

9. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

Francisco Lotufo-Neto

Táki A. Cordás

Mauro G. A. Lima

Fernando R. Asbahr

HISTÓRICO

As primeiras tentativas de sistematização e formulação clínica dos pacientes com sintomas obsessivo-compulsivos surgiram no século XIX com as denominações *délire du toucher*, *folie du doute* e, depois, *déltre émotif*. Legrand du Saulle, em 1875, reuniu os sintomas obsessivo-compulsivos numa afecção com curso evolutivo preciso e constante, caracterizando a descrição de uma unidade nosológica.

Já a partir dessa época, começaram as primeiras tentativas de explicar a patogenia do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). Assim, no fim do século, Magnan coloca-o com suas variantes, como a onomatomania, dentro da categoria das psicoses degenerativas, que seriam o resultado de um estigma degenerativo emergindo como patologia cérebro-espinal, com um desequilíbrio funcional dos centros nervosos e uma desarmonia entre suas inibições e excitações recíprocas.

Pierre Janet, com "*Les Obsessions et la psychasthenie*", publicado em 1903, retomou essa idéia, a partir da descrição minuciosa de 325 pacientes obsessivos com idades entre vinte e quarenta anos.

Para ele, o funcionamento mental estaria submetido a cinco níveis de estratificação. O nível superior, "a função do real", que inclui a atenção, a volição e

as emoções adaptadas à realidade vivida, exerceria, através de uma "tensão psicológica", um controle sobre os estratos inferiores, quais sejam: atos automáticos, reações emocionais viscerais, movimentos musculares não funcionais e outros.

A perda ou enfraquecimento da "tensão psicológica", denominada "psicastenia", por motivos hereditários ou por condições orgânicas predisponentes e desencadeantes, levaria à emergência egodistônica das atividades psíquicas automáticas, sem a intermediação necessária e adaptativa dos níveis mentais superiores, a ponto de desarticular o comportamento do indivíduo das exigências objetivas da realidade e de forma a que ele sentisse uma quebra de sua funcionalidade e livre-arbitrio.

Entretanto, a investigação sistemática das bases biológicas do TOC não ganhou maior força por dois motivos complementares: a semiologia neurológica sistematizada da época ainda não permitia a detecção de sinais neurológicos mais finos, que fizessem supor uma possível organicidade para o distúrbio em questão. Assim a inexistência de alterações nos reflexos ósteo-tendinoso, cutâneo-abdominal, cremastérico e cutâneo-plantar contribuiu para a dicotomia organogênese-psicogênese das doenças mentais; o desenvolvimento e a influência crescentes da psicanálise deslocaram o TOC do campo biológico para a categoria das neuroses.

No entanto, fatores como o acometimento precoce dos indivíduos, as evidências de implicação genética na etiologia da doença, sua homogeneidade sintomatológica transcultural, a má resposta dos sintomas aos procedimentos psicoterápicos e sua boa resposta à terapêutica farmacológica e comportamental deram forte embasamento para que se direcionasse o estudo do TOC, mormente nos últimos vinte anos, para suas bases biológicas. Contribuições importantes derivaram do estudo de doenças neurológicas e lesões cerebrais que apresentam, em maior ou menor intensidade, sintomas obsessivo-compulsivos; dos novos métodos de investigação de estrutura e função do sistema nervoso (neuroimagem, potenciais evocados etc.); da investigação neuropsicológica; da neuroquímica associada à psicofarmacologia, que levaram, entre outros, à teoria serotoninérgica do TOC; e das pesquisas etológicas, gerando modelos animais para o comportamento "compulsivo".

QUADRO CLÍNICO

O TOC é caracterizado pela presença de pensamentos obsessivos e atos compulsivos.

1. Obsessões

Pensamentos obsessivos são idéias, imagens ou impulsos que surgem repetidamente na consciência de forma estereotipada. Causam sofrimento ou repugnância porque se referem a temas violentos ou obscenos, ou porque são percebidos como irracionais, sem sentido e contrários à vontade. A pessoa luta de modo infrutífero para evitar esses pensamentos, embora os reconheça como próprios e não, como nas psicoses, estranhos ao eu. O conteúdo das obsessões é extremamente variado, mas o padrão se repete entre indivíduos e diferentes culturas.

