



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

PERTURBAÇÃO OBSESSIVO-COMPULSIVA

Revisão Bibliográfica

Catarina San-Bento

Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Dr. Carlos Leitão

Covilhã, maio de 2014

RESUMO

Esta dissertação consiste em uma revisão literária que explora a Perturbação Obsessivo-Compulsiva. Esta perturbação constitui ainda um desafio clínico, não sendo totalmente compreendida quanto à sua etiologia e tratamento. Apesar de ser uma doença pouco prevalente (1% da população), é dotada de marcada gravidade, no sentido em que pode, em casos severos, gerar grave comprometimento do funcionamento psicossocial com limitações no desempenho de tarefas no ambiente familiar, profissional e social, o que faz com que esta afete não só o doente mas todos os grupos em que este se insere.

Estudos indicam que esta doença geralmente surge no início da idade adulta e que grande parte destes doentes tem traços de personalidade comuns, como a dúvida constante, a intolerância à incerteza, a escrupulosidade e auto-culpabilização.

É uma doença descrita como: uma ideia/representação (obsessão) ou um ato (compulsão) que se impõe contra a vontade do indivíduo que os experimenta, fazendo-o sentir-se impotente para desprezar/apagar esses pensamentos obsessivos da sua consciência ou para resistir ao impulso de realizar certo comportamento ou ritual (compulsão). Não é, de todo, uma patologia com uma apresentação clínica linear, sendo dotada de um polimorfismo marcado que incentivou o estudo mais amplo dos comportamentos obsessivo-compulsivos, da POC e de outras patologias relacionadas, levando à adoção recente do conceito “Distúrbios do Espectro Obsessivo-Compulsivo”. Entre esses distúrbios, destacam-se: a Perturbação Dismórfica Corporal, a Tricotilomania, a Escoriação compulsiva e a Acumulação compulsiva.

Como as manifestações obsessivo-compulsivas não são exclusivas da Perturbação Obsessivo-compulsiva, o diagnóstico diferencial nem sempre é fácil. Os pensamentos obsessivos são encontrados num grande leque de patologias psiquiátricas e os comportamentos compulsivos podem ser confundidos com impulsos e tiques. Por isso, é importante uma especial atenção ao diagnóstico diferencial de: Perturbações relacionadas com a aparência e a alimentação; Perturbações de controlo de impulsos; Hipocondria; Perturbações depressivas; Perturbações do Espectro da Esquizofrenia e outras Perturbações Psicóticas; e Perturbações de tiques.

Estudos etiológicos têm sugerido a implicação das estruturas límbicas (disfunção do sistema *septum*-hipocampo e hiperatividade do *cingulum*), do córtex frontal e dos núcleos da base (hiperatividade do circuito córtex orbitofrontal - núcleos basais (caudado) - tálamo). Por isso, em doentes refratários à farmacoterapia e psicoterapia, consideram-se intervenções cirúrgicas ao nível destas estruturas (Psicocirurgia). Outra hipótese etiológica estudada é a *serotonérgica*, uma vez que os fármacos inibidores da recaptação de serotonina são o tratamento mais eficaz desta doença. O tratamento destes doentes passa, preferencialmente, pela combinação desses fármacos com Psicoterapia (Terapias Cognitivo-Comportamentais).

PALAVRAS-CHAVE: Obsessão; Compulsão; Farmacoterapia; Psicoterapia; Psicocirurgia.

ABSTRACT

This dissertation is a literary revision that explores the Obsessive-Compulsive Disorder. This disorder remains a clinical challenge, which etiology and treatment aren't fully understood. Despite its low prevalence (1% of population), it is provided with marked severity, as it can, in severe cases, generate severe impairment of psychosocial functioning with limitations in performing tasks in the family, social and professional environment, affecting not only the patient but all the groups he is part of.

Studies indicate that it usually appears in early adulthood and that most of these individuals have common personality traits, as: constant doubt, intolerance to uncertainty, conscientiousness and self-blame.

This disorder is described as: an idea/representation (obsession) or an act (compulsion) which imposes against the will of the individual who experiences it, making him feel powerless to disregard/delete these obsessive thoughts of his conscience or to resist the urge to perform certain behavior or ritual (compulsion). It is not a disorder with a linear clinical presentation, and that marked polymorphism has motivated the deeper study of obsessive-compulsive behavior, of this disorder and others, leading to the recent adoption of the concept "Disorders of Obsessive-Compulsive Spectrum". Among these disorders are: Body Dysmorphic Disorder, Trichotillomania, Excoriation Disorder and Hoarding.

The obsessive-compulsive symptoms are not exclusives of Obsessive-compulsive Disorder so the different diagnosis is not always easy. Obsessive thoughts can be found in a wide range of psychiatric disorders and compulsive behaviors can be confused with tics and impulses. Therefore, it is important to pay special attention to differential diagnosis from: Appearance and eating related disorders; Impulse-control disorders; Hypochondria; Depressive disorders; Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders; and Tics disorders.

Etiologic studies have suggested the implication of limbic structures (dysfunction of *septum*-hippocampus system and hyperactivity of *cingulum*), frontal cortex and basal nuclei (hyperactivity of orbitofrontal cortex - basal nuclei (caudate) - thalamus system). Therefore, surgical interventions on these structures are considered in patients who do not respond to pharmacotherapy and psychotherapy. A Serotonergic hypothesis has been studied, as it is known that serotonin reuptake inhibitors are the most effective treatment for this disorder. The treatment of these patients is, preferentially, a combination of these drugs with Cognitive-Behavior Therapies.

KEYWORDS: Obsession; Compulsion; Pharmacotherapy; Psychotherapy; Psychosurgery.

ÍNDICE GERAL

| | |
|--|--------|
| RESUMO | ii |
| ABSTRACT | iii |
| ÍNDICE DE QUADROS | vi |
| LISTA DE ACRÓNIMOS | vii |
| 1-INTRODUÇÃO | - 1 - |
| 2-OBJETIVOS | - 2 - |
| 3-MATERIAIS E MÉTODOS..... | - 3 - |
| 4-FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | - 4 - |
| 4.1-DEFINIÇÃO | - 4 - |
| 4.2-CLASSIFICAÇÕES ATUAIS | - 4 - |
| 4.2.1-Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (APA-DSM)..... | - 4 - |
| 4.2.2-Classificação Internacional de Doenças, 10ªedição (WHO-CID10) | - 7 - |
| 4.2.3-Comparação da CID-10 (WHO,1993) com o DSM-V (APA, 2013) | - 8 - |
| 4.3-EPIDEMIOLOGIA | - 9 - |
| 4.3.1-POC na população em geral | - 9 - |
| 4.3.2-POC nas populações psiquiátricas..... | - 9 - |
| 4.3.3-POC e contexto cultural | - 10 - |
| 4.3.4-POC e o género | - 10 - |
| 4.3.5-POC e a posição ordinal..... | - 10 - |
| 4.3.6-POC e o estado civil | - 10 - |
| 4.3.7-Idade de início da POC | - 11 - |
| 4.3.8-Acontecimentos de vida e precipitantes da POC | - 11 - |
| 4.4-MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS | - 12 - |
| 4.4.1-Obsessões..... | - 12 - |
| 4.4.2-Compulsões | - 13 - |
| 4.4.3-Tipologias Síndromicas | - 14 - |
| 4.4.4-Curso da doença | - 15 - |
| 4.5-TRAÇOS DE PERSONALIDADE | - 15 - |
| 4.6-COMORBILIDADE | - 16 - |

| | |
|--|--------|
| 4.7-DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL | - 18 - |
| 4.7.2-Perturbações do controlo de impulsos | - 18 - |
| 4.7.3-Anorexia Nervosa | - 18 - |
| 4.7.4-Hipocondria | - 19 - |
| 4.7.5-Perturbações psicóticas..... | - 19 - |
| 4.7.6-Perturbação de Gilles de la Tourette | - 19 - |
| 4.7.7-Personalidade Obsessivo-Compulsiva..... | - 20 - |
| 4.8-ETIOLOGIA..... | - 20 - |
| 4.8.1- Disfunções estruturais-anatómicas e Hipótese Glutamatérgica | - 20 - |
| 4.8.2-Hipótese serotoninérgica | - 21 - |
| 4.8.3-Predisposição genética na POC | - 22 - |
| 4.8.4-Hipótese Neuropsicológica | - 22 - |
| 4.9-PERTURBAÇÕES DO ESPECTRO OBSESSIVO | - 22 - |
| 4.9.1-Perturbação Dismórfica Corporal | - 23 - |
| 4.9.2-Tricotilomania | - 23 - |
| 4.9.3-Escoriação Compulsiva | - 24 - |
| 4.9.4-Acumulação compulsiva | - 24 - |
| 4.10-TRATAMENTO | - 24 - |
| 4.10.1-Farmacoterapia de 1ªlinha..... | - 25 - |
| 4.10.2-Psicoterapia | - 25 - |
| 4.10.3-Fatores preditivos do tratamento (farmacológico e psicoterapia) | - 26 - |
| 4.10.4-Alternativas terapêuticas na POC refratária ao Tratamento | - 26 - |
| 5-CONCLUSÕES | - 28 - |
| 6-BIBLIOGRAFIA | - 29 - |

ÍNDICE DE QUADROS

| | |
|--|--------|
| 4.2.1 Critérios diagnósticos para o Distúrbio Obsessivo-Compulsivo (DSM-V, APA, 2013)..... | - 5 - |
| 4.2.2.1 Diretrizes diagnósticas para o Distúrbio Obsessivo-Compulsivo (WHO-CID 10, 1992) - | 7 - |
| 4.2.2.2 Critérios diagnósticos para o Distúrbio Obsessivo-Compulsivo (WHO-CID 10, 1993). - | 8 - |
| 4.4.1 Frequência dos tipos de obsessões numa amostra de 250 doentes com POC..... | - 12 - |
| 4.4.3 Grupos sindrómicos mais comuns na POC..... | - 14 - |
| 4.6.1 Prevalência de comorbilidades específicas na população com POC..... | - 17 - |

LISTA DE ACRÓNIMOS

- 5-HIAA** - Ácido 5-hidroxi-indolacético
- APA** - Associação Americana de Psiquiatria
- CID** - Classificação Internacional de Doenças
- CID-10** - 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (1992)
- DIS** - Diagnostic Interview Schedule
- DSM** - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
- DSM-IV** - 4ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (1994)
- DSM-V** - 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (2013)
- ECA** - Epidemiology Catchment Area
- EPR** - Exposição e Prevenção de Resposta
- IRS** - Inibidores da Recaptação de Serotonina
- ISRS** - Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina
- LCR** - Líquido Céfalo-raquidiano
- MAO** - Monoamino-oxidase
- PDC** - Perturbação Dismórfica Corporal
- PEO** - Perturbação(ões) do Espectro Obsessivo
- PGT** - Perturbação Gilles de la Tourette
- POC** - Perturbação Obsessivo-Compulsiva
- PP** - Perturbação(ões) da Personalidade
- PPOC** - Perturbação da Personalidade Obsessivo-Compulsiva
- WHO** - Organização Mundial de Saúde

