

Autoimagem e Conduta Social do Adolescente

Self-Image and Social Behaviour in an Adolescent

Tânia Lopes¹, Susana Lopes¹, Cristina Duarte Madureira¹, Filipe Oliveira¹, Soraia Tomé¹, Susana Gama de Sousa¹, Joana Saraiva², Paula Fonseca¹

1. Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar do Médio Ave EPE, Vila Nova de Famalicão, Portugal

2. Serviço de Pedopsiquiatria, Centro Hospitalar do Porto EPE, Porto, Portugal

Acta Pediatr Port 2016;47:74-8

Resumo

A auto-imagem corporal é uma condição fundamental para a construção da identidade, processo este que ocorre predominantemente durante a adolescência. Uma marcada insatisfação corporal pode levar ao desenvolvimento de distúrbios comportamentais, como o distúrbio factício. Descreve-se o caso clínico de uma adolescente com dificuldades na relação interpessoal, vítima de intimidação pelos colegas, com marcada exclusão social, desmotivação escolar, baixa autoestima e insatisfação corporal. Para obter como ganho secundário a melhor relação com os pares mimetizou um estado de doença, tendo convencido pais, professores e colegas. A par do distúrbio factício, foi-lhe diagnosticado um quadro de diabetes mellitus. Sob apoio psicoterapêutico e insulino-terapia, atualmente encontra-se estável do ponto de vista orgânico e psicológico. Realça-se o impacto que a percepção corporal pode ter no desenvolvimento de um adolescente, nomeadamente na forma como pode delinear a sua conduta social.

Palavras-chave: Comportamento do Adolescente; Desenvolvimento da Personalidade; Imagem Corporal; Relações Interpessoais; Transtornos Autoinduzidos

Abstract

Body image is crucial in the construction of identity, a process that primarily takes place during adolescence. Negative body image can lead to the development of behavioural disorders, such as factitious disorder. The case described herein is of a female adolescent with difficulties in interpersonal relationships, who was the victim of bullying and social exclusion, and suffered from a lack of motivation at school, low self-esteem and negative body image. In order to improve her relationships with her peers as a secondary advantage, the adolescent mimicked an illness, managing to convince her parents, teachers and classmates. Along with factitious disorder, diabetes mellitus was diagnosed. Under psychotherapeutic support and insulin therapy she is currently stable in organic and psychological terms. This article highlights the impact that body image can have on an adolescent's development, particularly in the ways it can affect their social behaviour.

Keywords: Adolescent Behavior; Body Image; Factitious Disorders; Interpersonal Relations; Personality Development

Introdução

A adolescência é um período da vida caracterizado pela busca de autonomia, independência e construção de identidade, para a qual uma autoimagem positiva é fundamental para a integração do adolescente na sociedade, nomeadamente no grupo de pares. A insatisfação corporal, por vezes associada a exclusão social pelos pares, pode conduzir a distúrbios comportamentais, como o distúrbio factício (DF). Assim, este pode ser considerado como uma reação de ajustamento nesta fase da vida.^{1,2}

A patogénese do DF não está esclarecida. Acontecimentos de vida significativos, distúrbios de personalidade e fatores psicodinâmicos podem ser fatores fisiopatológicos. Acredita-se que a condição factícia seja intencional e consciente, embora a natureza compulsiva da motivação seja inconsciente.²⁻⁴

Dependendo dos sintomas apresentados, o DF pode ser classificado em tipo psicológico, físico ou misto e considerando o tipo de falsificação podem ocorrer distintas apresentações como sintomas factícios isolados, confabulação, criação de “doença real” por meios naturais ou artificiais e adulteração de instrumentos médicos ou amostras biológicas.²⁻⁶

Sendo uma doença subdiagnosticada, dados epidemiológicos precisos são difíceis de estabelecer. Um estudo que envolveu 1684 crianças com 6 a 18 anos de idade,

mostrou uma prevalência do DF ligeiramente inferior aos adultos (0,7%), com predomínio no sexo feminino (75%).⁷ Apesar do diagnóstico de DF ser mais frequente nos adultos, pensa-se que cerca de 50% dos casos têm início na adolescência.^{2,4,5,7} Assim, é importante o reconhecimento precoce desta condição, de forma a evitar consequências nefastas, bem como tratamentos desnecessários e por vezes prejudiciais para patologias orgânicas inexistentes.^{2,5}

Caso Clínico

Adolescente de 17 anos de idade, do sexo feminino, recorreu ao serviço de urgência por precordialgia e dispneia. Referia que o médico de família lhe tinha diagnosticado um tumor torácico, que teria realizado tomografia computadorizada e biópsia tumoral e que havia iniciado quimioterapia, prescrita pelo médico de família e realizada no mesmo hospital.

