

relato de caso

Transtorno obsessivo-compulsivo e fobia alimentar: aspectos psicopatológicos e terapêuticos*

Obsessive compulsive disorder and food phobia: psychopathologic and therapeutic aspects

Fábio M Corregiari, Paula V Nunes, Francisco Lotufo Neto e Márcio Bernik

Liga de Ansiedade do Ambulatório de Ansiedade do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP.

Introdução

A relação entre o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e os transtornos alimentares (TA) tem sido amplamente discutida na literatura.¹⁻⁶ Alguns autores propõem o estabelecimento de um espectro obsessivo-compulsivo composto por síndromes psiquiátricas que dividiriam características em comum com o TOC, entre elas, os TA.^{7,8} No entanto, são predominantemente descritos casos de anorexia nervosa (AN). A associação com bulimia nervosa, fobia alimentar, perversão do apetite ou outros TA é rara e a literatura sobre essas co-morbidades é escassa.

As fobias alimentares (FA) podem assumir duas formas principais. Na primeira, pode haver um medo excessivo da deglutição por receio de aspirar o alimento, caracterizando as fobias de deglutição. Na outra forma, existe uma aversão por determinados tipos de alimentos. Ao contrário das fobias de deglutição, as aversões de alimentos são restritas a tipos específicos de comidas. O contato com o alimento gera náuseas, enjôos e, eventualmente, vômitos, diferindo da ansiedade causada pela maioria das fobias. Iniciam geralmente na infância ou adolescência, a menos que haja uma experiência condicionante, como em pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia.⁹ As FA são um diagnóstico que não faz parte da classificação dos TA e podem ser consideradas um TA sem outra especificação ou uma fobia específica. Possui descrição clínica,⁹ mas não apresenta critérios diagnósticos específicos nem na CID-10, nem no DSM-IV.

O objetivo deste relato de caso é discutir a co-morbidade entre TOC e FA sob o aspecto psicopatológico e terapêutico.

Apresentação

Identificação

N.O.R., 41 anos, casada, branca, advogada, católica, natural e procedente de São Paulo.

História da moléstia atual

Há 8 anos, a paciente notou uma preocupação excessiva com os cuidados do filho recém-nascido, associada ao temor de contaminá-lo com alguma doença. Lavava-se exaustivamen-

te e mantinha limpos todos os objetos necessários para a troca da criança. Com o tempo, as obsessões ficaram mais centradas no medo de se contaminar com fezes e, assim, contrair uma doença grave ou morrer. A principal manifestação disso se deu em rituais após defecar. Iniciou tomando um banho, que foi se tornando cada vez mais extenso e elaborado, após cada evacuação. Da mesma forma, temia a contaminação de maçanetas das portas por pessoas que não faziam a higiene como ela fazia. Por causa disso, deixou de usar banheiros públicos e evitava o contato com tais objetos. A paciente reconhecia que esse medo era excessivo, mas não conseguia deixar de sentir-se extremamente angustiada com a possibilidade de contaminação.

Na época da primeira consulta, apresentava um grande prejuízo de suas atividades habituais, perdendo mais de 4 horas por dia em rituais de limpeza. Após evacuar, limpava-se diversas vezes com papel higiênico úmido, chegando a introduzi-lo no orifício anal. Lavava o vaso sanitário, tomava um banho, iniciando pelas partes que considerava mais contaminadas e, depois, para as menos contaminadas. Lavava o restante do banheiro e tomava um novo banho, sempre seguindo uma seqüência rígida. Como resultado, sentia-se fraca, esgotada e triste, tinha a pele bastante ressecada e chegou a ficar 8 dias sem evacuar e a apresentar fissuras anais em decorrência dos rituais. Havia deixado de trabalhar e de frequentar ambientes públicos.

Ao tentar diminuir o número de evacuações e tornar as fezes mais endurecidas, começou a evitar alimentos, embora seu apetite estivesse preservado. Inicialmente, retirou da dieta os laticínios, como derivados lácteos, gorduras e fibras. Depois, passou a evitar outros alimentos sem se basear em algum fundamento lógico, mas por que causavam sensações abdominais desagradáveis que a paciente relacionava com gases e aumento do trânsito intestinal. Sua dieta ficou restrita a carnes magras e grelhadas em pequenas quantidades junto com meia colher de arroz e, durante o dia, eventualmente comia algumas bolachas de água-e-sal e chá preto. Dessa maneira, estava pesando 37 kg (índice de massa corporal de Quetelet, IMC=15,4), 17 kg a menos do que o seu habitual. Negava outros antecedentes mórbidos pessoais ou familiares.

* Trabalho apresentado na forma de pôster no XVI Congresso Brasileiro de Psiquiatria, São Paulo, outubro de 1998

Exame psíquico

Consciente, orientada, com memória e atenção preservadas. Não foram observados quaisquer distúrbios de imagem corporal e, de fato, a paciente se sentia incomodada por estar tão magra, afastando assim o diagnóstico de anorexia nervosa. Apresentava humor deprimido e ansioso, e tinha pensamentos com conteúdos de desesperança e de desamparo que se relacionavam às obsessões e ao desgaste físico resultante dos rituais. Durante o resto do seu dia, não apresentava alterações de vontade, pragmatismo, sono ou concentração e atenção, tornando assim o diagnóstico de depressão pouco provável.

