
“A 40 years follow-up of patients with
obsessive-compulsive disorder”

G. Skoog & I. Skoog

Archives of General Psychiatry, 1999, 56: 121-127

Estudo acompanha o quadro clínico de pacientes com transtorno obsessivo- compulsivo durante quarenta anos

Os *Archives of General Psychiatry* de fevereiro deste ano trazem um artigo original realizado no Departamento de Psiquiatria do Hospital Universitário Sahlgrenska, de Gotemburgo, na Suécia. O trabalho relata o acompanhamento de 251 pacientes com o diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo, admitidos naquele hospital entre 1947 e 1953. Esses indivíduos foram entrevistados, entre 1954 e 1956, por um psiquiatra experiente utilizando uma entrevista semi-estruturada e baseando-se nos critérios diagnósticos de Kurt Schneider. Um re-exame de 122 daqueles pacientes foi realizado entre 1989 e 1993. Em outros 22 casos, a informação foi obtida junto a informantes próximos ou através de registros médicos. Na época da segunda entrevista, 85% dos pacientes preenchiam completamente os critérios do DSM-IV para “transtorno obsessivo-compulsivo”. A média de comparecimento à segunda fase do estudo, considerando-se apenas pacientes sobreviventes, foi 82% e a duração média do acompanhamento em relação ao início dos sintomas foi de 47 anos.

Os resultados mostraram que houve melhora em 83% (20% tiveram recuperação completa e 28% mostraram recuperação com persistência de apenas alguns poucos sintomas sub-clínicos). Entre os que se recuperaram, 38% já o haviam feito durante os anos 50. 48% tiveram o transtorno obsessivo-compulsivo por mais de 30 anos.

Entre os fatores que mais frequentemente estiveram relacionados com um mau curso clínico destacaram-se: 1) início precoce do transtorno; 2) presença concomitante de sintomas obsessivos e sintomas compulsivos; 3) baixo “funcionamento social”; 4) curso já crônico na época da primeira entrevista. A presença de obsessões mágicas e de rituais compulsivos também estava relacionada com um pior curso do transtorno.

Os autores comentam que, durante o período estudado, praticamente não havia tratamentos eficazes e definitivos para o transtorno obsessivo-compulsivo. As abordagens psicofarmacológicas comprovadamente úteis nesses casos foram introduzidas praticamente só após o término do estudo. Ainda assim, 17 pacientes receberam clorimipramina entre os anos 70 e 80 e, desses, 10 tiveram uma evolução mais favorável após o início da medicação. O estudo não menciona tratamentos psicoterápicos eventualmente realizados pelos pacientes.

Desse grupo, 6 pacientes foram submetidos à psicocirurgia (4 lobotomias, 1 capsulotomia e 1 combinação de lobotomia e capsulotomia). Apenas dois deles apresentaram sinais de melhora dos sintomas obsessivos, embora ambos mostrassem redução do funcionamento intelectual, emocional e cognitivo.

“Le syndrome de Ekbom”

C. Giboin & S. Mantelet

Annales Médico-Psychologiques, 1998, 156 (10); 649-658

A síndrome de Ekbom

A seção de “Mémoires originaux” dos *Annales Médico-Psychologiques* de dezembro passado apresenta uma interessante revisão de uma constelação sintomatológica pouco estudada, mas de grande importância para psiquiatras, psicopatólogos e dermatologistas: a síndrome de Ekbom. Trata-se de um transtorno delirante isolado, que atinge sobretudo mulheres a partir dos 50 anos de idade e que se caracteriza pela convicção durável de ter pequenos animais

sobre ou na pele. O estabelecimento do quadro clínico, que vem chamando atenção dos médicos desde no final do século XIX, foi feito pelo psiquiatra sueco K. Ekbom, em 1938. Ele nomeou esse estado mórbido de “delírio dermatozóico”.