Referia, desde o início da suposta quimioterapia, a ocorrência de absentismo escolar, astenia e dificuldade em deambular sem auxiliar da marcha. Referia alopecia, tendo efetuado tricotomia craniana por indicação médica. Segundo a adolescente, os pais não a acompanhavam por motivos profissionais, pelo que frequentava as consultas e os tratamentos acompanhada pelo médico de família, que referia ser seu familiar. Mencionava também que teria tido “eliminação fecal do tumor” cerca de uma semana antes da admissão.

Tinha sido levada ao serviço de urgência pela mãe, para confirmação da eliminação tumoral completa e para esclarecimento da possível associação da precordialgia e dispneia a este processo. A mãe manteve uma postura passiva durante o relato da filha. Além destes sintomas, a adolescente referia polidipsia e poliúria, sem polifagia ou emagrecimento.

Foi contactado o médico de família da adolescente, que desconhecia a existência de qualquer doença tumoral, negando ser seu familiar. Não existiam registos hospitalares dos procedimentos referidos pela adolescente e quando esta e a mãe foram confrontadas com estes factos, mantiveram-se convictas no relato. A mãe apresentava alguma limitação intelectual e estava pouco envolvida na educação da filha por questões laborais. Referia confiar na jovem, porque esta sempre fora responsável e capaz na resolução dos seus problemas.

Entre os antecedentes pessoais salientava-se o seguimento em consulta de pedopsiquiatria desde os 14 anos por perturbação de ansiedade, manifestada por dispneia e taquicardia recorrentes, no contexto de intimidação pelos colegas e insucesso escolar. Negava ter grupo

de pares e atividades extracurriculares. Referia bom ambiente familiar, nomeando a mãe como confidente e mencionando a ausência paterna por ser emigrante. A análise dos registos clínicos permitiu constatar que se tratava de uma jovem pouco assídua às consultas, que apresentava marcada exclusão social associada a baixa autoestima, insatisfação corporal, desmotivação, tristeza, mas sem ideação suicida ou comportamentos de risco. Da avaliação psicológica salientava-se um quociente de inteligência 72-79 (médio-baixo), marcada dependência da figura materna e aparente fobia social (inibição psicoafetiva que interferia com o funcionamento social).

Relativamente ao exame objetivo, destacava-se a tricotomia craniana camuflada com gorro (Fig. 1) e sobrançelas presentes, obesidade central, índice de massa corporal de 35,1 kg/m², acne comedónico escarificado, hirsutismo (Ferriman-Gallwey 12), estrias abdominais / mamárias e Tanner V.

Analiticamente, apresentava hiperglicemia (238 mg/dL) e glicosúria (+++), sem acidose. A pesquisa de tóxicos urinários e a tomografia computadorizada crânio-encefálica não revelaram alterações.

Por suspeita de doença factícia pediu-se colaboração de pedopsiquiatria, tendo sido desmontada toda a história e estabelecido o diagnóstico de DF. A falsificação elaborada teria convencido pais, professores e colegas. Os pais ficaram exasperados com a situação criada pela adolescente, sendo que a mãe, quando confrontada com os factos reais, manteve o relato por medo das repercussões legais. A adolescente demonstrava medo intenso das consequências familiares e sociais dos seus atos, tendo ficado internada no serviço de pediatria para esclarecimento clínico.

Por apresentar hiperandrogenismo clínico e oligomenorreia, efetuou-se estudo hormonal (testosterona total, sulfato de desidroepiandrosterona, delta 4-androstenediona e 17 α -hidroxiprogesterona), que foi normal, cumprindo porém critérios de síndrome do ovário poli-quístico (critérios Roterdão 2003).

Durante o internamento, por manter hiperglicemia e glicosúria com hemoglobina glicosilada de 8,1% prosseguiu-se com o estudo. Colocou-se a hipótese diagnóstica de síndrome de Cushing, pelo que foi doseada hormona adrenocorticotrófica e realizada prova da dexametasona, que excluíram este diagnóstico. Realizou tomografia computadorizada abdominal / suprarrenal e ressonância magnética crânio-encefálica / hipofisária, que foram normais.

