

# O Papel do Trauma e Eventos Adversos de Vida na POC na Adolescência: A Propósito de Um Caso Clínico

## *The Role of Trauma and of Adverse Life Events in Obsessive-Compulsive Disorder of Teenagers – A Clinical Case.*

Daniela Cardoso\*, Teresa Cartaxo\*

### RESUMO

**Introdução:** A Perturbação Obsessivo Compulsiva (POC) é uma perturbação neuropsiquiátrica cuja sintomatologia surge frequentemente antes dos 18 anos de idade. Apesar de existirem vários fatores etiológicos envolvidos, a evidência atual salienta a importância dos fatores ambientais na fisiopatologia da POC, nomeadamente o papel dos eventos geradores de stress e do trauma.

**Objetivos:** Com o presente trabalho, os autores pretendem sistematizar os dados da literatura atual acerca do papel particular do trauma e eventos adversos de vida na fisiopatologia da POC na adolescência.

**Métodos:** Relato de um caso clínico e revisão não sistemática da literatura através de pesquisa bibliográfica na base de dados Pubmed utilizando as palavras-chave “obsessive compulsive disorder”, “trauma”, “life events” e “adolescence” entre setembro e outubro de 2019.

**Resultados e Conclusões:** É apresentado o caso clínico de um adolescente com POC cuja sintomatologia surgiu após um período

de doença de um familiar próximo. Os dados da literatura suportam o papel dos eventos adversos de vida geradores de stress e o trauma como precipitantes de sintomas de POC na infância e adolescência.

**Palavras-Chave:** Perturbação Obsessiva Compulsiva; Trauma; Stress; Eventos Adversos de Vida; Adolescência.

### ABSTRACT

**Background:** *Obsessive-Compulsive disorder (OCD) is a neuropsychiatric disorder which frequently presents before 18 years of age.* Although there are many etiological factors involved, recent evidence reinforces the role of environmental factors in OCD pathophysiology, namely stress or trauma inducing life events.

**Aims:** With the present paper, the authors aim to systematize current data *in the literature* regarding the particular role of trauma and adverse life events in the pathophysiology of OCD in adolescence.

**Methods:** Case report and non-systematic review of the literature available *in the Pub-*

\*Serviço de Psiquiatria da Infância e adolescência, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Portugal.

✉ [danielaramalhocardoso@gmail.com](mailto:danielaramalhocardoso@gmail.com).

 <https://orcid.org/0000-0002-1919-949X>

Recebido / Received: 02/11/2019 - Aceite / Accepted: 27/09/2020.

Med database using the keywords “obsessive compulsive disorder”, “trauma”, “life events”, “adolescence” between September and October 2019.

**Results and Conclusions:** This paper presents the case report of an adolescent with OCD whose symptoms appeared after a *period of illness of a close family member*. *Data in the literature supports the role of stressful life events and trauma as precipitant events for OCD symptoms in childhood and adolescence.*

**Key-Words:** Obsessive-Compulsive Disorder; Trauma; Stress; Adverse Life Events; Adolescence.

## INTRODUÇÃO

A Perturbação Obsessivo-compulsiva (POC) é uma perturbação psiquiátrica grave e debilitante que afeta crianças e adolescentes. Caracteriza-se pela presença de pensamentos intrusivos e repetitivos (obsessões) e/ou comportamentos motores ou mentais (compulsões) intensos, consumidores de tempo e com impacto no funcionamento diário.

Os dados epidemiológicos demonstram uma prevalência na infância e adolescência entre 2 -4%<sup>1</sup> e sugerem que até metade dos casos em adultos surgem na infância ou adolescência.

Apesar de ser reconhecida a base genética desta perturbação, com um risco 4 a 5 vezes superior em familiares de primeiro grau<sup>2</sup>, atualmente existem vários dados que salientam o papel de vários fatores ambientais e a sua contribuição relativa na fisiopatologia da POC. Distinguem-se vários tipos de fatores ambientais, nomeadamente biológicos (ex. in-

feções) e psicossociais (ex. eventos stressores e traumáticos).