1-INTRODUÇÃO

A Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC), classicamente denominada por “Neurose Obsessivo-Compulsiva”,¹ constitui ainda um desafio clínico, não sendo totalmente compreendida, sobretudo quanto à sua etiologia e tratamento.¹

Apesar de ser uma doença pouco prevalente, é dotada de uma gravidade importante, no sentido em que interfere na vida quotidiana do indivíduo que a manifesta, levando, muitas vezes, ao sentimento de desespero por parte deste. Em casos severos, as manifestações desta doença têm carácter significativamente incapacitante que gera um grave comprometimento do funcionamento psicossocial. Limitações no desempenho de tarefas no ambiente familiar, profissional e social são características nestes doentes, o que faz com que esta perturbação psiquiátrica afete não só o doente mas todos os grupos em que este se insere.¹

É uma doença dotada de um polimorfismo marcado, quanto às suas manifestações, característica essa que incentivou o estudo mais amplo dos sintomas obsessivos, assim como de potenciais fatores causais, levando à recente adoção do conceito “Distúrbios do Espectro Obsessivo-Compulsivo”,¹ que motivou a separação da POC 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), publicado em maio de 2013, para todas as perturbações obsessivas - “Distúrbio Obsessivo-Compulsivo e Distúrbios Relacionados”.² O DSM-V, sendo produto da Associação Americana de Psiquiatria, constitui uma das bases de diagnóstico de saúde mental mais influentes e usadas no mundo, pelo que esta alteração expõe o interesse crescente pela compreensão desta doença e do espectro em que esta se insere.

A “polarização da conceptualização etiológica” da POC,¹ biológica ou psicológica, e o polimorfismo da apresentação clínica das Perturbações do Espectro Obsessivo (PEO), assim como a individualização destas dos restantes transtornos psiquiátricos na nova edição do DSM, suscitou o interesse académico e clínico que está na origem deste trabalho.¹

2-OBJETIVOS

Esta revisão monográfica tem como principais objetivos o estudo mais aprofundado da Perturbação Obsessivo-Compulsiva, assim como a integração das mais recentes diretrizes e conhecimentos mundialmente aceites sobre a temática.

Espera-se também que sensibilize o leitor para uma melhor compreensão do doente com POC, como alguém que sofre continuamente com obsessões e compulsões que não controla e que têm alto impacto no seu dia-a-dia assim como no dos que o rodeiam e o alerte para os sinais de POC, a importância de um diagnóstico precoce e, sobretudo, a possibilidade de tratamento desta doença.

3-MATERIAIS E MÉTODOS

Esta monografia é essencialmente uma revisão literária da obra do Professor Doutor António Ferreira de Macedo e do Psicólogo Clínico Fernando Edilásio Pocinho, com o título “Obsessões e Compulsões - as múltiplas faces de uma doença”, editada, pela segunda vez, em Maio de 2007. Por sugestão do orientador da presente dissertação, tomei conhecimento da dedicação do Dr. António Macedo, psiquiatra na Clínica Psiquiátrica do Hospital Universitário de Coimbra e docente na Faculdade de Medicina de Coimbra, ao estudo e compreensão desta perturbação mental assim como da existência desta obra que decidi estudar. Ainda, para a complementarização e atualização da informação referente à temática, foi explorada, sobretudo, a versão mais atual do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), 5ª edição (DSM-V, de Maio de 2013).

4-FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1-DEFINIÇÃO

A Perturbação Obsessivo-Compulsiva é uma doença caracterizada, como o nome indica, pela presença de dois fenómenos: as obsessões e as compulsões. Na prática clínica, é comum o uso do termo genérico “sintomas obsessivos” na presença tanto de pensamentos obsessivos como de rituais compulsivos.¹

Uma obsessão “é um pensamento, imagem ou impulso, intrusivo, repetitivo, inaceitável ou indesejado e que origina resistência subjectiva”.^{1,3}

“As compulsões são actos (ou mesmo fenómenos mentais) essencialmente repetitivos e estereotipados”,¹ que “podem ser inaceitáveis ou mais frequentemente aceitáveis, mas são vistas pelo indivíduo como excessivas ou exageradas. São precedidas ou acompanhadas por uma experiência subjectiva de compulsão e geralmente provocam resistência subjectiva”.^{1,3}

4.2-CLASSIFICAÇÕES ATUAIS

4.2.1-Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (APA-DSM)

Apesar da definição da Perturbação Obsessivo-Compulsiva e das suas manifestações major (obsessões e compulsões) não terem evoluído muito ao longo dos séculos,¹ houve a necessidade da criação de critérios de diagnóstico mundialmente aceites que servissem de guia à prática clínica em Psiquiatria. A Associação Americana de Psiquiatria (APA) criou o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) com esse intuito. É, portanto, um manual diagnóstico acessível a toda a comunidade psiquiátrica, que procura orientar clínicos de diferentes e distantes países do mundo a seguir as mesmas diretrizes, diminuindo assim a desigualdade e subjetividade de diagnóstico das perturbações psiquiátricas, reduzindo não só a subestimação como a sobrestimação destas. No quadro 4.2.1, a seguir, estão descritos os critérios de diagnóstico da POC, segundo a mais recente edição do DSM - DSM-V (APA, 2013).¹⁻²

Os critérios do DSM para o diagnóstico da POC sofreram alterações importantes com a evolução dos conhecimentos sobre a doença.¹

Quadro 4.2.1 - Critérios diagnósticos de Distúrbio Obsessivo-Compulsivo (DSM-V, APA,2013)²

| Distúrbio Obsessivo-Compulsivo (DSM-V) |
|--|
| <p>A - Existência de obsessões ou compulsões, ou ambas:</p> <p>Obsessões, definidas por (1) e (2):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pensamentos, impulsos ou imagens, recorrentes e persistentes que são experimentados, em algum momento durante a perturbação, como intrusivos e inapropriados e que provocam acentuada ansiedade ou mal-estar. 2. O indivíduo tenta ignorar ou suprimir tais pensamentos, impulsos ou imagens ou neutraliza-los com algum outro pensamento ou ação (i.e., através da realização de uma compulsão). <p>Compulsões, definidas por (1) e (2):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comportamentos repetitivos (e.g., lavar as mãos, ordenar e verificar) ou atos mentais (e.g., rezar, contar, repetir palavras em silêncio) que o indivíduo se sente compelido a executar, em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser aplicadas de modo rígido. 2. Os comportamentos ou atos mentais visam prevenir ou reduzir o mal-estar ou ansiedade, ou prevenir algum acontecimento ou situação temidos. No entanto, estes comportamentos ou atos mentais ou não estão ligados de um modo realista com o que pretendem neutralizar ou evitar, ou são claramente excessivos. Nota: as crianças podem não ser capazes de articular os objetivos destes comportamentos ou atos mentais. <p>B - As obsessões ou compulsões causam uma perda considerável de tempo (e.g., demoram mais de 1 hora por dia) ou interferem significativamente com as rotinas normais do indivíduo, funcionamento ocupacional (ou académico), relacionamentos ou atividades sociais.</p> <p>C - Os sintomas obsessivo-compulsivos não são devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (e.g., droga ou medicação) ou de uma condição médica geral.</p> <p>D - O distúrbio não é melhor explicado por sintomas de outro transtorno mental (e.g., preocupações excessivas na presença de uma Perturbação de Ansiedade Generalizada; preocupação com a aparência na presença de uma Perturbação Dismórfica Corporal; dificuldade em descartar ou separar-se dos seus bens na presença de uma Perturbação de Acumulação Compulsiva; arrancar cabelos na presença de Tricotilomania; arrancar a pele na presença de Escoriação Compulsiva (Arrancar-pele); estereotípias na presença de uma Perturbação de Movimentos Estereotipados; comportamentos alimentares ritualizados na presença de uma Perturbação do Comportamento Alimentar; preocupações com substâncias ou jogos na presença de uma Perturbação Aditiva ou Relacionada com Substâncias; preocupação com ter uma doença grave na presença de Hipocondria; impulsos ou fantasias sexuais na presença de Parafilias; impulsos na presença de uma Perturbação Disruptiva do Comportamento, de Conduta ou de Controlo de Impulsos; ruminações de culpa na presença de uma Perturbação Depressiva Major; inserção de pensamentos ou preocupações delirantes na presença de uma Perturbação do Espectro da Esquizofrenia e outras Perturbações Psicóticas; ou padrões de comportamentos repetitivos na presença de uma Perturbação do Espectro do Autismo).</p> |
| <p>Especificar se:</p> <p>Com <i>insight</i> bom/razoável: o indivíduo reconhece que as crenças obsessivo-compulsivas definitivamente ou provavelmente não são verdadeiras ou que podem ou não ser verdadeiras.</p> <p>Com <i>insight</i> fraco/pobre: o indivíduo pensa que as crenças obsessivo-compulsivas são provavelmente verdadeiras.</p> <p>Sem <i>insight</i> ou com crenças delirantes: o indivíduo está completamente convencido de que as crenças obsessivo-compulsivas são verdadeiras.</p> |
| <p>Especificar se:</p> <p>Relacionada com tiques: o indivíduo tem historial presente ou passado de um Transtorno de Tique.</p> |

No **DSM-IV (APA, 1994)**, foram incorporadas as seguintes alterações:

- Introduziu-se um critério específico que procura distinguir as obsessões características da POC das preocupações características de uma Perturbação de Ansiedade Generalizada - “2) os pensamentos, impulsos ou imagens não constituem simples preocupações excessivas acerca de problemas da vida real”¹;
- Introduziu-se ainda nesta versão a ideia de que as compulsões possam ser mentais - “atos mentais”¹;
- Foi introduzido também o subtipo “Com pobre *insight*”, admitindo que o doente possa não reconhecer o carácter sem sentido dos sintomas¹;
- A duração mínima dos sintomas foi substituída de “2 semanas” para “1 hora por dia”.¹

No **DSM-IV-TR (APA, 2000)**, versão revista do DSM-IV, não houve alterações dos critérios de diagnóstico da POC, mas houve, no entanto, alterações do texto acompanhante, sendo importante salientar a introdução da “Síndrome PANDAS, que ocorre em crianças com infeções estreptocócicas β -hemolíticas do grupo A e que pode cursar com sintomatologia obsessivo-compulsiva”.¹

No **DSM-V (APA, 2013)** houve importantes alterações, entre as quais se destacam:

- O reconhecimento do conceito Distúrbios do Espectro Obsessivo-Compulsivo e a conseguinte associação de alguns transtornos a este espectro, tais como: a Perturbação Dismórfica Corporal, desagregando-a das Perturbações Somatoformes, e a Tricotilomania (Perturbação de arrancar-cabelo), desagregando-a das Perturbações de Controlo de Impulsos²;
- Foram introduzidas e reconhecidas como PEO: a Acumulação Compulsiva, a Escoriação Compulsiva (Perturbação de arrancar-pele) e a POC e perturbações relacionadas induzidas por substâncias ou por outra condição médica²;
- Com o reconhecimento dos transtornos referidos acima como PEO, a POC foi então desagregada dos Transtornos de Ansiedade e incorporada num capítulo individual para esse espectro - “Perturbação Obsessivo-Compulsiva e Perturbações Relacionadas”²;
- Foram introduzidos alguns critérios de diagnóstico diferencial de perturbações cuja sintomatologia possa ser confundida com sintomatologia verdadeiramente obsessivo-compulsiva (descritos no tópico D do Quadro 4.2.1).²

4.2.2-Classificação Internacional de Doenças, 10ªedição (WHO-CID10)

Também a Organização Mundial de Saúde (WHO) criou uma base de dados internacional com o intuito de orientar e tentar uniformizar o diagnóstico de doenças, a nível mundial - a Classificação Internacional de Doenças (CID), sendo denominada Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde. Esta, no entanto, é mais genérica e abrange não só os transtornos mentais, como o DSM, mas todos os transtornos de saúde. A versão mais atual é a 10ª edição da CID (CID-10), publicada em 1992. Esta última classificação “propõe dois conjuntos de critérios diagnósticos”¹ para a Perturbação Obsessivo-Compulsiva: o primeiro (WHO-CID 10, 1992), descreve “diretrizes diagnósticas” para a prática clínica (Quadro 4.2.2.1)¹; o segundo (WHO-CID 10, 1993), é constituído por “critérios diagnósticos” para uso em investigação (Quadro 4.2.2.2).¹ Estes últimos, pouco diferem dos descritos no DSM-V, pela APA.¹

Quadro 4.2.2.1 - Diretrizes diagnósticas para o Distúrbio Obsessivo-Compulsivo (WHO-CID 10, 1992)¹

| F42. Distúrbio Obsessivo-Compulsivo - Diretrizes diagnósticas (CID-10) |
|---|
| <p>Para um diagnóstico definitivo, devem estar presentes sintomas obsessivos ou atos compulsivos ou ambos, na maior parte dos dias e pelo menos durante 2 semanas consecutivas e constituir uma fonte de perturbação e de interferência com as atividades do doente. Os sintomas obsessivos devem ter as seguintes características:</p> <ol style="list-style-type: none"> Os pensamentos ou impulsos devem ser reconhecidos como pertencendo ao próprio doente. Deve existir pelo menos um pensamento ou ato ao qual o doente resista, embora possam existir outros aos quais o doente já não opõe resistência. O pensamento de praticar o ato não deve ser em si mesmo agradável. Os pensamentos, imagens ou impulsos devem ser desagradavelmente repetitivos. <p>Inclui: neurose anancástica; neurose obsessiva e neurose obsessivo-compulsiva.</p> |
| <p>Diagnóstico diferencial. A distinção entre o distúrbio obsessivo-compulsivo e um distúrbio depressivo pode ser difícil, porque estes dois tipos de sintomas ocorrem muitas vezes simultaneamente. Num episódio agudo do distúrbio, deve ser dada precedência aos sintomas que se desenvolvem em primeiro lugar; quando ambos os tipos de sintomas estão presentes sem que nenhum predomine, é preferível considerar a depressão como primária. Nos distúrbios crónicos, deve ser dada prioridade aos sintomas que mais frequentemente persistem na ausência dos outros.</p> <p>A existência de ataques de pânico ou de sintomas fóbicos ligeiros não constituem impedimento ao diagnóstico. No entanto, os sintomas obsessivos que se desenvolvem na presença de esquizofrenia, síndrome de Tourette ou distúrbio mental orgânico, devem ser considerados como parte integrante desses distúrbios.</p> <p>Embora os pensamentos obsessivos e os atos compulsivos habitualmente coexistam, pode ser útil especificar qual dos conjuntos de sintomas é predominante, visto que podem responder de modo diferente às terapêuticas.</p> |

Quadro 4.2.2.2 - Critérios diagnósticos para o Distúrbio Obsessivo-Compulsivo (WHO-CID 10, 1993)¹

| F42. Distúrbio Obsessivo-Compulsivo - Critérios diagnósticos (CID-10) |
|--|
| <p>A. Obsessões ou compulsões (ou ambas), presentes a maior parte dos dias, por um período de pelo menos 2 semanas.</p> <p>B. As obsessões (pensamentos, ideias ou imagens) e compulsões (atos), partilham as seguintes características, as quais devem estar todas presentes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. São reconhecidas como tendo origem na mente do doente e não são impostas por pessoas ou influência externas. 2. São repetitivas e desagradáveis e pelo menos uma obsessão ou compulsão reconhecida como excessiva ou irrealista deve estar presente. 3. O doente tenta resistir-lhes (mas a resistência a obsessões e compulsões de longa duração pode ser mínima). Deve estar presente pelo menos uma obsessão ou compulsão, em relação à qual é oposta resistência, sem sucesso. 4. O experienciar a obsessão ou o levar a cabo o ato compulsivo, não é em si próprio agradável (isto deve ser distinguido do alívio temporário da tensão ou da ansiedade). <p>C. As obsessões ou compulsões causam sofrimento ou interferem com o funcionamento social ou individual do indivíduo, habitualmente pela perda de tempo.</p> <p>D. As obsessões ou compulsões não são o resultado de outros distúrbios mentais, como esquizofrenia e distúrbios relacionados (F20-F29) ou distúrbios de humor (afetivos) (F30-F39).</p> |

4.2.3-Comparação da CID-10 (WHO,1993) com o DSM-V (APA, 2013)

A classificação atual da POC passa pelas duas classificações internacionais mais recentes, a CID-10 e o DSM-V, que, apesar de serem produto de organizações diferentes, convergem em grande parte dos critérios diagnósticos.¹ A preferência do clínico por uma delas parte, portanto, das diferenças entre elas:

- As duas classificações divergem significativamente quanto à definição de obsessões e compulsões, sendo que a CID-10, considera que as obsessões e as compulsões são “funcionalmente equivalentes”,¹ distinguindo-as pelo meio de expressão - ocultas (obsessões) ou observáveis (compulsões) -,¹ rejeitando a ideia do DSM-V de que as obsessões sejam fenómenos (“pensamentos, impulsos ou imagens”²) que causam acentuado sofrimento e ansiedade que possam ser subjetivamente atenuados pela concretização de compulsões,¹ sejam elas “comportamentos repetitivos (...) ou atos mentais”,² sendo este último tipo de compulsão completamente rejeitado pela CID-10¹;

- Apesar de a CID-10 considerar necessário que a sintomatologia obsessivo-compulsiva dure no mínimo 2 semanas,¹ no DSM-V esta deve durar mais de 1 hora por dia¹⁻²;

- A CID-10 requer que o indivíduo reconheça o carácter sem sentido e ilógico das obsessões para se poder considerar uma POC (i.e., que tenha um bom *insight*),¹ enquanto o DSM-V aceita a POC como diagnóstico independentemente do *insight* do indivíduo, considerando importante a especificação do grau de *insight* apenas para possibilitar uma seleção mais adequada da terapêutica a seguir²;

– Outra grande diferença entre as classificações é o conjunto de subtipos que consideram, sendo que o DSM-V considera os subtipos POC 1) com bom/razoável *insight*, 2) fraco *insight*, 3) com crenças delirantes ou *insight* ausente e o subtipo POC 4) com tiques associados,² enquanto a CID-10 considera “outros distúrbios obsessivo-compulsivos”, “distúrbio obsessivo-compulsivo não especificado”, “Predominantemente com pensamentos e ruminações obsessivas”, “Predominantemente com actos compulsivos (rituais obsessivos)” e “Misto”.¹

4.3-EPIDEMIOLOGIA

No passado, a POC era considerada uma perturbação rara. Apesar de, nos dias de hoje, ser relativamente aceite que a prevalência desta doença ronde os 1%, ainda não há nenhum instrumento universalmente aceite como válido para estimar a prevalência de doentes com POC.¹

4.3.1-POC na população em geral

Vários estudos realizados nos últimos anos têm obtido resultados relativamente consistentes, apesar de não exatos, que sugerem que 1% dos indivíduos na população geral sofra de POC.¹ Crê-se, no entanto, que este valor seja ainda uma subestimativa, no sentido em que continua a observar-se: escassa procura voluntária de ajuda; omissão e dissimulação dos sintomas pelo indivíduo com POC; e, altas taxas de comorbilidades com outras patologias que encobrem a POC.¹

4.3.2-POC nas populações psiquiátricas

No final da década de 80, alguns estudos, considerando apenas as populações psiquiátricas, estimaram que 8,9% dos indivíduos aquando da 1ª consulta de psiquiatria sofriam de «Neurose Obsessiva».^{1,4} Estudos posteriores revelaram, num período de 6 meses, diagnósticos de POC em: 6,5% dos indivíduos em ambulatório; e, 17,4% dos indivíduos internados.^{1,5} Estima-se que 10% dos doentes psiquiátricos em ambulatório apresentem sintomatologia obsessivo-compulsiva significativa, não exclusiva da POC.^{1,6}

4.3.3-POC e contexto cultural

Vários estudos transculturais têm sido realizados para a investigação de fatores culturais que permitam prever uma predisposição para desenvolvimento da doença. Porém, é relativamente aceite que haja uma universalidade transcultural, quanto à frequência e à forma, tendo sido notadas apenas algumas variações no conteúdo da sintomatologia obsessivo-compulsiva.¹ As obsessões de contaminação ou associadas à religião têm sido observadas preferencialmente em indivíduos muçulmanos, quando comparados com indivíduos cristãos.^{1,7} Por sua vez, acredita-se que os indivíduos cristãos apresentem mais frequentemente obsessões de ordem, arrumação e preocupações obsessivas de agressão.^{1,7}

4.3.4-POC e o género

Estudos realizados em indivíduos adultos com POC, revelaram que a prevalência da POC não difere significativamente entre géneros, verificando-se apenas uma ligeira predominância no sexo feminino.¹ Concluiu-se, no entanto, que nos indivíduos com início da POC na infância há, pelo contrário, predominância do sexo masculino.¹

4.3.5-POC e a posição ordinal

Apesar de ainda ser uma temática controversa, devido à existência de estudos com resultados inconclusivos, vários estudos defendem que os filhos primogénitos de doentes com POC tendem a apresentar mais sintomas obsessivos do que os restantes filhos.^{1,8} A mesma predisposição não está comprovada para a população em geral, sem antecedentes familiares de POC.¹

4.3.6-POC e o estado civil

Como os indivíduos com POC apresentam, geralmente, dificuldades no ajustamento marital, observa-se uma elevada percentagem de solteiros neste grupo. Entre estes, a maioria são do sexo masculino, uma vez que as mulheres, por terem uma idade de início da doença mais tardia, relativamente aos homens, têm maior probabilidade de se casar antes da POC se manifestar. Acredita-se ainda que o grau de desajustamento marital nestes indivíduos possa estar correlacionado com a gravidade da doença.¹