Apresentava valores de insulina basal e peptídeo C normais e anticorpo antidescarboxilase do ácido glutâmico positivo, sendo estabelecido o diagnóstico diabetes

mellitus (DM) tipo 1. Dos rastreios associados a este diagnóstico de referir o anticorpo anti-peroxidase tiroideia positivo, com função tiroideia normal e ligeira heterogeneidade ecográfica, diagnosticando-se adicionalmente tiroidite autoimune. Foi excluída doença celíaca. O período de internamento decorreu sem intercorrências, com progressiva aceitação parental da situação. A doente iniciou tratamento com alprazolam e esquema intensivo de insulina com contagem de hidratos de carbono. Foi referenciada ao serviço social e teve alta orientada para endocrinologia e pedopsiquiatria. Os problemas sociais da adolescente agravaram-se após o regresso à escola, que foi marcado pela incompreensão por parte de professores e colegas. Contudo, ao longo do tempo, houve uma progressiva aceitação da situação. Atualmente a jovem está estável, com DM bem controlada e manutenção do estado eutiroideu. Registou-se perda ponderal significativa, sendo o índice de massa corporal de 27,9 kg/m², com melhoria do hiperandrogenismo clínico e regularização dos ciclos menstruais. Verificou-se melhoria da autoestima com menor exclusão por parte dos pares e sem recorrência de DF.

Discussão

A adolescência é um período importante para a construção de autoimagem corporal, processo que sofre múltiplas influências da família, grupo de pares, media e sociedade em geral. Assim, nesta fase da vida, há maior

predisposição para o desenvolvimento de distorções da perceção corporal, que conseqüentemente podem levar a distúrbios comportamentais.¹ No caso clínico relatado, trata-se de uma adolescente com graves limitações do funcionamento social, influenciando negativamente o seu bem-estar emocional e qualidade de vida, refletindo-se numa marcada insatisfação corporal que conseqüentemente levou ao desenvolvimento de um distúrbio comportamental, o DF.

Este distúrbio é uma forma de doença falsificada, que no DSM-V pertence à categoria dos sintomas somáticos e doenças relacionadas.⁸⁻¹⁰ É uma doença heterogénea, definida pelo fingimento intencional de sintomas / sinais físicos ou psicológicos, desejo de assumir o papel de doente, confrontação médica com a doença autoinduzida e presença de um ganho secundário, mas sem incentivos externos. O comportamento factício não pode ser melhor explicado por outra doença mental.^{2,11,12} A adolescente cumpria estes critérios diagnósticos e como ganho secundário pretendia a melhor relação com os pares. Ao contrário do caso exposto, a maioria dos doentes com DF apresenta um quociente de inteligência considerado normal ou acima da média, o que não é compatível com o comportamento infantilizado e embotado que geralmente exibem.^{3,9}

Os fatores de risco para o desenvolvimento de DF são desconhecidos. Contudo, destacam-se algumas características associadas, como o ser profissional de saúde, doenças mentais / médicas, doenças psiquiátricas intrafamiliares e distúrbios da personalidade.^{4,7,11-13} Neste caso, a adolescente apresentava perturbação de ansiedade.

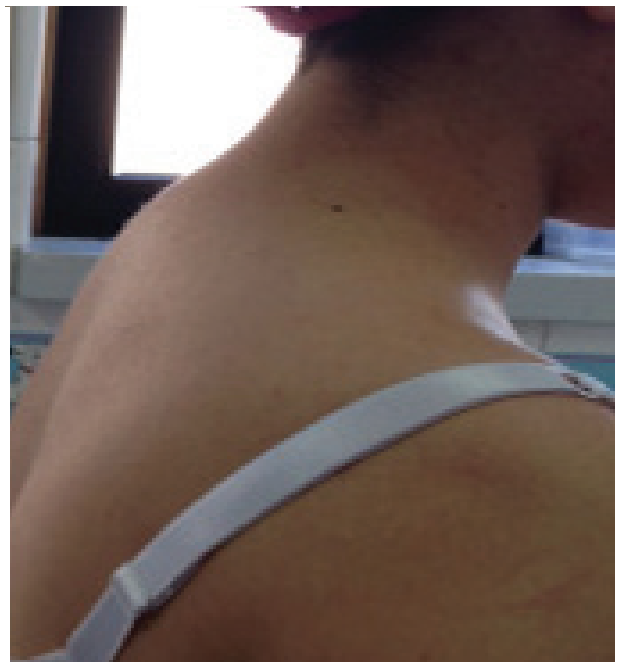


Figura 1. Adolescente com tricotomia craniana camuflada com gorro.