O paciente tem a convicção patológica de sofrer de uma afecção cutânea parasitária, acompanhada de sensações de prurido desprovidas de fundamento orgânico. O início dos sintomas geralmente é insidioso, mas pode também ser súbito. Em geral, tem relação com algum fato muito preciso: contato com algum animal, relacionamento sexual ocasional, proliferação de baratas em sua moradia etc.

O delírio é tipicamente pobre, monotemático, coerente e sustentado por sensações táteis variadas que incluem coceiras e picadas, que freqüentemente atingem os orifícios anatômicos.

Certos pacientes são suscetíveis de ver parasitas correndo sobre sua pele, cair de seus cabelos, sentem o odor dos “insetos” e escutam seus ruídos. Esses parasitas são tipicamente descritos como “bichinhos”, “espécie de piolhos”, “vermes” ou “mosquinhas”.

Uma percepção visual deformada das estruturas da pele dá-lhes a impressão de que os poros são pequenos buracos escavados pelos animaizinhos, que as lesões devidas à coceira é o local onde estes colocam os ovos.

O paciente toma providências para lutar contra a infestação e para demonstrar sua existência. Alguns indivíduos tendem a ressaltar a resistência dos parasitas e esforçam-se para lavar repetidamente o corpo e os cabelos. Empregam detergentes e inseticidas nessa operação e tentam extrair os animais com auxílio de agulhas e de lâminas de barbear. Tais indivíduos são assíduos freqüentadores de dermatologistas aos quais tipicamente eles fornecem “espécimens”: fragmentos de pele ou de poeira coletados em uma caixa e identificados como sendo exemplares dos parasitas.

O temor de contaminar outras pessoas está usualmente presente e pode conduzir a um importante isolamento social. Por outro lado, não existem comumente idéias de estar sendo perseguido por inimigos ocultos, nem ocorre a reivindicação de reparação.

Alguns pesquisadores sugerem que o quadro pode evoluir até uma resignação do sujeito com o fracasso de sua luta contra os parasitas: a convicção de sua existência dos “vermes” em sua pele persiste silenciosamente, mas com pouca repercussão em sua vida cotidiana.

“Personality disorder as a contraindication for liver transplantation in alcoholic cirrhosis”
W. Yates, D. LaBrecque & D. Pfab
Psychosomatics, 1998, 39: 501-511

Transtornos de personalidade como contra-indicação para transplante hepático na cirrose alcoólica

172

Um estudo publicado na *Psychosomatics* modifica visão corrente segundo a qual a presença de um transtorno severo de personalidade constituiria uma contra-indicação relativa ou absoluta em inúmeras formas de transplante, sobretudo nos casos de transplante hepático, devido a cirrose alcoólica. As justificativas para tal ponto de vista são sobretudo as de que tais indivíduos seriam muito mais suscetíveis a voltar ao uso de álcool e de drogas e de não tomarem as medidas necessárias para o sucesso a médio e longo prazo do transplante, desperdiçando assim considerável esforço técnico e financeiro que poderia ser melhor empregado em outras condições.

Um grupo de pesquisadores da Universidade de Iowa avaliaram, do ponto de vista da presença ou não de transtornos da personalidade, 73 indivíduos com doenças hepáticas relacionadas ao álcool. Esses pacientes foram, em seguida, acompanhados por mais seis meses.

Desses, os sujeitos com severo transtorno de personalidade tinham taxas mais altas de divórcio, de uso ou dependência concomitantes de outras drogas e médias mais elevadas de indicadores de prejuízo emocional. Entre esses indivíduos, era menos freqüente a presença de uma esposa que pudesse funcionar como apoio durante o período pós-operatório. Contudo, o transtorno de personalidade não esteve correlacionado a uma maior freqüência de retorno ao álcool durante o período de acompanhamento.

Dessa forma, o estudo não sustenta a exclusão rotineira de sujeitos baseada unicamente no diagnóstico de transtorno severo de personalidade.

O estigma da doença mental

O número 9133 da prestiosa revista médica *The Lancet*, de setembro de 1998, traz uma coletânea de artigos especialmente dedicada a debater o estigma da doença mental.