Do ponto de vista psicopatológico os pensamentos obsessivos podem ser classificados quanto à forma, ao conteúdo e à consequência.

a. Quanto à forma, podem ser:

- *dúvida*: dificuldade em acreditar que uma atividade ou tarefa foi realizada de modo adequado, ou indecisão quanto ao caminho a seguir. Exemplos: um gerente tem dúvidas sobre se fechou o cofre adequadamente; um advogado duvida sobre a correção do preenchimento de cheques e documentos; estudante não se decide sobre qual rua deverá escolher, antecipando riscos imaginários para terceiros;
- *impulsos* contrários à vontade para realizar ações que podem ser triviais, agressivas ou inadequadas socialmente. Exemplos: professora com impulso de olhar os seios e os genitais das mulheres com quem conversa; pai com impulso de estrangular o filho recém-nascido;
- *medo* de perder o controle e realizar inadvertidamente um ato inadequado socialmente. Não há o sentimento de desejo poderoso presente no impulso obsessivo. Exemplos: pessoa se isola socialmente, pois teme proferir uma palavra em público; pai teme jogar o bebê pela escada;
- *ruminação*: uma cadeia de pensamentos sem fim, em geral a respeito de eventos futuros ou acerca do significado da vida.

b. Quanto ao conteúdo:

- *sujeira e contaminação*: excrementos humanos ou de animais, pó, sêmen, suor, urina, pêlos, sangue menstrual, germes, doenças, toxinas, radioatividade;
- *agressividade e prejuízo*: verbal ou físico, a si próprio ou contra terceiros, suicídio, homicídio, acidentes, guerras, calamidades naturais, morte, contrastes sociais e econômicos;

- *temas impessoais ou inanimados*: contas, problemas matemáticos, figuras geométricas, solução de quebra-cabeças e enigmas, cadeados, fechaduras e outros dispositivos de segurança, ordenação no arranjo dos mais variados objetos, determinadas palavras e números;
- *bem-estar familiar*: saúde, finanças, relacionamento;
- *trabalho*: posição, segurança, aceitação;
- *diversos*: anatomia humana, fatos históricos, músicas, atividades diárias, passado e futuro.

c. Quanto à consequência:

- *eliciadoras* de ansiedade, desconforto, repugnância ou culpa;
- *corretivas* ou rituais cognitivos: procuram aliviar ou compensar a ansiedade, desconforto ou repugnância causada por uma obsessão anterior. Consistem em neutralizar o pensamento anterior, através de sua repetição de forma correta, pensar uma frase mágica ou reza, repetir o pensamento um certo número de vezes, contar números ou refazer uma imagem. Têm características das compulsões, sendo, entretanto, cognitivas e, em geral, ativas ou voluntárias;
- *disruptivas*: idéias ou imagens que interferem na realização de pensamentos, raciocínios ou ações ou que impedem a correção de uma obsessão ou ato compulsivo. Por exemplo, uma palavra obscena ou uma imagem erótica durante uma reza ou confissão.

2. Compulsões

Atos ou rituais compulsivos são comportamentos estereotipados, repetidos inúmeras vezes, geralmente de acordo com certas regras, sem finalidade útil, raramente proporcionando prazer. São justificados pelos pacientes como forma de prevenir que algum evento ocorra (doença, acidente, perda). Em geral, são reconhecidos como irracionais, ineficazes e não relacionados com o objetivo que procuram atingir, havendo, pelo menos no início da doença, tentativas de resistir a essas compulsões.

Do ponto de vista psicopatológico as compulsões são classificadas quanto à forma em:

- *limpeza/descontaminação*: lavar repetidamente as mãos, roupas, objetos pessoais, que tenham sido tocados ou "contaminados" de alguma forma; banhos prolongados seguindo regras determinadas, com uso abundante de álcool ou desinfetantes. Os rituais de limpeza têm uma

função restauradora visando restabelecer um estado de segurança em termos de limpeza e higiene;