Segundo algumas classificações, o DF pode apresentar diferentes graus de gravidade. As formas mais leves caracterizam-se por discreto exagero de sintomas físicos, mas sem sinais objetivos identificáveis. A forma mais grave denomina-se síndrome de Munchausen e representa 10% de todos os DF. O diagnóstico diferencial de DF deve ser feito com doenças médicas e doenças psiquiátricas (distúrbio de simulação, somatização e dissociativo / conversivo).^{2,4-7,11,14,15} O caso apresentado é de um DF-não Munchausen, pois trata-se da primeira admissão médica por doença falsificada e não houve realização de procedimentos invasivos com risco de vida associado. Contudo, dado apresentar sinais objetivos falsificados (tricotomia craniana), pode-se inferir tratar-se de DF com gravidade intermédia, predominantemente do tipo físico (carência de sintomas psicológicos falsificados) e com uma apresentação sob forma de confabulação oncológica. Numa revisão realizada para o período de 2001-2005 com 277 casos de DF apenas seis tiveram apresentação semelhante à da doente estudada.¹⁶

A falsificação construída por esta adolescente foi desmontada na primeira admissão, o que constitui uma exceção, uma vez que normalmente estes doentes passam despercebidos durante várias admissões hospitalares. A existência de registos hospitalares foi um fator facilitador do diagnóstico precoce.⁴ Adicionalmente, em cerca de 45% dos casos, por medo intenso de desintegração física e psicológica, os doentes mantêm a história falsificada perante a confrontação com provas concretas.⁵ No caso relatado, a falsificação convenceu pais, colegas e professores, destacando-se o facto de tanto a adolescente como a própria mãe terem mantido a história quando confrontadas com a situação real. Os autores julgam neste caso que a mãe apresentava um medo intenso das repercussões legais possíveis. A mãe terá apresentado receio de ser culpabilizada pelos profissionais de saúde ao se aperceberem que esta não tinha acompanhado suficientemente a sua filha, para poder comprovar ou não o relato, preferindo confirmar assim todo o historial. O tratamento do DF é complexo, não havendo ainda nenhum tratamento específico estabelecido. Existem, contudo, alguns consensos terapêuticos, nomeadamente prevenir / tratar condições médicas / cirúrgicas autoinduzidas, educação dos profissionais de saúde, limitar os cuidados do doente a um médico hospitalar e um médico de família, terapia comportamental / familiar e tratamento adequado de eventuais doenças mentais concomitantes.^{2,4,5,7,12} No caso relatado foi instituída terapêutica ansiolítica e realizado acompanhamento psicológico, bem como esclarecimento dos profissionais de saúde envolvidos no tratamento da doente. O DF tem evolução crónica e fraca resposta terapêutica, sendo pior o prognóstico na forma Munchausen, no tipo

psicológico e nos doentes com distúrbios da personalidade.^{2,3,5} Estes doentes têm maior risco de desenvolver, na idade adulta, outras doenças psiquiátricas.⁷ Neste caso, a doente apresentava fatores prognósticos favoráveis, como o DF de gravidade intermédia e do tipo físico e o diagnóstico na primeira admissão e numa idade precoce.⁴ Atendendo ao facto de ainda não se encontrar em idade adulta não se pode concluir o diagnóstico de distúrbio da personalidade.

Neste caso, além do diagnóstico de DF, foi incidentalmente feito o diagnóstico de DM. Na bibliografia consultada, não foi encontrada associação entre DF e DM. A distinção entre DM tipo 1 e 2 nem sempre é simples, uma vez que alguns doentes apresentam características mistas, como parece ser o caso da adolescente. Tendo em conta a obesidade central, a síndrome do ovário poliquístico e a clínica insidiosa e sem cetoacidose ao diagnóstico, poder-se-ia estar perante uma diabetes tipo 2. Contudo, a positividade do anticorpo antidescarboxilase do ácido glutâmico, um dos marcadores mais sensíveis da diabetes autoimune e forte indicador de insulinodependência futura vem enquadrar esta adolescente numa DM tipo 1.^{17,18} O diagnóstico de tiroidite autoimune favorece este diagnóstico. Uma vez que a adolescente apresenta eutiroidismo, a função tiroideia deve ser repetida com uma periodicidade de seis a doze meses.¹⁹

Como referido, a doente cumpria ainda critérios de síndrome do ovário poliquístico, condição que contribuía igualmente para as alterações da imagem corporal e que necessita de vigilância regular.² Com a melhoria do controlo metabólico da DM e perda ponderal significativa, verificou-se melhoria do hiperandrogenismo clínico e regularização dos ciclos menstruais, pelo que não foi iniciado tratamento com contraceptivo oral. Estas modificações contribuíram de forma positiva para a melhoria da perceção corporal.