4.3.7-Idade de início da POC

Crê-se que a POC surja no início da idade adulta, estimando-se que cerca de 65% dos casos de POC têm início antes dos 25 anos de idade.¹ Vários estudos realizados, comprovam que a idade de início da doença é mais precoce nos homens, surgindo, em média, aos 21,1 anos em indivíduos do sexo masculino e aos 24,3 anos em indivíduos do sexo feminino.^{1,9} Tem-se verificado, também, que nos indivíduos com antecedentes familiares de perturbações obsessivo-compulsivas a doença surge em idades mais precoces.^{1,10}

A idade média de início da POC obtida nesses estudos não é exata e universal, uma vez que o conceito de idade de início da doença não é um conceito bem definido.¹ Uns consideram a idade a partir da qual surgem os primeiros sintomas, outros referem-se à idade à primeira consulta ou internamento numa instituição de saúde.¹ Se se considerar a primeira, torna-se igualmente difícil de definir, pois pode haver um início insidioso pouco percebido pelo próprio indivíduo, sendo este incapaz de o definir com exatidão.¹ Considerando a distinção entre os dois conceitos, alguns estudos defendem que a idade média de procura de ajuda ronda os 28 anos e a primeira admissão hospitalar surge aos 30 anos de idade.^{1,3}

4.3.8-Acontecimentos de vida e precipitantes da POC

A POC é, geralmente, observada em indivíduos que vivem condições desfavoráveis, como rutura conjugal, desemprego, dependência financeira, etc..¹ Tem-se verificado que a ocorrência de fatores vulnerabilizantes para o indivíduo num passado recente, o torna mais suscetível ao aparecimento da doença.^{1,3} Entre esses fatores, destacam-se: os problemas sexuais e conjugais, morte de entes queridos e problemas laborais (i.e., da gravidez ou parto).^{1,3} Especificamente, as compulsões de lavagem têm sido associadas a acontecimentos precipitantes, enquanto os rituais de verificação têm geralmente um início mais insidioso.¹

Nos casos de POC de início agudo, mais frequente nos indivíduos do sexo feminino, tem-se verificado frequentemente: após um aborto, após ou durante uma gravidez ou um parto; e, após o nascimento do primeiro filho.^{1,11} As mulheres sintomáticas, nestes períodos, revelam uma “rápida escalada de pensamentos de natureza obsessiva, relacionados com a possibilidade (receio) de, contra a sua vontade, «fazerem mal» ao recém-nascido.¹ Crê-se, assim, que tanto a gravidez (especialmente no 3º trimestre) como o puerpério constituam períodos da vida de risco acrescido para o agravamento da sintomatologia obsessivo-compulsiva ou até para o início da doença.¹

4.4-MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

A POC manifesta-se sobretudo por pensamentos obsessivos e comportamentos compulsivos e tem sido, por isso, descrita como: um pensamento ou imagem que se impõe contra a vontade do indivíduo que os experimenta, fazendo-o sentir-se impotente para os desprezar ou apagar da sua consciência ou para resistir ao impulso de realizar a compulsão, uma vez que essas experiências são, não só penosas e indesejáveis, mas também, consideradas pelo indivíduo como exageradas, absurdas e irracionais (i.e. egodistónicas).^{1,12}

4.4.1-Obsessões

Os pensamentos obsessivos consistem em ideias, convicções, rumações, imagens, impulsos ou medos repetitivos, intrusivos (i.e., que invadem a consciência do indivíduo), perturbadores (seja pelo seu conteúdo, sua frequência ou ambos), indesejáveis e incontroláveis, sendo comum, mas não imprescindível para a definição da POC, estes doentes oferecerem resistência a esses pensamentos.¹

Quanto à forma das obsessões, entende-se por *ideia* obsessiva qualquer pensamento repetitivo, suscetível de interromper o curso normal do pensamento. As *imagens* obsessivas são representações repetitivas, geralmente, de carácter violento, repulsivo ou de conteúdo obscuro. As *convicções* obsessivas são pensamentos ou crenças, “muitas vezes, de carácter mágico”¹ (e.g., prevenção de catástrofes): «se não lavar os dentes três vezes, a minha irmã vai ter um acidente». Entende-se por *ruminações* obsessivas, pensamentos intermináveis e inconclusivos acerca de questões que continuam sem resposta. Os *impulsos* na POC geralmente consistem na preocupação de vir a cometer um ato que seja imoral ou nocivo para si e/ou para outros. Outra obsessão muito característica na POC são os *medos* obsessivos, geralmente relacionados com a contaminação ou sujidade.¹

Quanto ao conteúdo das obsessões, podem ser categorizadas, por ordem decrescente de frequência (Quadro 4.4.1): contaminação e sujidade; dúvida patológica; somáticas; ordem e simetria; agressão; e, sexo e religião.^{1,12}

Quadro 4.4.1 - Frequência dos tipos de obsessões numa amostra de 250 doentes com POC.^{1,6}

| Obsessões | Taxa (%) |
|-------------------------|----------|
| Contaminação | 45 |
| Dúvida patológica | 42 |
| Somáticas | 36 |
| Necessidade de simetria | 31 |
| Impulsos agressivos | 28 |
| Impulsos sexuais | 26 |

As obsessões de contaminação são das obsessões mais frequentes. Podem ser preocupações associadas a «germes» e sujidade (genéricas) ou a «contaminantes» mais concretos (específicas), como fluidos ou excreções do organismo. É comum verificar-se nestes doentes rituais compulsivos de lavagem e comportamentos de evitamento. O conceito de objetos *perigosos* ou *seguros* nestes doentes pode seguir padrões perfeitamente ilógicos e aleatórios.¹

Fala-se de *dúvida patológica*, quando há uma preocupação constante de, por um eventual descuido seu, acontecer algo temível ou desagradável (e.g., “temer que a casa se incendeie por se ter esquecido de desligar o gás do fogão”¹). Apesar destes indivíduos terem uma certeza relativa de terem realizado o comportamento em questão (e.g., fechar e trancar as portas, trancar o carro, desligar os interruptores, pagar as contas, etc.), não conseguem eliminar a dúvida constante, podendo chegar a duvidar das suas próprias percepções. Os comportamentos de verificação sucessivos são particularmente frequentes nestes doentes.¹

É também comum observar-se uma necessidade patológica de ordem, arrumação e simetria nos doentes com POC. Este tipo de obsessões pode estar associado a um pensamento mágico (i.e., se não colocar os objetos de determinada maneira, ou se não tocar nos objetos num lado e no outro, simetricamente, algo catastrófico acontecerá).¹

Falamos em *obsessões somáticas* em indivíduos que apresentam uma preocupação excessiva de estar ou vir a estar doentes (e.g., ter cancro ou vir a contrair SIDA, entre outros). Estes doentes, não só executam comportamentos de verificação, como é muito comum que recorram varias vezes a serviços médicos, se submetam a vários exames e procurem várias opiniões médicas, para se assegurar de que não estão «doentes». Nestes indivíduos, o diagnóstico diferencial de Hipocondria é particularmente difícil.¹

Entre os doentes com POC, podemos ainda encontrar indivíduos com obsessões agressivas ou sexuais (i.e., indivíduos com uma preocupação excessiva de não controlarem o impulso de cometer atos que eles próprios consideram imorais, horrendos e repugnantes). Estes indivíduos podem apresentar preocupação excessiva sobre virem a cometer esses atos ou de já os terem cometido no passado, o que os pode levar a comportamentos de verificação para se assegurarem de que não os cometeram (e.g., verificar constantemente as notícias locais para se certificar de que não assassinaram ninguém).¹

4.4.2-Compulsões

A definição de *compulsão* e a sua distinção de *obsessão* sempre foi controversa e, em tempos, houve quem considerasse os termos indistinguíveis. Ainda hoje, as duas grandes classificações internacionais de transtornos mentais defendem conceitos diferentes de *compulsão*. A CID-10 distingue as compulsões de obsessões tendo em conta, única e exclusivamente, o meio de expressão destes sintomas, definindo os sintomas obsessivos

ocultos como *obsessões* e os observáveis como *compulsões*.¹ Por outro lado, o DSM-V considera que as *obsessões* são fenómenos (pensamentos, ideias, impulsos ou imagens) que causam um sofrimento marcado passível de ser atenuado pela concretização de compulsões.^{1,2} Segundo esta vertente, as *compulsões* podem ser rituais repetitivos ou até mesmo atos mentais que o indivíduo com POC concretiza com a intenção de aliviar ou atenuar o sofrimento causado pelos pensamentos obsessivos.^{1,2}

Atualmente, é aceite que as compulsões sejam comportamentos ritualísticos estereotipados e repetitivos (motores ou mentais), desagradáveis para o indivíduo, sem utilidade percebida ou notavelmente exagerada, pelo que este geralmente oferece resistência relativa a realizar estes comportamentos. Em casos mais avançados (i.e., mais graves ou de maior duração), é comum observar-se uma resistência mínima ou ausente para evitar estes comportamentos associada à crença de que o indivíduo não possui a força de vontade ou capacidade de resistir a realizá-los.¹

Têm sido descritos ao longo dos anos vários tipos de compulsões, das quais se destacam as mais frequentes, por ordem decrescente: verificação (63%); lavagem (50%); contagem (36%); necessidade de perguntar/confessar (31%); simetria e precisão (28%); impulsos sexuais (26%); e, armazenar (18%).^{1,6}

4.4.3-Tipologias Sindrómicas

Têm sido descritas, ao longo dos anos, algumas sequências obsessão-compulsão comumente observadas, designadas *tipologias sindrómicas*. As tipologias sindrómicas mais comuns são descritas a seguir, no Quadro 4.4.3.^{1,13}

Quadro 4.4.3 - Grupos sindrómicos mais comuns na POC.^{1,13}

| | Obsessões | Compulsões | Luta ansiosa | Características adicionais |
|-----|-----------------------------|-------------|-------------------|-----------------------------|
| I | Contaminação | Lavagem | Moderada | Comportamento de evitamento |
| II | Dúvida Patológica | Verificação | Importante | Vivências de culpabilidade |
| III | Obsessões de impulsão | Verificação | Severa | Comportamento secreto |
| IV | Lentidão obsessiva primária | Ausente | Ansiedade ligeira | Baixa procura de ajuda |

O grupo I é encontrado em indivíduos com obsessões de contaminação recorrentes que realizam repetidamente rituais de lavagem, sendo particularmente frequente em indivíduos do sexo feminino.^{1,13} Este tipo de obsessões afeta sobretudo as relações familiares e conjugais

do indivíduo, no sentido em que o medo de contaminação pode abranger terceiros, podendo obrigá-los a se submeterem a intermináveis “rituais de purificação”.^{1,13}

O grupo II é caracterizado por repetitivos rituais de verificação em doentes com obsessões de dúvida e indecisão constantes, sendo mais prevalente em indivíduos do sexo masculino.^{1,13}