- *verificação*: testar ou examinar repetidamente, para estar seguro de sua correção, determinados atos ou circunstâncias. Por exemplo, voltar inúmeras vezes para verificar se a porta está fechada, o gás desligado, telefonar ao banco ou cartório inúmeras vezes para saber se a assinatura ou o preenchimento do cheque está correto, percorrer diversas vezes o mesmo caminho para se certificar de que não atropelou alguém ou provocou um acidente, ir muitas vezes ao hospital perguntar aos médicos e funcionários se a AIDS pode ser transmitida através de picada de pernilongo. Os rituais de verificação são preventivos, procurando assegurar que nenhuma catástrofe irá acontecer;
- *repetir ou tocar*: a repetição é uma característica inerente das compulsões, sendo em algumas a característica proeminente. Por exemplo, acender e apagar a luz diversas vezes, beijar um certo número de vezes uma imagem ou objeto sagrado, tocar todas as plantas que encontra pelo caminho. Com frequência, a repetição é de um número mágico ou seus múltiplos, caso o ato não saia a contento, ou não diminua a ansiedade ou desconforto. Assim uma pessoa pode lavar as mãos três, seis, nove, doze vezes, ou repetir uma oração 33 vezes, pois esta é a idade da morte de Cristo;
- *rituais*: repetir de maneira precisa, seguindo regras arbitrárias, um conjunto de comportamentos. Por exemplo, sempre virar para a direita, terminar as ações em determinada posição, pisar em determinada linha antes de entrar no elevador. Tais atos, algumas vezes, dificultam enormemente a vida do indivíduo, que é obrigado a planejar seu caminho para evitar virar à esquerda, ou fazer rituais compensatórios, ou usar disfarces para que não percebam suas idiossincrasias;
- *simetria e ordem*: colocar objetos numa ordem predeterminada ou seguindo um padrão simétrico. Por exemplo, arrumar as camisas numa gaveta ou os objetos sobre uma mesa, de modo que todas as linhas sejam paralelas. Sentar-se de modo que o olhar incida num determinado ângulo em um objeto; passar exatamente no meio da porta;
- *coleccionismo*: juntar objetos, não jogar nada fora. Por exemplo, pilhas de jornais ou todas as lascas de unhas cortadas;
- *lentificação*: não há rituais identificáveis, mas os atos são realizados de maneira muito lenta, demorando horas para realizar uma ação, que normalmente demoraria um minuto ou dois. Em geral, é possível encontrar rituais cognitivos de verificação, ou a necessidade de seguir meticulosamente uma ordem preestabelecida. Exemplos: dona de casa demora

horas para escovar os dentes, pois não consegue tirar a escova da boca, necessitando que uma outra pessoa o faça, abre a torneira de modo a deixar escorrer só um filete de água, demorando muito para encher a palma da mão em concha; rapaz demora horas para vestir as roupas, pois precisa sentir os limites do seu corpo com o resto do mundo, verificar se as roupas estão realmente em sua mão na posição correta, onde é o norte, onde é o sul a cada momento.

Outras características das compulsões incluem os comportamentos de esquiva e os comportamentos paradoxais.

Quando o indivíduo identifica estímulos que desencadeiam suas obsessões, ele passa a procurar evitá-los ativamente. A impossibilidade de esquiva leva ao surgimento de compulsões, buscando aliviar o desconforto eliciado. Assim, pessoas com idéias obsessivas de contaminação evitam, a todo custo, tocar em pessoas ou objetos que possam ter tido, mesmo que remotamente, qualquer contato com germes ou sujeira. Não cumprimentam com a mão, obrigam os familiares a trocar de roupa, pedem que a secretária faça uma cópia de documentos que tenham procedência suspeita (por exemplo, tocados por alguém que tem um parente com câncer), seguram objetos com plástico ou papel, evitam urinar ou evacuar, chegando à incontinência ou problemas clínicos. Só sentam em uma cadeira ou permanecem em um ambiente da casa, não permitindo a entrada de estranhos. Pessoas com dúvida patológica e rituais de verificação realizam os atos meticulosamente para prevenir o surgimento de dúvidas.

Da mesma forma, os comportamentos paradoxais, embora raros, podem ocorrer em pacientes com rituais de limpeza, sendo uma exacerbação do comportamento de esquiva. Janet afirmava que não existe nada mais sujo do que a casa de uma pessoa com mania de limpeza. O exemplo mais conhecido é o do milionário Howard Hughes, que, na tentativa de se proteger da contaminação, impedia que seus aposentos fossem limpos, não tomava banho, não cortava as unhas, evitava tocar em alimentos ou objetos que pudessem ter sido manipulados, não trocava suas roupas e os lençóis da cama, apenas colocando outro em cima.