Evolução

Com a hipótese diagnóstica principal de transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), foi introduzida a clomipramina na dose de 25 mg ao dia e iniciada a análise comportamental para posterior introdução da terapia cognitivo-comportamental (TCC).

Após uma semana, no primeiro retorno, a paciente não havia conseguido iniciar a medicação, pois acreditava que lhe causaria aumento da motilidade intestinal e diarreia. Foi novamente orientada quanto aos efeitos normalmente obstipantes da medicação e da sua importância para o tratamento. A paciente aceitou a dose de 10 mg ao dia, não conseguindo, porém, aumentá-la. Continuava comendo pouco e perdendo peso, chegando a pesar 33 quilos (IMC=13,8) após 3 semanas de acompanhamento. Foi cogitada a internação, mas com apoio familiar e retornos mais frequentes, conseguiu-se uma melhor adesão ao tratamento. A paciente foi orientada sobre a necessidade de exposição aos alimentos para que se pudesse realizar a TCC. Apesar de uma certa resistência inicial, passou a aceitar alguns tipos de alimentos que não lhe causavam tanto desconforto (como, por exemplo, pão, queijo e carne vermelha) e houve aumentos progressivos da clomipramina.

Após 2 meses de acompanhamento, a paciente estava tomando 150 mg de clomipramina por dia, já tinha recuperado 7 kg (IMC=16,7) e foi iniciada a TCC direcionada às obsessões de contaminação. Como se apresentava bastante motivada e já conseguira reduzir o tempo dos rituais para 1 hora apenas com orientação, optou-se pela terapia de exposição maciça, enfocando logo o principal sintoma que era o medo de contaminação por fezes. O objetivo traçado foi defecar e se limpar sem rituais e demorando pouco tempo. As tarefas propostas foram: (1) evacuar e não lavar o banheiro, não usar papel higiênico molhado e não tomar banho por 12 horas, suportando a ansiedade; e (2) usar um frasco, contendo um palito sujo de fezes, preso ao corpo 24 horas por dia. As tarefas deveriam ser descritas em um diário que conteria também o grau de ansiedade gerado. Paralelamente, havia um controle e orientação de uma dieta laxativa, sem, no entanto, ser o foco principal da TCC.

A dificuldade inicial para a realização das tarefas foi superada e a paciente apresentou uma diminuição da ansiedade gerada pela evacuação e do tempo gasto para evacuar. Conseguiu voltar ao trabalho e deixou de evitar alimentos ou se sentir desconfortável após sua ingestão, tendo um ganho expressivo de peso (IMC=19,2).

Apesar disso, ainda apresentava alguns sintomas residuais. Desviava o carro de fezes de cavalo presentes na rua, usava

papel toalha para abrir a porta do banheiro do seu local de trabalho e, após seu filho utilizar o banheiro, checava se tudo estava perfeitamente limpo. Esses sintomas foram abordados da mesma forma, utilizando-se a TCC e passando a dose de clomipramina para 200 mg por dia, com melhora.

Após um ano e meio de seguimento, a paciente não apresentou recaídas, recuperou totalmente o seu peso ideal (IMC=23,8) e manteve a dose de 200 mg por dia de clomipramina.

Discussão

Vários estudos anteriores abordaram a co-morbidade entre TOC, TA e quadros fóbicos. Em pacientes com TOC primário, mostrou-se uma prevalência ao longo da vida substancial de AN (10-17%) e BN (5-20%).¹⁰⁻¹² Paralelamente, demonstrou-se uma grande comorbidade entre TOC e as fobias, sendo de 11% a 18% para fobia social e 22% a 27% para fobias específicas.¹³⁻¹⁷ A ocorrência de fobia social em pacientes com transtornos alimentares também é comum (33,9% para AN e 17% para BN).^{18,19} Esses dados, associados a características psicopatológicas comuns, têm levantado a hipótese de disfunções neurobiológicas semelhantes.

O caso apresentado mostra uma associação de sintomas obsessivos e fóbicos influenciando gravemente o padrão alimentar e levando a paciente a um IMC crítico.

Do ponto de vista psicopatológico, as sensações abdominais passaram a ser associadas à possibilidade de evacuar. Inicialmente, os alimentos laxantes foram retirados da dieta. Posteriormente, alimentos que provocavam sensações abdominais foram sendo progressivamente retirados, o que levou a uma generalização para praticamente qualquer coisa ingerida, inclusive a medicação. O fato da paciente ter deixado de se alimentar devido ao medo de provocar sensações corpóreas caracteriza uma fobia alimentar ainda que, nos quadros clássicos, os estímulos aversivos provenham das características olfativas e gustativas dos alimentos, ou estejam relacionados a tabus religiosos, como a carne de porco para os muçulmanos. Nesse caso, os estímulos surgiram das características centrais do caso, ou seja, das obsessões de contaminação em consequência da evacuação.