Destaca-se a importância da dupla ocorrência diagnóstica (doença orgânica crónica e psiquiátrica) nesta jovem. Por um lado e tendo em conta a necessidade de cuidados médicos que a doença orgânica impõe, há maior probabilidade de recorrência do DF. Por outro lado, tratando-se a DM de uma doença grave e que impõe alterações do estilo de vida, também é expectável que possa vir a ter um impacto importante numa adolescente com um distúrbio psiquiátrico preexistente.

O QUE ESTE CASO ENSINA

- A abordagem biopsicossocial do adolescente deve ser sempre efectuada olhando o adolescente como um todo, incluindo igualmente uma anamnese e exame objectivo detalhados, que permitam estabelecer o diagnóstico
- Reconhecer o distúrbio factício como uma entidade nosológica que deverá estar presente sobretudo quando a história clínica apresenta discrepâncias ou incoerências.

Conflitos de Interesse

Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento

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

Proteção de Pessoas e Animais

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

Confidencialidade dos Dados

Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação dos dados de doentes.

Apresentações e Prémios

Apresentado na sessão de discussão de posters do VII Congresso Nacional de Adolescentes, realizado em 8 de maio de 2014, Póvoa do Varzim.

Correspondência

Tânia Lopes
tania-amorim-lobes@hotmail.com

Recebido: 06/02/2015

Aceite: 29/06/2015

Referências

1. Ciampo L, Ciampo I. Adolescência e imagem corporal. *Adolesc Saúde* 2010;7:55-9.
2. Irwin MR, Bursch B. Factitious disorder on self (Munchausen syndrome) [consultado em 15 de janeiro de 2015]. Disponível em: <http://www.uptodate.com>
3. Aranha G, Carvalho L, Guarnieiro F, Soares S. Transtorno factício: Um desafio para diversas especialidades. *Rev Med* 2007;86:14-9.
4. Jaghab K, Skodnek KB, Padder TA. Munchausen's syndrome and other factitious disorders in children: Case series and literature review. *Psychiatry* 2006;46:55.
5. Libow J. Child and adolescent illness falsification. *Pediatrics* 2000;105:336-42.
6. Bass C, Glaser D. Early recognition and management of fabricated or induced illness in children. *Lancet* 2014;383:1412-21.
7. Ehrlich S, Pfeiffer E, Salbach H, Lenz K, Math D, Lehmkuhl U. Factitious disorder in children and adolescents: A retrospective study. *Psychosomatics* 2008;49:392-8.
8. Ghanizadeh A, Firoozabadi A. A review of somatoform disorders in DSM-IV and somatic symptom disorders in proposed DSM-V. *Psychiatr Danub* 2012;24:353-8.
9. Krahn L, Bostwick J, Stonnington C. Looking toward DSM-V: Should factitious disorder become a subtype of somatoform disorder? *Psychosomatics* 2008;49:277-82.
10. Hamilton J, Eger M, Razzak S, Feldman M, Hallmark N, Cheek S. Somatoform, factitious, and related diagnoses in the national hospital discharge survey: Addressing the proposed DSM-5 revision. *Psychosomatics* 2013;54:2-148.
11. Peebles R, Sabella C, Franco K, Goldfarb J. Factitious disorder and malingering in adolescent girls: Case series and literature review. *Clin Pediatr* 2005;44:237-43.
12. Hagglund L. Challenges in the treatment of factitious disorder: A case study. *Arch Psychiatr Nurs* 2009;23:58-64.
13. Uzuner S, Bahali K, Kurban S, Erenberk U, Cakir E. A pediatric case of factitious disorder with unexplained bleeding symptoms. *Gen Hosp Psychiatry* 2013;35:679.e7-8.
14. Kozłowska K. Abnormal illness behaviours: A developmental perspective. *Lancet* 2014;19:1368-9.
15. Bass C, Jones DP. Fabricated or induced illness. *Psychiatry* 2006;5:60-5.
16. Kanaan R, Wessely S. Factitious disorders in neurology: An analysis of reported cases. *Psychosomatics* 2010;51:47-54.
17. Levitsky L, Misra M. Epidemiology, presentation, and diagnosis of type 1 diabetes mellitus in children and adolescents [consultado em 15 de janeiro de 2015]. Disponível em: <http://www.uptodate.com>
18. Mezher I, Al-Khalidy N, Nsiif A. Study of the prevalence of anti glutamic acid decarboxylase antibody in Iraqi children and adolescent with type 1 diabetes. *AJPS* 2011;10:114-22.
19. Diaz A, Lepman Diaz E. Hypothyroidism. *Pediatr Rev* 2014;35:336-47.
20. Rosenfield R. Pathophysiology and etiology of polycystic ovary syndrome in adolescents [consultado em 15 de janeiro de 2015]. Disponível em: <http://www.uptodate.com>