Um grande número de pacientes tem mais de um tipo de obsessão e pelo menos metade tem mais de um tipo de ritual. Além disso, ao longo do tempo, pode haver variação na presença dos rituais. Um paciente, hoje com rituais de verificação, pode, no futuro, apresentar rituais de limpeza.

EVOLUÇÃO

O início se dá, em geral, na infância, adolescência ou início da vida adulta. Ele pode ser agudo ou insidioso, com predominância do último. O início na infância parece ser muito mais comum do que se imaginava a princípio, pois crianças e adolescentes reconhecem a irracionalidade de seus pensamentos obsessivos e rituais compulsivos, esforçando-se por escondê-los. Com frequência, o início em jovens adultos está relacionado a acontecimentos importantes, associação feita por metade dos pacientes: parto, doenças, aumento de responsabilidade, problemas sexuais, morte na família etc.

O conteúdo varia ao longo do tempo em 95% dos casos, sendo os rituais de limpeza os mais frequentes, seguidos pelos de verificação e pelos relacionados a perfeccionismo. Não raro, crianças e adolescentes com supostos quadros depressivos, ansiosos, dificuldades escolares, do desenvolvimento ou da atenção, quando melhor avaliados, apresentam sintomas obsessivo-compulsivos.

Os estudos sobre a evolução são inconsistentes, em geral pela falta de critérios diagnósticos precisos, definição de curso, dos critérios de melhora e deterioração. As possibilidades de evolução são: episódica, limitada no tempo; flutuante, com períodos de melhora e piora; fásica, com períodos de remissão completa; contínua estável; e contínua com deterioração.

Kringlen (1965), estudando pacientes treze a vinte anos após uma internação, encontrou 75% da amostra inalterada na época do seguimento. Berrios & Chiu (1989) encontraram 50% dos pacientes ainda doentes, em média doze anos depois da admissão ao hospital. Os que estavam melhor continuavam com os sintomas, apesar de estes incomodarem menos e não comprometerem o desempenho social. Nenhum sintoma foi preditivo da evolução.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

A frequente associação entre sintomas obsessivos e compulsivos com outros transtornos psiquiátricos é importante, não apenas em função do diagnóstico diferencial, mas, também, pela possibilidade de modificação do prognóstico do quadro de base. Da mesma maneira, a possibilidade do surgimento de quadros psicóticos ou depressivos no transcurso do TOC tem relevância clínica e terapêutica.

1. Anorexia nervosa

Alguns pacientes com TOC apresentam história prévia de anorexia nervosa (AN) durante a adolescência. Da mesma forma, pacientes anoréxicos exibem sintomas obsessivo-compulsivos no manuseio dos alimentos. Por isso, a AN foi considerada uma neurose compulsiva. Quando o diagnóstico diferencial não é claro, deve-se lembrar que pacientes com TOC não apresentam distorção da imagem corporal, nem buscam emagrecer, mesmo quando apresentam obsessões ligadas ao ato alimentar.

2. Estado de estresse pós-traumático

Em função de pensamentos e/ou imagens reverberantes e desagradáveis, ligados a situação traumática vivenciada, Insel considera-o uma variante do TOC. Embora isso seja questionável, o diagnóstico diferencial pode ser difícil em alguns casos.

3. Depressão

Henry Maudsley, no século passado, sugeria que o TOC fosse uma variante da depressão (*religious melancholia*). O mesmo fazia Morel, baseado na periodicidade dos estados obsessivos. A idéia do parentesco entre esses quadros é reforçada pelo uso de antidepressivos no TOC, por semelhança na postulação de mecanismos psicodinâmicos e, psicopatologicamente, pela presença de sintomas obsessivos na depressão. Além disso o surgimento de depressão é a complicação mais freqüente do TOC (Lotufo-Neto, 1993).