O grupo III diz respeito a pensamentos obsessivos de que poderá não resistir ao impulso de cometer atos percebidos por si como reprováveis, imorais e agressivos. Estes indivíduos podem ter comportamentos de verificação com o intuito de certificar-se de que não cometeram tais atos (e.g., crimes).^{1,13}

O grupo IV é, entre os descritos, o mais raro, e define uma lentidão característica que surge da necessidade de executar minuciosamente cada tarefa, podendo afetar não só o quotidiano do indivíduo como também o desempenho ocupacional deste.^{1,13}

4.4.4-Curso da doença

Vários estudos têm tentado delinear fatores preditores do curso da POC. Porém, apenas se comprovou a influência do estado civil do indivíduo e da sua personalidade ou funcionamento pré-mórbido no curso da doença. Verificou-se que indivíduos casados e com um melhor funcionamento pré-mórbido apresentam um curso mais benigno, aos 5 anos de *follow-up*.^{1,14} Concluiu-se ainda que a gravidade dos sintomas, a duração da doença e a idade aquando da avaliação inicial, assim como as variáveis demográficas e os antecedentes familiares de distúrbios afetivos ou de ansiedade, não são fatores preditores da gravidade da POC.^{1,15-16} Até mesmo a falta de *insight* não tem sido associada a algum efeito significativo sobre o curso da doença.^{1,17}

Verificou-se, ainda, um efeito protetor das Perturbações de ansiedade em casos de comorbidade.^{1,14} Pelo contrário, a Depressão, em casos de comorbidade, tem sido associada a uma POC de início mais precoce e de maior cronicidade.¹

4.5-TRAÇOS DE PERSONALIDADE

A ideia de que a POC surge a partir de uma personalidade obsessiva prévia, num *continuum* entre a personalidade obsessiva e a POC é cada vez menos aceite. No entanto, têm sido descritos alguns traços de personalidade comuns entre doentes com POC. Os traços de personalidade mais característicos nestes doentes são: a dúvida constante, a intolerância à incerteza, a escrupulosidade e a vivência de culpa.¹

“A falta de convicção interna, a dificuldade de decidir escolhas, a incerteza, a sensação de incompleto, a inconclusão, a indecisão, a procrastinação e a dúvida patológica são, de facto, características” destes doentes.¹ Tem sido proposta a hipótese de uma “espécie de contínua amnésia”,¹ que os incapacita de se lembrarem que realizaram os seus rituais corretamente. Porém, vários investigadores defendem que a dúvida deve ser considerada um sintoma e não um traço. Isto porque, estes indivíduos não se questionam sobre todo e qualquer conhecimento que tenham, mas sim sobre temáticas específicas que os preocupam especialmente, como a segurança e a contaminação.¹

Mais do que a dúvida em si, crê-se que a necessidade de certeza é uma característica nuclear nestes indivíduos, uma vez que é essa necessidade que os incapacita de resistirem às compulsões, como, por exemplo, os comportamentos de verificação.¹ Mais uma vez, há controvérsia na aplicação dos termos *traço* ou *sintoma*.

A escrupulosidade associada à possibilidade de causar prejuízo a outrem, pode levar estes doentes a dedicarem-se excessivamente a tarefas (e.g., tarefas ocupacionais ou domésticas), como uma compensação ética e moral.¹

A culpa é das características mais comuns e importantes nestes indivíduos, intensificando, muitas vezes, os pensamentos obsessivos. É, geralmente, o medo da auto-culpabilização *a posteriori* que motiva estes indivíduos a realizar os rituais compulsivos (e.g., comportamentos de verificação).¹

4.6-COMORBILIDADE

Os doentes com POC apresentam frequentemente outra condição psicopatológica. As perturbações mentais mais encontradas em doentes com POC são: Perturbações do Humor (Perturbação Depressiva ou Bipolar), Perturbações de Ansiedade (Perturbação de Pânico, Fobia social, Perturbação de Ansiedade Generalizada e Fobias específicas), Perturbação de Personalidade Obsessivo-Compulsiva, Perturbações de tiques (Síndrome de Tourette), Perturbações do Comportamento Alimentar (Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa) e Perturbações do Espectro da Esquizofrenia (Esquizofrenia e Perturbações Esquizo-afetivas). O Quadro 4.6.1 especifica a frequência com que as comorbilidades mais prevalentes são encontradas, segundo o DSM-V.²

A Depressão constitui uma das mais frequentes comorbilidades encontradas em doentes com POC, isto porque a própria sintomatologia obsessivo-compulsiva em si, a longo prazo, é perfeitamente desmotivante e desgastante sendo uma significativa causa de Depressão secundária.¹ Apesar dos doentes com Perturbação Bipolar apresentarem alguma vulnerabilidade acrescida para desenvolver uma POC, quando comparados com indivíduos sem qualquer perturbação mental, as Perturbações Depressivas, sobretudo a Depressão Major,

são, entre as Perturbações do Humor, as principais comorbilidades encontradas em doentes com POC.²

Quadro 4.6.1-Prevalência de comorbilidades específicas na população com POC, segundo o DSM-V (APA 2013).²

| Comorbilidade | Porcentagem de doentes com POC que apresentam comorbilidade específica |
|---|--|
| Perturbações de Ansiedade P. de Pânico Fobia social P. de Ansiedade Generalizada Fobia específica | 76% |
| Perturbações do Humor P. Depressiva Major | 63% 41% |
| Perturbação de Personalidade Obsessivo-Compulsiva | 23-32% |
| Perturbações de Tiques Perturbação de Gilles de la Tourette | 30% |

A associação da Perturbação da Personalidade Obsessivo-compulsiva (PPOC) com a POC, por sua vez, não parece ser assim tão linear, tendo sido alvo de grande controvérsia ao longo dos anos. Numerosos estudos, realizados nas décadas de 80 e 90, sobre a POC e as Perturbações de Personalidade (PP) defenderam que existe “uma taxa elevada de Distúrbios de Personalidade” na população com POC,¹ mas que, entre os vários tipos, “o Distúrbio de Personalidade Obsessivo-Compulsiva seria, efetivamente, um dos menos frequentes”.¹ No entanto, o DSM-V, publicado mais recentemente, revela que a PPOC é também uma das mais frequentes comorbilidades encontradas em indivíduos com POC, numa percentagem de “23 a 32%”.² Há quem defenda ainda que “os traços obsessivos possam desenvolver-se em sequência de” uma POC,¹ “como parte de «um padrão de *coping* adaptativo»”,¹ podendo ser a PPOC, segundo esta perspetiva, uma “manifestação ou consequência” da própria POC.¹

Segundo o DSM-V, 30% dos indivíduos com POC apresentam simultaneamente uma Perturbação de Tiques, sendo a Perturbação de Gilles de la Tourette (PGT) a mais frequente.² Os indivíduos com esta perturbação específica são mais vulneráveis a desenvolverem uma POC do que a população geral.² Por outro lado, segundo numerosos estudos realizados na década de 80, uma percentagem bem mais significativa de indivíduos com a PGT apresentam POC ou sintomas obsessivos, na ordem dos 30 a 90 %.¹ Verificou-se ainda que a forma hereditária da PGT é a que tem sido mais associada à POC, quando comparada com a forma adquirida,¹ o que introduz a hipótese de uma etiologia comum, apoiada pelas altas taxas de prevalência de tiques e PGT verificadas entre indivíduos com POC e os seus familiares de 1º grau, introduzindo assim esta perturbação específica nas PEO.¹

Segundo o DSM-V, a prevalência da POC em indivíduos com Esquizofrenia ou Perturbação Esquizo-afetiva ronda os 12%.² Estes indivíduos com a comorbilidade POC e

Esquizofrenia têm sido associados a um “maior grau de incapacidade social ou ocupacional, relativamente aos doentes esquizofrénicos sem sintomas obsessivos”.¹

4.7-DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Como os sintomas obsessivos podem surgir no contexto de outras condições fisiopatológicas e outras síndromes, distinguir essas patologias da POC nem sempre é linear. O DSM-V, descreve alguns tópicos no critério D das diretrizes gerais de diagnóstico da POC que facilitam o diagnóstico diferencial (Quadro 4.2.1).²

4.7.2-Perturbações do controlo de impulsos

As compulsões da POC são, por vezes, confundidas com impulsos característicos de Perturbações do Controlo de Impulsos.¹⁻² O diagnóstico diferencial deste tipo de perturbação parte, geralmente, da noção de que as compulsões da POC, ao contrário desses impulsos, são desprovidos de carácter gratificante (i.e., reduzem a ansiedade ou mal-estar causado pelas obsessões, sem motivarem prazer ou gratificação ao indivíduo).¹⁻²

Algumas destas perturbações mentais têm similaridades óbvias quando comparadas à POC, motivo pelo qual são, hoje em dia, consideradas PEO, segundo o DSM-V - Tricotilomania, Escoriação Compulsiva e Acumulação Compulsiva.¹⁻²

4.7.3-Anorexia Nervosa

“Os sintomas da Anorexia apresentam grandes semelhanças com as obsessões e compulsões. Estes doentes têm pensamentos recorrentes, persistentes e intrusivos acerca da sua imagem corporal e sobre o desejo de magreza”¹ e, numa fase inicial, tendem a não lhes oferecer resistência, não os identificando como absurdos ou exagerados. Quanto aos comportamentos ritualísticos, são repetitivos e intencionais, sendo comum encontrar-se comportamentos de verificação, tais como pesar-se e olhar-se ao espelho, e os próprios comportamentos alimentares podem também eles ser ritualísticos. Geralmente, estes comportamentos diferem da compulsão da POC, no sentido em que não são realizados com a intenção de neutralizar a ansiedade ou desconforto.¹

4.7.4-Hipocondria

A Hipocondria é uma perturbação, mais incidente em homens, que consiste numa preocupação ou medo de ter uma doença grave, “baseada numa interpretação irrealista e distorcida de sinais físicos ou sensações corporais, como evidência de doença física”.¹ Mesmo após a realização de avaliação clínica e de exames complementares de diagnóstico sem evidência de qualquer doença física, o doente mantém a ansiedade, “apesar dos médicos afirmarem a inexistência de qualquer doença”.¹

Doentes com POC apresentam frequentemente essa ansiedade ou «medo das doenças», o que dificulta o diagnóstico diferencial. No entanto, pensa-se que a distinção passa pela presença de “sensações somáticas e viscerais” na Hipocondria,¹ enquanto na POC, as “obsessões somáticas são acompanhadas por obsessões de outra natureza (passadas ou actuais) e compulsões não relacionadas com o tema exclusivo da doença”.¹ Apesar do doente hipocondríaco não ter *insight* relativamente à veracidade das suas obsessões, este fator é relevante para o diagnóstico diferencial, uma vez que a falta de *insight* não é mais um fator de exclusão de POC.¹⁻²