O stress emocional tem sido largamente associado a várias alterações da função cerebral e alterações comportamentais em modelos animais<sup>3</sup>.

Atualmente, vários dados sugerem o papel de eventos geradores de stress e o início ou agravamento da sintomatologia na POC.

O papel de eventos traumáticos em particular, definidos pela DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition*)<sup>4</sup> como eventos adversos de vida em que existe “a exposição a ameaça de morte, morte real, ferimento grave ou violência sexual” direta ou indiretamente, no próprio, familiares ou amigos próximos tem também sido amplamente sugerido como importante precipitante de sintomas de POC.

Com o presente trabalho, e tendo por base o relato de um caso clínico, os autores pretendem sistematizar os dados da literatura atual acerca do papel particular do trauma e eventos adversos de vida geradores de stress na fisiopatologia da POC na adolescência.

## CASO CLÍNICO

Adolescente do sexo feminino com 14 anos, a frequentar o 9º ano que foi encaminhada para consulta de pedopsiquiatria por pensamentos obsessivos, nomeadamente “medo do sujo, de ter uma doença e morrer” associada a comportamentos compulsivos e rituais de limpeza e verificação em casa. A adolescente e sua família (pai e mãe) reportavam o início dos sintomas a alguns meses antes, após o agravamento do quadro clínico da sua avó paterna, diagnosticada com uma doença oncológica

**Tabela I.** Tradução da lista de eventos da “*Life Events Checklist for DSM-5<sup>4</sup> (LEC-5) Standard Version*”.

1	Desastre natural (por exemplo cheias, furacão, tornado, terremoto).
2	Incêndio ou explosão.
3	Acidente de transporte (por exemplo acidente de carro, acidente de barco, acidente de comboio ou queda de avião).
4	Acidente grave no trabalho, casa ou durante uma atividade recreacional.
5	Exposição a uma substância tóxica (por exemplo substâncias químicas perigosas, radiação).
6	Agressão física (por exemplo ser atacado, empurrado, esbofetado, pontapeado, batido).
7	Agressão com arma (por exemplo. ser agredido a tiro, esfaqueado, ameaçado com faca, arma de fogo ou bomba).
8	Agressão sexual (violação, tentativa de violação, ser coagido a realizar qualquer tipo de ato sexual através da força ou ameaça de dano).
9	Outra experiência sexual indesejada ou desconfortável.
10	Combate ou exposição a zona de guerra (como militar ou como civil).
11	Cativeiro (por exemplo, ser sequestrado, mantido refém ou prisioneiro de guerra).
12	Doença ou lesão ameaçadora da vida.
13	Sofrimento humano grave.
14	Morte súbita violenta (por exemplo homicídio, suicídio).
15	Morte súbita acidental.
16	Lesão grave ou morte que o próprio causou a outra pessoa.
17	Qualquer outro evento ou experiência muito <i>stressante</i> .

grave, uma neoplasia intestinal, e que se encontrava a residir na mesma casa, ao cuidado da família. A doente descreve como neste período cedeu o seu quarto à avó, desenvolvendo depois disso um medo intenso “de ficar contaminada com as bactérias da avó”. Associado a estes pensamentos surgiram vários comportamentos ritualizados de limpeza e verificação em casa, nomeadamente limpeza das mãos sempre que tocava em maçanetas de portas, paredes ou móveis em casa. Os comportamentos eram mais intensos em casa e particularmente no seu antigo quarto, cedido à avó e onde um saco de colostomia terá rebentado, aquando da prestação dos cuidados pessoais e antes do início da sintomatologia. Apesar de

manter crítica para estes comportamentos, que considerava desajustados, a adolescente mantinha à data da primeira observação clínica sintomatologia com marcado impacto no seu funcionamento diário e causadora de grande sofrimento. Na altura o pai, principal cuidador da avó, também iniciou acompanhamento psiquiátrico por sintomatologia descrita como psicossomática. Não apresentava antecedentes pessoais de relevo conhecidos, nomeadamente história de acompanhamento psicológico ou pedopsiquiátrico prévio. Trata-se de uma adolescente descrita previamente pelos pais como “extrovertida”, bem integrada no grupo de pares e com bom rendimento académico.