Gittleson (1966) encontrou sintomas obsessivos em 25% dos pacientes primariamente deprimidos. Esses sintomas variavam de intensidade ao longo do dia e, freqüentemente, envolviam temas como suicídio e homicídio. É interessante notar que pensamentos obsessivos agressivos, de natureza homicida ou suicida, eram doze vezes mais freqüentes entre indivíduos com depressão com pensamentos obsessivos do que entre pacientes com TOC. Esses sintomas são estado dependentes, tendendo a desaparecer após a melhora do quadro de base.

A emergência de quadro depressivo em portadores de TOC é mais freqüente entre mulheres e parece estar relacionada, não apenas com formas mais graves da doença e com rituais mais graves, mas também, paradoxalmente, com a melhora desses sintomas e do ajustamento social.

É igualmente curioso que, embora a freqüência de episódios depressivos seja alta, a incidência de suicídio é baixa.

Há uma forte impressão clínica de que a prevalência elevada de depressão deve-se a um erro de amostragem, na medida em que muitos dos pacientes com TOC procuram ajuda apenas quando o quadro depressivo surge, hiperdimensionando essa relação.

A não identificação de um quadro depressivo no transcurso de um TOC leva à ineficácia do tratamento comportamental.

4. Transtorno obsessivo-compulsivo e psicoses

Não obstante a tradição histórica de considerar o TOC como uma neurose, a gravidade e bizarrice dos quadros, os correlatos biológicos e a aparente perda de resistência e crítica para onde muitos caminham aproximam esse quadro das psicoses.

A relação com o transtorno afetivo bipolar, antigamente denominado "psicose maniaco-depressiva" ou PMD, tem sido observada, com a interessante característica de desaparecimento dos sintomas durante a fase de mania e seu reaparecimento durante a depressão.

A relação com a esquizofrenia é postulada há muito. Westphal, e posteriormente Bleuler, considerava os estados obsessivo-compulsivos como pró-dromos ou variantes de esquizofrenia, tendo em comum o início na juventude, a presença de pensamentos intrusivos e o comportamento bizarro.

Estudos com diferentes graus de sofisticação encontraram evolução para esquizofrenia em 1 a 16% dos pacientes com TOC, ao passo que sintomas obsessivo-compulsivos estão presentes em 1 a 3,5% dos esquizofrênicos. Entretanto, essa investigação foi prejudicada pelo uso inadequado de critérios para o diagnóstico de esquizofrenia em vários desses trabalhos.

Os sintomas obsessivos em esquizofrênicos estão relacionados com menor adaptação social, maior tempo desempregado e pior prognóstico global. Não foi investigada, entretanto, uma possível relação com organicidade, que poderia justificar esse pior prognóstico.

Se por um lado a evolução para esquizofrenia é rara, alguns autores sugerem que quadros psicóticos marcados pela transição para o delírio, com diminuição ou abandono da resistência interna às idéias e perda da crítica, podem ocorrer em até 20% dos pacientes com TOC.

Podem ocorrer, também, episódios psicóticos agudos transitórios, depressivos, em que o medo de contaminação é substituído pela culpa de ter contaminado, ou paranóides, quando o indivíduo se sente perseguido por ter cometido algo repreensível. Os autores sugerem que os quadros paranóides têm boa resposta aos antidepressivos, o que torna os limites entre esses quadros e as depressões paranóides pouco claros.

Em suma, o desenvolvimento de um processo esquizofrênico em indivíduos com TOC é muito raro. A relação de quadros obsessivo-compulsivos atípicos com a personalidade esquizóide é freqüentemente postulada. Já episódios agudos transitórios, depressivos e paranóides, bem como quadros crônicos atípicos, deliróides, são achados clínicos mais comuns.

5. *Personalidade anancástica*

Variantes menores de sintomas obsessivos podem ocorrer em pessoas que são conhecidas como tendo personalidade anancástica ou obsessiva. São indivíduos perfeccionistas, meticolosos, obstinados, pedantes e rígidos, traços esses egossintônicos e que, adequadamente utilizados, conferem grande capacidade organizacional e produtiva.

Não há estudos epidemiológicos adequados para estimar a freqüência de indivíduos com personalidade obsessivo-compulsiva na população geral e, embora alguns pacientes com TOC apresentem-na como personalidade pré-mórbida, isso não é tão comum quanto se pensava e ocorre também em pacientes com outros transtornos ansiosos e em controles normais.