4.7.5-Perturbações psicóticas

A incorporação do subtipo POC com pensamentos delirantes/sem insight, no DSM-V, torna o diagnóstico diferencial de outras perturbações delirantes, como a Esquizofrenia, torna-se especialmente difícil.² Para distinguir uma POC de Esquizofrenia devemos excluir alguns sinais característicos do doente esquizofrénico, tais como: “a presença de sintomatologia psicótica franca (alucinações, delírios notórios)”,¹ significativa perturbação formal do pensamento e “uma grave incapacitação no funcionamento do indivíduo em todas as áreas”.¹

4.7.6-Perturbação de Gilles de la Tourette

As compulsões são muitas vezes confundidas com tiques, sendo assim difícil o diagnóstico diferencial dos “tiques motores complexos” da PGT.¹ Ambos são caracterizados por uma “sensação de «ser compelido» e seguidos de uma sensação de alívio”.¹ A diferença entre essas ações assenta sobretudo no estado psicológico que precede a ação: as compulsões são precedidas por obsessões ou ansiedade, o que não acontece nos tiques.¹

Pelas suas similaridades, tem-se colocado a hipótese da POC e da PGT “serem expressões fenotípicas alternativas de uma mesma vulnerabilidade genética”,¹ motivo que levou à inclusão destas patologias nas PEO.¹

4.7.7-Personalidade Obsessivo-Compulsiva

O diagnóstico diferencial entre POC e PPOC assenta na distinção entre sintomas e traços obsessivo-compulsivos, respetivamente. A presença de verdadeiras obsessões ou compulsões estabelece o diagnóstico diferencial.¹

Como já foi referido, a comorbilidade destas é um fenómeno controverso, sendo atualmente mais aceite que esse fenómeno seja mais provavelmente uma coincidência do que uma relação causal.¹

4.8-ETIOLOGIA

4.8.1- Disfunções estruturais-anatómicas e Hipótese Glutamatérgica

Vários estudos defendem a existência de uma fisiopatologia neurobiológica que justifique a POC. Neste sentido, crê-se que os indivíduos com POC apresentem anomalias funcionais ou estruturais em regiões cerebrais específicas, como: os núcleos da base; o córtex frontal; e, as estruturas límbicas (*cingulum*, *septum*, hipocampo e córtex temporal).^{1,18} A disfunção dessas regiões pode ser resultado de fatores genéticos (e.g., áreas atrofiadas), fenómenos infecciosos (e.g., encefalite/meningite, febre reumática e PANDAS associadas a infeção por estreptococos B-hemolítico de grupo A) ou traumatismos.^{1,19-20}

Mais concretamente, acerca das estruturas límbicas, tem sido sugerido que uma disfunção do sistema septo-hipocâmpico esteja na base de casos em que o indivíduo experiencia ansiedade marcada em situações inócuas e comportamentos repetitivos ou de verificação. Isto porque, é este sistema que modula o comportamento do indivíduo face à situação ou estímulo e, em condições de disfunção, são previsíveis comportamentos e sentimentos inadequados à situação ou estímulo, como o caso descrito.^{1,21} Tem-se sugerido ainda que alguns comportamentos compulsivos possam ser causados por uma hiperatividade patológica do *cingulum*.^{1,22} Intervenções cirúrgicas a este nível têm sido associadas a melhoria significativa dos sintomas obsessivos.¹

Estudos de lesões nos núcleos da base defendem que lesões bilaterais no caudado “determinam estereotipias, défices no ajustamento postural, hiper-reatividade e comportamento «tipo compulsivo»”.^{1,23}

Como o córtex frontal está associado a funções neuropsicológicas de programação, regulação/controlo e verificação de comportamentos, pode-se observar, em condições de disfunção, diminuição da inibição das respostas, inflexibilidade, perseveração e estereotipias (i.e., características encontradas em indivíduos com POC).^{1,24} Estudos realizados com SPECT, têm revelado hiperperfusão nos lobos frontais (e provável hipermetabolismo) em doentes com POC.¹ Estudos defendem que a POC é um exemplo de *Hiperfrontalidade* com aumento de preocupações e culpa, rigidez e afeto intenso.^{1,25}

Acerca da hipótese glutamatérgica como possível etiologia da POC, vários estudos do circuito córtex orbitofrontal - núcleos da base (caudado) - tálamo, relatam uma hiperatividade deste por hiperatividade glutamatérgica ao nível do córtex orbitofrontal, que causa os comportamentos repetitivos estereotipados observados nos doentes com POC. Essa hiperatividade, explica, então, a dificuldade que estes indivíduos têm em resistir a pensamentos que eles próprios reconhecem como absurdos e em inibir respostas compulsivas.^{1,26}

4.8.2-Hipótese serotoninérgica

A hipótese serotoninérgica tem sido uma das hipóteses etiológicas mais estudadas nas últimas décadas, devido ao efeito terapêutico de fármacos inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS).¹ No entanto, os resultados obtidos são ainda inconclusivos e controversos quanto à justificação desse efeito terapêutico, sendo proposto por alguns autores que, apesar da manipulação farmacológica do sistema serotoninérgico poder causar uma supressão da sintomatologia obsessiva, o próprio sistema serotoninérgico pode não estar envolvido na fisiopatologia desta doença.^{1,27} Vários estudos têm verificado níveis aumentados de Ácido 5-hidroxi-indolacético (5-HIAA), o principal metabolito da serotonina, no líquido céfalo-raquidiano (LCR), em doentes com POC, o que sugere um aumento do *turn-over* da serotonina cerebral nestes indivíduos.^{1,28} Porém, outros estudos indicam que, apesar de alguns fármacos inibidores seletivos da serotonina reduzirem os níveis de 5-HIAA no LCR, essa variação não tem efeito significativo sobre os sintomas obsessivos.^{1,28} Outros estudos, ainda controversos, revelam também alterações dos níveis de ligação plaquetar da serotonina e da atividade da Monoamino-oxidase (MAO) em doentes com POC.¹ Porém, estes achados não são ainda bem compreendidos.¹

4.8.3-Predisposição genética na POC

Vários estudos defendem que os indivíduos com familiares de 1º grau com POC têm maior predisposição para desenvolver POC do que a população em geral.^{1,29} Num estudo que englobava 46 crianças e adolescentes com POC, foram questionados e avaliados 145 familiares de 1º grau destas, revelando que 25% dos pais e 9% das mães dessas crianças e adolescentes tinham POC.^{1,29} Outros estudos sugeriram uma predisposição aumentada para desenvolver POC em indivíduos cujos familiares de 1º grau sofriam de POC, Perturbação Afetiva, Esquizofrenia e, com menor relevância, outras patologias psiquiátricas (e.g., alcoolismo, ansiedade, epilepsia, PP).^{1,30}

Apesar dos estudos ainda serem algo controversos a este respeito, vários autores sugerem a existência de predisposição para determinada idade de início da POC correlacionada com a idade de início, mais ou menos precoce, da POC nos respetivos familiares de 1º grau.^{1,31}

4.8.4-Hipótese Neuropsicológica

Há ainda quem defenda que défices cognitivos resultem em determinada condição fisiopatológica que predis põe os indivíduos a desenvolver uma POC.¹ Assim, as obsessões e compulsões da POC seriam respostas aprendidas como mecanismo compensatório de determinado défice cognitivo, nomeadamente amnésico ou do processamento da informação.^{1,25} Esta teoria explica sobretudo os comportamentos ritualísticos de verificação.^{1,25}

4.9-PERTURBAÇÕES DO ESPECTRO OBSESSIVO

“As obsessões e compulsões são a condição *sine qua non*” da POC¹ (i.e., indispensáveis para a determinação do diagnóstico de POC), porém, estes sintomas não são específicos desta e podem surgir como manifestações clínicas de outras perturbações. Face ao conhecimento de características comuns entre a POC e algumas outras perturbações, foi criado o conceito de Perturbações do Espectro Obsessivo.¹

As PEO são caracterizadas, portanto, “por pensamentos obsessivos ou preocupações sobre a aparência corporal (Distúrbio Dismórfico Corporal), sensações corporais (Despersonalização), peso corporal (Anorexia Nervosa) ou doença física (Hipocondria); ou por comportamentos ritualísticos, estereotipados, tais como tiques (Distúrbio de Gilles de la Tourette), puxar o cabelo (Tricotilomania)”,¹ puxar a pele (Escoriação) “e outros comportamentos impulsivos”.¹

A seguir, descrevem-se as perturbações classificadas como PEO no DSM-V: Perturbação Dismórfica Corporal; Tricotilomania; Escoriação Compulsiva; e Acumulação Compulsiva.²

4.9.1-Perturbação Dismórfica Corporal

A Perturbação Dismórfica Corporal (PDC) é mais incidente nas mulheres e é caracterizada por uma preocupação obsessiva relacionada com algum defeito corporal imaginado ou algum defeito discreto que é então excessivamente percebido pelo doente como se de um defeito grotesco e exuberante se tratasse. Esta perturbação é significativamente incapacitante para o doente e é muitas vezes acompanhada por comportamentos de evitamento (associados a “sentimentos de vergonha e diminuição da auto-estima”¹) e comportamentos compulsivos: rituais de verificação - olhar-se ao espelho; uso de cosméticos “para tentar encobrir o «defeito» e consultas médicas excessivas.”¹

Até 2013, segundo o DSM, a PDC era considerada um Distúrbio Somatoforme, sendo descrita desde então como uma PEO (DSM-V), pelas suas similaridades à POC. Na PDC, distintamente da POC, há um foco obsessivo única e exclusivamente sobre a aparência do doente.²

A PDC faz, muitas vezes, o diagnóstico diferencial com outras PEO, como a Escoriação Compulsiva e a Tricotilomania, distinguindo-se destas pela sua intenção de aperfeiçoamento da aparência corporal (aperfeiçoamento da aparência de defeitos de pele ou de pelo corporal ou facial, respetivamente).²

4.9.2-Tricotilomania

A Tricotilomania ou Perturbação de Puxar-Cabelo é uma PEO, marcadamente mais incidente em mulheres, caracterizada, como o nome indica, por comportamentos de puxar ou arrancar cabelo ou pelo de outras áreas corporais, seu ou de outrem.¹⁻² Estes doentes “sentem-se irresistivelmente compelidos a puxar os cabelos”¹ e, quando o fazem, há um alívio transitório dessa ansiedade, que é rapidamente substituída por uma nova ansiedade por repetir esse comportamento.¹ A região occipital é frequentemente poupada, sendo comum um padrão tonsural de alopecia.¹⁻² É também frequente estes doentes comerem a raiz ou todo o cabelo arrancado.² Estes comportamentos compulsivos diferem das compulsões da POC no sentido em que são percebidos como agradáveis.¹⁻²

Até 2013, esta perturbação era classificada, segundo o DSM, como um Distúrbio do Controlo de Impulsos, sendo agora classificada como uma PEO, no DSM-V.¹⁻²