À observação e exame do estado mental inicial, destaca-se a descrição com choro fácil das dificuldades nos cuidados diários à avó (à data da consulta já a residir num lar), o humor depressivo, a presença de pensamentos obsessivos referentes ao “medo de ser contaminada por bactérias” em casa e rituais de limpeza pessoal e verificação intensos e consumidores de tempo. Negava alterações dos ritmos biológicos e a sua crítica estava preservada. Não se apuraram alterações da sensopercepção, alterações do curso ou posse do pensamento ou alterações da vivência do eu. Assim, o quadro clínico descrito cumpre critérios para POC de acordo com a classificação diagnóstica DSM-5<sup>4</sup>.

Face à intensidade e pervasividade da sintomatologia, iniciou tratamento psicofarmacológico com um fármaco da classe dos Inibidores da Recaptação de Serotonina (SSRI) e apoio psicoterapêutico regular em consulta de pedopsiquiatria. Durante o acompanhamento, a adolescente foi progressivamente revelando o impacto da doença da avó nas rotinas familiares, nomeadamente a sua participação por períodos nos cuidados diários prestados, auxiliando o pai. A doente foi também relacionando as suas crenças e comportamentos compulsivos com a condição clínica da avó e os eventos da vida familiar a que foi exposta. Verificou-se um esbatimento progressivo da sintomatologia descrita ao longo dos meses de acompanhamento, inicialmente com diminuição do tempo despendido na realização dos comportamentos ritualizados de limpeza e verificação até à cessação dos mesmos e recuperação da funcionalidade diária.

## DISCUSSÃO

O *stress* emocional está amplamente identificado como um importante contribuinte na fisiopatologia de várias perturbações neuropsiquiátricas, nomeadamente da depressão e ansiedade<sup>5</sup>.

Alguns autores têm relacionado a ocorrência de eventos de vida geradores de *stress* e o início de alguns sintomas de POC, no entanto pouco se conhece acerca desta associação na população pediátrica.

Um estudo longitudinal realizado em contexto escolar refere que os adolescentes que reportaram eventos de vida geradores de *stress* tinham uma probabilidade 21% superior de cumprir critérios para POC 1 ano depois em comparação com os estudantes que não referiram estes eventos<sup>6</sup>.

Outros estudos identificam uma taxa significativamente elevada de eventos de vida negativos, geradores de *stress*, 6 meses<sup>7</sup> ou 1 ano<sup>8</sup> antes do início dos sintomas num grupo de crianças acompanhadas em ambulatório.

Adicionalmente, as crianças e adolescentes com POC atribuem maior impacto aos eventos experienciados, que por sua vez se correlacionaram positivamente com os seus níveis de ansiedade. Neste último estudo, o único evento que foi significativamente mais frequente em crianças com POC em comparação com o grupo controlo foi a doença ou lesão grave de um familiar<sup>8</sup>.

Particularmente no caso de eventos definidos como eventos traumáticos, existe uma evidência crescente, nomeadamente acerca da associação do tipo de trauma experienciado e o subtipo de sintomas de POC desenvolvido; a associação entre a gravidade e número de

eventos traumáticos e gravidade dos sintomas de POC, bem como a resposta ao tratamento em adultos<sup>9-11</sup>.

Vários estudos epidemiológicos retrospectivos relacionam o início de sintomas de POC mais tardiamente em idade adulta com episódios de abuso ou negligência na infância<sup>12,13</sup>. Apesar de não estarem esclarecidos, um dos mecanismos possivelmente envolvido e descrito é a existência de um padrão de vinculação inseguro e dificuldades no processamento emocional<sup>14</sup>.