Em um texto de introdução, a doença mental é apresentada como uma entidade de enorme prevalência no Reino Unido, causando grandes sofrimentos e prejuízos. Apesar de sua grande frequência, os mitos que a cercam ainda persistem e a estigmatização complica ainda mais o estado desses indivíduos.

A articulista se coloca a questão: “por que a doença mental é motivo de estigmatização?”, ao que responde: “O medo é um fator”. Os doentes mentais podem ser percebidos como perigosos e os relatos disseminados pela mídia dos raros episódios violentos envolvendo esses indivíduos terminam por reforçar uma atitude de suspeita.

Um elemento de culpabilidade pessoal do paciente na causação da doença é outra percepção comum, a qual levaria à crença de que o tratamento seria ineficaz e mesmo inapropriado. Além disso, as dificuldades de comunicação e a não-produtividade social de tais indivíduos aumentariam a tendência à discriminação.

O texto postula que tais tendências e visões poderiam ser modificadas pela ação coerente de certas políticas de saúde.

Uma campanha anti-estigma de cinco anos de duração está sendo lançada no Reino Unido pelo Royal College of Psychiatrists e está em sintonia com iniciativas semelhantes que vêm sendo tomadas no mundo inteiro, inclusive com a participação da World Psychiatric Association.

A autora acrescenta que a doença mental não precisa ser necessariamente uma experiência negativa. Ligações com a criatividade e a genialidade têm sido feitas. Algumas das pessoas que têm escrito sobre suas próprias doenças mentais têm enfatizado o lado positivo, principalmente nos estados maníaco-depressivos.

É lembrado o fato de que Kay Redfield Jamison, em seu famoso livro *An Unquiet Mind*, no qual relata sua experiência como paciente maníaco-depressiva, conclui dizendo que se lhe fosse possível optar, ela teria preferido ter sua doença do que nunca tê-la tido, embora ressalte que talvez sem o lítio ela nunca teria se

permitted such luxury. Why? "Because I felt more things, more profoundly, I had more experiences, more profoundly; I loved more and I was more loved..."

The following article, signed by Roy Porter, addresses the question of whether the stigma of mental illness can be changed. The author points out that, in some cases, to reduce the stigma, various medical alibis were tacitly negotiated between professionals and patients. The most frequent was an agreement of gentlemen according to which the complaint was physical, in accordance with the medical model presupposed that a somatic illness would be a "real illness". With this, the patient would not have to feel ashamed.

Dr. Porter affirms, in turn, that it is not a great victory in the sense of destigmatization the fact of reclassifying mental disorders as organic diseases, and that it would be desirable to eradicate all judgments of value of all diseases in their totality. Returning to the writings of Susan Sontag on the social view of diseases, he sustains that diseases are carried with a moral value because, to alleviate the anguish of facing the non-sense of becoming ill, the man attributes to his illness a malignant disposition from which the subject, in some way, would be responsible. The article ends with the warning that if we manage to eradicate the stigma of mental illness, we will simply leave this task in the hands of doctors.

A series of articles is completed with other nine works that address the topic from different perspectives that range from the discussion of health policies in mental health in Great Britain, passing through the discussion of specific stigmas such as those related to depression, to an instigating analysis of cultural variations in the stigmatization of mental diseases.

Epistemologia da psicanálise

O *International Journal of Psycho-Analysis* traz o relato de um importante painel realizado no 40º Congresso da International Psychoanalytical Association

realizado em Barcelona, em julho de 1997, intitulado “Epistemologia”.

A primeira painelista foi a doutora Patricia Kitcher, da Califórnia, que procurou defender a metapsicologia freudiana contra os epistemólogos que a vêem como não-empírica. Seu trabalho conclui que “o que é bom na metapsicologia de Freud – e que freqüentemente é esquecido em outras teorias – é o reconhecimento de que a mente humana tem tanto uma base física quanto é um macrofenômeno enormemente complexo que necessita ser explicado nesse nível.”