4.9.3-Escoriação Compulsiva

A Escoriação Compulsiva ou Perturbação de Puxar-Pele é uma PEO que se assemelha à Tricotilomania, não só nas emoções que precedem e seguem o comportamento obsessivo, mas também no sentido em que há um impulso irresistível que compele o doente a executar certo comportamento nocivo, que alivia transitoriamente essa tensão interna, como ocorre na Tricotilomania. É também marcadamente mais incidente em mulheres e é caracterizada, como o nome indica, por comportamentos de puxar e/ou arrancar a própria pele, mais frequentemente da face, dos braços e mãos, apesar de alguns indivíduos puxarem pele de outras áreas corporais.²

Atualmente, esta perturbação é classificada como uma PEO, no DSM-V.²

4.9.4-Acumulação compulsiva

A Acumulação Compulsiva ou Disposofobia, como o nome indica, é a aquisição ou coleção compulsiva de bens ou objetos, muitas vezes descartados como lixo por outrem, associada à incapacidade ou dificuldade persistente em desfazer-se destes, seja descartando-os, vendendo-os ou oferecendo-os, independentemente do seu valor real.² O ato forçado ou até a ideia de se separarem dos seus bens causa ansiedade e sofrimento marcado. Estima-se que cerca de 80 a 90% destes doentes possuam objetos em excesso.² Estes indivíduos tendem a acumular um grande número de itens, ocupando gradualmente as áreas livres da casa ou do espaço de trabalho, tornando-as inutilizáveis ou até inabitáveis. Estes colecionadores patológicos entendem a acumulação como um ato intencional de resgate desses itens, acreditando num potencial de utilidade sobrevalorizado, não partilhado pelos outros, sendo comum a designação «coleccionadores de lixo».²

Atualmente, esta perturbação é classificada como uma PEO, no DSM-V.²

4.10-TRATAMENTO

Em primeiro lugar, deve ser realizada uma avaliação clínica sistemática e cuidadosa, após a qual se deve estabelecer um plano terapêutico personalizado, a par com o doente. Este plano deve ter sempre em consideração tratamentos prévios, suas doses, duração, (in)eficácia e efeitos secundários.¹

Logo que possível, deve ser iniciada uma Terapêutica Cognitivo-Comportamental em combinação com uma terapêutica farmacológica, para evitar má adesão à farmacoterapia pelo doente. Isto porque os doentes com POC quando recorrem inicialmente aos serviços de

saúde, geralmente estão pouco confiantes relativamente à sua capacidade de controlar a sintomatologia obsessivo-compulsiva, sendo, por isso, altamente útil a psicoterapia precoce.¹

4.10.1-Farmacoterapia de 1ª linha

Como tratamento farmacológico de 1ª linha, deve ser considerado preferencialmente o uso de um inibidor não seletivo da recaptação de serotonina (IRS), a Clomipramina, ou o uso de inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), como a Fluoxetina, a Fluvoxamina, a Sertralina, a Paroxetina, Escitalopram ou Citalopram.¹ O uso de outros ISRS tem sido estudado mas é ainda inconclusivo ou controverso. Estudos revelam que, idealmente, estes doentes devem ser submetidos a um tratamento de, pelo menos, 10 a 12 semanas até se poder determinar a eficácia deste.^{1,32-33}

Estudos têm revelado uma superioridade de eficácia da Clomipramina, relativamente aos ISRS, que, mesmo sendo real, deve ser contrabalançada com o potencial acrescido desta para desencadear efeitos adversos, relativamente aos ISRS.¹ Alguns estudos associam essa superioridade de eficácia ao fato desta ser, não só inibidora da recaptação da serotonina, mas também, inibidora da recaptação de noradrenalina.^{1,34} Vários estudos do uso de Paroxetina revelam eficácia equivalente ao uso de Clomipramina, defendendo o uso preferencial da Paroxetina, no sentido em que a primeira tem menor potencial de efeitos adversos.^{1,35}

Quanto à duração do tratamento, vários estudos têm verificado diminuição das recaídas com um tratamento de manutenção, pelo que este deve ser considerado.¹ Face a esses dados, os autores sugerem que a farmacoterapia deve ser continuada e mantida por um período não inferior a 1 ano, combinada com psicoterapia cognitivo-comportamental que facilite a descontinuação do fármaco com menor risco de recaída.¹ Vários estudos defendem a eficácia de doses inferiores às doses de ataque durante este período, sugerindo uma melhor adesão ao tratamento, sobretudo pela redução dos efeitos secundários.^{1,36-37}

4.10.2-Psicoterapia

A psicoterapia constitui uma parte importante do tratamento do doente com POC. As técnicas de psicoterapia comportamental são particularmente importantes na atenuação e até extinção dos comportamentos sobretudo compulsivos destes doentes, através de técnicas de exposição e prevenção de resposta (EPR). Vários estudos comprovam eficácia relativa da psicoterapia cognitiva no tratamento destes doentes, sendo perfeitamente aceite que, em combinação com farmacoterapia, estes beneficiem sobretudo de terapias cognitivo-

comportamentais, que combinam técnicas de EPR com técnicas de percepção, compreensão e desvalorização da utilidade/necessidade dessas respostas, por parte destes indivíduos.¹

A intenção da psicoterapia, comportamental e cognitiva, é: a percepção dos pensamentos obsessivos e da realização dos comportamentos compulsivos em resposta a ansiedade (aquisição de *insight*); a compreensão da correlação dos pensamentos e comportamentos obsessivo-compulsivos; o abaulamento de crenças erradas (e.g., crenças mágicas e raciocínios ilógicos); criação de alternativas às compulsões em resposta à ansiedade, a partir de técnicas de exposição *in vitro* ou imaginárias; e restituição dos sentimentos de autoconfiança e, sobretudo, de autoeficácia na resistência aos sintomas obsessivo-compulsivos.¹

4.10.3-Fatores preditivos do tratamento (farmacológico e psicoterapia)

Várias variáveis têm sido estudadas neste sentido, porém, a maioria dos resultados mantêm-se inconclusivos ou controversos. No entanto, verificou-se que a satisfação profissional tem efeitos positivos sobre os ganhos terapêuticos, assim como uma taxa de rendimentos baixa está, por sua vez, associada a um pior prognóstico.^{1,38}

Estudando variáveis comórbidas, concluiu-se que as perturbações de personalidade estão associadas a mau prognóstico, sobretudo o *evitante*, o *paranoide*, o *esquizotípico* e o *borderline*.^{1,39-40}

4.10.4-Alternativas terapêuticas na POC refratária ao Tratamento

Em doentes com POC refratária ao tratamento (i.e., sem resposta satisfatória ao tratamento com os fármacos de 1ª linha, em doses e durações suficientes), é aceite o uso de outro fármaco inibidor da recaptção de serotonina, um ISRS ou a Clomipramina.¹

Se estes doentes não responderem a 3 diferentes fármacos deste grupo, deve ser considerada a combinação de fármacos de outras classes, como: o Clonazepam, Neurolépticos ou a Fenfluramina.^{1,41-44} O Clonazepam é a única benzodiazepina eficaz no tratamento da POC e é particularmente indicado em casos de comorbilidade com tiques ou PGT.^{1,41-42} Os neurolépticos, como a Pimozide, o Haloperidol e a Risperidona, são particularmente eficazes no tratamento da POC em casos de comorbilidade com tiques, Perturbação Dismórfica Corporal ou Tricotilomania.^{1,43}

Em casos de POC *maligna* (i.e, refratária à farmacoterapia e às terapêuticas cognitivo-comportamentais),^{1,45} podem-se considerar intervenções cirúrgicas nessa minoria de doentes. Esta é uma hipótese terapêutica de última instância e deve ser muito bem

ponderada e em concordância com as diretrizes e procedimentos ético-legais do país em questão.¹ Entre estas intervenções, são as mais aceites: a cingulotomia anterior; a tractotomia subcaudada; a leucotomia límbica; e a capsulotomia anterior. As complicações mais comuns associadas a essas intervenções são: manifestações neurológicas *major*, como convulsões no período pós-operatório e hemorragia intracerebral; outras manifestações neurológicas *minor*, como cefaleias, *delirium* e disfunção transitória e ocasional dos esfíncteres; e manifestações psiquiátricas, como mania/hipomania e comportamentos suicidários.¹

Nos últimos anos tem sido experimentada a Estimulação Profunda Cerebral, associada a efeitos positivos no tratamento dos doentes refratários à farmacoterapia e à psicoterapia e crê-se que será no futuro uma importante alternativa à psicocirurgia. No entanto, as complicações desta técnica são ainda pouco conhecidas, sendo uma técnica ainda experimental.¹

5-CONCLUSÕES

Apesar de todos os estudos da POC realizados nas últimas décadas, ainda pouco se sabe acerca desta perturbação mental. Já conseguimos identificar e compreender as tipologias sindrómicas observadas nestes doentes e o seu potencial efeito devastador a longo prazo na vida pessoal (individual, familiar e conjugal) e profissional destes, porém continua pouco clara a etiologia de base desta doença e como esta se relaciona com os distúrbios relacionados com a POC, como as restantes PEO.

Nas últimas décadas, foram identificadas algumas áreas cerebrais e circuitos neuronais prováveis de causar a sintomatologia obsessivo-compulsiva, em condição de lesão, disfunção ou, no caso do circuito COF-núcleos da base-tálamo, hiperfunção, porém, os resultados desses estudos nem sempre são coincidentes ou conclusivos. Sabe-se ainda que o sistema serotoninérgico está de algum modo relacionado com a sintomatologia obsessiva, uma vez que os fármacos ISRS são especialmente eficazes na supressão desta, porém continua pouco compreendida esta relação etiológica.

Concluo que a POC é ainda uma patologia pouco conhecida e compreendida, provavelmente subestimada em termos de prevalência mundial e, perfeitamente passível de importantes revoluções gnosiológicas nos próximos anos, particularmente ao nível dos paradigmas etiológicos e terapêuticos.