Num estudo com 1035 adolescentes alemães, os investigadores<sup>15</sup> identificaram que 23% dos adolescentes com POC apresentavam critérios para Perturbação de *stress* pós-traumático (PTSD) e 18% dos adolescentes com PTSD também cumpriam critérios para POC.

Mais recentemente, Lafleur *et al*<sup>16</sup> no seu estudo salientam a relação entre eventos de vida traumáticos e a incidência de POC numa população pediátrica. Este estudo revela uma incidência significativamente superior de eventos traumáticos e PTSD comórbida num grupo de crianças com POC *versus* o grupo controlo. Por sua vez, no grupo de doentes com POC e PTSD, os sintomas (obsessões e compulsões) também eram descritos como mais intrusivos e causadores de sofrimento em comparação com o grupo de crianças sem diagnóstico de PTSD. Apesar de apenas 6% dos casos cumprirem critérios para ambos os diagnósticos, os autores salientam, como possível limitação, a dificuldade em definir o limiar para eventos traumáticos em crianças.

Estes dados são consistentes com os dados na literatura referentes à população adulta e salientam a sobreposição destas perturbações.

Alguns autores sugerem inclusivamente um subtipo de POC relacionada com o trauma<sup>17</sup>. As teorias cognitivo-comportamentais acrescentam algum entendimento baseado empiricamente na possível associação entre o trauma e a POC na infância e adolescência, nomeadamente o papel das distorções cognitivas e do condicionamento clássico e operante (ex. reforço negativo). Briggs *et al*<sup>18</sup> sugerem que as experiências precoces de vida criam esquemas e assunções acerca do mundo. Se estas experiências forem interpretadas como adversas ou traumáticas, a criança pode desenvolver crenças acerca da sua responsabilidade pessoal e interpretar erradamente os seus pensamentos intrusivos como causa de eventos negativos. Ao realizar comportamentos compulsivos e ao observar que determinado evento negativo não ocorreu reforça a convicção que o comportamento preveniu o evento adverso. Assim o desenvolvimento da POC pode ser visto como tendo um papel protetor para a criança ou adolescente que experienciou um ou vários eventos traumáticos.

Para além dos mecanismos psicológicos, dados atuais salientam o papel do *stress* e as alterações dos circuitos límbico e corticoestriado na POC<sup>19</sup> existindo evidência de alterações funcionais comuns na POC e na PTSD, evidenciadas por PET (*Photon emission tomography*), nomeadamente a redução do fluxo sanguíneo no núcleo caudado ou a ativação da área medial, posterior direita da região orbito-frontal<sup>16</sup>.

Dados acerca da suscetibilidade individual, por vulnerabilidade genética ou outra, nomeadamente dos traços de personalidade, também poderão ser importantes<sup>8,14</sup>.

Em suma, existem várias evidências da relação entre a exposição a eventos adversos de vida e causadores de stress psicológico, particularmente o sofrimento psicológico grave associado a eventos traumáticos, em algumas crianças e adolescentes e o diagnóstico de POC ou quadros clínicos limiares.

Salienta-se assim a necessidade da realização de uma avaliação clínica cuidada de todos os doentes com sintomas de POC nesta faixa etária, particularmente a existência de história deste tipo de eventos e de sintomas de PTSD.

Por sua vez, os dados recolhidos na literatura evidenciam a dificuldade em definir consistentemente e distinguir eventos adversos geradores de *stress* e eventos traumáticos, o que condiciona o desenho e resultados dos estudos nesta área.

Apesar de todo o trabalho e investigação nesta área e de existirem dados a favor, não se pode dizer que exista uma relação *causa-efeito direta* entre o *stress* e eventos traumáticos e a POC, na qual sobressai o papel da vulnerabilidade genética. Assim, mais estudos nesta área, sobretudo estudos prospetivos alargados envolvendo amostras representativas, são necessários.