Jenike (1990) encontrou apenas 6% de 140 casos de TOC com personalidade pré-mórbida obsessiva. Nesses mesmos pacientes, o "distúrbio evitador de personalidade" (DSM-III-R) era o mais prevalente. Em nosso meio, Torres & Del Porto (1991) também mostram que pacientes com TOC em geral não apresentam traços obsessivo-compulsivos de personalidade.

6. *Doenças neurológicas*

O TOC tem sido descrito como seqüela de doenças ou lesões cerebrais: encefalite de Von Economo, coréia de Sydenham, doença de Parkinson e lesões tóxicas dos gânglios da base (vide revisão em Rapoport, 1988).

É interessante a associação com a síndrome de Gilles de la Tourette (GT), doença neurológica incomum, crônica e familiar que, geralmente, começa na infância e se caracteriza por tiques motores e verbais. Estudos recentes confirmam que 55 a 74% dos pacientes portadores de GT possuem sintomas obsessivo-compulsivos e que a concordância para esses sintomas é elevada entre gêmeos monozigóticos.

Um trabalho em andamento no âmbito do Projeto AMBAN, em colaboração com a Liga de Febre Reumática e o Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da FMUSP, tenta replicar, em amostra maior, o relato de Swedo & cols. (1992) de que crianças com febre reumática e coréia de Sy-

denham têm uma chance maior de apresentar obsessões e compulsões do que crianças com febre reumática sem coreia, sugerindo comprometimento dos gânglios da base no TOC. Resultados preliminares, em trinta crianças com febre reumática examinadas por Asbahr & cols. (não publicado), sendo doze com coreia de Sydenham, indicam presença de TOC em dois casos, enquanto nenhuma das dezoito crianças sem coreia recebeu esse diagnóstico.

7. Tricotilomania

Caracterizado pela compulsão de arrancar fios dos cabelos, sobrancelhas, cílios e pelos pubianos, algumas vezes até a alopecia, este transtorno psiquiátrico é pouco citado na literatura. Trabalhos recentes evidenciam prevalência maior do que se supunha anteriormente e semelhanças psicopatológicas, clínicas e familiares com o TOC (Torres, 1992).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BERRIOS, G. E. & CHIU, H. 1989. "Obsessive-Compulsive Disorders in Cambridgeshire: A Follow-up Study of up to 20 Years". *Brit. J. Psychiatry*, 154(4):17-20.
- GITTLESON, N. 1966. "The Depressive Psychosis in the Obsessional Neurotic". *Br. J. Psychiatry*, 112:883-887.
- JENIKE, M. A. 1990. "Theories of Etiology". In: JENIKE, M. A.; BAER, L. & MIMICHIELLO, W. E. (eds.). *Obsessive-Compulsive Disorders: Theory and Management*. Chicago, Year Book Medical Publishers, Inc.
- _____. 1992. "Obsessional Disorders". *The Psychiatric Clinics of North America*, 15:767-776.
- KRINGLE, E. 1965. "Obsessional Neurotics, a Long-term Follow-up". *British Journal of Psychiatry*, III: 709-722.
- LOTUFO-NETO, F. 1993. "Distúrbio Obsessivo-Compulsivo e Depressão". *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 42(1):29S-32S.
- MARKS, I. M. 1987. *Fears, Phobias and Rituals*. Oxford, Oxford University Press.
- RAPOPORT, J. L. (ed.). 1988. *Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents*. Washington, D.C., American Psychiatric Press.
- SWEDO, S. E.; LEONARD, H. L. & RAPOPORT, J. L. 1992. "Childhood Onset of Obsessive-Compulsive Disorder". In: JENIKE, M. A. *The Psychiatric Clinics of North America*, 15:767-776 ("Obsessional Disorders").
- TORRES, A. R. 1992. "Distúrbio Obsessivo-Compulsivo: Dificuldades Diagnósticas". *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 41:351-357.
- TORRES, A. R. & DEL PORTO, J. A. 1991. *Comorbidity of Personality Disorders and OCD: A Preliminary Report*. São Paulo, I Simpósio Internacional de Psicofarmacoterapia, 17-19 out.