Em seguida, Cornelius Castoriades, de Paris, sublinhou que certos preconceitos e idéias errôneas caracterizam o pensamento dos críticos da psicanálise que a consideram uma teoria inviável da mente. Eles atacariam Freud em três frentes: 1) sua teoria constituiria um sistema fechado; 2) ele lidaria com um mundo de objetos, enquanto a ciência iria além dos objetos para explicar os fenômenos naturais e 3) não haveria contradição para a teoria freudiana.

Castoriades considera todas essas críticas incorretas. Sua apresentação procurará sustentar as bases da refutação a essas críticas: 1) Freud concebeu tanto a interpretação dos sonhos como a escolha da neurose como questões abertas 2) a ciência não pode explicar todos os fenômenos da natureza e freqüentemente lida com elementos que não têm existência concreta e 3) por não permitir reprodutibilidade ou experimentação controlada, a psicanálise não pode ser avaliada pelos critérios da ciência comum, mas através da construção de um outro plano de racionalidade através da teoria do inconsciente.

Finalmente, Eduardo Issaharoff, de Buenos Aires, sustenta, juntamente com Castoriades, que a abordagem positivista não é suficiente para explicar os fenômenos mentais. Contudo, ele é mais pessimista quanto à possibilidade de acharmos uma linguagem adequada para exprimir as teorias psicanalíticas, ainda que seja através da metapsicologia, pois a linguagem será sempre ambígua.

Ele propõe que seja desenvolvida a tarefa de se compreender os fenômenos mentais através do uso dos conhecimentos de diversas disciplinas. Mas fazendo isso, deve-se distinguir o que é científico daquilo que não o é.

P. Panzarino

“The costs of depression”

Journal of Clinical Psychiatry, 1998, 59 (suppl. 20), 10-14

Os custos econômicos da depressão

O suplemento 20 do *Journal of Clinical Psychiatry* traz um estudo sobre os custos da depressão na economia norte-americana, “uma das doenças mais caras nos Estados Unidos hoje”.

O artigo começa lembrando que a depressão é um transtorno cuja prevalência é relativamente alta (5 a 10% entre as mulheres e 2 a 5% entre os homens). Ela dispõe de critérios claros para diagnóstico e é tratável com relativo sucesso por meios psicológicos e farmacológicos. Esse estado afetivo causa importante diminuição do desempenho profissional e social e, quando não tratada, reduz significativamente a expectativa de vida daquele indivíduo. Quando associada a doenças de natureza orgânica, a depressão tende a aumentar a mortalidade, a morbidade e os custos do tratamento.

Além disso, sobretudo em sujeitos deprimidos não tratados, foi verificada maior perda da capacidade em exercer os papéis sociais habituais, maior realização de exames médicos inapropriados, maior ocorrência de eventos cardiovasculares catastróficos de alto custo, aumento da taxa de suicídios e de tentativas de suicídio.

Cita um trabalho recente que estima o custo da depressão em mais de 43 bilhões de dólares anuais pela combinação de custos diretos tais como cuidados ambulatoriais e hospitalares, cuidados farmacêuticos, diminuição da produtividade e perda de dias de trabalho. O autor considera que esse custo está subestimado devido ao sub-diagnóstico, ao custo da investigação médica até que se chegue ao diagnóstico definitivo de depressão e ao agravamento de outras situações clínicas causado pela concomitância da depressão.

Ao lado disso, dois estudos realizados com pacientes considerados como “freqüentadores excessivos de serviços de saúde” mostraram que 68% desses tinham tido depressões significativas ao longo da vida. A concomitância da depressão com outras doenças físicas faz com que esses pacientes utilizem mais freqüentemente os serviços médicos e, em pacientes internados, a concomitância

de depressão com a moléstia física que motivou a hospitalização adiciona 1,2 dias extras à estadia média no hospital.

Quanto ao aumento da gravidade das doenças, uma pesquisa mostrou que quando comparada com pacientes não-deprimidos, a média de mortalidade de pacientes após infarto agudo do miocárdio foi 10% maior entre os deprimidos até o terceiro mês, e de 15% até o sexto mês.