#### **Conflitos de Interesse / *Conflicting Interests*:**

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

*The authors have declared no competing interests exist.*

#### **Fontes de Financiamento / *Funding*:**

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

*The authors have declared no external funding was received for this study.*

#### **BIBLIOGRAFIA / REFERENCES**

1. Riddle M. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Br J Psychiatry*. 1998;173(S35):91–6.
2. Taylor S. Molecular genetics of obsessive-compulsive disorder: a comprehensive meta-analysis of genetic association studies. *Mol Psychiatry*. 2013;18(7):799–805.
3. Cerqueira JJ, Mailliet F, Almeida OFX, Jay TM, Sousa N. The prefrontal cortex as a key target of the maladaptive response to stress. *J Neurosci*. 2007;27(11):2781–7.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5 (R)). 5th ed. Arlington, TX: American Psychiatric Association Publishing; 2013.
5. Kloet ER, Joëls M, Holsboer F. Stress and the brain: from adaptation to disease. *Nat Rev Neurosci*. 2005;6(6):463–75.
6. Whiteside SPH, Ale CM, Vickers Douglas K, Tiede MS, Dammann JE. Case examples of enhancing pediatric OCD treatment with a smartphone application. *Clin Case Stud*. 2014;13(1):80–94.
7. Khanna S, Rajendra PN, Channabasavanna SM. Life events and onset of obsessive compulsive disorder. *Int J Soc Psychiatry*. 1988 Winter;34(4):305–9.
8. Gothelf D, Aharonovsky O, Horesh N, Carty T, Apter A. Life events and personality factors in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders. *Compr Psychiatry*. 2004;45(3):192–8.
9. Vidal-Ribas P, Stringaris A, Rück C, Serlachius E, Lichtenstein P, Mataix-Cols D. Are stressful life events causally related to the severity of

- obsessive-compulsive symptoms? A monozygotic twin difference study. *Eur Psychiatry*. 2015;30(2):309–16.
10. Real E, Labad J, Alonso P, Segalàs C, Jiménez-Murcia S, Bueno B, et al. Stressful life events at onset of obsessive-compulsive disorder are associated with a distinct clinical pattern. *Depress Anxiety*. 2011;28(5):367–76.
  11. Shavitt RG, Valério C, Fossaluza V, da Silva EM, Cordeiro Q, Diniz JB, et al. The impact of trauma and post-traumatic stress disorder on the treatment response of patients with obsessive-compulsive disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2010;260(2):91–9.
  12. Mathews CA, Kaur N, Stein MB. Childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms. *Depress Anxiety*. 2008;25(9):742–51.
  13. Grisham JR, Fullana MA, Mataix-Cols D, Moffitt TE, Caspi A, Poulton R. Risk factors prospectively associated with adult obsessive-compulsive symptom dimensions and obsessive-compulsive disorder. *Psychol Med*. 2011;41(12):2495–506.
  14. Carpenter L, Chung MC. Childhood trauma in obsessive compulsive disorder: The roles of alexithymia and attachment: Childhood trauma in OCD. *Psychol Psychother*. 2011;84(4):367–88.
  15. Essau CA, Conradt J, Petermann F. Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *J Anxiety Disord*. 2000;14(3):263–79.
  16. Lafleur DL, Petty C, Mancuso E, McCarthy K, Biederman J, Faro A, et al. Traumatic events and obsessive compulsive disorder in children and adolescents: is there a link? *J Anxiety Disord*. 2011;25(4):513–9.
  17. Fontenelle LF, Cocchi L, Harrison BJ, Shavitt RG, do Rosário MC, Ferrão YA, et al. Towards a post-traumatic subtype of obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord*. 2012;26(2):377–83.
  18. Briggs ES, Price IR. The relationship between adverse childhood experience and obsessive-compulsive symptoms and beliefs: the role of anxiety, depression, and experiential avoidance. *J Anxiety Disord*. 2009;23(8):1037–46.
  19. Adams TG, Kelmendi B, Brake CA, Gruner P, Badour CL, Pittenger C. The role of stress in the pathogenesis and maintenance of obsessive-compulsive disorder. *Chronic Stress (Thousand Oaks)*. 2018;2:247054701875804.