduos casados e com um melhor funcionamento pré-mórbido apresentam um curso mais favorável, aos 5 anos de follow-up.[1,2]
Numa primeira fase, os indivíduos têm de aprender estratégias para lidar com as obsessões e compulsões, e posteriormente têm de aprender a controlar a ansiedade provocada pelas obsessões não aliviadas pelas compulsões. Nos contatos repetidos nos CSP estes aspetos foram progressivamente trabalhados. A utente compreendeu e interiorizou facilmente, o que provavelmente contribuiu para a sua evolução favorável. Até a data a evolução foi bastante favorável, sendo de destacar o importante papel do médico de família neste caso, na introdução precoce da terapêutica, na gestão de emoções, dúvidas e no acompanhamento estreito da situação, prevenindo complicações. Haverá, no entanto, necessidade de manter um seguimento adequado, de forma a prevenir complicações, mas também para detetar precocemente alterações no quadro clínico, uma vez que a associação a outras perturbações mentais é muito frequente.
Na MGF a proximidade entre médico-doente facilita a verbalização de pensamentos e a partilha de comportamentos que poderiam ser omitidos pela utente numa fase inicial. A sua valorização pelo médico de família, permitiu uma intervenção precoce e compreensiva, com ganhos significativos na qualidade de vida da utente.

BIBLIOGRAFIA

1. Macedo A, Pocinho F. Obsessões e Compulsões – as múltiplas faces de uma doença. 2ªedição. Coimbra: Quarteto; 2007.
2. Steketee G, Eisen J, Dyck I, Warshaw M, Rasmussen S. Predictors of course of OCD. Em: Macedo A., Pocinho F.. Obsessões e Compulsões – as múltiplas faces de uma doença. 2ª edição. Coimbra: Quarteto; 2007.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th edition. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.

CONFLITOS DE INTERESSES

A autora declara não ter qualquer conflito de interesses.