6-BIBLIOGRAFIA

- 1- Macedo A., Pocinho F.. Obsessões e Compulsões - as múltiplas faces de uma doença. 2ª edição. Coimbra: Quarteto; 2007.
- 2- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th edition. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
- 3- Rachman S., Hodgson R.. Obsessions and compulsions. Em: Macedo A., Pocinho F.. Obsessões e Compulsões - as múltiplas faces de uma doença. 2ª edição. Coimbra: Quarteto; 2007.
- 4- Hardy P., Boulenger J., *et al.* Enquête nationale sur l'anxiété: resultats cliniques. Em: Macedo A., Pocinho F.. Obsessões e Compulsões - as múltiplas faces de uma doença. 2ª edição. Coimbra: Quarteto; 2007.
- 5- Karno M., Golding J.. Obsessive-compulsive disorder. Em: Macedo A., Pocinho F.. Obsessões e Compulsões - as múltiplas faces de uma doença. 2ª edição. Coimbra: Quarteto; 2007.
- 6- Rasmussen S., Eisen J.. Clinical and epidemiological findings of significance to neuropharmacological trials in OCD. Em: Macedo A., Pocinho F.. Obsessões e Compulsões - as múltiplas faces de uma doença. 2ª edição. Coimbra: Quarteto; 2007.
- 7- Okasha A., Saad A., Khalil A., *et al.* Phenomenology of obsessive-compulsive disorder: a transcultural study. Em: Macedo A., Pocinho F.. Obsessões e Compulsões - as múltiplas faces de uma doença. 2ª edição. Coimbra: Quarteto; 2007.
- 8- McKeon J.. Aetiological aspects of obsessive compulsive neurosis. Em: Macedo A., Pocinho F.. Obsessões e Compulsões - as múltiplas faces de uma doença. 2ª edição. Coimbra: Quarteto; 2007.
- 9- Lensi P., Cassano G., Corredù G., *et al.* Obsessive-compulsive disorder: Familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender related differences. Em: Macedo A., Pocinho F.. Obsessões e Compulsões - as múltiplas faces de uma doença. 2ª edição. Coimbra: Quarteto; 2007.
- 10- Pauls D., Alsobrook J., Goodman W., *et al.* A family study of obsessive compulsive disorder. Em: Macedo A., Pocinho F.. Obsessões e Compulsões - as múltiplas faces de uma doença. 2ª edição. Coimbra: Quarteto; 2007.
- 11- Rasmussen S., Eisen J.. The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. Em: Macedo A., Pocinho F.. Obsessões e Compulsões - as múltiplas faces de uma doença. 2ª edição. Coimbra: Quarteto; 2007.

- 12- Cabaleiro M.. Temas Psiquiátricos: algunes cuestiones psicopatológicas generales. Em: Macedo A., Pocinho F.. Obsessões e Compulsões - as múltiplas faces de uma doença. 2ª edição. Coimbra: Quarteto; 2007.
- 13- Insel T.. Obsessive-compulsive disorder: the clinical picture. Em: Macedo A., Pocinho F.. Obsessões e Compulsões - as múltiplas faces de uma doença. 2ª edição. Coimbra: Quarteto; 2007.
- 14- 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.
- 15- Flament M., Koby E., Rapoport J., *et al.* Childhood obsessive-compulsive disorder: a prospective follow-up study. Em: Macedo A., Pocinho F.. Obsessões e Compulsões - as múltiplas faces de uma doença. 2ª edição. Coimbra: Quarteto; 2007.
- 16- Leonard H., Swedo S., Lenane M., *et al.* A 2-to-7-year follow-up study of 54 obsessive-compulsive children and adolescents. Em: Macedo A., Pocinho F.. Obsessões e Compulsões - as múltiplas faces de uma doença. 2ª edição. Coimbra: Quarteto; 2007.
- 17- Eisen J., Steketee G.. Course of illness in Obsessive-Compulsive Disorder. Em: Macedo A., Pocinho F.. Obsessões e Compulsões - as múltiplas faces de uma doença. 2ª edição. Coimbra: Quarteto; 2007.
- 18- Rauch S., Jenike M.. Neurobiological models of obsessive-compulsive disorder. Em: Macedo A., Pocinho F.. Obsessões e Compulsões - as múltiplas faces de uma doença. 2ª edição. Coimbra: Quarteto; 2007.
- 19- Grimshaw L.. Obsessional disorder and neurological illness. Em: Macedo A., Pocinho F.. Obsessões e Compulsões - as múltiplas faces de uma doença. 2ª edição. Coimbra: Quarteto; 2007.
- 20- Allen A., Leonard H., Swedo S.. Case-study: a new infection triggered, autoimmune subtype of pediatric OCD and Tourette's syndrome. Em: Macedo A., Pocinho F.. Obsessões e Compulsões - as múltiplas faces de uma doença. 2ª edição. Coimbra: Quarteto; 2007.
- 21- Gray J.. The neuropsychology of anxiety: an enquiry into the functioning of the septohipocampal system. Em: Macedo A., Pocinho F.. Obsessões e Compulsões - as múltiplas faces de uma doença. 2ª edição. Coimbra: Quarteto; 2007.
- 22- Talairach J., Bancand J., Geier S., *et al.* The cingulated gyrus and human behavior. Em: Macedo A., Pocinho F.. Obsessões e Compulsões - as múltiplas faces de uma doença. 2ª edição. Coimbra: Quarteto; 2007.

- 23- Villablanca S., Olmstead C.. The striatum: a fine tuner of the brain. Em: Macedo A., Pocinho F.. *Obsessões e Compulsões - as múltiplas faces de uma doença*. 2ª edição. Coimbra: Quarteto; 2007.
- 24- Otto M.. Neuropsychology of obsessive-compulsive disorder. Em: Macedo A., Pocinho F.. *Obsessões e Compulsões - as múltiplas faces de uma doença*. 2ª edição. Coimbra: Quarteto; 2007.
- 25- Insel T., Winslow J.. Neurobiology of obsessive-compulsive disorder. Em: Macedo A., Pocinho F.. *Obsessões e Compulsões - as múltiplas faces de uma doença*. 2ª edição. Coimbra: Quarteto; 2007.
- 26- Baxter L., Schwartz J., Bergaman K., *et al.* Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. Em: Macedo A., Pocinho F.. *Obsessões e Compulsões - as múltiplas faces de uma doença*. 2ª edição. Coimbra: Quarteto; 2007.
- 27- Baumgarten H., Grozdanovic Z.. Role of serotonin in obsessive-compulsive disorder. Em: Macedo A., Pocinho F.. *Obsessões e Compulsões - as múltiplas faces de uma doença*. 2ª edição. Coimbra: Quarteto; 2007.
- 28- Insel T., Mueller E., Alteman I., *et al.* Obsessive-compulsive disorder and serotonin: is there a connection?. Em: Macedo A., Pocinho F.. *Obsessões e Compulsões - as múltiplas faces de uma doença*. 2ª edição. Coimbra: Quarteto; 2007.
- 29- Lenane M., Swedo S., Leonard H., *et al.* Psychiatric disorders in first-degree relatives of children and adolescents with obsessive compulsive disorder. Em: Macedo A., Pocinho F.. *Obsessões e Compulsões - as múltiplas faces de uma doença*. 2ª edição. Coimbra: Quarteto; 2007.
- 30- David A., Azevedo M., Pocinho F., Macedo A., César H., Ferreira A., Gomes F.. Doentes com Distúrbio Obsessivo-Compulsivo num Hospital de dia: casuística de nove anos. Em: Macedo A., Pocinho F.. *Obsessões e Compulsões - as múltiplas faces de uma doença*. 2ª edição. Coimbra: Quarteto; 2007.
- 31- Bellodi L., Sciuto G., Diaferria G., *et al.* Psychiatric disorders in families of patients with obsessive compulsive disorder. Em: Macedo A., Pocinho F.. *Obsessões e Compulsões - as múltiplas faces de uma doença*. 2ª edição. Coimbra: Quarteto; 2007.
- 32- Thoren P., Asberg M., Cronholm B., *et al.* Clomipramine treatment of obsessive-compulsive disorder. Em: Macedo A., Pocinho F.. *Obsessões e Compulsões - as múltiplas faces de uma doença*. 2ª edição. Coimbra: Quarteto; 2007.
- 33- Zohar J., Insel T.. Drug treatment of obsessive-compulsive disorder. Em: Macedo A., Pocinho F.. *Obsessões e Compulsões - as múltiplas faces de uma doença*. 2ª edição. Coimbra: Quarteto; 2007.

- 34- Grossman R., Hollander E.. Treatment of obsessive-compulsive disorder with venlafaxine. Em: Macedo A., Pocinho F.. *Obsessões e Compulsões - as múltiplas faces de uma doença*. 2ª edição. Coimbra: Quarteto; 2007.
- 35- Zohar J., Judge R.. Paroxetine versus clomipramine in the treatment of obsessive compulsive disorder. Em: Macedo A., Pocinho F.. *Obsessões e Compulsões - as múltiplas faces de uma doença*. 2ª edição. Coimbra: Quarteto; 2007.
- 36- Ananth J.. Clomipramine: an anti obsessive drug. Em: Macedo A., Pocinho F.. *Obsessões e Compulsões - as múltiplas faces de uma doença*. 2ª edição. Coimbra: Quarteto; 2007.
- 37- Pato M., Hill J., Murphy D.. A clomipramine dosage reduction study in the case of long term treatment of obsessive-compulsive disorder patients. Em: Macedo A., Pocinho F.. *Obsessões e Compulsões - as múltiplas faces de uma doença*. 2ª edição. Coimbra: Quarteto; 2007.
- 38- Mawson D., Marks I., Ramm L., *et al.* Clomipramine and exposure for chronic obsessive-compulsive rituals: two-year follow-up and further findings. Em: Macedo A., Pocinho F.. *Obsessões e Compulsões - as múltiplas faces de uma doença*. 2ª edição. Coimbra: Quarteto; 2007.
- 39- Steketee G.. Social support and treatment outcome of obsessive-compulsive disorder: a nine month follow-up. Em: Macedo A., Pocinho F.. *Obsessões e Compulsões - as múltiplas faces de uma doença*. 2ª edição. Coimbra: Quarteto; 2007.
- 40- Jenike M.. Predictors of treatment failure. Em: Macedo A., Pocinho F.. *Obsessões e Compulsões - as múltiplas faces de uma doença*. 2ª edição. Coimbra: Quarteto; 2007.
- 41- Bodkin A., White K.. Clonazepam in the treatment of obsessive compulsive disorder. Em: Macedo A., Pocinho F.. *Obsessões e Compulsões - as múltiplas faces de uma doença*. 2ª edição. Coimbra: Quarteto; 2007.
- 42- Piggot T., L'Heureux F., Rubistein C., *et al.* A controlled trial of Clonazepam augmentation in OCD patients treated with clomipramine or fluoxetine. Em: Macedo A., Pocinho F.. *Obsessões e Compulsões - as múltiplas faces de uma doença*. 2ª edição. Coimbra: Quarteto; 2007.
- 43- McDougle C., Goodman W., Leckman J., *et al.* Haloperidol addition in fluvoxamine-refractory obsessive-compulsive disorder: a double-blind placebo-controlled study in patients with and without tics. Em: Macedo A., Pocinho F.. *Obsessões e Compulsões - as múltiplas faces de uma doença*. 2ª edição. Coimbra: Quarteto; 2007.
- 44- Hollander E., DeCaria C., Schneider F., *et al.* Fenfluramine augmentation of serotonin reuptake blockade antiobsessional treatment. Em: Macedo A., Pocinho F.. *Obsessões e Compulsões - as múltiplas faces de uma doença*. 2ª edição. Coimbra: Quarteto; 2007.

- 45- Mindus P., Jenike M.. Neurosurgical treatment of malignant obsessive-compulsive disorder. Em: Macedo A., Pocinho F.. Obsessões e Compulsões - as múltiplas faces de uma doença. 2ª edição. Coimbra: Quarteto; 2007.