A terapia cognitivo-comportamental associada à farmacoterapia permitiu uma realimentação rápida da paciente e, em seguida, que as obsessões de contaminação fossem abordadas de maneira incisiva, levando a uma regressão do quadro de TOC e também do quadro fóbico. A TCC aparece na literatura como uma terapêutica eficaz para o TOC e para as fobias alimentares, talvez explicando o sucesso nesse caso.^{20,21}

Dessa maneira, pode-se concluir que é importante investigar a co-morbidade com TA ou fóbicos em pacientes com TOC, principalmente, ao se considerar a terapêutica a ser implementada. Nesse caso, as alterações do comportamento alimentar, apesar de secundárias à psicopatologia do próprio TOC, responderam parcialmente ao tratamento específico (exposição às sensações corpóreas resultantes da ingestão de alimentos), permitindo que a paciente pudesse aguardar o resultado da farmacoterapia e a implementação de técnicas de exposição e prevenção de respostas para o TOC.

Fonte de financiamento e conflitos de interesse não declarados.

Referências

1. Holden NL. Is anorexia nervosa an obsessive-compulsive disorder? *Br J Psychiatry* 1990;157:1-5.
2. Rothenberg A. Adolescence and eating disorder: The obsessive-compulsive syndrome. *Psych Clin North Am* 1990;13:469-88.
3. Lee S. Anorexia nervosa and OCD. *Br J Psychiatry* 1990;157:778-9.
4. Enoch MA, Kaye WH, Rotondo A, Greenberg BD, Murphy DL, Goldman D. 5-HT_{2A} promoter polymorphism-1438G/A, anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder. *Lancet* 1998;351:1785-6.
5. Bastiani AM, Altemus M, Pigott TA, Rubenstein C, Weltzin TE, Kaye WH. Comparison of obsessions and compulsions in patients with anorexia nervosa and obsessive compulsive disorder. *Biol Psychiatry* 1996;39:966-9.
6. Tavares H, Segal A, Cordás TA. Transtornos alimentares e transtorno obsessivo-compulsivo. In: Miguel EC, editor. *Transtornos do espectro obsessivo-compulsivo*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 1996. p. 124-37.
7. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1992;53(Suppl 4):4S-10S.
8. McElroy SL, Phillips KA, Keck PE. Obsessive compulsive spectrum disorder. *J Clin Psychiatry* 1994;55(Suppl 10):33S-51S.
9. Marks I. Eating fobias. In: Marks I, editor. *Fears, phobias and rituals*. 1ª ed. Oxford: Oxford University Press; 1987. p. 387-8.
10. Rasmussen S, Eisen J. The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am* 1992;15(4):743-58.
11. Rubenstein CS, Pigott TA, L'Heureux F, Hill JL, Murphy DL. A preliminary investigation of the lifetime prevalence of anorexia and bulimia nervosa in patients with obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1992;53:309-14.
12. Flament M, Whitaker A, Rapoport J, Davies M, Berg CZ, Kalikow K, et al. OCD in adolescence: an epidemiologic study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988;27:764-71.
13. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1992;53(Suppl 4):4S-10S.
14. Rasmussen S, Eisen J. Epidemiology and clinical features of OCD. In: Jenike M, Baer L, Minichiello W, editors. *Obsessive-compulsive disorders: theory and management*. 1ª ed. St. Louis: Mosby Year Book; 1990. p. 10-27.
15. Rasmussen SA, Tsuang MT. Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1986;143:317-22.
16. Rasmussen S, Eisen J. Clinical and epidemiologic findings of significance to neuropharmacologic trials in OCD. *Psychopharmacol Bull* 1988;24:466-570.
17. Austin LS, Lydiard RB, Fossey MD, Zealberg JJ, Laraia MT, Ballenger JC. Panic and phobic disorders in patients with obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1990;51:456-8.
18. Brewerton TD, Lydiard RB, Ballenger JC, Herzog DB. Eating disorders and social phobia. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50(1):70.
19. Halmi KA, Eckert E, Marchi P, Sampugnaro V, Apple R, Cohen J. Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:712-8.
20. Ball SG, Otto MW. Cognitive-behavioral treatment of choking phobia: 3 case studies. *Psychother Psychosom* 1994;62:207-11.
21. McNally RJ. Choking phobia: a review of the literature. *Compr Psychiatry* 1994;35(1):83-9.

Correspondência

Fábio M Corregiari

Aluno de graduação do 6º ano da FMUSP

Rua Almadén, 130/21 bl. 12, Morumbi

CEP 05717-200, São Paulo, SP

Tel.: (0xx11) 3745-9546. Pager: (0xx11) 5188-3838 cód. 21904

E-mail: fcorregiari@zipmail.com.br
